



**Área de Ciencias Sociales  
Escuela de Trabajo Social**

**CARACTERIZACIÓN SOCIO-ECONÓMICA Y DE SALUD DE LOS  
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA  
“ATENCIÓN A ENFERMOS GRAVES Y/O TERMINALES AÑO 2010”**

**DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA SOCIAL  
I. MUNICIPALIDAD DE LA GRANJA**

**Alumnos : Carlos Bravo Allende  
: Juana Troncoso Lagos**

**Profesora guía: Susana Vallejos Silva**

**Tesis para optar al título de Asistente Social.  
Tesis para optar al grado académico de Licenciado en Trabajo Social.**

**Santiago - Chile  
2012**

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	4
1. Antecedentes y problematización	5
2. Preguntas de investigación	8
3. Objetivos generales	8
4. Hipótesis	9
6. Estrategia metodológica	10
<b>PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL</b>	15
<b>Capítulo I: NEOLIBERALISMO Y DERECHOS HUMANOS</b>	16
<b>1 Neoliberalismo como contexto global: una mirada crítica</b>	16
1.1. Origen y desarrollo del Neoliberalismo	16
1.2. Efectos del neoliberalismo en América Latina	19
<b>2. Los Derechos Humanos en el marco del neoliberalismo</b>	21
2.1. Las funciones básicas del Derecho y de los DD.HH. en el mundo globalizado	22
2.2. Los Derechos Humanos y su función emancipadora	23
2.3. Los Derechos Humanos, según la ONU	24
2.4. Derechos Humanos y pobreza	25
<b>Capítulo II: POBREZA Y ESTRATEGIAS ESTATALES PARA SUPERARLA</b>	33
<b>1. Marco conceptual de la pobreza en Chile</b>	33
1.1. Un acercamiento al concepto de pobreza	33
1.2. Enfoques de la pobreza	35
1.3. Medición y tipificación de la pobreza en Chile	37
<b>2. Estrategias del Estado para superar la pobreza e indigencia</b>	40
2.1. Políticas sociales	40
2.2. Asistencia Social	50
<b>Capítulo III: MARCO REFERENCIAL</b>	56
<b>1. Antecedentes de la comuna La Granja</b>	56
1.1. Historia	56
1.2. Gobierno local	57
1.3. División territorial de la comuna	58
1.4. División administrativa	60
1.5. Misión y funciones del Municipio en las áreas social y de salud	61
1.6. La Dirección de Desarrollo Social (DIDESO)	62
1.7. El Departamento de Asistencia Social: Objetivos y funciones específicas	65
<b>2. El sistema de salud en Chile</b>	72
2.1. Principales Agentes del Sistema	72

2.2.	Plan AUGE / GES	75
2.3.	Gasto de salud en Chile	76
	<b>SEGUNDA PARTE: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	80
<b>I.</b>	<b>ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO Y LOGROS ALCANZADOS</b>	81
1.	Caracterización de los beneficios otorgados por el Programa de “Atención a enfermos graves y/o terminales”	82
2.	Nivel socioeconómico de los beneficiarios del programa “Atención a enfermos terminales y/o graves”	91
3.	Patologías más recurrentes de los beneficiarios del Programa de “Atención a enfermos terminales y/o graves”	107
4.	Logros alcanzados respecto al presupuesto y la cobertura alcanzada por el Programa de “Atención a Enfermos Graves y/o Terminales”	110
<b>II.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	114
<b>III.</b>	<b>HALLAZGOS DE INVESTIGACION</b>	119
<b>IV.</b>	<b>APORTES AL TRABAJO SOCIAL</b>	122
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	124
	<b>Libros</b>	124
	<b>Fuentes electrónicas</b>	128
	<b>ANEXOS</b>	131
1.	Proyecto “Atención a Enfermos Graves y/o Terminales”	132
2.	Nomina de beneficiarios del Programa de “Atención a Enfermos Graves y/o Terminales”, año 2010	134
3.	Solicitud de cotización de insumos y/o exámenes médicos	144
4.	Ficha Social	145
5.	Carta de Respaldo	147
6.	Comprobante de solicitud de FPS	148
7.	Nomina de empresas en convenio	149
8.	División territorial de la comuna	150
9.	Tablas de frecuencias marginales	152

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio ha sido realizado para optar al título de Asistente Social y al grado de Licenciado/a en Trabajo Social de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, y está orientado a formalizar una caracterización socio-económica y de salud de los beneficiarios del Programa de “Atención a enfermos graves y/o terminales” de la I. Municipalidad de La Granja, durante el año 2010. Su propósito es aportar insumos a esta entidad en su objetivo de “colaborar con los servicios públicos de salud para un manejo oportuno de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y de rehabilitación de personas de la comuna, carentes de recursos, portadoras de enfermedades graves y/o terminales no cubiertas por GES”. Específicamente, interesó organizar, tabular, describir y analizar las variables sociales y económicas, relevantes que caracterizan a estas personas, considerando las patologías que padecen, los aportes que recibieron del Programa durante el periodo y las características específicas de tales aportes.

Los objetivos específicos que orientan este trabajo son: Identificar el número de beneficios otorgados a enfermos graves y/o terminales; Determinar el nivel socioeconómico de los beneficiarios; Identificar las patologías más recurrentes de los beneficiarios; Identificar las prestaciones más solicitadas; Establecer el tiempo que transcurrió entre la solicitud y la asignación del beneficio y analizar los logros alcanzados respecto al presupuesto y la cobertura alcanzada por el Programa de “Atención a Enfermos Graves y/o Terminales”.

Metodológicamente, se estimó pertinente hacer un registro de las personas que obtuvieron beneficios del Programa durante el año 2010, considerando los datos archivados que facilitó el Municipio y que consistían en: fichas sociales, informes sociales, Fichas de Protección Social (FPS) y decretos alcaldicios, entre otros. A partir de este material se organizó, tabuló y analizó la información en dos bases de datos (Excel y SPSS), con el objetivo de hacer una descripción de la “situación de vulnerabilidad asociada a la presencia de patologías graves sumada a la carencia de recursos” de los casos. En este sentido, la metodología utilizada fue de tipo cuantitativo, de carácter descriptivo, y consideró a la población total de casos asistidos durante el año en estudio.

Para llevar a cabo un tratamiento eficiente de los datos facilitados se utilizó los programas computacionales Office-Excel y SPSS, herramientas informáticas, que permitieron procesar la información de acuerdo a los objetivos planteados.

## 1. Antecedentes y problematización

La Granja es una comuna ubicada en la zona sur del gran Santiago y posee una extensión de 10,4 km<sup>2</sup>. Cuenta con una población censal al año 2002, de 132.520 habitantes divididos en 64.750 hombres y 67.770 mujeres. En tal sentido, la población femenina representa el 51% del total de habitantes, mientras que la población masculina corresponde al 49%, proporciones similares a los porcentajes nacionales. La densidad de la comuna es de 12.742,31 hab./km<sup>2</sup> (INE. CENSO 2002).

Gráfico N° 1: Ubicación de la comuna de La Granja



La comuna está compuesta de 34.422 hogares, con un tamaño promedio de 3,7 personas por hogar, teniendo los/as jefes de hogar un promedio de 54 años. El promedio de

escolaridad de los/as jefes de hogar es de 8.4 años, menor al promedio de la región metropolitana que corresponde a 11 años. (Observatorio Urbano, MINVU. CASEN 2009).

Realizada una estratificación de las Comunas de la Región Metropolitana según niveles de pobreza, La Granja se encuentra entre las 20 comunas más pobres del país, lo cual implica un alto grado de carencias y necesidades asistenciales de gran parte de sus residentes. (INE. CENSO 2002).

Según la encuesta CASEN del año 2009, la comuna de La Granja presentaba un 27,1% de la población en situación de pobreza o indigencia. Específicamente, la población indigente correspondía al 9,2% y los pobres no indigentes conformaban el 17,9% del total de la población comunal. La misma encuesta, pero del año 2006 estableció que la población comunal en situación de pobreza o indigencia representaba el 14,2%. De este porcentaje, el 4,6% era indigente y el 9,6 era pobre no indigente. De acuerdo a estos datos, se puede establecer que la pobreza en la comuna aumentó casi al doble en este periodo (según MIDEPLAN, se considera en situación de pobreza a aquellos hogares cuyos ingresos son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas alimentarias y no alimentarias de sus miembros. Mientras que se considera indigencia a aquellos hogares que, aun cuando destinaran todos sus ingresos a la satisfacción de las necesidades alimentarias de sus integrantes, no lograrían satisfacerlas adecuadamente). De este modo se puede concluir que el factor pobreza es una condicionante muy significativa que influye en la calidad de vida de los hogares de esta comuna. (MIDEPLAN. Encuesta CASEN 2006-2009)

Por otra parte, el empleo de la comuna se concentra principalmente en comercio, servicios comunales, sociales y personales e industria, pero ésta carece de grandes centros laborales, basándose esencialmente su actividad económica territorial en: comercio ambulante, ferias libres, trabajos ocasionales, etc., que aportan bajas remuneraciones a sus habitantes, por lo cual parte importante de su población en edad de trabajar debe trasladarse a otras comunas para obtener sueldos relativamente más altos que le permita subsistir en mejores condiciones. No obstante, la tasa de desocupación es de un 10,2%. (MIDEPLAN. Encuesta CASEN 2009; INE. CENSO 2002).

En el tema salud, cerca de un 90% de la población de esta comuna es usuario/a del sistema público de salud y que en su mayoría pertenecen a los niveles A y B de FONASA.

**Cuadro N° 1: Tipo Establecimiento de Salud SSMSO**

COMUNA	Centro de salud	Centro de salud familiar	Centro comunitario familiar	Consultorio general rural	Posta de salud rural	Estación médico rural	Centro comunitario de salud mental	Servicio de atención primaria de urgencia
Puente Alto	1	9	0	0	0	0	1	6
La Florida	0	8	0	0	0	1	1	5
La Pintana	0	6	0	0	0	0	1	5
<b>La Granja</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
San Ramón	1	2	1	0	0	0	2	2
Pirque	0	1	0	1	3	0	0	0
S.J.de Maipo	1	0	0	0	3	0	0	0
Ancora	0	2	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>31</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>20</b>

Fuente: Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente/Estadísticas, Dic. 2009.

Dentro de la red asistencial del sistema de salud pública, la comuna de La Granja pertenece al Sistema de Salud Metropolitana Sur Oriente de la Región Metropolitana. Éste está conformado por 71 establecimientos distribuidos en 7 comunas: 5 urbanas y 2 rurales.

En esta red, la comuna cuenta con 8 establecimientos de salud: 3 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 2 Centros Comunitarios Familiares (CECOF), 1 Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) y 2 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

En esta área y con el propósito de “colaborar con los servicios públicos de salud para un manejo oportuno de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y de rehabilitación de personas de la comuna, carentes de recursos, portadoras de enfermedades graves y/o terminales no cubiertas por GES” (Cecilia Ormazábal, Directora), la Dirección de Desarrollo Social (DIDESO) del Municipio, a través de su Departamento de Asistencia Social, implementó, entre otros, el Programa de “Atención a enfermos graves y/o terminales” que proporciona financiamiento para exámenes de alta complejidad y medicamentos de alto costo, que no son cubiertos por el Sistema AUGE y cuando la familia no dispone de los recursos económicos necesarios para solventarlos.

Este programa comenzó a aplicarse en el año 1998 y en gran parte ha resuelto el tipo de situaciones planteadas, sin embargo la institución hasta el momento no dispone de evaluación ni sistematización de lo realizado a la fecha, lo cual limita las posibilidades de conocer en detalle los logros alcanzados, el perfil de los beneficiarios y las dificultades que puede estar enfrentando en su aplicación. Por tal razón, este estudio se planteó aportar al equipo municipal que trabaja en el Programa, una caracterización de los beneficiarios, además de un análisis de los logros alcanzados por éste durante el año 2010.

Tal conocimiento es muy necesario para la institución pues le permitirá mejorar el marco de facilidades de acceso a los usuarios del programa, así como su gestión interna y de las instituciones involucradas (Centros de Salud Familiar, Hospitales, consultorios y otros).

Adicionalmente, la información proporcionada por la presente investigación, apunta a servir de apoyo en el cumplimiento de uno de los objetivos de esta Dirección, que señala la necesidad de: “Establecer una metodología que permita el control y evaluación interna de la unidad”, la que hasta la fecha no ha podido ser asumida, fundamentalmente, por no estar la información debidamente sistematizada y por la sobrecarga laboral del equipo. En general, este trabajo es un aporte significativo a la DIDESO, en el cumplimiento de los objetivos institucionales, que permitirá tener un mejor control de la ayuda otorgada en los siguientes ámbitos:

- **Territorial**, en qué franjas de la comuna se centraliza y/o distribuye la ayuda a nivel comunal.
- **Vulnerabilidad**, si de acuerdo al puntaje de la ficha de protección social y otros antecedentes socioeconómicos, se está beneficiando a las familias más vulnerables de la comuna.

Frente a lo expuesto, este estudio se plantea responder a las siguientes preguntas orientadoras, objetivos e hipótesis de trabajo:

## **2. Preguntas de investigación**

- 2.1. ¿Cuál es el perfil socioeconómico y de salud de los beneficiarios del Programa “Atención a enfermos graves y/o terminales”?
- 2.2. ¿Cuáles son los logros que ha tenido la institución en la aplicación y gestión del programa?

## **3. Objetivos generales**

### **Primer objetivo:**

- 3.1. Realizar un perfil socioeconómico y de salud de los/as beneficiarios del Programa de “Atención a enfermos graves y/o terminales, que concurrieron a solicitar beneficios a la I. Municipalidad de La Granja, durante el año 2010.

### **Objetivos específicos:**

- 3.1.1 Identificar el número de beneficios otorgados a enfermos graves y/o terminales durante el año 2010 por el Programa “Atención a enfermos graves y/o Terminales”.
- 3.1.2 Determinar el nivel socioeconómico de los beneficiarios del Programa de “Atención a enfermos graves y/o terminales”.
- 3.1.3 Identificar las patologías más recurrentes de los beneficiarios del Programa de “Atención a enfermos graves y/o terminales”.
- 3.1.4 Identificar las prestaciones más solicitadas en el Programa de “Atención a enfermos graves y/o terminales”.
- 3.1.5 Establecer el tiempo que transcurre entre la solicitud y la asignación del beneficio.

### **Segundo objetivo:**

- 3.2. Identificar los logros que ha tenido el programa en la prestación de beneficios durante el año 2010.

### **Objetivos específicos:**

- 3.2.1 Identificar y analizar los logros alcanzados respecto al presupuesto y la cobertura alcanzada por el Programa de “Atención a Enfermos Graves y/o Terminales”.

## **4. Hipótesis de trabajo**

- 4.1. En términos generales, el número de beneficios otorgados por el “Programa de Atención a enfermos graves y/o terminales”, debiera ser consistente con las características de un programa asistencial de este tipo, es decir, con amplia cobertura dentro de la comuna; con apoyos de tipo paliativo, coherentes con las necesidades inmediatas de cada caso y por tiempo limitado de acuerdo a la duración y recursos del Programa.
- 4.2. Además, se presume que el perfil socioeconómico de las personas que fueron beneficiadas por el Programa corresponde a casos de familias que se ubican en el primer y segundo quintil de ingreso autónomo nacional, con situaciones familiares deficitarias y, que en el momento de solicitar la ayuda del Programa no estaban en condiciones de obtener el apoyo de otra manera que no fuera mediante un programa asistencial.

- 4.3. Por otra parte, se supone -de acuerdo a la definición del Programa-, que las patologías más recurrentes corresponden a aquellas denominadas “graves y terminales”, sin perjuicio de otras patologías que, una vez evaluadas en el Programa, constituían situaciones de morbilidad y/o incapacidad que inhabilitaban a las personas y que las calificaban para ser beneficiarias.
- 4.4. Se supone también que las prestaciones otorgadas debieran corresponder básicamente a medicamentos, exámenes, insumos médicos y alimentos, sin perjuicio de que en determinada y evaluada situación se haya prestado ayuda de otro tipo, considerando las limitantes de cada caso específico.
- 4.5. Al ser éste un programa destinado a enfermos/as graves y terminales, se asume que los tiempos efectivamente transcurridos entre la solicitud del beneficio y el otorgamiento de éste fueron relativamente cortos, considerando el tiempo necesario para evaluar cada uno de los casos.
- 4.6. Finalmente, se asumirá que los logros alcanzados por el Programa son positivos en términos de: cobertura, calidad de la prestación, eficiencia y efectividad en la gestión, considerando los objetivos centrales del Programa.

## **5. Estrategia metodológica**

### **5.1. Tipo de estudio**

Este es un estudio de tipo cuantitativo, orientado a la construcción del perfil socioeconómico y de salud de la población beneficiada por el “Programa de Atención a Enfermos Graves y/o Terminales” de la Municipalidad de La Granja, durante el año 2010, y que analiza además, los logros alcanzados por el Programa en cuanto a cobertura y características de las prestaciones.

En general, los métodos cuantitativos son aplicables cuando se miden características o variables que pueden tomar valores numéricos y deben describirse para facilitar la búsqueda de posibles relaciones mediante el análisis estadístico. (Hernández et al., 2006)

### **5.2. Carácter del estudio**

El carácter de este estudio es de tipo descriptivo, ya que a partir de una base de datos SPSS se midieron las diversas variables consideradas (sexo, edad, tamaño del hogar, tipo de patología, etc.), para obtener cuadros estadísticos que permiten un análisis preciso y exhaustivo de las distribuciones resultantes. Adicionalmente, se construyó una base de datos

en Excel que permite tener una panorámica estandarizada y sistematizada de cada uno de los casos de acuerdo a las variables antes mencionadas.

Los estudios de carácter descriptivo, buscan especificar las propiedades importantes del objeto de Investigación. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a Investigar. Un estudio descriptivo selecciona una serie de aspectos y luego los mide independientemente para así describir lo que se investiga (Dankhe, 1986).

### **5.3. Diseño del estudio**

**5.3.1. Unidad de análisis:** Beneficiarios del Programa de Atención a Enfermos Graves y/o Terminales, de la I. Municipalidad de La Granja, año 2010.

**5.3.2. Universo:** El universo corresponde a 384 beneficiarios del Programa de Atención a Enfermos Graves y/o Terminales, de la I. Municipalidad de La Granja, año 2010.

#### **5.3.3. Técnicas de recolección de la información:**

**5.3.3.1. Fichas sociales:** Son formularios propios de los programas de asistencia social donde se consignan todos los antecedentes relevantes de cada beneficiario/a y de su grupo familiar. Son utilizados en el seguimiento de todo el proceso, desde la solicitud del beneficio hasta la asignación del mismo. La ficha social puede ser considerada como uno de los instrumentos específicos del trabajo social, la cual sirve de relación entre los distintos servicios y profesionales. A la vez, esta es la parte común sistematizable y cuantificable de la historia social. De los datos aportados por la ficha social se pueden obtener índices de funcionamiento de los servicios sociales, como la duración media de los casos atendidos, tiempos de espera en la solución de los problemas o tipos de demandas más solicitadas.

**5.3.3.2. Informes sociales:** La encargada del Programa a través del Informe social, expone la situación socioeconómica del solicitante y a través de este, de acuerdo a los antecedentes justifica la asignación del beneficio, este documento es referido al Sr. Alcalde para su aprobación.

**5.3.3.3. Ficha de protección Social:** Es el instrumento que reemplaza a la Ficha CAS y es la puerta de ingreso de las personas a prestaciones y/o beneficios sociales del Estado. La Ficha de Protección Social (FPS) permite identificar mejor las necesidades de los hogares chilenos para garantizar un acceso más justo al Sistema de Protección Social. El cambio apunta a seleccionar con mayor

pertinencia y precisión a los potenciales beneficiarios de Programas Sociales y beneficios del Estado, no sólo en virtud de su condición socioeconómica en general, sino también en función de necesidades diferenciadas y de situaciones específicas, como discapacidad, vejez, desempleo, bajos ingresos, enfermedades, entre otras vulnerabilidades. Con el fin de evaluar adecuadamente la o las vulnerabilidades que pueda presentar una familia, el puntaje resultante de la aplicación de la Ficha de Protección Social combina tres elementos centrales: a) La capacidad generadora de ingresos (C.G.I.) de cada uno de los integrantes de la familia. b) Los ingresos económicos de la familia, que se obtienen de la suma de aquellos recursos que provienen de jubilaciones, pensiones, montepíos (ingresos permanentes) y de los ingresos declarados por las personas. c) El índice de necesidades de la familia según su tamaño y composición: la edad de sus miembros y su situación de auto valencia o dependencia, para lo que se utilizan las preguntas relativas a salud y discapacidad presentes en la ficha.

**5.3.3.4. Decretos de pagos:** Órdenes internas del Municipio en el área financiera relacionadas con los beneficios entregados en el programa especificado.

**5.3.3.5. Plano de la comuna:** Para determinar geográficamente, la ubicación de los beneficiarios en las franjas territoriales

**5.3.4. Plan de análisis de la información:**

5.3.4.1. Revisión y organización de las fichas sociales, fichas de protección social y decretos de pago con el propósito de recopilar la información necesaria para llevar a efecto la presente investigación.

5.3.4.2. Ingreso y sistematización de información en una base de datos Excel considerando las variables a medir.

5.3.4.3. Ingreso y sistematización de información a una base de datos SPSS considerando las variables a medir.

5.3.4.4. Tabulación de datos e interpretación de resultados a nivel estadístico.

5.3.4.4.1. Plan de análisis estadístico.

Objetivos específicos	Cuadros estadísticos
Identificar el número de beneficios otorgados a enfermos terminales y/o graves durante el año 2010.	<p><b>Cuadros de distribución porcentual con cruces de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo por edad</li> <li>• Tipo de prestación otorgada por sexo y edad</li> <li>• Frecuencia de cobertura por sexo y edad</li> <li>• Valor de la prestación por sexo y edad</li> </ul>

Determinar el nivel socioeconómico de los beneficiarios del programa “Atención a enfermos terminales y/o graves”.	<p><b>Cuadros de distribución porcentual con cruces de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolaridad por sexo y edad</li> <li>• Tamaño grupo familiar por sexo y edad</li> <li>• Hijos por sexo y edad</li> <li>• Tipo de vivienda por sexo y edad</li> <li>• Tenencia de la vivienda por sexo y edad</li> <li>• Actividad u ocupación por sexo y edad</li> <li>• Ingresos por sexo y edad</li> <li>• Subsidios o beneficios por sexo y edad</li> <li>• Tipo de previsión de salud por sexo y edad</li> <li>• Franja de ubicación en la comuna por sexo y edad</li> <li>• Puntaje en la FPS por sexo y edad</li> </ul>
Identificar las patologías más recurrentes de los beneficiarios del Programa de “Atención a enfermos terminales y/o graves”.	<p><b>Cuadros de distribución porcentual con cruces de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologías (conjunto de respuestas múltiples) por sexo y edad</li> </ul>
Identificar las prestaciones más solicitadas.	<p><b>Cuadros de distribución porcentual con cruces de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de prestación por sexo y edad</li> </ul>
Establecer el tiempo que transcurre entre la solicitud y la asignación del beneficio.	<p><b>Cuadros de distribución porcentual con cruces de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de espera por sexo, edad y patología</li> </ul>
Analizar los logros alcanzados respecto al presupuesto y la cobertura alcanzada por el Programa de “Atención a Enfermos Graves y/o Terminales”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión del presupuesto establecido por el Programa y comparación con el total de los montos aportados.</li> <li>• Análisis del total de solicitantes a los beneficios del programa y del total de personas efectivamente beneficiadas.</li> </ul>

#### 5.3.4.5. Elaboración del informe final.

#### 5.3.5. Variables del estudio:

Variable general	Dimensión	Variable específica o indicador
Características sociales, económicas y de salud	Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexo</li> <li>- Edad</li> <li>- Escolaridad</li> <li>- Situación conyugal</li> <li>- Número de hijos</li> <li>- Tamaño del grupo familiar</li> <li>- Tipo de vivienda</li> <li>- Tenencia de la vivienda</li> <li>- Franja de ubicación en la comuna</li> <li>- Puntaje en la FPS</li> </ul>
	Económica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingreso familiar</li> <li>- Ocupación o actividad</li> </ul>

		- Subsidios o beneficios
	Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patologías</li> <li>- Tipo de prestación de salud</li> <li>- Valor de la prestación (en pesos)</li> <li>- Frecuencia de la cobertura</li> <li>- Tiempo de espera del beneficio</li> <li>- Tipo de previsión de salud</li> </ul>
Logros en la aplicación del programa	Recursos del Programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presupuesto año 2010</li> <li>- Monto total aportado</li> </ul>

**PRIMERA PARTE**  
**MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL**

## **CAPITULO I**

### **NEOLIBERALISMO Y DERECHOS HUMANOS**

#### **1. Neoliberalismo como contexto global: una mirada crítica**

Este acápite aborda algunos elementos teóricos básicos que constituyen el contexto global en el cual se sitúa la problemática analizada en este informe. En primer lugar, se presenta una síntesis sobre el origen y desarrollo del neoliberalismo, considerando los principios básicos y características de su predecesor: el liberalismo; la irrupción y decadencia del enfoque keynesiano y el nacimiento del neoliberalismo, sus fundamentos y principios. En segundo lugar, se establecen los principales efectos del neoliberalismo en América Latina, tanto en lo económico como en lo político.

##### **1.1. Origen y desarrollo del Neoliberalismo**

La palabra *Liberalismo* designa una filosofía política, fundada en el valor de la libertad individual e identifica una perspectiva de análisis frente a los mecanismos rectores del funcionamiento de la economía. Uno de sus mentores fue Adam Smith. (Gray, 1994).

Los principios básicos del liberalismo fueron formulados a lo largo del siglo XVIII y pueden resumirse así:

- El Individuo es la fuente de sus propios valores morales.
- El proceso de comercio e intercambio entre individuos tiene tantas propiedades de eficiencia para lograr el bienestar colectivo, como de exaltación de la libertad.
- El mercado es un orden espontáneo para la asignación de recursos; el intercambio entre las naciones no sólo acrecentará la riqueza mediante la división internacional del trabajo, sino que también tenderá a reducir las tensiones políticas y la guerra.
- La política pública debería limitarse a las pocas preocupaciones comunes de los individuos, la libertad, la seguridad, la justicia, etc. (Gray, 1994).

La síntesis conceptual permite señalar que existe:

- Un compromiso con la libertad personal, definida como la no-interferencia en las creencias y en la búsqueda de objetivos privados.

- Una política de estricta libertad económica, a la que habitualmente se denomina *laissez faire* (dejar hacer).
- Una doctrina del gobierno limitado y restringido a asegurar las funciones básicas de la organización de la sociedad, particularmente, la libertad, la seguridad y la justicia. (Gray, 1994).

El liberalismo clásico entró en decadencia hacia fines del siglo XIX, y el término liberal empezó a ser usado frecuentemente para describir un liberalismo intervencionista o social, particularmente en los Estados Unidos y en el Reino Unido. Así, liberal en el sentido político llegó a identificar a aquél que propendía por la intervención del Estado para corregir particularmente las injusticias sociales. (Montes, 1996).

La decadencia del liberalismo fue potenciada por la revolución keynesiana que implica la generalización del Estado de bienestar, entendido como aquel conjunto de acciones públicas tendientes a garantizar a todo ciudadano de una nación el acceso a un mínimo de servicios que mejore sus condiciones de vida. (Gray, 1994).

Este enfoque keynesiano predominó en la política económica hasta mediados de los años setenta; todos los gobiernos aplicaron como fundamento de la política económica el manejo de la demanda agregada y una política de gastos que tenía múltiples funciones, entre otras, garantizar el pleno empleo (con sus lógicas conexiones con el bienestar social), estimular el proceso de crecimiento en las economías de mercado y permitir el acceso a la educación, la sanidad, la vivienda, las pensiones y al seguro de desempleo, entre otros, a la población de bajos ingresos. (Montes, 1996).

La crisis económica de los años setenta altera de manera fundamental la perspectiva de la intervención del Estado y afectará además la naturaleza de la teoría keynesiana. De hecho, el apotegma reaganiano de ese momento era "el Estado no es la solución, es el problema", atribuyendo al exceso de intervención del Estado el desempleo masivo, la inflación, la debilidad del crecimiento, lo que por supuesto preparaba el campo para la crítica a la intervención estatal en los asuntos económicos. (Montes, 1996).

Desde entonces, se empezó a centrar más el análisis de las políticas públicas no en los fallos del mercado que pudieran corregirse con las intervenciones del Estado, sino en los fallos del Estado, en el exceso de intervención, en la burocratización, etc. En otras

palabras, el gasto público, resultado de la puesta en marcha de las funciones keynesianas de bienestar, interferiría con el proceso de crecimiento y distorsionaría el funcionamiento del mercado al eliminar los incentivos para la acción de los agentes individuales, considerados centrales en el sistema económico. (Gray, 1994).

De este modo, comienza a tomar forma una nueva teoría económica, sustentada en las bases del liberalismo clásico, pero avalada en el pragmatismo asumido a partir de las transformaciones y nuevas necesidades del mercado, como también de la crisis del modelo keynesiano que ponía al Estado como ente director de las políticas económicas, *el neoliberalismo*. Esta nueva corriente cobijó una tendencia de renacimiento y desarrollo de las ideas liberales clásicas, tales como la importancia del individuo, el papel limitado del Estado y el valor del mercado libre. (Gray, 1994).

Ese enfoque afirma que si los individuos pueden libremente perseguir sus propios intereses, las consecuencias colectivas serán mucho más beneficiosas que la acción gubernamental. Esta proposición constituye, por lo demás, el fundamento del llamado individualismo metodológico, que es desde un punto de vista teórico el corazón mismo de la teoría liberal. (Gray, 1994).

En síntesis y desde una perspectiva moderna, el neoliberalismo puede ser definido como la creencia en que la intervención gubernamental usualmente no funciona y que el mercado usualmente sí lo hace a través de su autorregulación. El fracaso del Estado en la consecución de sus metas (fallo del gobierno) es predecible y según los neoliberales ha sido confirmado por la experiencia.

El mercado, el intercambio voluntario de bienes y servicios satisfará habitualmente los requerimientos de los individuos con mucha mayor eficacia que el gobierno dentro de las restricciones de sus recursos limitados.

El objetivo fundamental de la política económica neoliberal, es propiciar el funcionamiento flexible del mercado eliminando todos los obstáculos que se levantan a la libre competencia. Apenas es necesario decir que el neoliberalismo ha hecho suya la teoría del libre cambio en todas sus versiones y se ha apoyado en unas u otras para justificar su concepción del mundo como un gran mercado donde todos compiten en condiciones de

igualdad (personas, grupos, comunidades y países) según sus posibilidades. (Montes, 1996).

Ello supone no solamente la exposición de la economía a la competencia internacional, sino también la adopción de tipos de cambio flexible y en fin, el desmonte de todo tipo de protecciones, estímulos y ayudas a los productores.

En esas circunstancias, la confianza en la flexibilidad de la economía y en el papel de los precios para restaurar las situaciones de equilibrio, la regeneración de los equilibrios comerciales por la vía de la apertura y el tipo de cambio libre se constituyen en las orientaciones principales de la política económica. (Montes, 1996). Bajo esta perspectiva, en la última década todos los países de América Latina y el Caribe han realizado reformas estructurales orientadas hacia el mercado y a mejorar la eficiencia de la economía, a acelerar el crecimiento, etc.

Estas reformas se han orientado principalmente a seis áreas: la liberación comercial, la política tributaria, la desregulación financiera, la privatización, la legislación laboral y la transformación del sistema de pensiones. Las reformas, por lo demás, han sido profundas en las áreas comercial, cambiaria, tributaria y financiera. (Alfonzo, 1998)

## **1.2. Efectos del neoliberalismo en América Latina**

a) En lo económico:

- La reforma estructural, que implica la reestructuración de la propiedad agraria e industrial, para transitar a nuevas fases de desarrollo, lo mismo que una política de reconversión industrial y de flexibilización de los mercados de trabajo, capitales, tecnología, patentes, investigación e información.
- La privatización, entendida como el adelgazamiento del Estado, una menor intervención suya en la economía -particularmente en la producción-, la supresión del Estado Benefactor, y el fortalecimiento del capital privado y de sus organismos oligopólicos y monopólicos.
- El manejo financiero de las tasas de interés. La política monetaria y de precios. La desaparición del déficit fiscal y el control de la inflación.
- La orientación de la economía en función del mercado internacional y el aliento a las exportaciones.

- La apertura al capital extranjero y la internacionalización del mercado interno.
- Reducción de prácticas proteccionistas.
- Fuertes costos sociales, como la caída del salario real y mayor tasa de desocupación, por lo menos en las primeras etapas del proceso, resultado de la recomposición de los procesos productivos.
- La aplicación de paquetes compensatorios en las zonas y sectores más deprimidos para atender a la pobreza absoluta y disminuir el riesgo de estallidos sociales. (Ramírez, 1998).

b) En lo político

- El nuevo papel del Estado: Ya no como agente económico directo, sino como garantía de equilibrio social y favorecedor de la actuación del capital privado. Así, el articulador fundamental de la sociedad sería el mercado, y al Estado le correspondería procurar una mayor eficiencia en la gestión pública.
- El papel de los sindicatos y organizaciones populares se reduce al máximo. Luego de la desintegración de su papel tradicional, se convertirían en gestoras de una mayor productividad.
- Reducción de prácticas clientelistas y populistas. La nueva divisa sería la "mayoría de edad del pueblo".
- Democracia moderna y representativa como preferencia para el modelo. Pero, si la democracia representativa es riesgosa en algún momento, se le limita sin miramientos. Se trata, pues, de una nueva forma de dominación distinta a las dictaduras tradicionales.
- La debilidad para reaccionar por parte del pueblo y de la sociedad civil. La incapacidad de la izquierda para responder. La aceptación por parte de las masas y de los sectores organizados de los programas neoliberales como algo inevitable. Incluso el apoyo mayoritario a las políticas de ajuste, independientemente del tipo de ajuste que sea impuesto, al menos en un primer momento.
- Relación política de subordinación a través del mercado con los países hegemónicos (léase EEUU) en el reacomodo internacional.
- Disminución dramática del gasto social. Caída del gasto público, principalmente en los renglones de educación, salud, y seguridad social.
- La libre actuación de los gobiernos neoliberales es consecuencia, en parte, de una cierta debilidad y falta de unidad de los sujetos populares y de la sociedad civil. (Ramírez, 1998)

En síntesis, se puede concluir que el neoliberalismo ha sido la alternativa que, ante el agotamiento del modelo keynesiano, se implementó con la intención de mantener la reproducción ampliada del capital, pivote fundamental sobre el que se encumbra el sistema capitalista mundial. Sin embargo, los efectos más atroces de ese neoliberalismo o capitalismo salvaje y duro, fueron los que impactaron a América Latina, continuando su nada loable papel de periferia al servicio de los centros del capitalismo mundial. La lógica del capitalismo que reconoce la desigualdad como un axioma para su propio funcionamiento -pese a los cambios de patrones de acumulación- implica la eterna sobreexplotación de las periferias, en las que los países centros del capitalismo mundial encuentran mercados, recursos naturales y humanos. Ese continuó siendo el rol de América Latina durante la aplicación de los ajustes estructurales, fundamentalmente en función del capitalismo norteamericano.

Después de transcurrir los años 80 y 90 del siglo pasado, o lo que se ha llamado décadas perdidas para América Latina, se puede decir que el neoliberalismo fracasó desde el punto de vista económico, pues no condujo a ninguno de los países de la región al desarrollo, sino que los hundió aún más en el subdesarrollo. Sin embargo, al mismo tiempo se puede argüir que socialmente logró muchos de sus objetivos, creando sociedades marcadamente desiguales, así como que política e ideológicamente logró un éxito quizá jamás soñado por sus fundadores, diseminando que no había alternativa para sus principios y que todos, partidarios u opositores tenían que adaptarse a sus normas y a los derechos y deberes que ellas conllevan. (Ramírez, 1998)

## **2. Los Derechos Humanos en el marco del Neoliberalismo**

Este acápite complementa al anterior partiendo, en primer lugar, por un análisis crítico de los Derechos Humanos en el contexto del neoliberalismo y, en segundo lugar, describiendo el ámbito de los Derechos Humanos, según la ONU, como la otra cara del modelo en términos de regulaciones que, de algún modo, morigeran las repercusiones negativas de éste en las personas. Inicialmente, se presenta una síntesis acerca de las funciones básicas del Derecho y de los Derechos Humanos en el contexto de la globalización neoliberal. Posteriormente se muestran algunos aspectos conceptuales sobre Derechos Humanos, a saber, definición, características y obligaciones de los Estados, establecidos en la página Web de la Oficina del Alto Comisionado de los

Derechos Humanos de las Naciones Unidas (OHCHR, 2012). Además, se aborda el tema de los vínculos entre los derechos humanos y la pobreza, así como también el marco jurídico general de Derechos Humanos en relación a la protección de la salud de las personas.

## **2.1. Las funciones básicas del Derecho y de los DD.HH. en el mundo globalizado**

Se puede sostener que en nuestro contradictorio y paradójico mundo occidental, el derecho cumple tres funciones básicas o últimas como les llama Ferrari (1989), la función de orientación social, de tratamiento de conflictos declarados y de legitimación del poder. Éstas serían tres funciones medulares del derecho en los actuales contextos y que, por ser los Derechos Humanos un subsistema de éstos, cumpliría, al menos, estas funciones. (Ferrari, 1989)

Los Derechos Humanos condicionados por el actual contexto de globalización, y si actúan coherentemente con él, cumplirían las funciones mencionadas por Ferrari porque otras no le serían permitidas, ya que un sistema de Derechos Humanos con discurso emancipatorio y reivindicatorio realmente es incompatible con un contexto de globalización que sólo los entiende como derechos liberales, individuales y universales (Fariñas, 2000). Igualmente, cuando se rechazan derechos porque atentan contra la libertad, aun cuando estos sean los derechos sociales, económicos y culturales, se impone una prioridad de la libertad de mercado sobre una libertad real para todos, y significa en la práctica la legitimación de la explotación de los seres humanos y de la naturaleza, incrementando aún más la diferencia entre el Norte y el Sur, que no es otra que la diferencia entre ricos y pobres (Fariñas, 1997).

De Lucas (1998) y Faría, (1996), por su parte, advierten de la aparente paradoja a la que nos enfrentan los Derechos Humanos cuando, por un lado, todos los aceptan en su discurso formal al tiempo que cada vez hay más violaciones a los mismos.

Pero, estos Derechos Humanos que son aceptados están vaciados de contenido reivindicatorio, de crítica, de acción emancipadora, y se han integrado-asimilado al discurso hegemónico. El ejemplo más claro de esta paradoja lo podemos encontrar en la política de los EE.UU., el Estado que se arroga el deber-derecho de proteger al mundo de las violaciones a los Derechos Humanos, pero desde el cual se vetan las Resoluciones

del Consejo de Seguridad y se votan en contra de las Resoluciones de la Asamblea General cuando son condenados ellos o sus aliados de turno -léase actualmente Israel- por flagrantes violaciones a los Derechos Humanos. EE.UU no ha ratificado la Convención de los Derechos del Niño -el único Estado, junto a Somalia-, no es parte del Tribunal Penal Internacional, sigue manteniendo la pena de muerte en muchos de sus Estados y, como vimos, utiliza el terrorismo de Estado como consuetudinaria política exterior, (Chomsky, 1997; 2001).

Pensados así, los Derechos Humanos se siguen moviendo en la línea de las funciones planteadas por Ferrari, con lo que, en lugar de transformar la función de legitimación del poder, se transforman en herramientas de ese poder otorgándole mayor legitimidad y convirtiéndose en la estrategia discursiva funcional del capitalismo neoliberal y de la democracia formal.

## **2.2. Los Derechos Humanos y su función emancipadora**

Los Derechos Humanos se encuentran hoy en una encrucijada vital: o siguen como están, siendo parámetro legitimador de la globalización actual, alejados por completo de la faz emancipadora y sin reclamar para sí funciones especiales que le distingan del sistema jurídico ordinario. O bien, asumen un cariz emancipador y libertador y se reconstruyen (o construyen) como instrumento de crítica, de análisis, de lucha y de reivindicación. La alternativa es la re ideologización de los Derechos Humanos -como dice Fariñas- frente a la ideología de la globalización contemporánea, desde la que sea posible reclamarles otras funciones que le permitan ser instancia y escenario de diálogo intercultural entre todas las culturas, una red de política cosmopolita en la que puedan construirse estrategias de liberación y de calidad de vida desde el lenguaje de la emancipación, decodificando y deslegitimando los discursos y las prácticas de dominación, constituyéndose en interlocutor válido y fuerte frente a las instancias de poder para que la efectividad de los Derechos Humanos no sea sólo una quimera. (Ribotta, 2009).

En este mismo sentido, también la globalización puede ser diferente. Al decir de Sousa Santos, no vemos, como muchos, que la solución sea más globalización, porque este modelo de globalización tiene unos objetivos muy claros y en ellos no entra como alternativa válida la búsqueda de una calidad de vida igualmente adecuada para todos. Es cierto que la globalización es susceptible de lo peor y de lo mejor, y que ahora estamos

viendo sólo una cara. Por ello, creemos que es posible una globalización diferente, una globalización contra la hegemónica, desde abajo. Donde lo que se globalice sea el bienestar de toda la humanidad como iguales en derechos, pero diferentes en nuestra identidad como seres culturales. Es necesario, según este autor, pronunciarse en contra de la racionalidad instrumental eficientista de las políticas del capitalismo neoliberal imperante, porque otro mundo es posible sólo si es posible la redistribución de las riquezas mundiales, que garanticen sin fisuras la igualdad y la libertad reales de todos los seres humanos. (Sousa Santos, 1997).

## **2.3. Los Derechos Humanos, según la Organización de las Naciones Unidas, ONU**

### **2.3.1. Definición, Características y obligaciones de los Estados**

Los derechos humanos son *normas* internacionalmente acordadas que se aplican a todos los seres humanos. Engloban los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales enunciados en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH 1948). Los principales tratados internacionales de derechos humanos -el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC 1966) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP 1966)- exponen con mayor detalle el contenido de los derechos consagrados en la DUDH y contienen obligaciones legalmente vinculantes para los Gobiernos que se adhieren a ellos. (OHCHR, 2006).

Sus características son las siguientes:

- Son universales, derechos inalienables de todos los seres humanos;
- Tienen por objeto salvaguardar la dignidad intrínseca y el valor igual de todos los seres humanos;
- Son inalienables (no pueden ser suspendidos ni retirados);
- Son interdependientes y están interrelacionados (cada uno de los derechos humanos está estrechamente vinculado a otros y depende a menudo de la realización de los mismos);
- Están articulados como derechos de los individuos (y grupos) que imponen obligaciones de acción u omisión, particularmente a los estados;
- Han sido garantizados por la comunidad internacional y están protegidos por la ley. (OHCHR, 2006).

La legislación sobre derechos humanos reconoce que los países pobres padecen dificultades graves y admite que puede darse el caso de que no sea posible lograr la realización inmediata de todos los derechos económicos, sociales y culturales para todas las personas. Con todo, los gobiernos tienen la obligación de contar con un plan a largo plazo que propicie la realización progresiva de los derechos humanos. Asimismo, deben adoptar medidas concretas e inmediatas, en particular medidas financieras y compromisos políticos, con arreglo a los recursos disponibles, específicamente orientadas a la plena realización de todos los derechos humanos. En situaciones en que un número considerable de personas se ven privadas, por ejemplo, de su derecho a la salud, el Estado tiene la obligación de demostrar que está utilizando todos los recursos a su disposición -inclusive a través de peticiones de asistencia internacional, cuando sea preciso- para asegurar el cumplimiento de ese derecho. (OHCHR, 2006).

Todos los derechos humanos imponen a los Estados tres tipos de obligaciones:

- **Respeto:** obligación de abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos humanos.
- **Protección:** obligación de asegurarse de que ningún tercero (es decir, ningún agente no estatal) interfiera en el disfrute de los derechos humanos.
- **Cumplimiento:** obligación de adoptar medidas expresamente destinadas a hacer efectivos los derechos humanos. (OHCHR, 2006).

#### 2.4. Derechos Humanos y pobreza

De manera convencional la pobreza solía definirse en términos económicos, con énfasis en las personas y los hogares, como la capacidad financiera relativa o absoluta. En nuestros días, impera la idea de que la pobreza es multidimensional que no se define únicamente por la falta de bienes materiales y oportunidades. El año 2001, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas acordó la siguiente definición de la pobreza: “...una condición humana que se caracteriza por la privación continua o crónica de los recursos, la capacidad, las opciones, la seguridad y el poder necesarios para disfrutar de un nivel de vida adecuado y de otros derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales”. (OHCHR, 2006).

Las *normas* de derechos humanos definen los diferentes objetivos de desarrollo que han de alcanzarse para eliminar la pobreza, incluyendo la salud, la educación, la no violencia, la capacidad de ejercer influencia política y la posibilidad de vivir con dignidad y respeto. Los *principios* de derechos humanos, que vienen a apuntalar todos los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales, sirven de base para la formulación de intervenciones destinadas a lograr la realización de los derechos humanos y la eliminación de la pobreza. Algunos principios de derechos humanos, como los de participación y no discriminación, son al mismo tiempo normas. Esto significa que se deben incorporar tanto dentro de los procesos como de los objetivos de desarrollo. Los principios de derechos humanos incluyen:

- **Indivisibilidad:** Significa que los derechos civiles, culturales, económicos, políticos o sociales, todos derechos humanos necesarios para garantizar la dignidad de las personas, están interrelacionados. El principio de indivisibilidad implica que las medidas de lucha contra la pobreza deben ser transectoriales e incluir intervenciones económicas, sociales y políticas. (OHCHR, 2006).
- **Igualdad y no discriminación:** Con arreglo a las normas y principios de derechos humanos, todos los individuos son iguales y deben gozar de los derechos humanos que les corresponden, sin discriminación de tipo alguno, por ejemplo por motivos relacionados con la raza, el color de la piel, el sexo, el origen étnico, la edad, el idioma, la religión, la ideología política o de otra índole, el origen nacional o social, la propiedad, el linaje, la discapacidad física o mental, el estado de salud (incluido el VIH/SIDA), la orientación sexual u otra característica, con arreglo a las interpretaciones basadas en el derecho internacional. La desigualdad y la discriminación pueden aminorar el crecimiento económico, generar deficiencias en las instituciones públicas y reducir la capacidad para combatir la pobreza. La legislación y la jurisprudencia en materia de derechos humanos reconocen la importancia de la igualdad, tanto formal como sustantiva. (OHCHR, 2006).
- **Participación e inclusión:** El principio de igualdad formal prohíbe el uso de distinciones o elementos discriminatorios en las leyes y políticas. Según el principio de igualdad sustantiva, una ley o política es discriminatoria si produce un impacto negativo desproporcionado en un determinado grupo de personas. Igualdad sustantiva requiere que los gobiernos aseguren la igualdad en los resultados. Esto implica que el

principio de igualdad y no discriminación requiere estrategias de reducción de la pobreza para abordar la discriminación en las leyes y políticas y la distribución y facilitación de recursos y servicios. (OHCHR, 2006).

El principio de los derechos humanos de participación e inclusión significa que todas las personas y todos los pueblos tienen derecho a participar de forma activa, libre y significativa en un desarrollo civil, económico, social, cultural y político en el que puedan hacerse efectivos los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como a contribuir a dicho desarrollo y a disfrutar de él. Este principio implica que las personas pobres tienen derecho a participar en las decisiones relacionadas con el diseño, implementación y supervisión de intervenciones de lucha contra la pobreza. Para ello es imprescindible asegurar la accesibilidad de la información, la claridad y la transparencia en los procesos de toma de decisiones. Este principio supone además que todas las personas tienen derecho a compartir los beneficios de las políticas y programas resultantes. (OHCHR, 2006).

- **Rendición de cuentas, transparencia e imperio de la ley:** Los procesos de rendición de cuentas determinan qué medidas son eficaces y se prestan, por ende, a ser repetidas, y qué medidas son ineficaces, lo que permitirá introducir los ajustes necesarios. La rendición de cuentas desempeña un papel crucial a la hora de dar a las personas pobres los medios para cuestionar la situación imperante, sin lo cual es poco probable que los esfuerzos de reducción de la pobreza surtan efecto. Generalmente, se parte de la idea de que tanto el Estado como el sector privado no responden a su obligación de demostrar y tomar responsabilidad por los acuerdos para apoyar una prestación de servicios eficaz y equitativa. (OHCHR, 2006).

La responsabilización consta de dos elementos: *la rendición de cuentas* y el *amparo judicial*. La rendición de cuentas exige que los gobiernos y demás entidades decisorias garanticen la transparencia de sus procesos y actuaciones y que justifiquen las decisiones que adoptan. El amparo judicial consiste en que las instituciones competentes tienen el deber de atender las reclamaciones presentadas en caso de incumplimiento de una obligación por una persona u organización. Existen numerosas formas de rendición de cuentas. Uno de los mecanismos aplicables para respaldar el cumplimiento de los derechos humanos consiste en recurrir a los procesos judiciales. La ley de los derechos humanos significa que, los Estados y demás proveedores de servicios

deben rendir cuentas sobre su observancia de los derechos humanos. Si un Estado incumple las normas y principios consagrados en los instrumentos de derechos humanos, los titulares de derechos pueden interponer recurso ante el tribunal competente, u otro órgano sentenciador, con arreglo a las normas y procedimientos establecidos por ley. (OHCHR, 2006).

Algunos mecanismos de rendición de cuentas se aplican expresamente a los derechos humanos, por ejemplo encuestas por instituciones nacionales encargadas de promover los derechos humanos y reportes a los organismos encargados de supervisar los tratados de los derechos humanos de las Naciones Unidas. Otros son de índole general, como los sistemas administrativos previstos para supervisar la prestación de servicios, imparcialidad en las elecciones, la libertad de prensa, las comisiones parlamentarias y las iniciativas de seguimiento impulsadas por la sociedad civil.

El principio de rendición de cuentas exige que los procesos de formulación, ejecución y supervisión de las ERP sean transparentes y que las instancias decisorias rindan cuentas de los procedimientos normativos y de las decisiones que adoptan. Para lograr esa meta, es preciso que las ERP construyan y refuercen los vínculos con esas instituciones y procesos que permiten a las personas excluidas pedir cuentas a los planificadores de las políticas. (OHCHR, 2006).

#### **2.4.1. Estrategias de reducción de la pobreza (ERP)**

Las ERP son marcos nacionales de desarrollo transectorial concebidos y aplicados por los gobiernos nacionales con el fin específico de abordar las causas y repercusiones de la pobreza en el país de que se trate. Incluso en los países de ingresos altos subsisten grupos o sectores de personas pobres, por lo que éstos tienen la misma necesidad de contar con una ERP nacional que los países más pobres. En los Estados de ingresos bajos y medios, estas estrategias se introdujeron inicialmente en respuesta a los requisitos previstos para los préstamos otorgados en condiciones favorables por el Banco Mundial (BM) o el Fondo Monetario Internacional (FMI). En esos países, los gobiernos elaboran un Documento de estrategia de lucha contra la pobreza, (DELP) en el que exponen sus políticas y planes macroeconómicos y sociales. En la actualidad, las ERP son percibidas cada vez más como el principal mecanismo en torno al cual numerosos do-

nantes bilaterales y multilaterales formulan sus respectivos programas de cooperación para el desarrollo. Estos instrumentos también son vistos como los marcos operativos necesarios a nivel nacional para la consecución de los ODM. Al mes de marzo de 2005, 44 países habían elaborado un DELP completo y muchos de ellos han empezado a revisar sus estrategias originales. (OHCHR, 2006).

Actualmente, existe entre los principales organismos de desarrollo, entre ellos el Banco Mundial, un amplio consenso acerca de los principios fundamentales en que deben basarse los DELP, a saber:

- Deben estar orientados a la obtención de resultados e incluir objetivos de reducción de la pobreza tangibles y que puedan ser objeto de seguimiento;
- Deben ser exhaustivos e integrar elementos macroeconómicos, estructurales, sectoriales y sociales;
- Deben estar impulsados por los países y representar un consenso sobre las medidas que se prevé aplicar;
- Deben tener un carácter participativo: es primordial que todos los interesados directos participen en su formulación y aplicación;
- Deben basarse en alianzas entre el gobierno y otros actores;
- Deben tener una finalidad a largo plazo, con énfasis en la reforma de las instituciones y el fortalecimiento de las capacidades y también en objetivos a largo plazo. (OHCHR, 2006).

Dentro de este marco de principios, la promoción, cuidado y calidad de la salud de las personas constituye un factor esencial para que los Estados puedan cumplir cabalmente con los compromisos adquiridos en el contexto de los DD.HH., cuyos lineamientos se exponen en el siguiente apartado.

## **2.5. Protección de la salud dentro del marco jurídico de Derechos Humanos**

La definición autorizada más completa del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, a menudo denominado derecho a la salud, es la que figura en el artículo 12 del PIDESC. (OHCHR, 2006).

### **2.5.1. Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC):**

A) Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

B) Las medidas que deberán adoptar los estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, deben incluir aquellas necesarias para:

- La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- La prevención y el tratamiento y el control de las enfermedades epidémicas, endémicas, ocupacionales y de otra índole;
- La creación de condiciones que aseguren a todos servicios médicos y atención medica en caso de enfermedad. (Hunt, 2007).

Para aclarar y hacer operativos los determinantes del artículo 12, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas adoptó la Observación General N° 14. Ésta reconoce la importancia de enfatizar los determinantes de la salud al establecer que la salud depende de y contribuye a la realización de muchos otros derechos humanos, como el derecho a la alimentación, condiciones de vida adecuadas, privacidad y al acceso a la información.

Por otra parte, según la Observación General N° 14, el derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho de las personas a no ser sometidas a tratamientos médicos no consensuados, a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes y el derecho a controlar su propio cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y reproductiva. Los derechos incluyen: el derecho a tener acceso a un sistema de protección de la salud; el derecho a la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades; el derecho a unas condiciones de trabajo sanas y seguras y un medio ambiente sano; y el derecho al disfrute de diversos establecimientos, bienes y servicios relacionados con la salud. La participación de la población en la adopción de decisiones en materia de salud, tanto a nivel nacional como comunitario, es otro derecho importante. (Hunt, 2007).

La no discriminación y la igualdad son componentes fundamentales del derecho a la salud. Los Estados tienen la obligación de prohibir las discriminaciones y de garantizar la igualdad para todos en lo que respecta al acceso a la atención médica y los factores determinantes básicos de la salud. Asimismo, deben reconocer y atender las diferencias y las necesidades específicas de diversos grupos de población, como las mujeres, los niños o las personas con discapacidad, que suelen padecer dificultades particulares, como tasas de mortalidad más elevadas o vulnerabilidad ante determinadas enfermedades.

### **2.5.2. Tratados internacionales de derechos humanos que reconocen el derecho a la salud:**

- Convención internacional sobre la eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965): artículo 5(e)iv;
- Pacto internacional de Derechos económicos, Sociales y Culturales (1966): artículo 12;
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979): artículos 11(1)f, 12 y 14(2)b;
- Convención internacional sobre los derechos del niño (1989): artículo 24;
- Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990): artículos 28, 43(e) y 45;
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006): artículo 25. (OHCHR, 2006).

En la Observación general N° 14, se establecen cuatro criterios para evaluar el respeto del derecho a la salud:

- Disponibilidad. Deberá haber en funcionamiento un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.
- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro componentes superpuestos: 1) no discriminación; 2) accesibilidad física; 3) accesibilidad económica (asequibilidad); 4) acceso a la información.

- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiada y sensible a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
- Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. (OHCHR, 2006).

## **CAPITULO II**

### **POBREZA Y ESTRATEGIAS ESTATALES PARA SUPERARLA**

#### **1. Marco conceptual de la pobreza en Chile**

En este apartado se abordan los principales aspectos teóricos y técnicos relativos a la pobreza, partiendo por las variadas definiciones y enfoques sobre ésta, su medición y tipificación en Chile, además de algunas conceptualizaciones específicas relacionadas. El propósito de éste es, básicamente, conocer los elementos básicos que concurren en la definición operacional de pobreza -variable relevante de este estudio-, así como también aquellos que definen la línea de pobreza e indigencia que permiten categorizar a las personas y hogares de Chile en indigentes, pobres no indigentes y no pobres.

##### **1.1. Un acercamiento al concepto de pobreza**

En términos generales, se puede decir que si bien la preocupación por la pobreza se ha expresado durante siglos, los distintos significados que le han dado los estudiosos del tema no han convergido en una definición certera y universal en la dirección de poder definirla cabalmente, analizarla y superarla.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española la palabra pobreza significa “necesidad, estrechez, carencia de lo necesario para el sustento de la vida”.

Boltvinik al respecto comenta que: a) los términos de pobreza y pobre están asociados a un estado de necesidad y carencia y b) dicha carencia se relaciona con lo necesario para el sustento de la vida. (Boltvinik, 2000a).

Por su parte, Amartya Sen (1981a), define el concepto de pobreza a partir de las capacidades, es decir lo que la gente puede hacer, definiendo la pobreza como la ausencia de capacidades básicas que le permiten a cualquier individuo insertarse en la sociedad, a través del ejercicio de su voluntad. En un sentido más amplio, la pobreza no es cuestión de escaso bienestar, sino de incapacidad de conseguir bienestar precisamente debido a la ausencia de medios. En resumen Sen afirma que la pobreza no es falta de riqueza o ingreso, sino de capacidades básicas (Sen, 1992).

Paul Spicker (1999) reconoce once posibles perspectivas para identificar la pobreza, como necesidad, estándar de vida, insuficiencia de recursos, carencia de seguridad

básica, falta de titularidades, privación múltiple, exclusión, desigualdad, clase, dependencia y padecimiento inaceptable. Todas estas interpretaciones serían mutuamente excluyentes, aunque varias de ellas pueden ser aplicadas a la vez, y algunas pueden no ser aplicables en toda situación.

Gary Fields (2001) define la pobreza como la incapacidad de un individuo o una familia para disponer de los recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Peter Townsend (1993) analiza tres concepciones de la pobreza que se han desarrollado en el siglo XX, la pobreza como privación relativa, como subsistencia y como necesidades básicas. También define la pobreza como la situación en la que viven aquellos cuyos recursos no les permiten cumplir las elaboradas demandas sociales y costumbres que han sido asignadas a los ciudadanos: están material y socialmente carenciados en una variedad de formas que se pueden observar, describir y medir.

David Gordon (2004) toma como referencia la definición de pobre dada por el Consejo de Europa en el año de 1984 en donde se entenderá por pobre a aquellas personas, familias o grupos de personas cuyos recursos resultan tan limitados que se traducen en la exclusión del nivel de vida mínimamente aceptable en el estado miembro en el que vive.

El Banco Mundial (1990) define la pobreza como la imposibilidad de alcanzar un nivel de vida mínimo. Para llegar a esta definición el Banco Mundial tuvo que responder a las siguientes preguntas: ¿cómo medimos el nivel de vida?, ¿qué queremos decir con nivel de vida mínimo? y ¿cuánta pobreza hay?

La Organización de la Naciones Unidas por medio del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo presentó por primera vez la expresión pobreza humana, basada en el concepto de capacidades de Sen y definió la pobreza como la negación de opciones y oportunidades de vivir una vida tolerable. (PNUD, 1997)

Por lo anterior, una persona se considera pobre cuando se encuentra en una situación precaria en la que carece de capacidades de desarrollo y que están por debajo de un estándar mínimo aceptado socialmente, lo que se manifiesta en situaciones de escasos ingresos, insalubridad, desnutrición y vulnerabilidad a las enfermedades y a las inclemencias del medio ambiente, que inciden negativamente en sus oportunidades de sobrevivir y mejorar su calidad de vida.

Es importante aclarar que el concepto de pobreza es equiparable con el de desigualdad, sin embargo como lo señala Sen (1981a) analizar la pobreza como un problema de desigualdad o viceversa, no le haría justicia a ninguno de los dos conceptos. Es claro que ambos conceptos están relacionados, pero ninguno de los dos sustituye al otro. Es decir, una transferencia de ingresos de una persona de ingresos altos a otra con ingresos bajos, puede resultar en una reducción de la desigualdad, pero podría dejar la percepción de la pobreza intacta.

En este mismo tenor el Banco Mundial (1990), señala que pobreza no es lo mismo que desigualdad, la pobreza se refiere al nivel de vida absoluto de una parte de la sociedad, y que por su parte la desigualdad se refiere a los niveles de vida relativos en la sociedad en general. Es decir, con un determinado nivel de desigualdad se podría encontrar un nivel de pobreza nulo, en donde nadie sería pobre, así como también un nivel de pobreza máxima en donde todos serían pobres.

## **1.2. Enfoques de la pobreza**

De acuerdo con la CEPAL, "La noción de pobreza expresa situaciones de carencia de recursos económicos o de condiciones de vida que la sociedad considera básicos de acuerdo con normas sociales de referencia que reflejan derechos sociales mínimos y objetivos públicos. Estas normas se expresan en términos tanto absolutos como relativos, y son variables en el tiempo y los diferentes espacios nacionales". (CEPAL, 2000<sup>a</sup>; 83)

En términos monetarios la pobreza significa la carencia de ingresos suficientes con respecto al umbral de ingreso absoluto, o línea de pobreza, "que corresponde al costo de una canasta de consumo básico" (CEPAL, 2000<sup>a</sup>; 83) Relacionada con la línea de pobreza está la línea de indigencia, para la cual el umbral de ingresos apenas alcanza para satisfacer los requerimientos nutricionales básicos de una familia. La conceptualización de la pobreza a partir de los niveles de ingreso no permite explicar el acceso efectivo a los bienes y servicios fundamentales, ni a la capacidad de elección por parte del consumidor y, por lo tanto, "revela sólo parcialmente el impacto de la disponibilidad monetaria sobre el bienestar, aunque se supone que el ingreso permite satisfacer las necesidades fundamentales". (CEPAL, 2000<sup>a</sup>; 83)

De otra parte, "la disponibilidad de ingresos de la mayor parte de la población está

directamente relacionada con los activos que posee y, en particular, con el capital humano remunerado, incluso si el ingreso no proviene del pago de salarios como en el caso de los empleos por cuenta propia". (CEPAL 2000<sup>a</sup>; 83) Debido a esto, la carencia de ingresos suficientes "está asociada a la carencia del capital humano necesario para acceder a ciertos empleos", o a la falta de "capital financiero, tierra y conocimientos gerenciales y tecnológicos para desarrollar una actividad empresarial". (CEPAL, 2000<sup>a</sup>; 83)

Otra definición de la pobreza está relacionada con el grado de satisfacción de las llamadas necesidades básicas, consideradas universales y que comprenden "una canasta mínima de consumo individual o familiar (alimentos, vivienda, vestuario, artículos del hogar), el acceso a los servicios básicos (salud y educación, agua potable, recolección de basura, alcantarillado, energía y transporte público), o ambos componentes". (CEPAL, 2000<sup>a</sup>; 83) A partir de lo anterior "la pobreza y su magnitud dependen del número y las características de las necesidades básicas consideradas." Por su carácter generalmente discreto los índices de necesidades básicas "presentan limitaciones para estimar la dispersión de la pobreza, porque tienden a igualar a quien está apenas cerca del límite con quien se encuentra mucho más alejado". (CEPAL, 2000<sup>a</sup>; 83)

Otro enfoque de la pobreza es el de la llamada pobreza humana, propuesto por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Este enfoque se refiere a la privación en cuanto a tener una vida larga y saludable; poder acceder al conocimiento; alcanzar un nivel de vida decente y a acceder a la participación. Este concepto se diferencia de la definición de pobreza de ingreso, porque parte de la privación de un solo factor: el ingreso, "ya sea porque se considera que ese es el único empobrecimiento que interesa o que toda privación puede reducirse a un denominador común". (PNUD, 2000; s/p) De acuerdo con el PNUD, "el concepto de pobreza humana considera que la falta de ingreso suficiente es un factor importante de privación humana, pero no el único", y que por lo tanto no todo empobrecimiento puede reducirse al ingreso. "Si el ingreso no es la suma total de la vida humana, la falta de ingreso no puede ser la suma total de la privación humana". (PNUD, 2000; s/p)

Para el PNUD esta definición de pobreza está estrechamente ligada al concepto de desarrollo humano, el cual es entendido como un proceso de ampliación de las opciones de la gente, a través del aumento de sus funciones y capacidades. De esta manera "el desarrollo humano refleja además los resultados de esas funciones y capacidades en

cuanto se relacionan con los seres humanos. Representa un proceso a la vez que un fin. En todos los niveles del desarrollo las tres capacidades esenciales consisten en que la gente viva una vida larga y saludable, tenga conocimientos y acceso a recursos necesarios para un nivel de vida decente. Pero el ámbito del desarrollo humano va mucho más allá: otras esferas de opciones que la gente considera en alta medida incluyen la participación, la seguridad, la sostenibilidad, las garantías de los derechos humanos, todas necesarias para ser creativo y productivo y para gozar de respeto por sí mismo, potenciación y una sensación de pertenecer a una comunidad. En definitiva, el desarrollo humano es el desarrollo de la gente, para la gente y por la gente". (PNUD, 2000; s/p)

Desafortunadamente, para efectos de políticas públicas y, como consecuencia de la adhesión a los postulados básicos del modelo neoliberal en materia de pobreza, el Estado chileno maneja una conceptualización algo más reducida que se relaciona, fundamentalmente, con estándares internacionales que sólo consideran el factor cuantitativo de los ingresos, estableciendo factores de delimitación que son explicados más adelante.

### **1.3. Medición y tipificación de la pobreza en Chile**

Nuestro país utiliza exclusivamente una medida de pobreza que se basa en una canasta definida con información de consumo de 1987-88. Los cálculos y actualizaciones de la línea se delegan en la CEPAL. Si bien el costo de la canasta se actualiza periódicamente, su composición, no se ha actualizado hasta ahora.

En este sentido se puede pensar que la medición actual se relaciona con un índice de pobreza más bien absoluto, en que el nivel inicial de referencia se encuentra en el año 1988. Entendida de este modo, no es estrictamente necesario actualizar la canasta que define la línea de pobreza, porque el indicador traduce en una métrica concreta un concepto que es entendible y razonable. (GPS, 2010)

Sin embargo, el punto crítico de esta forma de medición está en que ha alcanzado algún grado de caducidad, pues dados los indicadores de crecimiento y desarrollo del país, las necesidades específicas en consumo de calorías de las personas han variado, situación que debería ser abordada actualizando la canasta básica necesaria para el consumo mínimo requerido de calorías, lo que a su vez implicaría una redefinición de la canasta y, por ende, un cambio en la información sobre el consumo de las personas. Por otra parte,

las personas consumen cada vez más otros bienes no alimentarios y eso complejiza aún más una nueva forma de medición, situación que depende, además, de la voluntad política para propiciar redefiniciones de la pobreza o de los elementos que conformarían la nueva canasta, aparte de asumir las variadas consecuencias de ese cambio.

### 1.3.1. Línea de indigencia y de pobreza

Actualmente en Chile, la pobreza se mide según el nivel de ingresos de los hogares, considerando la línea de indigencia y de pobreza. El instrumento que se usa para medir la pobreza a nivel nacional es la Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN, realizada por el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). La CASEN es representativa a nivel nacional, regional, comunal y urbano - rural. A partir de este instrumento se mide a los pobres indigentes, pobres no indigentes y no pobres, donde los primeros representan a los hogares cuyo ingreso autónomo per cápita no supera el costo de una canasta básica de alimentos; los pobres no indigentes representan a los hogares cuyo ingreso fluctúa entre una y dos canastas básicas de alimentos y los no pobres aquellos hogares cuyo ingreso superan el costo de dos canastas. (MIDEPLAN. CASEN, 2009).

**Cuadro N° 2: Evolución de la tasa de pobreza e indigencia 1987- 2009 (%)**

Año	Pobres no indigentes	Indigentes	Pobreza total
1987	27,7	17,4	45,1
1990	25,7	12,9	38,6
1992	23,8	8,8	32,6
1994	19,9	7,6	27,5
1996	17,4	5,8	23,2
1998	16,1	5,6	21,7
2000	14,9	5,7	20,6
2003	14,1	4,7	18,8
2006	10,5	3,2	13,7
2009	11,4	3,7	15,1

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta CASEN, MIDEPLAN, División Social, [www.mideplan.cl/casen](http://www.mideplan.cl/casen).

Las líneas de indigencia y de pobreza, se calculan a partir de la elaboración de una Canasta de Satisfacción de Necesidades Básicas. Este método analiza la capacidad de consumo a partir de los ingresos mensuales. Para ello, se elabora una canasta de bienes y servicios a partir de recomendaciones de expertos y patrones de consumo observados en la población. Luego, ésta se valoriza a precio de mercado y con ello se establece un umbral de ingresos que permite clasificar a los hogares y a la población en: indigentes, pobres no indigentes y no pobres. (MIDEPLAN. CASEN, 2009).

La Línea de Pobreza Urbana para el año 2009 estaba valorizada en \$64.134; la Línea de Indigencia Urbana en \$32.067; la Línea de Pobreza Rural en \$43.242; y la Línea de Indigencia Rural en \$24.710. (MIDEPLAN. CASEN, 2009).

### 1.3.2. Conceptos relacionados con la línea de pobreza e indigencia

- **Incidencia de la Pobreza:** Se refiere a la cuantificación de la pobreza en términos de la proporción de hogares y de población cuyos ingresos son inferiores al presupuesto básico establecido (línea de pobreza y de indigencia). (MIDEPLAN. CASEN 2009)
- **Magnitud de la Pobreza:** Considera el volumen, el tamaño de la población que está bajo la línea de la pobreza. (MIDEPLAN. CASEN 2009)
- **Encuesta panel:** Es una muestra que hace y sigue mediciones sucesivas sobre un mismo grupo de observaciones en distintos momentos del tiempo, esta técnica permite conocer los cambios que experimentan los individuos, con relación a distintas variables o fenómenos de interés. (MIDEPLAN. CASEN 2009)
- **Brecha de la pobreza:** Busca determinar en qué medida los ingresos de los hogares se sitúan por debajo de las líneas, es decir, su finalidad es mostrar la profundidad de la pobreza. Expresa la distancia promedio entre el ingreso de los pobres y la línea de la pobreza, respecto de la población total. (MIDEPLAN. CASEN 2009)
- **Intensidad de la Pobreza:** Foster, Greer y Thorbecke han desarrollado un índice denominado FGT que incluye una medida de la intensidad de la pobreza. Este índice permite analizar la magnitud de la pobreza y la contribución de los subgrupos de pobres a la pobreza total. La utilidad de esta medida es que permite comparar distribuciones de población pobres, tanto espacial como temporalmente, y determinando en qué segmentos la magnitud de la pobreza es mayor (Olavarría, 2001; CEPAL, 1997; Feres, 2001).
- **Pobreza y salud:** Según Akin y otros (1985), las personas nacen con cierta dotación de capital humano en salud del cual derivan utilidad. Esto quiere decir que, del flujo de días saludables, las personas derivan la posibilidad de trabajar, obtener ingresos y realizar las actividades que deseen. El capital humano en salud se deteriora con el paso del tiempo, las enfermedades, accidentes y, finalmente, se extingue con la muerte. De este modo, las

intervenciones en salud estarían orientadas a evitar un deterioro progresivo o acelerado del capital humano en salud. (Akin et al., 1985)

De ello se deduce que habría una asociación entre deterioro de la salud y pobreza, toda vez que las personas enfermas tendrían mayores dificultades para trabajar y generar ingresos. De esta manera, intervenciones de política pública en salud que busquen apoyar el proceso de superación de la pobreza, necesitarían incluir la efectiva y oportuna provisión de servicios y protección de salud a la población, de manera que ésta aumente - o al menos no disminuya sensiblemente- el flujo de días saludables de las personas.

## **2. Estrategias del estado para superar la pobreza e indigencia**

Este apartado se orienta a ofrecer un cierre a esta primera parte del informe haciéndose cargo de aspectos teóricos que constituyen el eje central de este trabajo, ellos son: las *Políticas Sociales* y la *Asistencia Social*. En primer lugar, se presentan los principales aspectos relativos a políticas sociales, a saber: Concepto de política social, definiciones históricas del Estado frente a las políticas sociales y, un agregado acerca del enfoque predominante del modelo de desarrollo chileno actual. En segundo lugar, se entregan algunos elementos conceptuales y un análisis de la asistencia social, su definición y sus características, como punto de apoyo e intermediación relevante para la superación de aquellas personas que, siendo asistidas por sus carencias logran pasar de un estado de dependencia a otro de autonomía a través de los medios y recursos estructurales del sistema social.

### **2.1. Políticas sociales**

#### **2.1.1. Concepto de *política social***

Dentro de los objetivos fundamentales del Estado está el cautelar la adecuada calidad de vida de las personas en su territorio, y desde el siglo pasado, el concepto de política social se ha utilizado como una forma de agrupar aquellas acciones ejercidas para el logro de este objetivo.

La política social es definida como una forma de intervención a nivel macro y que parte del Estado en función de lograr algún tipo de justicia dentro de la sociedad concordante al modelo de desarrollo definido por el mismo. (Franco, 1996).

Desde el marxismo, la política social aparece como un concepto a criticar considerando que ésta tendría un objetivo de "legitimación del funcionamiento de la sociedad en especial en lo que se refiere a la explotación, dominación y predominio de una clase social sobre el resto de la sociedad", es decir, la aplicación de la política social no soluciona el problema estructural sino que mantiene en status quo las demandas de las personas que sufren la explotación en espera de la satisfacción de sus necesidades por medio de la aplicación de la política, la que siempre da una solución paliativa pero no genera cambios en la sociedad. (Franco, 1996).

En los países industrializados la adopción de las políticas sociales fue anterior en el tiempo respecto a Latinoamérica, sin embargo, en estos países fueron incorporadas rápidamente debido a los altos niveles de pobreza existente. En las regiones subdesarrolladas las políticas sociales de salud, vivienda, educación y seguridad social, constituyen herramientas fundamentales para el mantenimiento de la paz social y son un intento dentro del sistema de mejorar la equidad y la justicia social. (Corvalán, 1997; MIDEPLAN, 1995).

## **2.1.2. Definiciones históricas del Estado frente a las políticas sociales**

### **2.1.2.1. Protector**

El Estado protector define sus relaciones desde una perspectiva de contención de los movimientos sociales en desarrollo dentro del cual, la política social aparece como un elemento fundamental a la hora de contener las demandas del proletariado que comienza a ubicarse territorialmente en las periferias de las grandes urbes y a plantear necesidades cuya cobertura apela a la noción de justicia social y al amparo de legislaciones internacionales a exigir implementación de respuestas estatales que generen sea desde la salubridad, instrucción, seguridad social e incorporación laboral, que implican una fuerte presión sobre el mantenimiento del orden político imperante so pretexto de "una integración nacional capaz de permitir la conducción democrática". (Dávila, 1998).

### **2.1.2.2. Benefactor**

El estado benefactor orienta las políticas sociales en función de una mayor equidad y justicia social con una visión redistributiva generalizada a toda la población y con alto porcentaje comparativo del PIB asignado al gasto social.

La postura frente al abordaje de los problemas que impiden el desarrollo está orientada a permitir una cobertura universal por medio de la asignación de una gran cantidad de recursos a la implementación de la política, lo que se traduce, al ponerlo en términos de mercado, en un subsidio de la oferta. (Dávila, 1998).

### **2.1.2.3. Subsidiario**

La asignación de recursos en el marco de la política social está dada por la disminución del gasto fiscal por medio de la privatización de los servicios sociales de los estratos medios altos y de una focalización de los escasos recursos en la población más pobre la que debe esforzarse por hacer un aporte en la satisfacción de sus necesidades, es decir, el financiamiento es la mayoría de las veces compartido, asignándole al sector privado el rol de proveedor de bienes y servicios transables en el mercado, lo que se traduce en un subsidio a la demanda. (Dávila, 1998).

### **2.1.2.4. Subsidiario focalizado**

Mantiene los criterios del estado subsidiario incorporando nuevos conceptos que permiten un mayor control de la gestión de la implementación de la política por parte de los privados.

La idea es captar la oferta privada supervisando la mantención del concepto de calidad de vida y el mejoramiento de la condición de vulnerabilidad concibiendo el gasto social como una inversión social, es decir, promoviendo la instalación de capacidades en los propios individuos que signifiquen su integración a la estructura social productiva.

En teoría la asignación de recursos para la implementación de la política social se ve de modo complementario a la política económica, pero no supeditada a ella, es decir se guardan las reservas necesarias de modo tal de no desproteger los grupos focalizados en periodos de crisis.

Sin embargo, el sustento ideológico que subyace a este tipo de políticas hace inoperante la propuesta ya que el estado se ve disminuido en sus recursos debido a que entrega a la gestión privada la mayoría de las empresas por tanto no cuenta con ganancia para generar la reserva. (Dávila, 1998).

**Cuadro N° 4: Matriz analítica sobre el rol estatal en políticas públicas según periodo**

Períodos históricos	Rol del Estado	Características de la Política Social	Prioridad de las políticas públicas.
1920 - 1964	Protector	Creciente auge del Estado en la provisión de servicios sociales con características universales. La política está orientada a mejorar las condiciones sociales de los habitantes del país bajo el sustento ideológico de la contención demandas de los movimientos sociales emergentes. Centralismo territorial y administrativo. Gasto social emergente.	Relaciones laborales Condiciones de trabajo y remuneración Orientada a la satisfacción de necesidades: Educación, Salud (nutrición y mortalidad infantil), Vivienda, Seguridad social
1964 - 1973	Benefactor	La política social emerge de la creciente movilización de la población y se construye con ésta, al igual que en el periodo anterior se orienta al mejoramiento de la calidad de vida de la población sin embargo el sustento ideológico se orientaba a la participación de la sociedad activa en la implementación de las soluciones a sus demandas. Se privilegia la organización como forma de optimizar la implementación de la política. El estado norma financia y ejecuta la política social. Centralismo territorial y administrativo. Gasto social creciente.	Desarrollo del modelo de sustitución de importaciones. Inversión en servicios sociales. Ampliación de la cobertura e inversión en: Salud, Vivienda, Educación, Previsión  Política social disociada de la económica.
1973 - 1989	Subsidiario	Financiamiento de políticas supeditado a un aporte de parte de los beneficiarios. Privatización de la implementación de las políticas sociales. Política social subvencionada a la económica. Beneficios entregados a través de subsidios individuales. Descentralización administrativa pero no económica ni política. Gasto social minimizado en función de criterios económicos.	Se privilegia el acceso individual a los beneficios de la política.
1990 - a la fecha	"Integrador"	Se ha aumentado levemente el gasto social, recuperación de las políticas sociales, continuando con los lineamientos económicos y políticos del período anterior. Subsidiaridad del Estado.	Se orienta el gasto social en la salud, educación, vivienda.

Fuente: Vargas Aguirre, Mónica, Mercado Cabrera, Edmundo. Ponencia. <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.5.htm>

### 2.1.3. Políticas sociales: del Estado protector al Estado subsidiario

Según Martínez y Palacios, (1996), “La preocupación de las clases dirigentes por el problema de la pobreza es ciertamente muy antigua. Sin embargo, la noción de ‘política social’ del Estado -esto es, la idea de que el Estado *institucionalmente* debe intervenir de manera continuada y sistemática sobre las relaciones civiles en protección de los sectores sociales más desfavorecidos o vulnerables-, es relativamente moderna. Y más moderna aún es la idea de que el ‘grupo-objetivo’ de la política social del Estado debiera ser la población que vive en condiciones de ‘pobreza’ o ‘extrema pobreza’”. (Martínez y

Palacios, 1996) Junto a ello, también subyace el supuesto que el agente llamado a cumplir el rol de protector de la parte más débil, debe ser el Estado, y a través de la historia lo ha sido -con diferentes énfasis y opciones-, pues el mercado es incapaz de cumplir con este rol de “igualador” social.

Una de las dimensiones de las políticas de protección, es la superación de la pobreza y políticas redistributivas, las que pasan necesariamente por la implementación de ciertas orientaciones que vayan en beneficio de las familias más pobres del país. Es el caso de la distribución -o mejor dicho concentración- del ingreso, una de las peores de América Latina (cf. CEPAL, 1997).

En relación a lo anterior, se puede ejemplificar con el tema de los bajos sueldos y salarios que reciben las personas empleadas, lo que las pone en situación de pobreza o indigencia y rompe con el mito de que sólo las personas desempleadas se encuentran en esa condición. O sea, no es suficiente tener un trabajo con remuneración básica para dejar de ser pobre o indigente.

Es el cambio en la naturaleza de la pobreza, de pobres desocupados y “marginales” a pobres ocupados intensamente (Díaz, 1991). Además, se complementa a aquello, el hecho de que el 80% de los ingresos de los hogares es por concepto del pago del trabajo realizado (cf. OIT, 1996). Más agudas situaciones de precariedades en los ingresos del trabajo se da en los casos de las mujeres y de los jóvenes.

#### **2.1.3.1. Políticas sociales y rol del Estado**

Al intentar una cronología histórica de las políticas sociales en Chile, diversos autores (Arellano, 1985; Martínez y Palacios, 1996; De los Ríos, 1997; MIDEPLAN, 1991), en general, han coincidido en caracterizar determinados períodos y procesos que influyeron en la definición de la noción de políticas sociales, desde finales del siglo XIX hasta nuestro días.

A partir de los posibles orígenes del concepto de políticas sociales, se asoció a dos grandes ámbitos de intervención, o tenía relación con dos grandes dimensiones:

- Una primera de ciertos indicadores de calidad de vida de la población, como pueden ser la educación, la salud, la vivienda y la seguridad social; y,

- Lo relacionado con la dimensión del trabajo, sea la organización del mercado laboral, las condiciones de trabajo y las remuneraciones por concepto de él (Arellano, 1985).

En relación a ciertas fases en las cuales pueden enmarcarse las políticas sociales chilenas, una primera se visualiza desde fines del siglo pasado hasta la década de 1930, particularmente signada en 1931 con la dictación del Código del Trabajo. Es la fase correspondiente a enfrentar por parte del Estado y las élites dirigenciales de la época «la cuestión social», como una forma de dotar a los obreros de mejores condiciones de relacionamiento con sus patrones, en materias laborales de remuneraciones, contratos de trabajo, horarios y descansos, trabajo infantil y de las mujeres, condiciones de seguridad, y también algunas prestaciones sociales como vivienda, y otras leyes de carácter social. En ese contexto, algunos problemas sociales «dejan de ser vistos como asuntos de caridad y pasan a ser considerados cuestiones de justicia» (Arellano, 1985).

Esta fase define al Estado en su rol de *Estado Protector* de las clases trabajadoras y proletarias, dejando la constancia del supuesto de la relación desigual entre los representantes del capital y los del trabajo.

Un segundo período, denominado como del Estado Benefactor, en alusión a la expansión de los grupos medios de la sociedad chilena (más o menos entre 1932 y 1955), donde la fase anterior de la «cuestión social» favoreció fundamentalmente a la clase obrera; durante esta etapa, los grandes beneficiados serían los sectores medios que comienzan a configurarse como un sector social con amplia capacidad de negociación y presión hacia las esferas del Estado (Arellano, 1985).

Corresponde al proceso de industrialización en lo económico, y a la democratización del país en lo político; donde el Estado: «promovió el desarrollo industrial y creó las condiciones e instituciones necesarias para ello (entre ellas, la CORFO en 1939), lo que implicó a su vez un importante proceso de urbanización: la industrialización y la urbanización del país fueron acompañadas de fuertes procesos de integración y de democratización social y política» (Martínez y Palacios, 1996).

De igual modo, se instauran otros beneficios e instituciones que favorecen a los trabajadores en materias sociales, como será las instancias que propician la construcción de viviendas para trabajadores, la medicina preventiva para trabajadores y sus familiares

(y la posterior creación del Servicio Nacional de Salud), la ampliación de la seguridad social, el beneficio de la asignación familiar. Y además, uno de los rasgos más definidores del período lo constituye la ampliación significativa de la cobertura educacional, tanto primaria, secundaria y universitaria, y se: «destaca durante este período, en términos de estructura social, un importante auge de la clase media, la que se conformó con los significativos contingentes de profesionales egresados de la "expandida" educación superior y los empleados de la creciente burocracia estatal y privada del país» (Martínez y Palacios, 1996).

Un tercer período, lo constituye la incorporación de los sectores populares entre 1964-1973, período ajustado a los gobiernos de la Democracia Cristiana y a la Unidad Popular.

La premisa subyacente en este período, como rol del Estado, fue la de lograr ciertas tendencias que avanzaran hacia una mejor redistribución del ingreso, en beneficio de los sectores más desfavorecidos. Importantes avances se dieron en la salud y la seguridad social, como también en la tenencia de la tierra por parte de campesinos mediante la reforma agraria, y la tenencia de la propiedad urbana por el camino de la creación del área de propiedad social de las industrias.

Puede definirse el período en base a un *Estado Redistribuidor*, haciendo la distinción entre la redistribución de la riqueza en cuanto a bienes y servicios de la sociedad (gobierno DC), para llegar más lejos aún en la redistribución del poder (gobierno UP), tanto económico como político (Martínez y Palacios, 1996).

También pueden reconocerse significativos avances en la participación sociopolítica y gremial de los sectores populares y trabajadores, representados en la dictación de la ley de juntas de vecinos y la sindicalización campesina.

El cuarto período comienza con un quiebre en la continuidad histórica que habían tenido las políticas sociales en Chile desde principios de siglo, período largo de cerca de siete décadas que tuvieron como denominador común el principio de la expansión y perfeccionamiento de las políticas sociales, como también la incorporación de sectores sociales que hasta ese entonces se encontraban excluidos de ellas, y desde una ausencia del Estado a una mayor presencia en la definición y aplicación de políticas sociales.

Arellano califica el período como *la retirada del Estado* (1974-1982), o también podría denominarse como del *Estado Ausente*, para caracterizar a todo el período del gobierno militar (1973-1989). (Arellano, 1985).

De cualquier modo, la acepción más precisa en cuanto al rol que definió el Estado en relación a la implementación de las políticas sociales, sería el de *Estado Subsidiario*.

De allí que el «principio de subsidiaridad» adoptado por el gobierno militar, se concretizará en dos orientaciones y principios básicos:

- La focalización del gasto social dirigido a los sectores y personas más desfavorecidas, inaugurando la discusión (permanente hasta nuestros días) entre políticas sociales de carácter universal v/s focalizadas; y,
- La privatización de ciertas áreas de la política social, desligándose el Estado de ellas y traspasándolas a la empresa privada y al mercado su asignación, como fueron la educación, salud, previsión, vivienda (cf. MIDEPLAN, 1991).

Con estos principios y su aplicación, no existe ningún acuerdo en cuanto a los logros que pudiesen experimentar las políticas sociales en la disminución de la pobreza, ya que al término del gobierno militar los niveles de pobreza y extrema pobreza eran muy superiores a los exhibidos durante 1970; ni tampoco habría acuerdo en que los beneficiarios de las políticas sociales fueran realmente los más pobres, pues en cierta medida algunos subsidios fueron destinados de preferencia a la clase media (el ejemplo más claro fue el subsidio habitacional). (Martínez y Palacios, 1996).

El quinto período viene a corresponder al momento pos dictatorial o de recuperación de la democracia en el país, pudiendo hacerse complejo la definición para el rol del Estado en esta fase, teniendo en consideración que los gobiernos de la concertación (1990 hasta la fecha), continuaron con la definición de un *Estado Subsidiario* en materia de políticas sociales, pero poniendo el énfasis en una política de crecimiento económico con equidad social. (Schkolnik, 1991)

Los gobiernos de la Concertación no alteraron los dos principios centrales del discurso neoliberal del gobierno militar, en orden a mantener los criterios de políticas sociales focalizadas y la permanencia de agentes privados en la implementación de éstas.

No hubo alteraciones en materia de salud, educación, vivienda, previsión social, subsidios, entre otras. Lo que sí puede diferenciar a la política social de la anterior, es la selectividad de ciertas políticas, privilegiando algunos sectores sociales considerados como más vulnerables (niños, jóvenes, jefas de hogar, discapacitados, minorías étnicas, tercera edad), como a su vez, puede apreciarse un notorio aumento en el gasto social, llegando en algunos sectores a duplicarlo entre 1990 a 1997. (Martínez y Palacios, 1996).

A ello habría que agregar los logros en la disminución de la pobreza. Pero el énfasis y motor de la política social ha sido el paradigma del crecimiento económico y la mantención de ciertos equilibrios en los indicadores macroeconómicos.

Desde otro punto de vista, los distintos momentos y énfasis que ha asumido el Estado en materia de políticas sociales, tienen una estrecha relación con los modelos de desarrollo experimentados por ellos, y la forma en que se precisan sus sujetos preferentes de atención y/o preocupación estatal. De igual modo, existe una relación entre los modelos de desarrollo adoptados por los países y sus definiciones de políticas sociales a implementar.

En cuanto a modelos de desarrollo y políticas sociales, en América Latina, Franco (1996) lo asocia a tres fases históricas:

- El de crecimiento hacia afuera,
- El de sustitución de importaciones,
- Y el posterior al ajuste (pudiendo ser un nuevo modelo de crecimiento hacia afuera).

El énfasis social en el primero correspondió entre «una cuestión de policía», pasando por una autoprotección privada y la noción de «crear la nación». En el segundo, el énfasis social transitó entre la protección al trabajador asalariado y el «crear clase media». Y en el tercero, el énfasis estaría en la inversión en capital humano.

A modo de síntesis de la evolución que ha experimentado el concepto y la práctica de cómo han operado las políticas sociales en Chile, en grandes períodos, pueden sintetizarse:

- En un primero caracterizado por las políticas sociales en expansión (1920-1973),
- Un segundo de focalización de las políticas sociales (1973-1989),
- Y un tercero de políticas sociales selectivas (1990-a la fecha) (De los Ríos, 1997).

### **2.1.3.2. Por una sociedad inclusiva**

El enfoque predominante del modelo de crecimiento chileno puede caracterizarse por un énfasis en la dimensión económica como base del crecimiento nacional, donde la responsabilidad fundamental está en el sector privado y tendiendo a la constitución de un «Estado Mínimo».

De acuerdo con Bustelo y Minujin (1998) en sus propuestas para sociedades incluyentes, el aspecto social de este enfoque se basa en una trilogía muy simple: Crecer-Educar-Focalizar (CEF).

- El crecer constituye la base fundamental de la trilogía, ya que garantiza la acumulación, que a su vez habilita el financiamiento de la «inversión social».
- El educar parte del razonamiento que la acumulación de capital humano es lo que posibilita a los individuos a acceder a un empleo productivo de calidad y de esta manera incorporarse a la economía.
- El focalizar se refiere principalmente a dirigir el gasto público social hacia los sectores pobres y a eliminar en los sectores medios todo subsidio público directo o indirecto. De este modo los servicios públicos universales como salud, educación y los sistemas de seguridad social, son ahora introducidos al mercado, permitiendo una «mercantilización» de la política social. (Bustelo et al., 1998).

En dos palabras, podemos decir que la política social en este enfoque tiene un rol marginal y posterior a las decisiones que se toman desde la economía: es como una «ambulancia» que pasa recogiendo los heridos víctimas de la política económica.

El estilo de política económica y social que proponen estos autores, se basa en una óptica sustancialmente diferente, que la sintetizan en otra trilogía para facilitar la comparación: Desarrollo-Empleo-Ciudadanía (DEC).

- Desarrollo, porque rescata la idea de que no se puede plantear el crecimiento económico sin discutir para quién. Se asume que tanto la política económica como la

política social son operaciones simultáneas en donde el objetivo prioritario y fundamental es construir una sociedad más igualitaria.

- La generación de empleo productivo de calidad es el concepto básico a través del cual se incluye a los ciudadanos en el sistema productivo.
- La expansión de la ciudadanía como eje central de la propuesta, pues se parte de la idea que tanto la pobreza y la exclusión, como la concentración de la riqueza y los ingresos, son manifestaciones de lo denominan «pobreza de ciudadanía». El objetivo en última instancia es acumular el capital social en ciudadanía. (Bustelo et al., 1998).

## **2.2. Asistencia social**

Las sociedades, a lo largo del tiempo, han ideado formas para satisfacer las necesidades de grupos sociales con carencias. En la actualidad el Estado, organizaciones civiles y religiosas a través de programas específicos, dirigen acciones focalizadas a aquellos grupos. La Asistencia Social también es ofrecida por medio de empresas privadas y organismos estatales, siempre bajo la supervisión o administración del Estado.

### **2.2.1. Concepto de *asistencia social***

Una definición general que intenta englobar lo que se entiende por asistencia social, consiste en un conjunto de disposiciones legales y de acciones llevadas a cabo por las instancias gubernamentales a nivel estatal y municipal, dirigidas a atender las necesidades básicas, pero también urgentes, de individuos y grupos de individuos que no están en condiciones de satisfacerlas por ellos mismos, además, las acciones de atención a éstos tienden a revertir los efectos de la carencia de satisfactores a sus necesidades, siendo de un carácter más o menos temporal y de bajo o nulo costo económico para ellos. Entre los servicios asistenciales se puede considerar: la asistencia médica, la asistencia a los adultos mayores, a los ciegos, deficientes y enfermos graves, la asistencia a la infancia y a la familia, la asistencia habitacional, la asistencia al desempleado y al recluso. También podemos incluir las prestaciones que el Estado paga como compensación por el sufrimiento y daños físicos causados a ciudadanos por motivos políticos o fallas de los servicios públicos. (Fletes, 2004).

De aquí podemos abstraer varias características; la asistencia social es parte de la responsabilidad estatal para con los ciudadanos que presentan carencias urgentes o que ponen en riesgo, en general, su sano desarrollo. Tiene un carácter emergente, es decir,

se dirige a satisfacer situaciones o necesidades urgentes; así como un carácter temporal, o sea, no tiende a otorgarse por largos periodos de tiempo. Es específica en los satisfactores que ofrece a los grupos o individuos a los que se dirige.

Por definición la asistencia no tiene un carácter preventivo; al tratar de satisfacer necesidades urgentes se aboca a consecuencias y no a causas, y si bien las acciones de asistencia pueden rastrearse a lo largo de la historia y a sectores de población calificada como pobre, abandonada, carente, la tendencia es a otorgar servicios o apoyos por periodos delimitados de tiempo a personas o grupos específicos. Se centra, por lo tanto, en carencias específicas de grupos y personas específicas. En ese sentido, se puede decir que la fortaleza de la asistencia social es a la vez su debilidad; atiende problemas específicos, pero pierde el contexto general de los mismos. (Fletes, 2004).

Cuál es la diferencia entre asistencia social y tareas filantrópicas que realizan otras entidades. La distinción parece elemental; mientras que la asistencia social se deriva de un mandato legal y es realizada por instancias gubernamentales, la filantropía surge como una acción voluntaria individual, de pequeños grupos o empresas, a las que suele denominarse *de la sociedad civil*. Más aún, distinguimos las acciones implementadas por las iglesias, orientadas básicamente por la caridad, que si bien tienen un carácter voluntario están regidas por principios y programas propios de la iglesia a la cual pertenecen y suelen ser parte de una misión y un medio para redimir pecados. (Fletes, 2004).

Con base en estas ideas se puede elaborar un cuadro que permitirá distinguir mejor la asistencia social de otras formas de acción:

**Cuadro N° 3: Matriz de análisis distintiva de la asistencia social respecto a otras formas de acción**

Denominación	Carácter	Entidad	Recursos
<b>Asistencia social</b>	Políticas de Estado / laico	Estatual a través de programas específicos	Públicos, municipales, estatales, federales
<b>Filantropía</b>	Altruismo, solidaridad / laico	Particular, sociedad civil	Particulares, iniciativa privada
<b>Caridad</b>	Vocación Apostolado / religioso	Religiosa	Particulares y de la propia iglesia

Fuente: Fletes, Ricardo, 2004.

A partir de este cuadro, de acuerdo con su denominación, carácter, entidad y recursos, se distinguen tres formas de atender las necesidades de individuos y grupos que por ellos

mismos no pueden satisfacerlas plenamente. Desde luego que a partir de estas ideas, confrontadas con lo que conocemos de la realidad, encontraremos que, en cuanto a los recursos, su procedencia puede ser más compleja, es decir, programas de asistencia social que son apoyados con recursos de la iniciativa privada y, a su vez, programas filantrópicos que funcionan, en parte, con recursos públicos. De igual forma, puede haber estrecha vinculación entre entidades estatales, particulares y religiosas.

Si bien en la práctica las acciones de filantropía, caridad y asistencia social pueden parecer exactamente las mismas, cuando observamos sus fundamentos y distinguimos algunas de sus características, las diferencias se hacen evidentes. Todas tienen en común que mejoran la calidad de vida de las personas, ayudan a resolver necesidades básicas no satisfechas, les subyace la noción de fraternidad y solidaridad.

En orden de aparición en la sociedad, la filantropía y la caridad son antecesoras de la asistencia social; de hecho las dos primeras se distinguen apenas por el origen de las personas o instituciones que las otorgan y si bien ambas pueden ser vistas como asistencia social, esta última no puede ser filantropía ni caridad, pues es una atribución del Estado y éste no hace filantropía, sino que presta servicios, ejerce atribuciones. Ahí reside la distinción básica. Inclusive, si las funciones del Estado contemporáneo fuesen cumplidas plenamente en los rubros de educación, salud, deporte y recreación, etc., la asistencia social sería apenas la prestación de auxilio en situaciones de emergencia, en caso de accidentes y desastres naturales, es decir, quedaría reducida a su mínima expresión. (Fletes, 2004)

En las condiciones de la sociedad actual donde las políticas públicas no tienen la cobertura adecuada, la asistencia social es necesaria. El aporte de particulares se consigue apelando a la solidaridad, busca llegar a lo afectivo de personas y grupos, en los marcos del neoliberalismo, se incentiva la participación vía la deducción de impuestos por la cantidad económica aportada. De esta forma la solidaridad, la filantropía, la caridad, junto con la asistencia social forman una enmarañada red que hace más complejo el análisis de las acciones de asistencia. (Fletes, 2004)

Por otro lado, no se puede negar que la pobreza, la exclusión y las desigualdades sociales alimentan los contingentes de personas y grupos que requieren de asistencia. Sin embargo, como el Estado es insuficiente para atender las demandas; surgen los

llamados Organismos no Gubernamentales (ONGs), los cuales obtienen recursos estatales y con estos aumenta la atención a la población necesitada, pero cuando se recortan los mismos se reduce la capacidad de acción gubernamental y no gubernamental, con lo que empeoran las condiciones de la población necesitada. Se crea así un mecanismo de dependencia pernicioso entre las ONGs y el Estado, pero quienes en última instancia salen más perjudicados son quienes más necesitan de su apoyo. (Fletes, 2004)

A pesar de todo, el potencial de la asistencia social como punto de apoyo para la superación de la exclusión es viable, aun cuando en la práctica se observen sus limitados alcances o las dependencias y los vicios que provoca, tanto de parte de quienes la reciben como de quienes la otorgan. Esto último ha llevado a los propios agentes de la asistencia social a caer en la desesperanza aprendida (expresión de Paulo Freire), a que los diseñadores de la política social, económica y política vean con escasas posibilidades dichas labores relegándolas presupuestariamente, lo que, a su vez, provoca un mayor abandono social.

### **2.2.2. La asistencia social como medio**

De acuerdo a lo anterior, la asistencia no es un fin, sino un medio, más aún, debe ser bien hecha, a tal punto que el asistido se libre de ella. Esta idea implica que el asistido transite de una posición de carencia y dependencia hacia otra de superación y autonomía, en donde la asistencia sea un punto de apoyo para lograrlo. (Fletes, 2004).

Las acciones llevadas a cabo por los organismos gubernamentales y las ONGs, muchas veces no pasan de la compensación, es decir, llenan necesidades urgentes que las personas no cubren por ellas mismas, sea porque carecen de empleo, o porque si lo tienen los ingresos que devengan son insuficientes para adquirir los satisfactores básicos para ellos y su familia, no podemos decir que les alcanzan para cubrir plenamente los costos de vivienda, de educación y capacitación, salud, esparcimiento, etc. La consecuencia de todo esto lleva a sacrificar lo necesario a tal punto que se compromete el desarrollo integral de las personas. Es por esta razón que la asistencia social no sólo depende de una adecuada planeación propia y de la política social, sino que está estrechamente vinculada a los vaivenes de la política económica. (Fletes, 2004).

No obstante, la asistencia, vista como parte de aquella primera, puede significar la diferencia entre superar o no las carencias presentes que permitirán sentar las bases para un mejor futuro para quienes han nacido en la pobreza, con todas las imposibilidades de desarrollo que ello significa. Es por esto que es preciso defender la asistencia social, en tanto que derecho, en tanto que condición para acceder al sano desarrollo de los individuos y –desde luego- de la sociedad, sin dejar de ver sus efectos perversos. Además, si se hace tan poco en la asistencia social en general por eso mismo es importante que se haga de manera consistente, planeada, coordinada, inteligente, en otras palabras, que se haga bien y consciente de sus límites. (Fletes, 2004).

Todo pobre, desde luego, es sujeto prioritario de asistencia social, sin duda, se puede hacer más y mejor con lo poco que se tiene, para ello hay que reconocer de la asistencia su carácter urgente y su limitación natural, sobre todo en el contexto social latinoamericano que vivimos.

Entre los principales límites, el fundamental es que la asistencia, por definición, no resuelve la cuestión en sus causas. Por ejemplo, la comida que se les da a las familias pobres, no resuelve su condición de pobreza, sino el hambre y la necesidad inmediata de satisfacerla, que desde luego, debe ser atendida. Lo mismo se puede decir de los albergues para mendigos y para niños de la calle, pues resuelven la necesidad de techo y abrigo, pero no la de un hogar ni la seguridad que da la expectativa de un futuro mejor. Los medicamentos para atender una enfermedad respiratoria, curan, pero no modifican las condiciones del hábitat que propicia su aparición recurrente. Es ahí donde se destaca el carácter de la asistencia: necesaria, pero limitada. (Fletes, 2004).

De manera general, las instituciones de asistencia social se muestran raquílicas en la disponibilidad (no en la disposición) de recursos humanos, materiales y financieros, sobre todo si son contrastadas con las necesidades que pretenden satisfacer. De ahí que muchas veces el peso de la asistencia recaer en los profesionales, los voluntarios, hombres y sobre todo mujeres, que con su esfuerzo llevan adelante los programas en las más difíciles condiciones.

El camino hacia la autonomía debería ser hacia el que se orientara toda acción de asistencia. Es decir, su labor temporal y específica debería ser prescindible, lo más pronto posible, pero antes se debe reconocer que su existencia viene a dar respuesta a

necesidades reales producto de las enormes desigualdades sociales. La asistencia es evidencia de las fallas tanto en las políticas sociales como en las políticas económicas implementadas (destacando su trayectoria histórica), a la vez, la asistencia provee de argumentos para luchar contra tal desigualdad a partir de que al reconocerla como necesaria se están reconociendo las fallas e injusticias sociales, mismas que se traducen en una expresión: pobreza, puesto que la pobreza no es un accidente ni producto de la generación espontánea. De ella se nutre el contingente de seres humanos que precisan de asistencia. (Fletes, 2004).

Toda buena asistencia, creativa, crítica, inteligente, consciente de sus límites, reconoce su carácter transitorio. Insistiendo, la buena asistencia es aquella que asiste tan bien que el asistido logra prescindir de ella.

## **CAPITULO III**

### **MARCO REFERENCIAL**

#### **1. Antecedentes de la comuna La Granja**

##### **1.1. Historia**

En el año 1571, el Cabildo de Santiago hizo donación a Don Pedro de Miranda de algunos terrenos baldíos, tierras de secano, que se encontraban ubicadas en el sector norte del río Maipo. Dos siglos después, en el año 1708, los jesuitas, que a la sazón eran los propietarios de la Estación Chequén, construyeron algunos canales de regadíos, convirtiendo estas tierras en las más fértiles de la Región. (I. Municipalidad de la Granja, [www.mlagranja.cl](http://www.mlagranja.cl))

Por ley N° 4.376, de fecha 18 de Noviembre de 1892, publicada en el Diario Oficial, se creó la Comuna de La Granja del Departamento La Victoria, durante la presidencia del Trienio formado por don Jorge Montt, don Ramón Barros Luco, y don Waldo Silva. (I. Municipalidad de la Granja, [www.mlagranja.cl](http://www.mlagranja.cl))

Su territorio era de 4.756 hectáreas de propiedad del Director Supremo, don Bernardo O'Higgins, que fueron después donadas por éste a sus colaboradores en méritos de sus servicios, conformando una hermosa zona agrícola. Junto a esto, en el año 1821 cedió a los padres Franciscanos del convento máximo de Santiago unas cuantas cuadras de terreno en la comuna, a cambio de otras cuadras que la Congregación poseía en lo que es ahora la Avenida Matta, de Santiago. El nombre de La Granja, deriva, se supone, de un antiguo dueño de los terrenos, de nacionalidad española, oriundo de una ciudad de España del mismo nombre. (I. Municipalidad de la Granja, [www.mlagranja.cl](http://www.mlagranja.cl))

La primera concentración de población y servicios municipales se centró entre los paraderos 25 y 27 de Santa Rosa y su primer Alcalde fue Don Roberto Vial.

La Congregación Franciscana tuvo gran importancia en la historia de la Comuna, creando la primera Capilla alrededor de los años 1824-1825, donde celebraban misa domingos y festivos y daban una Misión cada año en los tiempos de Cuaresma. Existió hasta el año 1901, y el 18 de Septiembre de ese año, después de la santa misa fue demolida. Al año siguiente se colocó la primera piedra del actual templo, y su construcción finalizó el año

1908. (Actualmente esta iglesia, situada en Santa. Rosa con Américo Vespucio), está inserta en la comuna de San Ramón, y fue declarada Monumento Nacional. (I. Municipalidad de la Granja, [www.mlagranja.cl](http://www.mlagranja.cl))

El 30 de mayo de 1925 nace la Comuna de La Cisterna, absorbiendo en sus límites gran parte del territorio de La Granja. Ajena a todo progreso durante 14 años, surge entre algunos vecinos, inspirados por Monseñor Bernardino Berríos y ayudado por don Santo Durán, don Alberto Reyes, don Custodio Barrera y don José Ghiardo, el deseo de tener otra vez vida propia. Tal es así que el día 13 de julio de 1939 se logra, tras grandes esfuerzos, volver a ser comuna de La Granja. (I. Municipalidad de la Granja, [www.mlagranja.cl](http://www.mlagranja.cl))

Alrededor de los años 1929 se habían creado cooperativas agrícolas para el mejor desempeño de la actividad agropecuaria. La comuna estuvo en sus inicios dividida en tres distritos y posteriormente en cinco: San Ramón, Malaquías Concha, La Granja, La Bandera y San Antonio. Posteriormente de La Granja nacieron las comunas de San Ramón y La Pintana, por el D.F.L. N° 1-33-260, del 17 de marzo de 1984. (I. Municipalidad de la Granja, [www.mlagranja.cl](http://www.mlagranja.cl))

Actualmente su territorio presenta una superficie de 10,20 Km<sup>2</sup>., lo que corresponde al 0,07% de la superficie total de la Región Metropolitana, ubicándose al Sur-Oriente de ésta. Limita con las comunas de San Joaquín por el Norte, La Pintana por el Sur, La Florida por el Oriente y San Ramón por el Poniente, encontrándose actualmente dividida en 17 Unidades Vecinales. (I. Municipalidad de la Granja, [www.mlagranja.cl](http://www.mlagranja.cl))

## **1.2. Gobierno local**

La Granja concentra su gobierno en la municipalidad que es una corporación autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuya finalidad es satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso y desarrollo económico, social y cultural de la comuna. (I. Municipalidad de la Granja, [www.mlagranja.cl](http://www.mlagranja.cl))

Actualmente está encabezado por la máxima autoridad comunal: el alcalde don Claudio Arriagada Macaya, (PDC) y el honorable concejo municipal constituido por los siguientes concejales Sra. Berta Venegas Maldonado (PDC), Sr. Luis Delpin Aguilar (PDC), Sr. Juan

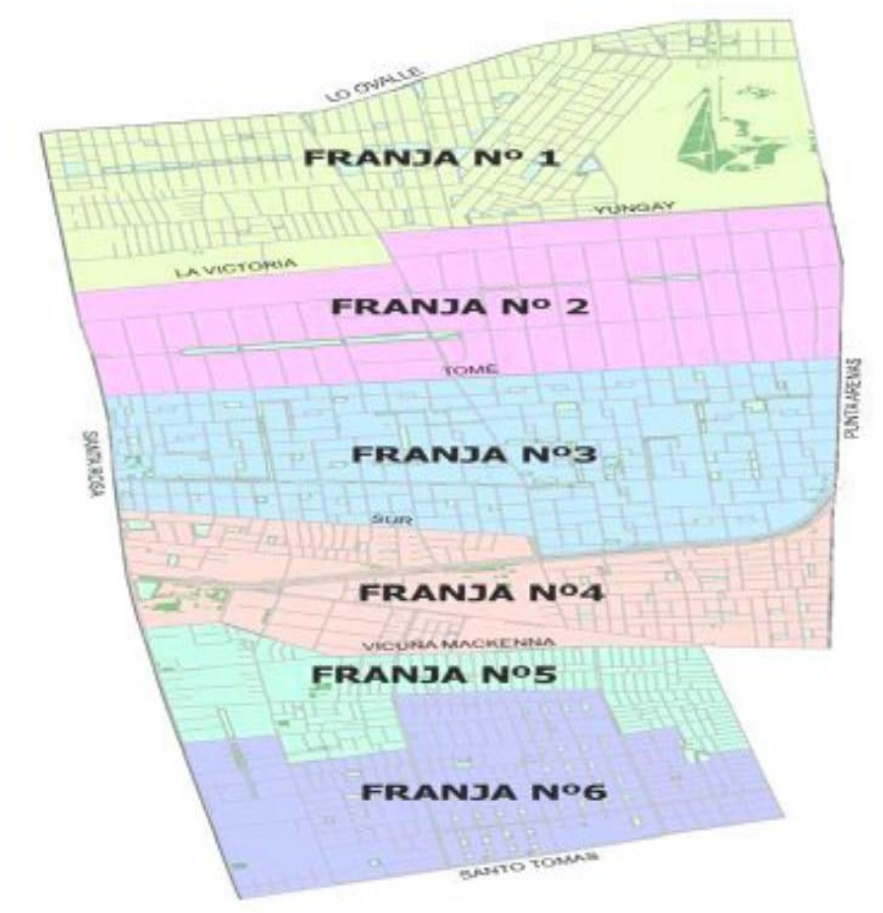
Valdés Valdés (PS), Sr. Germán Pino Maturana (PPD), Sr. Sergio Robles Pinto (PC) y Sr. Juan Aguilar Torres (RN). (I. Municipalidad de la Granja, [www.mlagranja.cl](http://www.mlagranja.cl))

### 1.3. División territorial de la comuna

La municipalidad de La Granja ha desarrollado una estrategia de intervención comunitaria que implica de una división territorial propia que contempla las características patrimoniales y/o semejantes de cada agrupación poblacional, las peculiaridades a través de las cuales se consolidaron estos asentamientos, los factores organizacionales, culturales y participativos que determinan formas diversas de expresión del capital social que cada una de ellas posee, lo anterior con el fin de complementar la misión municipal de propiciar el desarrollo a partir del protagonismo explícito de los pobladores.

La mencionada división delimita la comuna en seis franjas territoriales de la manera que se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 2: Franjas Territoriales de la comuna de La Granja



Fuente: I. Municipalidad de La Granja. [www.mlagranja.cl](http://www.mlagranja.cl).

La modalidad de atención por franjas territoriales representa una alternativa de trabajo que tiene entre sus principios orientadores:

- La territorialidad
- La priorización
- La participación social
- La autogestión comunitaria
- La modernización y
- La horizontalidad y colaboración

Estos ejes orientadores se complementan con una estrategia de intervención comunitaria que pone el énfasis en la cobertura, la calidad y pertinencia, la equidad y la participación ciudadana.

Esta estrategia persigue conocer a fondo la realidad que se da en cada franja, con el fin de realizar una intervención integral. En esta, los distintos actores presentes en cada territorio, comunidad, grupos organizados y municipio, son capaces de identificar fortalezas y debilidades con el fin de asumir compromisos que dan cuenta de la situación que se pretende abordar y de su posible solución. Igualmente, bajo esta modalidad se busca mejorar la calidad de la atención, entregando respuestas rápidas y oportunas a los requerimientos de la comunidad. (I. Municipalidad de la Granja, Archivos).

El objetivo general de la intervención por franjas es: Incentivar la participación comunitaria organizada y no organizada en espacios públicos de los respectivos asentamientos urbanos.

Los objetivos específicos son:

- Identificar redes locales y comunitarias
- Articular las redes sociales e institucionales frente a las necesidades que presenta la comunidad
- Implementar actividades pro-sociales focalizado en la comunidad perteneciente al sector
- Establecer convenios de mutua cooperación tanto con programas municipales y sociales
- Incrementar el nivel de información a la comunidad de actividades realizadas tanto del municipio como de otras entidades. (I. Municipalidad de la Granja, [www.mlagranja.cl](http://www.mlagranja.cl))

Los niveles de intervención social son en las siguientes aéreas:

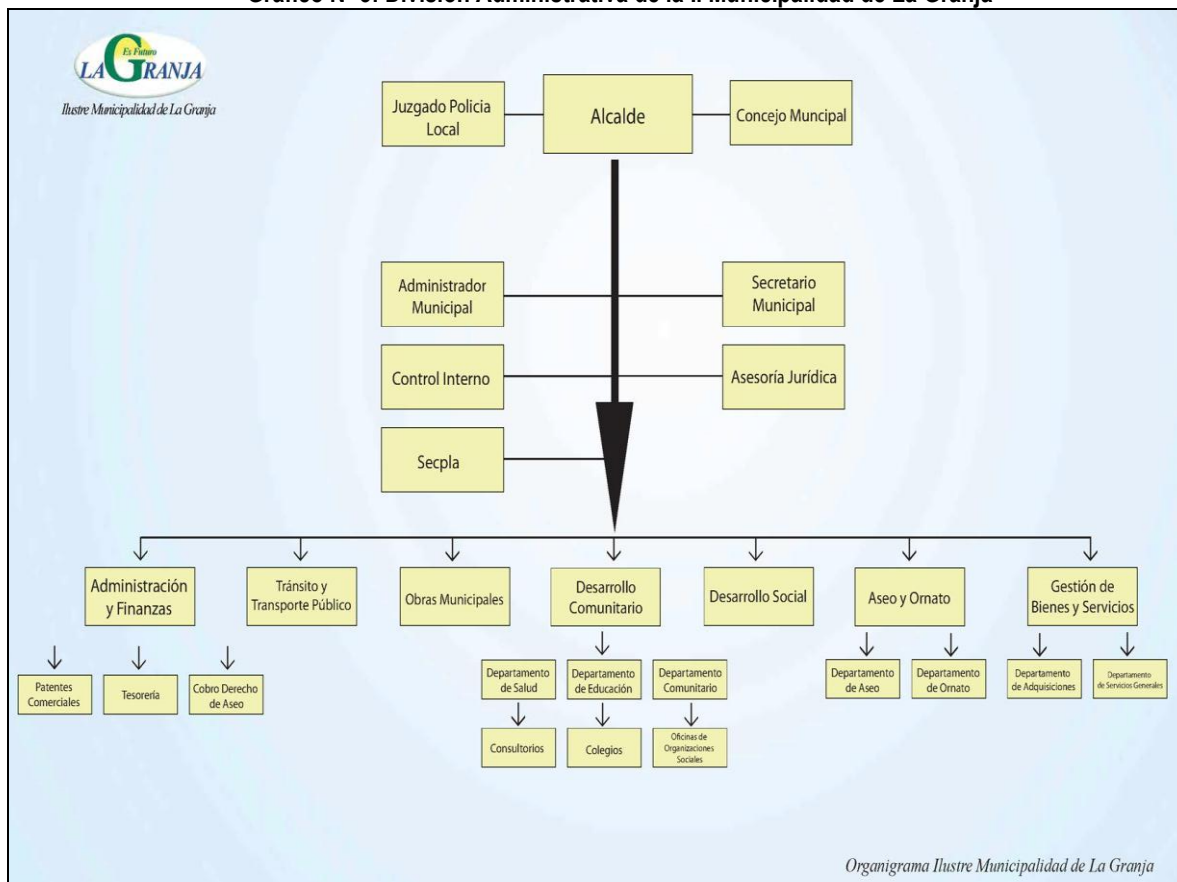
- Área Adulto Mayor y Mujeres
- Área Becas
- Área Discapacidad
- Área Indígena
- Área jóvenes e infancia
- Área Deportes

Las Direcciones y/o Departamentos que lo realizan son los siguientes:

- Dirección Desarrollo Comunitario
- Unidad de Higiene Ambiental
- Dirección de Aseo y Ornato

#### 1.4. División administrativa

Gráfico N° 3: División Administrativa de la I. Municipalidad de La Granja



Fuente: I. Municipalidad de La Granja. Archivos

Para desarrollar sus atribuciones y funciones privativas y compartidas el municipio debe darse una estructura funcional interna de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades N°18.695. La estructura está compuesta por las siguientes unidades: Secretaría Municipal, Secplac, Desarrollo Comunitario, Obras Municipales, Aseo y Ornato, Tránsito y Transporte Público, Administración y Finanzas, Asesoría Jurídica, Control, Relaciones Públicas, Desarrollo Social, Gestión Bienes y Servicios, cada uno con sus respectivos departamentos y secciones. (I. Municipalidad de la Granja, [www.mlagranja.cl](http://www.mlagranja.cl)).

Con esta estructura y diagnóstico comunal, el municipio desarrolla un modelo de intervención integral expresado en forma sectorial con la división de la comuna en Franjas territoriales; la división contempla las características patrimoniales y/o semejanzas de cada agrupación poblacional, las peculiaridades a través de las cuales se consolidaron estos asentamientos, los factores organizacionales, culturales y participativos que determinan formas diversas de expresión del capital social que cada una de ellas posee, lo anterior con el fin de complementar la misión municipal de propiciar el desarrollo a partir del protagonismo explícito de los pobladores:

Los principios orientadores de este modelo de intervención integral sectorial son los siguientes:

- Fomentar el sentido de pertenencia entre los habitantes de cada sector de la comuna
- Priorizar la intervención según los requerimientos de la comunidad
- Fomentar la participación local
- Incentivar la autogestión comunitaria
- Conocer a fondo la realidad social de cada franja comunal (I. Municipalidad de la Granja, Archivos).

### **1.5. Misión y funciones del Municipio en las áreas social y de salud**

La Ley Orgánica Municipal (Ley 18.695) define a las municipalidades como instituciones del Estado (pública), que a nivel local cumplen la función de administrar, es decir, a través de un conjunto de actuaciones buscan satisfacer las necesidades de la comunidad, de una manera permanente y continua para asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural. Para el cumplimiento de estas importantes funciones han sido concebidas como corporaciones autónomas, de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio,

lo que implica que en el ejercicio de sus funciones pueden actuar sin autorización previa o delegación de ningún ministerio o servicio público que tenga competencia sobre la materia.

Entre las funciones que se le otorgan a los municipios a través de esta Ley se pueden señalar las siguientes:

- Confeccionar el plan regulador de la comuna, que define la extensión y el modo en que crece la comuna.
- Elaborar, aprobar y/o modificar el plan de desarrollo comunal.
- Aplicar los reglamentos sobre tránsito y locomoción colectiva.
- Aplicar los reglamentos sobre construcción y urbanización.
- Velar por el aseo y ornato de la comuna.
- Promover el desarrollo local. (PLADECO, 2004 - 2010).

#### **1.6. La Dirección de Desarrollo Social (DIDESO)**

Los municipios disponen de unidades que están encargadas de ejecutar de manera permanente y técnica las decisiones adoptadas por la autoridad superior en el ámbito de las prestaciones de servicios sociales, del desarrollo local y de la administración interna municipal. Es así, como la Ley orgánica municipal, establece como Dirección responsable de la ejecución de las políticas tendientes a paliar la pobreza, a la Dirección de Desarrollo Social, siendo ésta la unidad asesora y operativa que tiene como función asesorar la promoción del desarrollo social, definiendo, proponiendo y ejecutando la acción asistencial en la comuna. Las funciones de esta Dirección son las siguientes:

- Asesorar al alcalde y al concejo municipal en la promoción del Desarrollo Comunitario y Social.
- Prestar asesoría técnica a las organizaciones comunitarias e intermedias en general, manteniendo vinculación permanente con ellas.
- Proponer, coordinar y ejecutar cuando corresponda medidas tendientes a materializar acciones relacionadas con la salud pública, protección del medio ambiente, educación y cultura, capacitación, deporte y recreación, promoción del empleo y turismo.

En el ámbito social, la I. Municipalidad de La Granja, a través de la DIDESO, aborda la problemática de la pobreza mediante la implementación de programas y proyectos específicos, que acogen la diversidad de problemáticas sociales coexistentes en aquellas

personas o grupos familiares que con sus propios recursos, sean estos personales y/o económicos, no son capaces de resolver. (PLADECO, 2004 - 2010).

En este marco, la DIDESO tiene como objetivo primordial contribuir a la resolución de los aspectos inmersos en el desarrollo social de la comuna, específicamente de la población con mayor vulnerabilidad socioeconómica, mediante la implementación de planes, programas y proyectos destinados a promover y potenciar las capacidades de las personas a fin de que puedan desarrollar mejoras en su calidad de vida y lograr estados de desarrollo social y humano deseables. (PLADECO, 2004 - 2010).

El propósito de la Dirección de Desarrollo Social, es ejecutar acciones tendientes a mejorar las condiciones de vida de los vecinos de la comuna, en especial, potenciar las condiciones individuales de las personas y/o grupos que les permitan superar situaciones de riesgo biopsicosocial o de carencias temporales de acuerdo a las políticas sectoriales y comunales.

Esta Dirección fue creada en Marzo de 1998, a partir de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO). El objetivo de dicha división fue entregar un servicio más eficiente a la comunidad, y facilitar aspectos administrativos, dado que la DIDECO en ese entonces tenía a cargo una gran cantidad de Programas y Oficinas lo que en la práctica dificultaba el control y disminuía su eficacia. (PLADECO, 2004 - 2010).

### **1.6.1. Estructura y funciones de los departamentos de la DIDESO**

La Dirección de Desarrollo Social, en su estructura interna está dividida en cuatro Departamentos con funciones específicas a cumplir:

**1.6.1.1. Departamento Subsidios:** Su función es administrar según los estándares definidos desde el nivel central, regional y local, la red de subsidios monetarios y la ejecución de programas que permitan potenciar el desarrollo de capacidades individuales de las personas.

Este departamento atiende el 100% de la demanda de los subsidios estatales, en la selección y asignación de los beneficios de acuerdo a las normativas vigentes. (PLADECO, 2004 - 2010).

En este Departamento trabajan tres personas que desarrollan las siguientes funciones:

- Técnico Social, que cumple la función de Jefa Departamento de Subsidios, y encargada del Subsidio de Discapacidad Mental.
- Técnico Social, encargada del Subsidio de Agua Potable y Alcantarillado.
- Secretaria, encargada del Subsidio Único Familiar

Su modelo de atención se basa en:

- Administrar los subsidios de la red social del Estado
- Difundir en la comunidad los subsidios de la red social del Estado
- Mantener canales de coordinación adecuados con otras instancias comunales, regionales y nacionales vinculadas al tema.

**1.6.1.2. Departamento de emergencia:** Su función es atender y auxiliar transitoriamente a las personas y familias de la comuna, oportuna y eficientemente, ante situaciones de siniestros y catástrofes que se registren en la comuna. (PLADECO, 2004 - 2010).

Su modelo de gestión se basa en:

- Desarrollar programas de capacitación en el ámbito de la prevención de riesgos y de formas de respuesta comunitaria ante situaciones de catástrofes
- Atender situaciones de emergencias transitorias de modo eficiente y oportuno
- Mantener canales de coordinación adecuados con otras instancias comunales, regionales y nacionales vinculadas al tema.

En la actualidad, en este Departamento trabajan tres personas que desarrollan las siguientes funciones:

- Técnico Social, encargada del Departamento
- Dos Administrativos, evaluadores en terreno

**1.6.1.3. Departamento de vivienda:** Su función es atender la demanda comunal que acude al municipio a requerir información que le permita acceder a una solución habitacional. Mediante los diversos programas que en esta materia ofrece la red de subsidio del gobierno central a través del Ministerio de vivienda y el Serviu Metropolitano.

Su modelo de gestión se basa en:

- Facilitar el acceso a los programas habitacionales mediante la información, e inscripción al registro único y materializar su postulación en los procesos que fija el Ministerio de la vivienda.
  - Orientar sobre la oferta y la demanda habitacional, tanto con entidades públicas como privadas.
  - Asesorar para el uso del subsidio y crédito hipotecario, una vez obtenido el beneficio.
- En la actualidad, en este Departamento trabajan tres personas que desarrollan las siguientes funciones:

- Jefatura, encargado del Departamento
- Dos Administrativos, para la atención de público

**1.6.1.4. Departamento de Asistencia Social:** Este departamento tiene la función de proporcionar la asistencia social necesaria para los sectores de la comuna que viven en condiciones de pobreza o en estado de necesidad manifiesta, en coordinación con otras direcciones y departamentos intra y extra municipal; para lograr esta función debe:

- Diseñar planes y programas que se ejecutan en forma anual de acuerdo a las necesidades de la comunidad y al presupuesto municipal.
- Coordinar en forma permanente con otras instituciones u organizaciones para gestionar recursos externos.

Su modelo de gestión se basa en:

- Evolucionar desde una visión propia de la asistencialidad a un modelo de intervención social participativo y de carácter integral.
- Focalizar los recursos materiales y humanos disponibles hacia la atención de los habitantes calificados en condiciones de pobreza o necesidad manifiesta.
- Conformar grupos de beneficiarios de acuerdo a problemas sociales comunes, los que a partir de su propia especificidad puedan mejorar su calidad de vida. (PLADECO, 2004 - 2010).

## **1.7. El Departamento de Asistencia Social: Objetivos y funciones específicas**

Dependiente de la Dirección de Desarrollo Social, se encuentra el Departamento de Asistencia Social, en donde se elaboran y ejecutan los programas sociales, en directa supervisión y aprobación de la autoridad comunal. El objetivo de este departamento es

conocer las necesidades y los recursos de la población a fin de colaborar en la solución de las problemáticas sociales específicas, individuales o colectivas que permitan contribuir a elevar la calidad de vida de los habitantes de la comuna. Las funciones del Departamento son las siguientes:

- Definir los distintos niveles socioeconómicos de la población que requiere asistencia social.
- Procurar la satisfacción de las necesidades básicas de la población en situación de pobreza de la comuna, conjuntamente con otras unidades de la municipalidad u organismos externos.
- Coordinar el desarrollo de acciones de asistencia social en forma conjunta con otras instituciones públicas, privadas en beneficio de la comunidad.
- Procurar la asistencia social profesional necesaria para la población que se encuentra en estado de indigencia o necesidad manifiesta en la comuna, estableciendo coordinación con otras unidades municipales, instituciones externas, cuando el caso así lo requiere.
- Administrar los programas sociales específicos orientados a superar en la población comunal los estados de indigencia y carencia de recursos.
- Mantener registros actualizados mensuales de las actividades desarrolladas en materia de asistencia social, que permitan realizar diagnósticos acerca del tipo de caso atendido por problemáticas, cantidad de prestaciones otorgadas, cobertura de los proyectos o programas en ejecución.
- Establecer una metodología que permita el control y evaluación interna de la unidad. (PLADECO, 2004 - 2010).

En referencia a la asignación de beneficios, se establece que “Los habitantes de la comuna de La Granja, en especial aquellos que sufren una situación socioeconómica más deprimida, serán los beneficiarios directos de las políticas, planes y programas de la Dirección de Desarrollo Social. A esta población objetivo en sus manifestaciones individual, grupal y comunitaria, se les entregará la asistencia social, capacitación, educación y salud necesarias para enfrentar, paliar o superar las situaciones que los aquejan”. (PLADECO 2004-2010).

En este quehacer se busca la mayor cobertura de atención y se emplea la tecnología y las técnicas más adecuadas de manejo y entrega de información que los recursos permitan, entendiéndose esta información como un factor fundamental para alcanzar estados deseables de bienestar. La Dirección de Desarrollo Social procura obtener la mayor

rentabilidad social, focalizando al máximo la entrega de beneficios, privilegiando la inversión directa en las personas.

Desde un punto de vista metodológico, la asistencia social integral es prioritaria con respecto a la atención de choque, la capacitación y organización de la comunidad en torno a metas y objetivos, siendo su misión: “Promover el desarrollo social mediante la implementación de planes, programas y proyectos destinados a la atención de los habitantes que presentan mayores grados de deprivación socioeconómica, que se encuentren en situaciones de emergencias calificada y fomentar y apoyar la participación organizada en la comunidad” y “Proporcionar la asistencia necesaria para los sectores de la comuna en condiciones de pobreza o en estado de necesidad manifiesta en coordinación con otras direcciones y unidades intra y extra municipal”. (PLADECO 2004-2010).

### **1.7.1. Programas**

Acorde con sus objetivos y la misión del Departamento de Asistencia Social, en éste se desarrollan, los programas que van dirigidos fundamentalmente a los sectores más vulnerables de la comuna, a saber:

- **Complemento de prestaciones económicas de familias en tratamiento social:** El programa brinda apoyo económico y orientación profesional a familias carentes de recursos afectadas por problemas sociales, otorgando camarotes, colchonetas y frazadas, priorizando los casos de menores en riesgo social que duerman con adultos, casos de hacinamiento y promiscuidad y finalmente a aquellos casos que carecen de camas, que duerman en el suelo o en sofás. (PLADECO, 2004 - 2010).
- **Subsidio al consumo de agua potable y alcantarillado:** Programa destinado a brindar una ayuda económica para colaborar en los procesos de habilitación del servicio de agua potable y alcantarillado. Consiste en otorgar un aporte económico para que la familia que presenta morosidad en el consumo y no cuenta con los recursos suficientes logre acceder a un convenio de pago con la empresa Aguas Andinas, recuperando el abastecimiento del agua potable. Este programa es complementario a la red de subsidios estatales y constituye el primer paso para la tramitación del Subsidio al consumo del agua potable que tiene una duración de 3 años. (PLADECO, 2004 - 2010).

- **Servicios Funerarios:** Consiste en atender y orientar a las familias que carecen de recursos para adquirir los servicios funerarios en caso de fallecimiento de algunos de los miembros. Brinda el Servicio funerario al 100% de las familias que los soliciten, para esto cuenta con convenio con una Empresa Funeraria. (PLADECO, 2004 - 2010).
- **Beca Presidente de la República y Beca Indígena:** El programa consiste en llevar a cabo el proceso de postulación a la Beca Presidente de la República y Beca Indígena, a todos aquellos menores con buen rendimiento académico provenientes de familias en situación de pobreza, a través de la orientación y tramitación del 100% de los postulantes y renovantes que cumplan con los requisitos establecidos. (PLADECO, 2004 - 2010).
- **Apoyo complementario para la adquisición y otorgamiento de mediaguas:** Permite la adquisición de viviendas de emergencias (mediaguas) a familias en alto riesgo habitacional, mejorando las condiciones de habitabilidad y su calidad de vida. Para esto existe un convenio Municipio -Hogar de Cristo, en donde el beneficiario cancela un porcentaje del valor de la vivienda y el municipio aporta otro porcentaje. (PLADECO, 2004 - 2010).
- **Programa coportes ayudas técnicas SENADIS:** Programa destinado a financiar ayudas técnicas para discapacitados, favoreciendo sus procesos de rehabilitación, este programa acoge ayudas de alto costo financiado entre el Municipio y el SENADIS, los beneficios otorgados consisten en sillas de ruedas, órtesis, prótesis, audífonos, y otros. (PLADECO, 2004 - 2010).
- **Proyecto evaluación socio-económica a casos derivados de Tribunales de familia y pensiones de gracias solicitadas desde el Ministerio del Interior:** Este programa cuenta con una profesional Asistente Social de dedicación exclusiva, su función es realizar procedimiento de evaluación socioeconómica, recolección de antecedentes complementarios y envío de expedientes a los tribunales que lo soliciten o al Ministerio del Interior para su análisis y resolución. (PLADECO, 2004 - 2010).
- **Atención a Enfermos graves y/o terminales:** A través de este programa se apoya con recursos para la realización de exámenes, medicamentos de alto costo, terapias, implantes y otros, a personas de escasos recursos portadoras de enfermedades graves y/o terminales. (PLADECO, 2004 - 2010).

### **1.7.2. Programa “Atención a Enfermos Graves y/o Terminales”**

En el área de la salud, la I. Municipalidad de La Granja, tiene la misión de “mantener equilibrados estados de salud física y mental de la población, optimizar aquellos ámbitos deficitarios, utilizando para esto la infraestructura, recursos financieros y humanos del servicio de Salud Municipal (Plan de Salud Comunal, 2010). Coherente con dicha misión, el compromiso de las autoridades locales se traduce en contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los vecinos de la comuna, a través de equipos de salud capacitados y resolutivos, sensibles a las demandas de los usuarios y a una comunidad organizada que participe activamente de las decisiones que contribuyen al mejoramiento integral de su salud. (Plan de Salud Comunal, 2010).

En el marco de su modelo de gestión, el Departamento de Asistencia Social ejecuta el programa de atención a “Enfermos Graves y/o Terminales”, con la finalidad de apoyar a las personas en el financiamiento total o parcial de medicamentos de alto costo y exámenes de alta complejidad, que permitan el diagnóstico y/o tratamiento oportuno de patologías graves. Los criterios de asignación de este beneficio son los siguientes:

- **Beneficiarios FONASA:** Pueden acceder a este beneficio los habitantes de la comuna de La Granja que pertenecen a FONASA, en cualquiera de sus tramos.
- **Indigentes:** Pueden acceder a este beneficio los habitantes de la comuna de La Granja que se encuentren en situación de indigencia.
- **Patología:** Las prestaciones no están determinadas por patologías específicas, sino por el costo de los fármacos o exámenes.
- **Ingresos:** Los ingresos del grupo familiar determinan la cobertura del beneficio, la cual puede ser total o parcial. (Plan de Salud Comunal, 2010).

Requisitos para acceder al beneficio:

- Tener residencia en la comuna
- Presentar receta médica, con indicación del diagnóstico médico y duración del tratamiento.
- Informe médico (evolución clínica de la enfermedad).

- Derivación de la asistente social del consultorio y/o hospital (en donde señale que medicamento no lo cubre el Auge y que la familia no dispone de los recursos necesarios para solventarlos).
- Ficha de Protección Social, para verificar domicilio en la comuna. (Plan de Salud Comunal, 2010).

Causales de rechazo:

- Medicamentos de bajo costo
- Ingresos económicos altos
- ISAPRES (Dependiendo de la patología y el costo del fármaco se pueden realizar algunas excepciones)
- Suplemento alimenticio a lactantes, (se hacen excepciones en caso que el solicitante presente alguna patología asociada y alta vulnerabilidad social). (Plan de Salud Comunal, 2010).

Existen cuatro vías de acceso al Programa, a saber:

- Demanda espontánea
- Solicitud del Alcalde
- Derivación del Consultorio
- Derivación del Hospital (Plan de Salud Comunal, 2010).

Entrevista Técnico Social encargada del Programa:

- Evalúa si cumple con los requisitos:
- Tipo de solicitud
- Costo del beneficio
- Disponibilidad de recurso municipal (Plan de Salud Comunal, 2010).

Se solicitan documentos:

- Receta médica reciente, con diagnóstico médico
- Derivación Asistente Social Consultorio y/o Hospital

- Cotización del medicamento
- FPS vigente (Plan de Salud Comunal, 2010).

Entrevista y evaluación de la Asistente Social encargada del programa:

- Cuando el solicitante (o su representante en caso que no pueda realizar el trámite personalmente) cumple con todos los antecedentes pasa a entrevista con la Asistente Social encargada del programa.
- De acuerdo a los antecedentes del caso, se procede a evaluar, pero si es un caso nuevo y no tiene Ficha de Protección Social, la Asistente Social debe realizar la correspondiente Visita Domiciliaria.
- De acuerdo a los antecedentes socioeconómicos del grupo familiar, la Asistente Social determina si procede el beneficio y el % a otorgar.
- De acuerdo a la situación socio-económica y el diagnóstico médico se puede otorgar el beneficio en más de una oportunidad.
- Procedimiento para la adquisición del examen, insumos y/o medicamentos:
- Entrega inmediata en todos aquellos casos que el proveedor acepte cartas de respaldo.
- 25 días hábiles, en aquellos casos que no aceptan cartas de respaldo, por lo tanto, es necesario gestionar el cheque correspondiente. (Plan de Salud Comunal, 2010).

Los recursos humanos destinados para la ejecución de este programa son:

- 1 Asistente Social
- 1 Técnico Social
- 1 Secretaria (Plan de Salud Comunal, 2010).

#### **1.7.1.1. Historia del Programa**

El Programa “Atención a Enfermos Graves y/o Terminales” nació para dar respuesta a necesidades de personas con riesgo vital y con patologías graves que no estaban cubiertas en un 100% para las personas que se atienden en el sector público. Entre las prestaciones destacaban aportes a personas oxígeno-dependientes, a enfermos de cáncer y pacientes con insuficiencia renal crónica, entre otras. En consecuencia los valores de determinadas prestaciones, insumos o medicamentos escapaban a las posibilidades económicas reales de las familias. Por ello, fue necesario que el municipio

destinara parte de sus recursos para financiar tales necesidades. (I. Municipalidad de La Granja, Archivos).

Posteriormente y con la puesta en marcha del Programa Auge, la mayoría de estas patologías quedaron cubiertas, cambiando el programa hacia la atención de patologías de menor gravedad, en que la familia no puede cancelar la totalidad de las prestaciones, exámenes o insumos médicos por presentar una condición de pobreza o necesidad manifiesta. (I. Municipalidad de La Granja, Archivos).

En la actualidad el Programa de Atención a Enfermos Graves y/o Terminales cubre una variada gama de enfermedades, no sólo catastróficas y/o terminales, sino que también crónicas o estudios para algún diagnóstico importante, cubriendo insumos médicos, medicamentos, cirugías y/o exámenes. En casos excepcionales, alimentos especiales, siempre y cuando los casos estén derivados del sector público por un/a asistente social.

El programa trabaja en red con Hospitales, Consultorios, Intendencia, Ministerios del Interior y de Salud, donde se solicita aporte para cubrir tratamientos de muy alto costo. Conjuntamente el municipio tiene convenios con farmacias, laboratorios, la Conac, Fundación Crecer, Liga Chilena Contra la Epilepsia, entre otros, para realizar los aportes. (I. Municipalidad de La Granja, Archivos).

El aporte que se entrega por persona no excede los \$200.000, previa evaluación. Se realizan excepciones cuando lo requerido es de muy alto costo y el referido o grupo familiar se encuentra en una situación económica vulnerable que amerita un aporte mayor.

## **2. El sistema de salud en Chile**

### **2.1. Principales Agentes del Sistema**

Actualmente, el sistema de salud funciona a través de cuatro agentes: el Ministerio de Salud, el Instituto de Salud Pública (ISPCH), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Empresas de Administración de Salud (ISAPRE). (MINSAL, [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))

### **2.1.1. Ministerio de Salud**

Al Ministerio de Salud le corresponde formular y fijar, de acuerdo con las directivas que señale el Supremo Gobierno, las políticas de salud y dictar las normas y planes generales para el sistema.

Las funciones del Ministerio de Salud:

- Dirigir y orientar todas las actividades del Estado relativas al Sistema, en conformidad con las políticas fijadas.
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema para ejecutar actividades de promoción o fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
- Formular los planes y programas generales del Sistema, en concordancia con la política general del Gobierno.
- Coordinar y controlar la actividad de los organismos del Sistema y propender, en la forma autorizada por la ley, al desarrollo de las actividades de salud por organismos y personas que no integran ese Sistema.
- Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y normas de salud.
- Relacionarse con personas, organismos y entidades públicas y privadas que no pertenezcan al Sistema o al Sector Salud.
- Fijar las políticas, dictar las normas, aprobar los planes y programas generales y evaluar las acciones respecto de las construcciones, transformaciones y reparaciones de edificios destinados a establecimientos hospitalarios de servicios de salud.
- Cumplir las demás funciones que le asignen las leyes y reglamentos. (MINSAL, [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))

El Reglamento del Ministerio de Salud establece que, para el cumplimiento de las políticas, planes y normas que imparta esa Secretaría de Estado, las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que laboren en salud coordinadamente y dentro de los marcos fijados por el Ministerio constituyen el Sistema Nacional de Salud. (MINSAL, [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))

Los servicios públicos que dependen del Ministerio y forman parte del Sistema son: los Servicios de Salud, el Fondo Nacional del Sistema de Salud, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y la Superintendencia de Salud. (MINSAL, [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))

Las personas, instituciones y demás entidades privadas gozarán de libre iniciativa para realizar acciones de salud, en la forma y condiciones que determine la ley.

**2.1.2. Instituto de Salud Pública (ISP):** El Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) es un servicio público funcionalmente descentralizado, que posee autonomía de gestión y está dotado de personalidad jurídica y de patrimonio propio, dependiendo del Ministerio de Salud para la aprobación de sus políticas, normas y planes generales de actividades, así como en la supervisión de su ejecución. (MINSAL, [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))

La misión del ISP es contribuir al mejoramiento de la salud de la población, garantizando la calidad de bienes y servicios, a través del fortalecimiento de la referencia, la fiscalización y la normalización. (MINSAL, [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))

**2.1.3. Fondo Nacional de Salud (FONASA):** El Fondo Nacional de Salud, FONASA, es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en FONASA, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo. (MINSAL, [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))

**2.1.4. Empresas de Administración de Salud:** Las ISAPRE son instituciones privadas que captan la cotización obligatoria de los trabajadores que libre e individualmente han optado.

Estas instituciones otorgan servicios de salud a un 23% de la población en Chile. Hace un par de años era del 27%. La recesión económica ha golpeado a estas instituciones. Los servicios de salud y el financiamiento de las licencias médicas por enfermedad se prestan con cargo a las cotizaciones. Las prestaciones de salud se entregan directamente o a través del financiamiento de las mismas mediante la contratación de servicios médicos financiados por las ISAPRE. (MINSAL, [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))

El Sistema ISAPRE ha contribuido al desarrollo global del sector salud en Chile, descongestionando al sector público y permitiéndole a éste, por tanto, centrar sus esfuerzos en las personas de más bajos recursos.

Con la responsabilidad de otorgar atención a casi cuatro millones de beneficiarios y apoyados en la competencia de libre de mercado las ISAPRE han logrado perfeccionar sus servicios y otorgar más y mejores prestaciones de salud. En este contexto, han desarrollado productos de bajo costo como planes colectivos, enfermedades catastróficas y tercera edad. Actualmente, las ISAPRE reúnen a más de 3,4 millones de beneficiarios y, entre ellos, se encuentran más de 140 mil personas con más de 60 años de edad y con ingresos promedios que hoy van desde los 200 mil pesos hacia arriba. (MINSAL, [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))

**2.1.5. Superintendencia de Salud:** La Superintendencia de Salud garantiza el cumplimiento de la ley y genera una regulación y fiscalización efectiva, que contribuye a mejorar el desempeño del Sistema de Salud chileno, velando por el cumplimiento de los derechos y garantías de las personas, mediante el desarrollo y la entrega de servicios de excelencia. Colabora en la satisfacción de las necesidades de salud de todos los chilenos, aportando y promoviendo soluciones a los problemas sanitarios de modo ágil, creativo e innovador.

Está orientada a los usuarios y entes regulados, a quienes brinda servicios con altos estándares de calidad. Creada en 1990, a través de la Ley N° 18.933, la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (SISP) es el organismo del Estado que se encarga de fiscalizar y controlar a las ISAPRE. (MINSAL, [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))

## **2.2. Plan AUGE / GES**

El Plan AUGE es parte de la mayor Reforma a la Salud de los últimos 50 años en Chile. Garantiza atención oportuna, de calidad y sin costos para todas las personas, sin discriminación de edad, género o capacidad de pago. Su objetivo central es que toda la población tenga atención garantizada por ley, promoviendo la igualdad en la calidad y acceso a la salud. (MINSAL, [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))

A partir del 1 de julio del 2005, entró en plena vigencia la Ley N° 19.966, conocida como ley AUGE. Los principales cambios que introduce esta normativa se refieren al establecimiento de un Régimen General de Garantías en Salud que se aplica a todos los beneficiarios, sean

éstos de FONASA o de ISAPRE. De esta manera, la ley establece que tanto FONASA como las ISAPRE deben asegurar a sus beneficiarios el otorgamiento de las 25 condiciones de Acceso Universal con Garantías Explícitas. (MINSAL, [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))

## **2.3. Gasto de salud en Chile**

### **2.3.1. Consideraciones**

El nivel de gasto no da cuenta de la calidad del mismo, ni su efectividad. Tampoco indica la distribución de ese gasto, tanto programática como geográficamente. Por lo tanto, al comparar niveles de gasto en años y presupuestos distintos, se comparan agregados en productos y servicios distintos en una proporción desconocida. El gasto en salud presentado en las cuentas fiscales sólo se refiere a las acciones y programas de promoción de buena salud, prevención de enfermedades y atención en salud, sin abarcar los factores condicionantes de la salud ni otra inversión indirecta.

### **2.3.2. Gasto en salud como proporción del PIB**

Este indicador da una idea del tamaño del gasto en salud en función de la capacidad financiera de la economía. En el año 2002 Chile gastó alrededor de 5,8% del PIB en atención y promoción de salud, del cual aproximadamente 3,0% correspondió a gasto público (donde se atiende más del 70% de la población) y el 2,8% gasto privado. De este gasto público, alrededor de la mitad era financiado por las cotizaciones de los trabajadores afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la otra mitad, por aportes del Fisco sobre impuestos generales. Del gasto privado, alrededor de la mitad correspondía a la contratación de planes privados prepagados, mientras la otra mitad, a gasto de bolsillo.

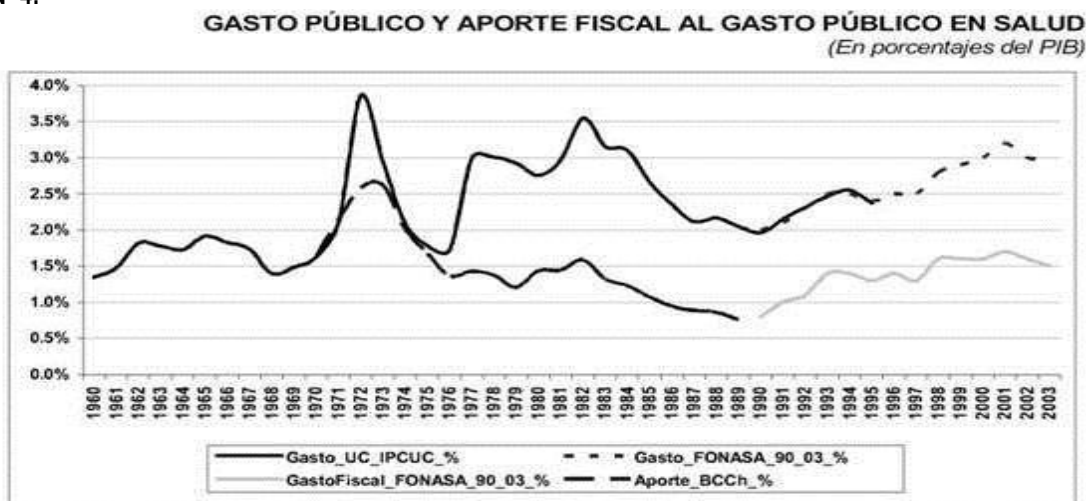
### **2.3.3. Gasto *per cápita* en salud**

El gasto per cápita da una idea del gasto relativo por persona entre diferentes años. Éste muestra una evolución diferente, aumentando dos veces y media entre 1991 y el 2003. En el año 1999 el gasto per cápita total en acciones y programas de salud se estimaba en un promedio de US\$ 279 por persona en el país, US\$362 en el sector privado y US\$ 245 en el sector público, con una diferencia de 81 dólares. Sin embargo, estos datos deben considerarse con cuidado, ya que corresponden a un gasto con un índice de precios que tiene una evolución distinta a la de la economía en su conjunto.

### 2.3.4. Gasto en el conjunto América Latina y el Caribe (LAC)

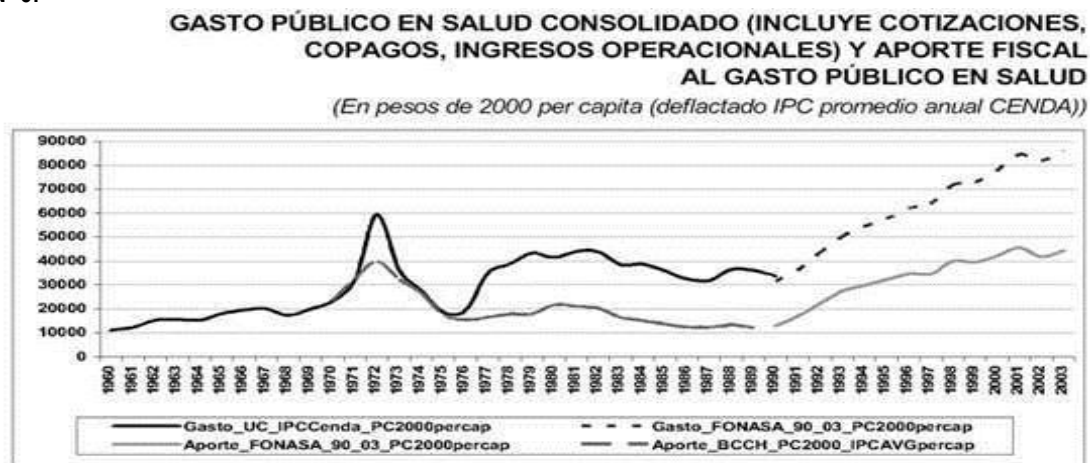
Comparando en la actualidad, el gasto público social de la salud en Chile respecto al resto de la región, se sitúa en un nivel intermedio dentro de los países de América Latina.

Gráfico N° 4:



**Fuente:** Elaboración del autor, sobre la base de diferentes fuentes: Documentos de trabajo 187 y 188 del Instituto de Economía de la Universidad Católica de Chile, 1998; Indicadores Sociales y Económicos 1970-1988 y 1960-2000 del Banco Central de Chile (varios años); Balances presupuestarios anuales del Fondo Nacional de Salud (FONASA), 1990-2003, y "Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes", Serie Financiamiento del desarrollo N° 104, CEPAL, septiembre, 2000.

Gráfico N° 5:



**Fuente:** Elaboración del autor, sobre la base de diferentes fuentes: Documentos de trabajo 187 y 188 del Instituto de Economía de la Universidad Católica de Chile, 1998; Indicadores Sociales y Económicos 1970-1988 y 1960-2000 del Banco Central de Chile (varios años); Balances presupuestarios anuales del Fondo Nacional de Salud (FONASA), 1990-2003, y "Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes", Serie Financiamiento del desarrollo N° 104, CEPAL, septiembre, 2000.

**Cuadro N° 5: América Latina y El Caribe: Gasto Público Social per cápita en salud** (En US dólares del 2000 per cápita y como porcentaje del PIB 2002-2003)

En US dólares per cápita				Como porcentaje del PIB		
< 40	60 – 100	100 - 200	> 200	< 2%	2% - 4%	4% - 6%
Ecuador	Venezuela	Brasil	Costa Rica	Guatemala	México	Argentina
Bolivia	Jamaica	Uruguay	Panamá	Ecuador	Uruguay	Colombia
Paraguay	Colombia	México	Argentina	Paraguay	Jamaica	Costa Rica
Guatemala	Trinidad y Tobago	Chile		Trinidad y Tobago	Brasil	Panamá
Nicaragua		Cuba		Bolivia	Chile	Cuba
El Salvador				República Dominicana	Nicaragua	
Honduras				Venezuela	Honduras	
Perú				El Salvador		
República Dominicana				Perú		

Fuente: CEPAL, Panorama Social de Latinoamérica 2005, sobre la base de la información oficial de los respectivos países.

En el año 2002 Chile gastó alrededor del 5.8% del PIB en promoción y atención en salud, del cual el 3% aproximadamente correspondió a gasto público que atiende a aproximadamente el 70% de la población, y el 2,8% a gasto privado. Para el año 2007 el gasto en salud subió al 6.9% del PIB y al 8.2% el 2009, según información del Banco Mundial. Del gasto público, cerca de la mitad fue financiado por las cotizaciones de los trabajadores afiliados a FONASA y la otra mitad directamente por el Fisco. Del gasto privado, la mitad aproximadamente provino de planes de salud privados pagados previamente y la otra mitad de desembolso directo del usuario.

### **2.3.5. Gestión del gasto público en salud**

La información sobre el gasto en salud en Chile refleja un crecimiento paulatino año a año, que se podría interpretar como un mejoramiento en el financiamiento del sector y, por lo tanto, un mejor acceso y calidad de salud para la población. Sin embargo, la distribución de ese gasto en el sistema público y el privado genera distorsiones que afectan, fundamentalmente, al sistema público, introduciendo las inequidades correspondientes que se expresan en insuficiencia para satisfacer la demanda y asegurar el acceso inmediato en salud de toda la población, pero en particular, a la población más vulnerable.

Inserto dentro de un macro modelo que se ha definido en el discurso oficial como de tendencia neoliberal, aunque con correcciones de corte más socializante, el sistema de salud chileno actual se ha caracterizado como un modelo mixto de atención. Se entenderá como una mezcla con mayores o menores grados de integración de las funciones inherentes de los sistemas de salud (rectoría, financiamiento y prestación) entre un sector público y uno privado.

En este punto, es el tema de la equidad financiera el que despierta más alarma. Así como están planteadas las cosas, nuestro sistema de salud estratifica por ingreso, lo cual ya es discutible, pero también de manera muy poderosa, por riesgo. En FONASA actualmente se encuentran en mucho mayor medida los obreros y desempleados (hablamos de más de un 90% de la población del quintil más pobre que disminuye hasta un 33% en el quintil más rico), pero también las personas con mayor riesgo individual: mujeres en edad fértil (10% más que los hombres en ese rango de edad) y ancianos (83%). En las ISAPRE, a su vez, tenemos a la población más rica (menos de un 2% del quintil más pobre contra la mitad del quintil más rico), y también la más sana: sólo un 6% de ancianos. Es así como el sistema general de salud no logra distribuir los riesgos individuales en toda la sociedad, ni generar la solidaridad de los subsidios entre diversos niveles de ingreso.

A lo anterior hay que agregar las crecientes necesidades de atención, producto del envejecimiento de la población, la mayor prevalencia e incidencia de enfermedades catastróficas como las neoplasias, entre otras, laborales y crónicas como las cardiopatías, diabetes, etc.

Con tal panorama, resulta comprensible la creación de programas asistenciales paliativos que apuntan a dar respuestas transitorias a problemas que el sistema de salud por sí sólo no puede cubrir adecuadamente. En tal contexto, los gobiernos locales cumplen el rol de amortiguadores, pues además de hacerse cargo de los servicios de atención primaria, deben implementar y administrar tales programas con el propósito de intentar resolver, en cortos y medianos plazos, las deficiencias e insuficiencias del sistema de salud.

Esto es inaceptable si se aborda la salud como un bien público, intransable y primordial. Sin embargo es absolutamente entendible y esperable en el supuesto actual, en que se postula la libertad de elección por sobre la repartición solidaria de riesgos. Si se continúa por este camino, las inequidades tendrán larga vida.

**SEGUNDA PARTE**  
**PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

## **I. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO Y LOGROS ALCANZADOS**

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en el proceso de identificación y caracterización de las 384 personas beneficiarias del Programa de “Atención a enfermos graves y/o terminales” de la I. Municipalidad de La Granja, como asimismo, la categorización y codificación de las 19 variables que fueron consideradas para el ingreso de información a la base de datos SPSS y su posterior análisis.

En primer lugar, se presenta una caracterización de los beneficios otorgados por el Programa, considerando las variables: sexo y edad; tipo de prestación otorgada; frecuencia de cobertura; valor en pesos de la prestación y tiempo de espera para recibir el beneficio.

En segundo lugar, se describe el nivel socioeconómico de los beneficiarios del Programa, considerando las variables: escolaridad; situación conyugal, tamaño grupo familiar; número de hijos del grupo familiar; tipo de vivienda; tenencia de la vivienda; actividad u ocupación; tramo de ingreso familiar; subsidios o beneficios recibidos; tipo de previsión de salud, franja de ubicación en la comuna y puntaje en la Ficha de Protección Social que tenían las personas solicitantes al momento de postular al beneficio.

En tercer lugar, se identifican las patologías más recurrentes de los beneficiarios del Programa.

Finalmente, se analizan los logros alcanzados respecto al presupuesto y la cobertura alcanzada por el Programa de “Atención a Enfermos Graves y/o Terminales”, considerando el presupuesto establecido por el Programa y el total de montos aportados.

Se destaca que todas las variables antes mencionadas están cruzadas por las variables sexo y edad como una forma de establecer un análisis más complejo y multivariado de las distribuciones que están expresadas en porcentajes brutos respecto del total de casos, es decir, cada casillero representa la proporción de casos en el mismo respecto de los 384 casos consignados. Por lo anterior, es necesario señalar, además, que no se establecen proporciones comparativas ni por edad ni por sexo, como tampoco considerando los valores de las variables de contenido.

## 1. Caracterización de los beneficios otorgados por el Programa de “Atención a enfermos graves y/o terminales”

**Cuadro N° 6: Distribución de los/as beneficiarios, según sexo y edad**

Edad	Hombre		Mujer		Total	
	Frecuencias	%	Frecuencias	%	Frecuencias	%
0 a 9	44	11,5	42	10,9	86	22,4
10 a 19	20	5,2	16	4,2	36	9,4
20 a 29	6	1,6	12	3,1	18	4,7
30 a 39	14	3,6	9	2,3	23	6,0
40 a 49	20	5,2	23	6,0	43	11,2
50 a 59	22	5,7	36	9,4	58	15,1
60 y más	39	10,2	81	21,1	120	31,3
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>43,0</b>	<b>219</b>	<b>57,0</b>	<b>384</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

El cuadro N° 6 muestra la distribución de los beneficiarios diferenciados por sexo y tramo de edad. De acuerdo a estos resultados se observa que la mayoría de ellos (57%) son mujeres, mientras que el 43% corresponde a hombres.

En cuanto a la distribución etaria se puede establecer que la mayoría relativa de las personas beneficiarias se encuentra en el tramo de 60 años y más, con un 31,3% de los casos. De este tramo la mayoría son mujeres (21,1%). Los hombres en este tramo representan el 10,2%. En segundo lugar se halla el tramo que corresponde a los menores de 0 a 9 años, con un 22,4%. En este grupo, el porcentaje de hombres beneficiados es levemente mayor al de las mujeres, con un 11,5% y un 10,9%, respectivamente. El promedio de edad del grupo de beneficiarios del Programa es de 40,5 años.

La tendencia del grupo de beneficiarios/as es que más del 50% de ellos/as corresponde a infantes y adultos mayores, situación comprensible debido a que en esas etapas de la vida los requerimientos de atención de salud generalmente son mayores, según la información estadística que entrega la OMS a nivel mundial.

A partir de los 40 años en adelante aumenta el número de mujeres en relación al número de hombres que fueron atendidos/as por el programa, mientras que el porcentaje de hombres es mayor que el de las mujeres en los grupos etarios menores. Tal tendencia podría explicarse, en el primer caso, porque a partir de la mediana edad (40 a 49 años), las mujeres comienzan a evidenciar problemas de salud relacionados, fundamentalmente, con enfermedades del sistema osteo-muscular vinculadas a la pérdida de calcio ocurrida durante su vida reproductiva, aparte de problemas de salud de otra índole que también

afectan a los hombres, como las afecciones al sistema cardio-circulatorio, entre otros problemas de salud.

La diferencia entre los porcentajes de hombres y mujeres en los grupos etarios menores no es muy significativa, por lo que se puede considerar que son valores muy similares que obedecen, fundamentalmente, a requerimientos de ayuda de tipo alimenticio para recién nacidos con problemas de lactancia materna y en riesgo de desnutrición, a ciertas afecciones del feto o del recién nacido en el periodo perinatal y, a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas de los/as menores.

**Cuadro N° 7: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y tipo de prestación**

Edad	Sexo	Tipo de prestación otorgada					Total
		Aporte en dinero	Exámenes médicos	Medicamentos	Insumos médicos	Alimentos	
0 a 9	Hombre	0,3	0,8	2,6	0,5	<b>7,3</b>	11,5
	Mujer	0,3	1,8	2,1	0,5	<b>6,3</b>	10,9
	Total	0,5	2,6	4,7	1,0	<b>13,5</b>	22,4
10 a 19	Hombre	0,3	2,1	1,3	1,6	0,0	5,2
	Mujer	0,0	1,6	0,8	1,8	0,0	4,2
	Total	0,3	3,6	2,1	3,4	0,0	9,4
20 a 29	Hombre	0,0	0,3	0,5	0,5	0,3	1,6
	Mujer	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	3,1
	Total	0,0	1,3	1,6	1,6	0,3	4,7
30 a 39	Hombre	0,0	1,3	1,6	0,8	0,0	3,6
	Mujer	0,0	0,5	0,8	1,0	0,0	2,3
	Total	0,0	1,8	2,3	1,8	0,0	6,0
40 a 49	Hombre	0,5	1,6	1,8	1,3	0,0	5,2
	Mujer	0,5	2,6	2,1	0,8	0,0	6,0
	Total	1,0	4,2	3,9	2,1	0,0	11,2
50 a 59	Hombre	0,5	<b>1,6</b>	<b>2,3</b>	1,3	0,0	5,7
	Mujer	0,5	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>	1,0	0,0	9,4
	Total	1,0	<b>5,5</b>	<b>6,3</b>	2,3	0,0	15,1
60 y más	Hombre	0,3	2,3	<b>5,7</b>	1,6	0,3	10,2
	Mujer	0,5	2,9	<b>14,8</b>	2,1	0,8	21,1
	Total	0,8	5,2	<b>20,6</b>	3,6	1,0	31,3
<b>Total</b>	<b>Hombre</b>	<b>1,8</b>	<b>9,9</b>	<b>15,9</b>	<b>7,6</b>	<b>7,8</b>	<b>43,0</b>
	<b>Mujer</b>	<b>1,8</b>	<b>14,3</b>	<b>25,5</b>	<b>8,3</b>	<b>7,0</b>	<b>57,0</b>
	<b>Total</b>	<b>3,6</b>	<b>24,2</b>	<b>41,4</b>	<b>15,9</b>	<b>14,8</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

El cuadro N° 7 muestra la distribución del tipo de prestaciones otorgadas, donde el 41,4% de los casos recibió medicamentos, un 24,2% exámenes médicos, un 15,9% recibió insumos médicos, un 14,8% alimentos y sólo el 3,6% fue beneficiado con aporte en dinero. Estos valores son consistentes con la orientación del Programa y expresan una

distribución eficiente y eficaz, que permite sostener que hay un uso adecuado de los recursos destinados.

Haciendo un análisis más específico por sexo y edad, se tiene que, en el caso de los medicamentos y exámenes, la diferencia entre hombres y mujeres es mayor, siendo estas últimas las que tienen un peso porcentual mayor. Por ejemplo, los medicamentos fueron entregados a 25,5% de mujeres y a un 15,9% de hombres. En el caso de esta prestación, la diferencia surge, básicamente, del grupo etario de 60 y más años, que representa más de una quinta parte del total de casos (20,6%). La distribución del resto de las prestaciones por edad es más o menos pareja en todos los grupos etarios, con excepción del grupo de 0 a 9 años que tiene un peso porcentual importante respecto a la ayuda alimenticia que se les entregó.

**Cuadro N° 8: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y frecuencia de cobertura**

Edad	Sexo	Frecuencia de cobertura			Total
		Una sola vez	Más de una vez, sin permanencia	En forma permanente	
0 a 9	Hombre	9,4	2,1	0,0	11,5
	Mujer	8,6	2,3	0,0	10,9
	Total	18,0	4,4	0,0	22,4
10 a 19	Hombre	4,4	0,8	0,0	5,2
	Mujer	3,9	0,3	0,0	4,2
	Total	8,3	1,0	0,0	9,4
20 a 29	Hombre	1,3	0,3	0,0	1,6
	Mujer	2,9	0,3	0,0	3,1
	Total	4,2	0,5	0,0	4,7
30 a 39	Hombre	3,1	0,3	0,3	3,6
	Mujer	2,3	0,0	0,0	2,3
	Total	5,5	0,3	0,3	6,0
40 a 49	Hombre	4,7	0,5	0,0	5,2
	Mujer	5,2	0,8	0,0	6,0
	Total	9,9	1,3	0,0	11,2
50 a 59	Hombre	4,9	0,8	0,0	5,7
	Mujer	8,9	0,5	0,0	9,4
	Total	13,8	1,3	0,0	15,1
60 y más	Hombre	8,6	1,3	0,3	10,2
	Mujer	16,4	2,9	1,8	21,1
	Total	25,0	4,2	2,1	31,3
Total	Hombre	36,5	6,0	0,5	43,0
	Mujer	48,2	7,0	1,8	57,0
	Total	84,6	13,0	2,3	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

El cuadro N° 8 muestra que al 84,6% de los/as beneficiarios/as se le otorgó ayuda por una sola vez, al 13% por más de una vez, sin permanencia y que sólo al 2,3% se le entregó ayuda en forma permanente, es decir, durante todo el año 2010.

Estos datos reflejan, el carácter asistencial del Programa, cuyo propósito es paliar en un tiempo limitado, problemas de salud puntuales y darle cobertura a una cantidad significativa de personas que, por problemas de diversa índole, fueron derivados desde los centros de atención de salud primaria a éste. Los casos que fueron atendidos más de una vez o en forma permanente representan un 15,3%, y corresponden a situaciones muy específicas de personas que durante ese año no podían obtener la ayuda directamente de las instituciones destinadas para ese efecto.

Al revisar los datos por grupo etario en la categoría “1 sola vez”, se puede observar que el grupo de 60 y más años representa la cuarta parte del total de beneficiarios/as y que el grupo de 0 a 9 años le sigue en una proporción del 18%. Las diferencias entre hombres y mujeres son poco significativas.

La tendencia en este caso es que los dos últimos tramos de personas mayores constituyen una mayoría relativa de personas atendidas en sólo una oportunidad, (38,8%, sumados los grupos de 50 a 59 y de 60 y más años).

**Cuadro N° 9: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y valor de la prestación**

Edad	Sexo	Valor de la prestación						Total
		De \$6.000 a \$50.000	De 50.001 a \$100.000	De \$100.001 a \$150.000	De \$150.001 a \$200.000	De \$200.001 a \$300.000	De \$300.001 a \$528.197	
0 a 9	Hombre	5,2	3,9	1,3	0,5	0,5	0,0	11,5
	Mujer	3,4	4,4	2,1	0,5	0,3	0,3	10,9
	Total	8,6	8,3	3,4	1,0	0,8	0,3	22,4
10 a 19	Hombre	1,3	2,3	1,3	0,3	0,0	0,0	5,2
	Mujer	2,6	0,8	0,8	0,0	0,0	0,0	4,2
	Total	3,9	3,1	2,1	0,3	0,0	0,0	9,4
20 a 29	Hombre	0,5	0,0	0,3	0,5	0,3	0,0	1,6
	Mujer	1,0	1,0	0,8	0,0	0,3	0,0	3,1
	Total	1,6	1,0	1,0	0,5	0,5	0,0	4,7
30 a 39	Hombre	1,3	1,0	0,3	0,8	0,0	0,3	3,6
	Mujer	1,6	0,0	0,5	0,0	0,3	0,0	2,3
	Total	2,9	1,0	0,8	0,8	0,3	0,3	6,0
40 a 49	Hombre	1,8	1,3	1,3	0,8	0,0	0,0	5,2
	Mujer	3,9	1,0	0,5	0,5	0,0	0,0	6,0
	Total	5,7	2,3	1,8	1,3	0,0	0,0	11,2
50 a 59	Hombre	2,1	1,3	1,6	0,8	0,0	0,0	5,7
	Mujer	4,9	3,1	1,0	0,3	0,0	0,0	9,4

	Total	7,0	4,4	2,6	1,0	0,0	0,0	15,1
60 y más	Hombre	4,7	3,4	0,5	0,5	0,8	0,3	10,2
	Mujer	9,6	7,0	1,6	1,6	1,3	0,0	21,1
	Total	14,3	10,4	2,1	2,1	2,1	0,3	31,3
Total	Hombre	16,9	13,3	6,5	4,2	1,6	0,5	43,0
	Mujer	27,1	17,4	7,3	2,9	2,1	0,3	57,0
	Total	44,0	30,7	13,8	7,0	3,6	0,8	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

En el cuadro N° 9 se muestran los valores en pesos de las prestaciones entregadas distribuidas por edad y sexo. Acá se observa que el valor de la prestación más otorgada corresponde al tramo hasta \$50.000 con un 44,0%, el segundo lugar corresponde al tramo de \$50.001 a \$100.000, con un 30,7%, le sigue el tramo de \$100.001 a \$150.000, con un 13,8% y después los tramos de valores más altos con un 3,6% y un 0,8%, respectivamente.

Hay que destacar en este caso, que el Programa no tenía topes de ayuda por beneficiario/a, no obstante, la tendencia fue dar cobertura a la mayor cantidad de personas posible, entregando ayudas por valores pequeños. De ahí que el 74,7% de los casos recibieron ayudas por valores que van desde los \$6.000 hasta los \$100.000, siendo las personas adultas mayores e infantes los más beneficiados en este tramo, con un 14,3% y un 8,6%, respectivamente.

**Cuadro N° 10: Datos estadísticos de los valores en pesos, aportados por el Programa de “Atención a enfermos graves y/o terminales”**

Número de casos	384
Promedio de aporte entregado	\$78.483,27
Desviación típica	\$64.517,377
Mínimo	\$6.000
Máximo	\$528.197
Total en pesos de prestaciones otorgadas	\$30.137.577

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

El cuadro N° 10 muestra algunos datos relevantes para poder dimensionar estadísticamente la utilidad operativa del Programa. De este modo, se puede establecer que: el promedio de aporte (valor en pesos), es decir, la cantidad que teóricamente se estaría entregando a cada uno/a de los/as beneficiarios/as sería de 78.483 pesos. Sin embargo, la desviación típica indica que la variación promedio de todos los aportes respecto de ese promedio es bastante alta, es decir, corresponde a los requerimientos específicos de cada uno de los solicitantes y a la evaluación que el Programa realizó

antes de otorgar el aporte. Esto se refleja al observar la gran diferencia que hay entre los montos mínimo y máximo que corresponden a \$6.000 y \$528.197, respectivamente.

Por otra parte, este cuadro establece que el monto total entregado durante el año 2010 fue de \$30.137.577, lo que indica un sobregiro de \$137.577 respecto del monto que estaba destinado al programa. En el acápite cuarto de este capítulo se analiza más en detalle este aspecto.

**Cuadro N° 11: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y tiempo de espera para recibir el beneficio**

Edad	Sexo	Tiempo de espera para recibir el beneficio					Total
		Hasta 1 semana	Hasta 2 semanas	Hasta 3 semanas	Hasta 1 mes	Más de 1 mes	
0 a 9	Hombre	9,6	0,0	0,0	1,0	0,8	11,5
	Mujer	8,6	0,0	0,0	0,8	1,6	10,9
	Total	18,2	0,0	0,0	1,8	2,3	22,4
10 a 19	Hombre	1,6	0,0	0,0	0,5	3,1	5,2
	Mujer	1,0	0,0	0,0	1,0	2,1	4,2
	Total	2,6	0,0	0,0	1,6	5,2	9,4
20 a 29	Hombre	0,5	0,0	0,0	0,3	0,8	1,6
	Mujer	2,1	0,0	0,0	0,5	0,5	3,1
	Total	2,6	0,0	0,0	0,8	1,3	4,7
30 a 39	Hombre	1,6	0,0	0,0	0,5	1,6	3,6
	Mujer	1,3	0,0	0,0	0,5	0,5	2,3
	Total	2,9	0,0	0,0	1,0	2,1	6,0
40 a 49	Hombre	2,6	0,0	0,0	1,0	1,6	5,2
	Mujer	2,9	0,0	0,0	0,8	2,3	6,0
	Total	5,5	0,0	0,0	1,8	3,9	11,2
50 a 59	Hombre	3,1	0,0	0,0	0,5	2,1	5,7
	Mujer	7,0	0,0	0,0	0,8	1,6	9,4
	Total	10,2	0,0	0,0	1,3	3,6	15,1
60 y más	Hombre	7,0	0,0	0,0	0,0	3,1	10,2
	Mujer	16,4	0,0	0,0	0,8	3,9	21,1
	Total	23,4	0,0	0,0	0,8	7,0	31,3
Total	Hombre	26,0	0,0	0,0	3,9	13,0	43,0
	Mujer	39,3	0,0	0,0	5,2	12,5	57,0
	Total	65,4	0,0	0,0	9,1	25,5	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

El cuadro N° 11, da cuenta de los tiempos de espera para recibir la prestación. En él se establece que un 65,4% de los casos, o sea, casi dos tercios del total, esperó una semana para recibir el beneficio solicitado, mientras que el 25,5% debió esperar más de un mes para acceder a éste y sólo el 9,1% debió esperar hasta 1 mes.

Analizando la distribución total por sexo, se tiene que en la categoría hasta 1 semana, un 26,0% de estos casos son hombres y un 39,3% son mujeres. Sumadas las categorías hasta 1 mes y más de 1 mes, se observa que el 16,9% son hombres y que un 17,7% son mujeres.

Considerando la distribución por edad, se puede observar que los porcentajes mayores que recibieron la ayuda prontamente, es decir, de la categoría hasta 1 semana, corresponden a personas mayores de 60 años y a personas menores de 10 años. En este caso se confirma una vez más que las prestaciones fueron otorgadas teniendo un criterio etario, en parte porque esos grupos de edad son mayoritarios respecto al conjunto de casos, pero además porque los/as funcionarios/as encargados del Programa lo establecieron como base de sus decisiones para otorgar los aportes, por ser estos grupos los más vulnerables en el tema salud.

La distribución general presenta una polarización de los tiempos de espera entre aquellos casos que recibieron la ayuda prontamente y aquellos que tuvieron que esperar 1 mes o más para recibirla, lo cual se refleja por la ausencia de casos en los valores intermedios y porque los tiempos de espera para recibir el beneficio se deben más bien a criterios sanitarios (relación enfermedad - edad) que a criterios de tipo administrativo o de otro tipo.

**Cuadro N° 12: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según tipo de patología y tiempo de espera para recibir el beneficio**

Tipo de patología	Tiempo de espera para recibir la prestación					Total
	Hasta 1 semana	Hasta 2 semanas	Hasta 3 semanas	Hasta 1 mes	Más de 1 mes	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	1,6%
Neoplasias	2,9%	0,0%	0,0%	1,3%	3,1%	<b>7,3%</b>
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematópoyéticos y otros trastornos que afectan el sistema inmunológico	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	3,9%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	<b>12,0%</b>	0,0%	0,0%	1,3%	1,3%	<b>14,6%</b>
Trastornos mentales y del comportamiento	3,4%	0,0%	0,0%	0,8%	3,9%	<b>8,1%</b>
Enfermedades del sistema nervioso central	5,7%	0,0%	0,0%	1,6%	4,7%	<b>12,0%</b>
Enfermedades del ojo y sus anexos	<b>7,0%</b>	0,0%	0,0%	0,8%	2,3%	<b>10,2%</b>
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,8%
Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	<b>11,7%</b>	0,0%	0,0%	1,6%	4,7%	<b>18,0%</b>
Enfermedades del sistema respiratorio	4,7%	0,0%	0,0%	0,8%	1,0%	<b>6,5%</b>
Enfermedades del aparato digestivo	5,5%	0,0%	0,0%	0,8%	2,3%	<b>8,6%</b>
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (Aparato locomotor)	<b>17,4%</b>	0,0%	0,0%	1,8%	2,9%	<b>22,1%</b>
Enfermedades del aparato genitourinario	4,7%	0,0%	0,0%	0,5%	1,0%	<b>6,3%</b>
Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	<b>7,3%</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	<b>7,3%</b>

Ciertas afecciones del feto y del recién nacido originadas en el periodo perinatal	1,8%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	2,3%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,3%	0,0%	0,0%	0,8%	4,2%	6,3%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,5%	2,1%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	2,1%	0,0%	0,0%	0,5%	1,0%	3,6%
<b>Total</b>	<b>65,4%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>9,1%</b>	<b>25,5%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

El cuadro N° 12 complementa al anterior y establece una relación entre los tipos de patologías y los tiempos de espera para recibir el beneficio. A partir de ella se puede distinguir que son al menos tres grupos de enfermedades los que están por sobre el 10% en los casos correspondientes a la categoría “hasta 1 semana”, ellas son: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (17,4%) que afectan principalmente a las personas adultas mayores; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (12,0%), que afectan especialmente a infantes y ancianos; y enfermedades del sistema cardiocirculatorio (11,7%), que afectan a todo el espectro etario, pero principalmente a las personas mayores.

Es decir, la mayoría de estas enfermedades aquejan, precisamente, a aquellos grupos etarios más vulnerables en lo que a salud se refiere. De ahí la observación anterior (tabla N° 6), acerca del criterio por el cual estos grupos de personas fueron beneficiados prontamente por el Programa.

No obstante las disquisiciones anteriores, se debe reconocer que, en general, los tiempos de espera para recibir la ayuda fueron relativamente cortos, si se considera que en no pocos casos las demoras para medicamentos, exámenes u otras prestaciones en los centros de salud pública son, a veces, mucho más largas.

Para ver el análisis específico de los tipos de enfermedades según sexo y edad, ver el cuadro N° 26 de esta presentación de resultados.

Nota: La Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) es una lista de códigos publicada por la Organización Mundial de la Salud. La CIE es una clasificación central en la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (en inglés, WHO-FIC). Bajo revisión permanente, la CIE actualmente en uso es la décima edición (CIE-10), desarrollada en 1992 para seguimiento estadístico de la mortalidad. Fue diseñada inicialmente como una herramienta para describir enfermedades desde una perspectiva de salud pública. Es usada mundialmente

para las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas.

## 2. Nivel socioeconómico de los beneficiarios del programa “Atención a enfermos terminales y/o graves”

**Cuadro N° 13: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y nivel educacional**

Nivel educacional	Sexo	Edad							Total
		0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 y más	
Sin estudios	Hombre	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,3
	Mujer	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,3	0,8	1,6
	<b>Total</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>1,6</b>	<b>2,9</b>
Básica incompleta	Hombre	1,3	1,8	0,3	0,5	1,3	1,3	<b>6,0</b>	<b>12,5</b>
	Mujer	1,6	1,6	0,0	0,5	2,3	3,4	<b>10,9</b>	<b>20,3</b>
	<b>Total</b>	<b>2,9</b>	<b>3,4</b>	<b>0,3</b>	<b>1,0</b>	<b>3,6</b>	<b>4,7</b>	<b>16,9</b>	<b>32,8</b>
Básica completa	Hombre	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5	1,3	0,8	<b>2,9</b>
	Mujer	0,0	0,0	0,5	0,3	0,5	2,6	2,3	<b>6,3</b>
	<b>Total</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>1,0</b>	<b>3,9</b>	<b>3,1</b>	<b>9,1</b>
Media incompleta	Hombre	0,0	1,8	0,5	0,8	1,6	1,8	0,0	<b>6,5</b>
	Mujer	0,0	2,3	0,3	0,0	1,8	1,3	1,8	<b>7,6</b>
	<b>Total</b>	<b>0,0</b>	<b>4,2</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>3,4</b>	<b>3,1</b>	<b>1,8</b>	<b>14,1</b>
Media completa	Hombre	0,0	0,8	0,5	1,8	1,8	0,8	0,5	<b>6,3</b>
	Mujer	0,0	0,0	0,8	1,6	0,8	0,5	0,5	<b>4,2</b>
	<b>Total</b>	<b>0,0</b>	<b>0,8</b>	<b>1,3</b>	<b>3,4</b>	<b>2,6</b>	<b>1,3</b>	<b>1,0</b>	<b>10,4</b>
Técnica incompleta	Hombre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3
	Mujer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	<b>Total</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>
Técnica completa	Hombre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3
	Mujer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	<b>Total</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>
Superior incompleta	Hombre	0,0	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
	Mujer	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
	<b>Total</b>	<b>0,0</b>	<b>0,5</b>	<b>1,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,8</b>
Otra	Hombre	0,8	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	1,0
	Mujer	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
	<b>Total</b>	<b>1,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,3</b>
No aplica	Hombre	<b>9,1</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>9,1</b>
	Mujer	<b>8,9</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>8,9</b>
	<b>Total</b>	<b>18,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>18,0</b>
Sin información	Hombre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	1,8	2,1
	Mujer	0,3	0,0	0,3	0,0	0,5	1,3	4,7	7,0
	<b>Total</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,5</b>	<b>1,6</b>	<b>6,5</b>	<b>9,1</b>
<b>Total</b>	<b>Hombre</b>	<b>11,5</b>	<b>5,2</b>	<b>1,6</b>	<b>3,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,7</b>	<b>10,2</b>	<b>43,0</b>
	<b>Mujer</b>	<b>10,9</b>	<b>4,2</b>	<b>3,1</b>	<b>2,3</b>	<b>6,0</b>	<b>9,4</b>	<b>21,1</b>	<b>57,0</b>
	<b>Total</b>	<b>22,4</b>	<b>9,4</b>	<b>4,7</b>	<b>6,0</b>	<b>11,2</b>	<b>15,1</b>	<b>31,3</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

El cuadro N° 13 muestra el nivel educacional de los casos segmentados por edad y sexo. Analizando de mayor a menor la columna de totales, se observa que un 32,8% de los

beneficiarios posee enseñanza básica incompleta, de ellos un 20,3% son mujeres mientras que el 12,5% son hombres. El segundo lugar corresponde a la enseñanza media incompleta con un 14,1%. Este porcentaje es compartido por el 7,6% de mujeres y el 6,5% de hombres. En tercer se ubica la enseñanza media completa con un 10,4% del cual el 4,2% corresponde a mujeres y el 6,3% corresponde a hombres.

Examinando los grupos de edad, se puede establecer que el grupo mayoritario es el de las personas de 0 a 9 años con un 18,0% de los casos y que corresponde a aquellos beneficiarios que no tienen estudios, es decir, personas que aún no inician su proceso educacional debido, principalmente, a que la mayor parte de ellos son infantes en edad pre escolar. Otro grupo etario que es mayoritario en el nivel educacional básica incompleta es el de las personas mayores de 60 años con un 16,9%.

Hay que señalar también que un 9,1% de los casos aparece sin información. De ellos, un 2,1% son hombres y un 7,0% son mujeres. La mayor parte de estos casos corresponde a personas mayores de 60 años.

De acuerdo a lo anteriormente analizado, se puede resumir este cuadro como personas que en general tienen un nivel educacional de medio a bajo, -principalmente las mujeres ya que a medida que aumenta el nivel de educación disminuye su porcentaje de participación-, agrupados mayoritariamente entre los niveles de educación básica incompleta y educación media completa -69,3%, sumados los 4 niveles, más los sin estudios, de los cuales un 40% corresponde a mujeres y un 29,3 a hombres-. Restando a los sin estudios la suma de los 4 niveles mencionados da un 66,4%.

**Cuadro N° 14: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y situación conyugal**

Edad	Sexo	Situación conyugal							Total
		Soltero/a	Casado/a	Separado/a	Divorciado/a	Viudo/a	Conviviente	No aplica	
0 a 9	Hombre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,5	11,5
	Mujer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,9	10,9
	Total	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	22,4	22,4
10 a 19	Hombre	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	5,2
	Mujer	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	4,2
	Total	6,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	9,4
20 a 29	Hombre	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6
	Mujer	2,9	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1
	Total	4,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,7
30 a 39	Hombre	2,1	1,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6
	Mujer	1,6	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3
	Total	3,6	1,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	6,0

40 a 49	Hombre	1,8	2,9	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	5,2
	Mujer	1,6	2,1	1,8	0,0	0,0	0,5	0,0	6,0
	Total	3,4	4,9	2,3	0,0	0,0	0,5	0,0	11,2
50 a 59	Hombre	1,6	2,6	0,5	0,3	0,3	0,5	0,0	5,7
	Mujer	2,1	4,2	2,1	0,0	0,8	0,3	0,0	9,4
	Total	3,6	6,8	2,6	0,3	1,0	0,8	0,0	15,1
60 y más	Hombre	1,0	<b>5,2</b>	<b>1,3</b>	0,0	<b>2,6</b>	0,0	0,0	10,2
	Mujer	3,9	<b>6,8</b>	<b>3,9</b>	0,3	<b>6,3</b>	0,0	0,0	21,1
	Total	4,9	<b>12,0</b>	<b>5,2</b>	0,3	<b>8,9</b>	0,0	0,0	31,3
<b>Total</b>	<b>Hombre</b>	<b>11,5</b>	<b>11,7</b>	<b>2,9</b>	<b>0,3</b>	<b>2,9</b>	<b>0,5</b>	<b>13,3</b>	<b>43,0</b>
	<b>Mujer</b>	<b>15,1</b>	<b>13,3</b>	<b>8,6</b>	<b>0,3</b>	<b>7,0</b>	<b>0,8</b>	<b>12,0</b>	<b>57,0</b>
	<b>Total</b>	<b>26,6</b>	<b>25,0</b>	<b>11,5</b>	<b>0,5</b>	<b>9,9</b>	<b>1,3</b>	<b>25,3</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

El cuadro N° 14 muestra la situación conyugal de los casos por edad y sexo. En él se puede observar que un 26,6% corresponde a solteros/as, siendo un 15,1% mujeres y 11,5% hombres. El 26,3% de los casos corresponde a personas casadas más los/as que conviven. De ellos/as el 14,1% son mujeres y el 12,2% son hombres. Cabe señalar que hay un 25,3% que se categorizó como no aplica, es decir, son personas menores de 15 años a las que no corresponde categorizar en otra categoría de respuesta. Las categorías: divorciado y separado suman un 12,0% de los casos, y con la menor frecuencia se encuentran las personas viudas con 9,9% respecto del total de casos.

Respecto a la edad, se destaca el grupo de 0 a 9 años, que entre hombres y mujeres suman un porcentaje de 22,4% en la categoría no aplica. Por otra parte, en las categorías casado/a, viudo/a y separado/a más divorciado/a, destaca el grupo etario de 60 y más años con un 12%, un 8,9% y un 5,5%, respectivamente. La categoría soltero/a aparece con porcentajes relativamente similares en la mayoría de los grupos de edad con una pequeña subida en el grupo de 10 a 19 años (6,5%), donde en realidad están considerados sólo los mayores de 15 años.

A modo de resumen, se puede establecer que la población estudiada se ubica, mayoritariamente, en las categorías soltero/a y casado/a, donde, además, destacan en forma relativa el grupo de 60 y más años y el grupo de 10 a 19 años.

**Cuadro N° 15: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y tamaño del grupo familiar**

Edad	Sexo	Tamaño del grupo familiar				Total
		1 persona	De 2 a 4 personas	De 5 a 7 personas	8 y más personas	
0 a 9	Hombre	0,0	5,2	6,0	0,3	11,5
	Mujer	0,0	5,5	5,2	0,3	10,9
	Total	0,0	10,7	11,2	0,5	22,4

10 a 19	Hombre	0,0	<b>4,2</b>	1,0	0,0	5,2
	Mujer	0,0	<b>3,4</b>	0,8	0,0	4,2
	Total	0,0	<b>7,6</b>	1,8	0,0	9,4
20 a 29	Hombre	0,0	0,8	0,8	0,0	1,6
	Mujer	0,0	2,3	0,8	0,0	3,1
	Total	0,0	3,1	1,6	0,0	4,7
30 a 39	Hombre	0,0	2,3	1,3	0,0	3,6
	Mujer	0,0	1,3	1,0	0,0	2,3
	Total	0,0	3,6	2,3	0,0	6,0
40 a 49	Hombre	0,8	2,3	2,1	0,0	5,2
	Mujer	0,3	3,4	2,1	0,3	6,0
	Total	1,0	5,7	4,2	0,3	11,2
50 a 59	Hombre	0,8	3,1	1,8	0,0	5,7
	Mujer	0,8	6,8	1,3	0,5	9,4
	Total	1,6	9,9	3,1	0,5	15,1
60 y más	Hombre	<b>1,6</b>	<b>7,0</b>	1,0	0,5	10,2
	Mujer	<b>4,9</b>	<b>13,3</b>	2,9	0,0	21,1
	Total	<b>6,5</b>	<b>20,3</b>	3,9	0,5	31,3
<b>Total</b>	<b>Hombre</b>	<b>3,1</b>	<b>25,0</b>	<b>14,1</b>	<b>0,8</b>	<b>43,0</b>
	<b>Mujer</b>	<b>6,0</b>	<b>35,9</b>	<b>14,1</b>	<b>1,0</b>	<b>57,0</b>
	<b>Total</b>	<b>9,1</b>	<b>60,9</b>	<b>28,2</b>	<b>1,8</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

En el cuadro N° 15 se establece que el 60,9% de la muestra pertenece a hogares constituidos por 2 a 4 personas. De ellos, 35,9% son mujeres y el 25,0% son hombres. El 28,2% representa a hogares conformados por 5 a 7 personas, de las cuales mujeres y hombres tienen un porcentaje de 14,1%, respectivamente. El 9,1% de los casos corresponde a familias unipersonales. De éstas el 3,1% son hombres y el 6,0% son mujeres. Finalmente, sólo el 1,8% de los casos corresponde a viudos y viudas.

A nivel etario, nuevamente se destacan los grupos de 0 a 9 años y de 60 y más años. El grupo más joven aparece con porcentajes altos en las categorías 2 a 4 personas y 5 a 7 personas con un 10,7% y un 11,2%, respectivamente. Mientras tanto, el grupo de mayor edad se ubica con un 20,3% de los casos en la categoría de 2 a 4 personas.

Es importante destacar al 9,1% de beneficiarios/as que se ubican en la categoría 1 persona, pues, en ella se encuentran sólo personas adultas y adultas mayores, o sea, desde los 40 años en adelante, aunque el peso fundamental en esta categoría lo determina el grupo de 60 y más años con el 6,5% de los casos. Dicho de otro modo, parte importante de los casos que viven solos, son personas de la tercera edad.

De este modo, la población estudiada se caracteriza por pertenecer mayoritariamente a hogares que bordean el promedio de personas por hogar a nivel nacional, o sea,

aproximadamente 3,5 personas por hogar -según la Encuesta CASEN 2009, el promedio de personas por hogar a nivel nacional es de 3,5 personas-, y donde los grupos etarios con más peso porcentual son los más jóvenes y los de la tercera edad, acumulando entre ellos un 46,1% del total de beneficiarios/as en las categorías acumuladas de 2 a 7 personas.

**Cuadro N° 16: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y número de hijos**

Edad	Sexo	Número de hijos					Sin información	Total
		Sin hijos	Hasta 2 hijos	De 3 a 4 hijos	5 y más hijos	No aplica		
0 a 9	Hombre	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>11,5</b>	0,0	11,5
	Mujer	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>10,9</b>	0,0	10,9
	<b>Total</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>22,4</b>	0,0	22,4
10 a 19	Hombre	<b>3,9</b>	0,0	0,0	0,0	1,0	0,3	5,2
	Mujer	<b>2,6</b>	0,3	0,0	0,0	0,5	0,8	4,2
	<b>Total</b>	<b>6,5</b>	0,3	0,0	0,0	1,6	1,0	9,4
20 a 29	Hombre	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6
	Mujer	1,6	1,3	0,3	0,0	0,0	0,0	3,1
	<b>Total</b>	3,1	1,3	0,3	0,0	0,0	0,0	4,7
30 a 39	Hombre	2,1	1,3	0,3	0,0	0,0	0,0	3,6
	Mujer	0,8	1,3	0,3	0,0	0,0	0,0	2,3
	<b>Total</b>	2,9	2,6	0,5	0,0	0,0	0,0	6,0
40 a 49	Hombre	2,1	2,1	0,8	0,3	0,0	0,0	5,2
	Mujer	1,3	3,4	0,8	0,3	0,0	0,3	6,0
	<b>Total</b>	3,4	5,5	1,6	0,5	0,0	0,3	11,2
50 a 59	Hombre	2,6	<b>2,3</b>	0,8	0,0	0,0	0,0	5,7
	Mujer	2,3	<b>6,5</b>	0,5	0,0	0,0	0,0	9,4
	<b>Total</b>	4,9	<b>8,9</b>	1,3	0,0	0,0	0,0	15,1
60 y más	Hombre	<b>6,5</b>	<b>3,6</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	10,2
	Mujer	<b>11,7</b>	<b>9,4</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	21,1
	<b>Total</b>	<b>18,2</b>	<b>13,0</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	31,3
<b>Total</b>	<b>Hombre</b>	<b>18,8</b>	<b>9,4</b>	<b>1,8</b>	<b>0,3</b>	<b>12,5</b>	<b>0,3</b>	<b>43,0</b>
	<b>Mujer</b>	<b>20,3</b>	<b>22,1</b>	<b>1,8</b>	<b>0,3</b>	<b>11,5</b>	<b>1,0</b>	<b>57,0</b>
	<b>Total</b>	<b>39,1</b>	<b>31,5</b>	<b>3,6</b>	<b>0,5</b>	<b>24,0</b>	<b>1,3</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

En el cuadro N° 16 se observa que el 39,1% de los beneficiarios declaró no tener con hijos. De ellos el 20,3% corresponde a mujeres y el 18,8 a hombres. Por otra parte, el 31,5% de los casos señala tener hasta 2 hijos. De este grupo, el 22,1% corresponde a mujeres y el 9,4% a hombres. El tercer mayor porcentaje es de 24,0% y corresponde a la categoría no aplica, es decir, son personas que, mayoritariamente, se ubican en el tramo etario de 0 a 9 años.

Analizando por edad, se tiene que los porcentajes mayores están en el tramo de 60 y más años, con 18,2% de personas sin hijos y 13,0% de personas con hasta 2 hijos. Otro tramo que tiene un porcentaje relativamente alto en la categoría hasta 2 hijos es el de 50 a 59 años, con un 8,9%. También se puede consignar que el tramo etario de 10 a 19 años representa un 6,5% de los casos en la categoría sin hijos.

De esta manera, se puede resumir este cuadro señalando que la mayoría de los beneficiarios no tienen hijos, ya sea porque declararon no tenerlos o porque estos fueron categorizados en el grupo de los infantes. Este gran grupo representa el 63,1% de los casos, es decir, casi dos tercios de la población estudiada, y se ubica, principalmente en los tramos de mujeres de 0 a 9 años y en las de la tercera edad.

**Cuadro N° 17: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y tipo de vivienda**

Edad	Sexo	Tipo de vivienda					Total	
		Casa	Departamento	Mediagua	Otro	No aplica		Sin información
0 a 9	Hombre	8,1	1,3	2,1	0,0	0,0	0,0	11,5
	Mujer	8,9	1,3	0,8	0,0	0,0	0,0	10,9
	Total	16,9	2,6	2,9	0,0	0,0	0,0	22,4
10 a 19	Hombre	4,7	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	5,2
	Mujer	3,4	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	4,2
	Total	8,1	0,5	0,8	0,0	0,0	0,0	9,4
20 a 29	Hombre	1,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	1,6
	Mujer	2,3	0,3	0,5	0,0	0,0	0,0	3,1
	Total	3,6	0,3	0,8	0,0	0,0	0,0	4,7
30 a 39	Hombre	3,1	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	3,6
	Mujer	1,3	0,3	0,8	0,0	0,0	0,0	2,3
	Total	4,4	0,3	1,3	0,0	0,0	0,0	6,0
40 a 49	Hombre	4,2	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	5,2
	Mujer	5,5	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	6,0
	Total	9,6	0,3	1,3	0,0	0,0	0,0	11,2
50 a 59	Hombre	3,9	0,8	1,0	0,0	0,0	0,0	5,7
	Mujer	7,3	1,3	0,8	0,0	0,0	0,0	9,4
	Total	11,2	2,1	1,8	0,0	0,0	0,0	15,1
60 y más	Hombre	8,6	0,5	1,0	0,0	0,0	0,0	10,2
	Mujer	17,2	2,3	1,3	0,0	0,0	0,3	21,1
	Total	25,8	2,9	2,3	0,0	0,0	0,3	31,3
Total	Hombre	33,9	2,6	6,5	0,0	0,0	0,0	43,0
	Mujer	45,8	6,3	4,7	0,0	0,0	0,3	57,0
	Total	79,7	8,9	11,2	0,0	0,0	0,3	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

En el cuadro N° 17 se observa que el 79,9% de los casos habita en casas, siendo el 45,8% de ellos mujeres y el 33,9% hombres. El 11,2% habita en mediaguas -4,7%

mujeres y 6,5% hombres-. El 8,9% de los casos vive en departamentos donde las mujeres representan el 6,3% y los hombres el 2,3%. El 0,3% no posee información.

En este caso se vuelve a repetir la tónica de que los grupos etarios más abultados porcentualmente en las tres categorías de vivienda mencionadas son las personas mayores de 60 años más los infantes y adolescentes.

De acuerdo a lo anterior se puede establecer que la gran mayoría de los/as beneficiarios/as del Programa habitan en casas y departamentos, pero no es menos importante que más de la décima parte de esta población viva en mediaguas. Al respecto se debe señalar que si bien vivir en casa o departamento tiende a pensar en una buena situación habitacional, lo que en definitiva marca este aspecto es la calidad de la vivienda, pero esta información no está consignada en los archivos a los cuales se tuvo acceso y tampoco era permisible para este estudio ir a verificar en terreno.

**Cuadro N° 18: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y tenencia de la vivienda**

Edad	Sexo	Tenencia de la vivienda					Total
		Vivienda propia	Arriendo	Allegamiento	Otra	Sin información	
0 a 9	Hombre	2,1	1,3	<b>5,5</b>	2,6	0,0	11,5
	Mujer	2,1	0,8	<b>7,3</b>	0,8	0,0	10,9
	Total	4,2	2,1	<b>12,8</b>	3,4	0,0	22,4
10 a 19	Hombre	2,3	0,3	2,1	0,5	0,0	5,2
	Mujer	1,8	0,3	1,6	0,5	0,0	4,2
	Total	4,2	0,5	3,6	1,0	0,0	9,4
20 a 29	Hombre	0,5	0,0	0,8	0,3	0,0	1,6
	Mujer	1,0	0,5	1,0	0,5	0,0	3,1
	Total	1,6	0,5	1,8	0,8	0,0	4,7
30 a 39	Hombre	1,0	0,8	1,3	0,5	0,0	3,6
	Mujer	0,8	0,3	0,5	0,8	0,0	2,3
	Total	1,8	1,0	1,8	1,3	0,0	6,0
40 a 49	Hombre	1,3	0,8	2,1	1,0	0,0	5,2
	Mujer	2,1	1,3	1,0	1,6	0,0	6,0
	Total	3,4	2,1	3,1	2,6	0,0	11,2
50 a 59	Hombre	<b>2,6</b>	0,3	1,3	1,6	0,0	5,7
	Mujer	<b>4,9</b>	0,8	1,8	1,8	0,0	9,4
	Total	<b>7,6</b>	1,0	3,1	3,4	0,0	15,1
60 y más	Hombre	<b>6,5</b>	0,8	1,6	1,3	0,0	10,2
	Mujer	<b>15,4</b>	1,0	2,1	2,1	0,5	21,1
	Total	<b>21,9</b>	1,8	3,6	3,4	0,5	31,3
Total	<b>Hombre</b>	<b>16,4</b>	<b>4,2</b>	<b>14,6</b>	<b>7,8</b>	<b>0,0</b>	<b>43,0</b>
	<b>Mujer</b>	<b>28,1</b>	<b>4,9</b>	<b>15,4</b>	<b>8,1</b>	<b>0,5</b>	<b>57,0</b>

	<b>Total</b>	<b>44,5</b>	<b>9,1</b>	<b>29,9</b>	<b>15,9</b>	<b>0,5</b>	<b>100,0</b>
--	--------------	-------------	------------	-------------	-------------	------------	--------------

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

El cuadro N° 18 es complementario al anterior y presenta la distribución de los/as beneficiarios/as según las condiciones de tenencia de la vivienda que habitan. En él la mayor frecuencia se encuentra en la categoría de propietario con un 44,5% de los casos, siendo un 28,1% mujeres y un 16,4% hombres. El allegamiento es la segunda mayor frecuencia con un 29,9% de los casos. De este grupo, el 15,4% son mujeres y el 14,6 son hombres. El 15,9% de las personas tiene otra condición de tenencia de la vivienda, es decir, viven en condición de cuidadores, usufructo (sólo uso y goce), vivienda cedida por servicios, vivienda cedida por un familiar u otro, ocupación irregular (toma, ocupación de casa abandonada, etc.), etc. De este grupo, el 8,1% son mujeres y el 7,8% son hombres. Finalmente, el 9,1% de los casos habita una vivienda en condición de arriendo. De ellos, el 4,9% son mujeres y el 4,2% son hombres. Un 0,5% de los casos aparecen sin información.

A nivel etario, los grupos que presentan los mayores porcentajes son: el de 60 y más años con un 21,9% en la categoría vivienda propia y el grupo de 0 a 9 años con un 12,8% en la categoría allegamiento. El grupo de 50 a 59 años es la tercera mayoría en la categoría vivienda propia con un 6,5% del total de la población estudiada.

A modo de resumen, el cuadro indica que la mayoría de las personas beneficiarias del Programa viven en casa propia, mayoritariamente mujeres y en los grupos etarios de 50 años en adelante. Asimismo, se destaca el grupo de los infantes con una mayoría relativa en la alternativa de allegamiento.

**Cuadro N° 19: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y ocupación o actividad**

Ocupación o actividad	Sexo	Grupo de edad							Total
		0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 y más	
Trabajador independiente	Hombre	0,0	0,0	0,0	0,3	1,3	0,5	0,3	2,3
	Mujer	0,0	0,0	0,3	0,3	0,8	0,5	0,0	1,8
	Total	0,0	0,0	0,3	0,5	2,1	1,0	0,3	4,2
Trabajador dependiente	Hombre	0,0	0,0	0,3	1,0	1,0	1,3	0,3	3,9
	Mujer	0,0	0,0	0,3	0,3	1,3	1,0	0,5	3,4
	Total	0,0	0,0	0,5	1,3	2,3	2,3	0,8	7,3
Cesante	Hombre	0,0	0,8	0,8	1,6	1,0	1,8	1,0	7,0
	Mujer	0,0	0,0	0,3	0,0	0,5	0,3	0,0	1,1
	Total	0,0	0,8	1,0	1,6	1,6	2,1	1,0	8,1
Jubilado	Hombre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	2,6	2,9
	Mujer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
	Total	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	3,6	3,9

Pensionado	Hombre	0,0	0,0	0,3	0,5	1,3	1,0	<b>5,2</b>	<b>8,3</b>
	Mujer	0,0	0,0	0,3	0,5	0,0	1,6	<b>15,6</b>	<b>18,0</b>
	Total	0,0	0,0	0,5	1,0	1,3	2,6	<b>20,8</b>	<b>26,3</b>
Labores del hogar	Hombre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>0,0</b>
	Mujer	0,0	0,3	1,0	0,8	3,1	4,9	3,6	<b>13,8</b>
	Total	0,0	0,3	1,0	0,8	3,1	4,9	3,6	<b>13,8</b>
Estudiante	Hombre	<b>1,3</b>	<b>4,4</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>5,7</b>
	Mujer	<b>1,6</b>	<b>3,4</b>	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>6,0</b>
	Total	<b>2,9</b>	<b>7,8</b>	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>11,7</b>
Ninguna	Hombre	0,8	0,0	0,3	0,3	0,5	0,8	0,8	3,4
	Mujer	0,8	0,0	0,0	0,5	0,3	1,0	0,3	2,9
	Total	1,6	0,0	0,3	0,8	0,8	1,8	1,0	6,3
No aplica	Hombre	<b>9,4</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>9,4</b>
	Mujer	<b>8,6</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>8,6</b>
	Total	<b>18,0</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>18,0</b>
Sin información	Hombre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Mujer	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
	Total	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
<b>Total</b>	<b>Hombre</b>	<b>11,5</b>	<b>5,2</b>	<b>1,6</b>	<b>3,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,7</b>	<b>10,2</b>	<b>43,0</b>
	<b>Mujer</b>	<b>10,9</b>	<b>4,2</b>	<b>3,1</b>	<b>2,3</b>	<b>6,0</b>	<b>9,4</b>	<b>21,1</b>	<b>57,0</b>
	<b>Total</b>	<b>22,4</b>	<b>9,4</b>	<b>4,7</b>	<b>6,0</b>	<b>11,2</b>	<b>15,1</b>	<b>31,3</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

El cuadro N° 19 muestra la distribución porcentual de la población estudiada respecto a su ocupación o actividad. En él se establece que un 30,2% de los casos corresponde a jubilados y pensionados. De ellos el 19,0% son mujeres y el 11,2% son hombres. En segundo lugar está el grupo de personas que se ubica en la categoría no aplica con un 18,0% y que, básicamente, corresponde a infantes pre escolares (menores de 4 años), que por su condición no pueden ser ubicados dentro de las demás categorías consignadas. En tercer lugar se encuentran aquellas personas que se dedican a las labores del hogar con un 13,8%. En este caso la totalidad son mujeres.

Cabe señalar que el 11,5% de los casos son trabajadores, dependientes e independientes, de los cuales el 5,2% son mujeres y el 6,2% son hombres. Por otra parte, las personas que aparecen como cesantes representan el 8,1% de la población estudiada. De ellas, el 1,1% son mujeres y el 7,0% son hombres.

Los casos que figuran en la categoría estudiante representan el 11,7%, con un 6,0% de mujeres y un 5,7% de hombres.

Considerando el análisis por edad se puede establecer que el 24,4% de los casos que figuran en las categorías: jubilado y pensionado corresponden a personas de 60 y más

años, mientras en la categoría estudiante el 10,7% corresponde a los tramos acumulados de 0 a 9 y de 10 a 19 años.

**Cuadro N° 20: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y tramo de ingreso familiar**

Edad	Sexo	Tramo de ingreso familiar				Total
		Hasta \$75.000	De \$75.001 a \$150.000	De \$150.001 a \$250.000	De \$250.000 a \$400.000	
0 a 9	Hombre	3,4	2,3	4,4	1,3	11,5
	Mujer	3,4	2,6	4,2	0,8	10,9
	Total	6,8	4,9	8,6	2,1	22,4
10 a 19	Hombre	0,5	2,1	1,6	1,0	5,2
	Mujer	0,8	1,0	2,1	0,3	4,2
	Total	1,3	3,1	3,6	1,3	9,4
20 a 29	Hombre	0,0	0,8	0,0	0,8	1,6
	Mujer	0,5	1,6	0,5	0,5	3,1
	Total	0,5	2,3	0,5	1,3	4,7
30 a 39	Hombre	0,3	1,3	1,3	0,8	3,6
	Mujer	0,0	1,0	0,8	0,5	2,3
	Total	0,3	2,3	2,1	1,3	6,0
40 a 49	Hombre	0,3	2,1	2,3	0,5	5,2
	Mujer	1,6	1,3	2,3	0,8	6,0
	Total	1,8	3,4	4,7	1,3	11,2
50 a 59	Hombre	1,3	1,3	2,6	0,5	5,7
	Mujer	3,1	2,6	2,1	1,6	9,4
	Total	4,4	3,9	4,7	2,1	15,1
60 y más	Hombre	0,8	4,4	3,4	1,6	10,2
	Mujer	3,9	7,8	6,5	2,9	21,1
	Total	4,7	12,2	9,9	4,4	31,3
Total	Hombre	6,5	14,3	15,6	6,5	43,0
	Mujer	13,3	18,0	18,5	7,3	57,0
	Total	19,8	32,3	34,1	13,8	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

El cuadro N° 20 muestra los tramos de ingreso familiar a los que pertenecen los/as beneficiarios/as, según edad y sexo. En él se establece que el 34,1% de los casos recibe una renta de \$150.001 a \$250.000. De estos, el 18,5% son mujeres y el 15,6% son hombres. En segundo lugar, el 32,3% de estas personas perciben una renta de entre \$75.001 a \$150.000. De ellas el 18,0% son mujeres y el 14,3% son hombres. En tercer lugar están los casos que perciben una renta de hasta \$75.000, con un 13,3% de mujeres y el 6,5% de hombres. Finalmente, el 13,8% de los casos recibe más de \$250.000. Este último porcentaje se divide en un 7,3% de mujeres y un 6,5% de hombres.

Analizando por edad se puede consignar que, mayoritariamente, las personas de 60 años y más se ubican en los tramos de ingreso de \$75.001 a \$150.000 y de \$150.001 a

\$250.000, con un 12,2% y un 9,9%, respectivamente. Las personas de 0 a 9 años se ubican con mayorías relativas en las categorías de \$150.001 a \$250.000 y hasta \$75.000, con un 8,6% y 6,8%, respectivamente. El resto de los grupos de edad se distribuyen en todos los tramos de ingreso familiar con porcentajes inferiores al 5,0%.

**Cuadro N° 21: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y tramo de ingreso familiar**

Intervalos de ingreso	Marca de clase (Xi)	Frecuencias (fi)	Xi * fi
De \$50.000 a \$75.000	62.500	76	4.750.000
De \$75.001 a 150.000	112.500	124	13.950.000
De \$150.001 a 250.000	200.000	131	26.200.000
De \$250.001 a \$400.000	325.000	53	17.225.000
		<b>384</b>	<b>62.125.000</b>
		<b>Media</b>	<b>161.784</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

El promedio de ingresos de todo el grupo de estudio es de \$161.784, aproximadamente. Es aproximado debido a que se establecieron tramos de ingreso (cuadro N° 21) a partir de los cuales se calculó la media con las marcas de clase de esos tramos que en realidad no son los ingresos exactos de cada caso. No obstante, con este tipo de cálculo se puede obtener un promedio estadísticamente bastante cercano al promedio real. Las marcas de clase en este caso, representan los promedios específicos de cada intervalo de ingreso.

**Cuadro N° 22: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y subsidios o beneficios que recibe la familia**

Edad	Sexo	Subsidios o beneficios que recibe la familia					Total
		SAP	SUF	SDM	No aplica	Sin información	
0 a 9	Hombre	0,0	<b>4,4</b>	0,3	0,0	<b>6,8</b>	11,5
	Mujer	0,0	<b>4,2</b>	0,3	0,0	<b>6,5</b>	10,9
	Total	0,0	<b>8,6</b>	0,5	0,0	<b>13,3</b>	22,4
10 a 19	Hombre	0,0	<b>2,3</b>	0,0	0,3	2,6	5,2
	Mujer	0,5	<b>1,6</b>	0,0	0,3	1,8	4,2
	Total	0,5	<b>3,9</b>	0,0	0,5	4,4	9,4
20 a 29	Hombre	0,3	0,5	0,0	0,0	0,8	1,6
	Mujer	0,0	0,8	0,0	0,0	2,3	3,1
	Total	0,3	1,3	0,0	0,0	3,1	4,7
30 a 39	Hombre	0,0	0,5	0,0	0,3	2,9	3,6
	Mujer	0,0	1,3	0,0	0,3	0,8	2,3
	Total	0,0	1,8	0,0	0,5	3,6	6,0
40 a 49	Hombre	0,0	<b>1,8</b>	0,0	0,3	<b>3,1</b>	5,2
	Mujer	0,0	<b>2,1</b>	0,0	0,3	<b>3,6</b>	6,0
	Total	0,0	<b>3,9</b>	0,0	0,5	<b>6,8</b>	11,2
50 a 59	Hombre	0,3	0,5	0,0	0,0	<b>4,9</b>	5,7
	Mujer	0,3	<b>1,8</b>	0,0	0,5	<b>6,8</b>	9,4

	Total	0,5	<b>2,3</b>	0,0	0,5	<b>11,7</b>	15,1
60 y más	Hombre	0,0	<b>0,8</b>	0,0	0,0	<b>9,4</b>	10,2
	Mujer	0,3	<b>1,6</b>	0,0	0,0	<b>19,3</b>	21,1
	Total	0,3	<b>2,3</b>	0,0	0,0	<b>28,6</b>	31,3
Total	Hombre	<b>0,5</b>	<b>10,9</b>	<b>0,3</b>	<b>0,8</b>	<b>30,5</b>	<b>43,0</b>
	Mujer	<b>1,0</b>	<b>13,3</b>	<b>0,3</b>	<b>1,3</b>	<b>41,1</b>	<b>57,0</b>
	Total	<b>1,5</b>	<b>24,2</b>	<b>0,6</b>	<b>2,1</b>	<b>71,6</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

El cuadro N° 22 muestra que el 71,6% de los/as beneficiarios/as no presenta información sobre subsidios o beneficios que la Municipalidad les haya otorgado. De este grupo, un 41,1% son mujeres y un 30,5% son hombres. El 24,2% de los casos recibía durante el año 2010 el Subsidio Único Familiar (SUF). De ellos, el 13,3% corresponde a mujeres y el 10,9% a hombres. El 1,5% de los casos recibía el Subsidio de Agua Potable (SAP), siendo el 1,0% mujeres y el 0,5% hombres. Sólo el 0,6% de los casos recibía el Subsidio a la Discapacidad Mental, distribuido equitativamente entre hombres y mujeres.

El 2,1% de estos casos se ubica en la categoría no aplica, al no calificar para ninguno de los subsidios consignados.

Respecto a la edad se puede establecer que el grupo etario de 0 a 9 años es el que presenta el porcentaje más alto en la recepción del Subsidio Único Familiar. Le siguen los grupos etarios de 10 a 19 y de 40 a 49 años con un 3,9%, simultáneamente. El grupo de 60 y más años representa a un 2,3% de los casos.

**Cuadro N° 23: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y previsión de salud**

Edad	Sexo	Previsión de salud				Total
		FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	
0 a 9	Hombre	<b>9,4</b>	1,6	0,5	0,0	11,5
	Mujer	<b>8,9</b>	1,6	0,5	0,0	10,9
	Total	<b>18,2</b>	3,1	1,0	0,0	22,4
10 a 19	Hombre	<b>3,9</b>	0,8	0,3	0,3	5,2
	Mujer	<b>3,6</b>	0,3	0,3	0,0	4,2
	Total	<b>7,6</b>	1,0	0,5	0,3	9,4
20 a 29	Hombre	1,3	0,0	0,3	0,0	1,6
	Mujer	2,9	0,3	0,0	0,0	3,1
	Total	4,2	0,3	0,3	0,0	4,7
30 a 39	Hombre	2,6	0,8	0,3	0,0	3,6
	Mujer	2,1	0,3	0,0	0,0	2,3
	Total	4,7	1,0	0,3	0,0	6,0
40 a 49	Hombre	<b>3,9</b>	0,3	1,0	0,0	5,2
	Mujer	<b>4,9</b>	0,8	0,0	0,3	6,0
	Total	<b>8,9</b>	1,0	1,0	0,3	11,2

50 a 59	Hombre	3,9	1,3	0,3	0,3	5,7
	Mujer	6,3	1,8	1,0	0,3	9,4
	Total	10,2	3,1	1,3	0,5	15,1
60 y más	Hombre	4,4	5,5	0,3	0,0	10,2
	Mujer	11,2	9,4	0,5	0,0	21,1
	Total	15,6	14,8	0,8	0,0	31,3
<b>Total</b>	<b>Hombre</b>	<b>29,4</b>	<b>10,2</b>	<b>2,9</b>	<b>0,5</b>	<b>43,0</b>
	<b>Mujer</b>	<b>39,8</b>	<b>14,3</b>	<b>2,3</b>	<b>0,5</b>	<b>57,0</b>
	<b>Total</b>	<b>69,3</b>	<b>24,5</b>	<b>5,2</b>	<b>1,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

El cuadro N° 23 presenta la distribución de los/as beneficiarios/as por nivel de afiliación a FONASA. En él se observa que la mayor parte de los casos (69,3%) se ubica en el Nivel A. De ellos, el 39,8% corresponde a mujeres y el 29,4% a hombres. En el Nivel B se ubica un 24,5% de los casos, siendo el 14,3% mujeres y el 10,2% hombres. En el Nivel C se encuentra el 5,2% de los casos, con un 2,3% de mujeres y un 2,9% de hombres. Sólo el 1,0% de estas personas pertenece al Nivel D, con porcentajes para hombres y mujeres del 0,5%.

Analizando por grupo etario se tiene que el grupo de 0 a 9 años representa el 18,2% de los casos que pertenecen al Nivel A de FONASA. En segundo lugar se ubica el grupo de 60 y más años con un 15,6% que también pertenecen al Nivel A. Este mismo grupo, además, presenta una proporción importante de casos en el Nivel B con un 14,8%. Los grupos de 40 a 49 y de 50 a 59 años se ubican, mayoritariamente, en el Nivel A, con porcentajes de 8,9% y 10,2%, respectivamente.

Resumiendo, se puede establecer que más de dos tercios de la población estudiada pertenecen al Nivel A de FONASA, es decir, son básicamente personas calificadas de “indigentes” y personas que tienen bajas remuneraciones. Sólo la cuarta parte de los casos pertenece al Nivel B. El Nivel C y D presentan porcentajes poco significativos.

**Cuadro N° 24: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y franja de ubicación en la comuna**

Edad	Sexo	Franja de ubicación en la comuna						Total
		Franja N° 1	Franja N° 2	Franja N° 3	Franja N° 4	Franja N° 5	Franja N° 6	
0 a 9	Hombre	2,3	1,3	3,1	2,3	1,6	0,8	11,5
	Mujer	1,0	0,8	2,9	1,6	1,0	3,6	10,9
	Total	3,4	2,1	6,0	3,9	2,6	4,4	22,4
10 a 19	Hombre	2,1	0,3	0,5	0,8	0,8	0,8	5,2
	Mujer	0,8	0,0	1,0	0,8	0,3	1,3	4,2
	Total	2,9	0,3	1,6	1,6	1,0	2,1	9,4
20 a 29	Hombre	0,0	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	1,6

	Mujer	1,0	0,0	1,0	0,3	0,3	0,5	3,1
	Total	1,0	0,5	1,3	0,5	0,5	0,8	4,7
30 a 39	Hombre	1,3	0,5	1,0	0,0	0,5	0,3	3,6
	Mujer	0,8	0,0	0,5	0,3	0,3	0,5	2,3
	Total	2,1	0,5	1,6	0,3	0,8	0,8	6,0
40 a 49	Hombre	1,0	0,3	<b>2,3</b>	1,0	0,5	0,0	5,2
	Mujer	1,3	0,5	<b>2,3</b>	0,3	0,3	1,3	6,0
	Total	2,3	0,8	<b>4,7</b>	1,3	0,8	1,3	11,2
50 a 59	Hombre	1,0	0,5	<b>2,1</b>	1,0	0,5	0,5	5,7
	Mujer	2,1	0,8	<b>2,3</b>	1,3	1,6	1,3	9,4
	Total	3,1	1,3	<b>4,4</b>	2,3	2,1	1,8	15,1
60 y más	Hombre	<b>2,3</b>	0,0	<b>4,7</b>	1,6	0,3	1,3	10,2
	Mujer	<b>3,6</b>	3,4	<b>6,3</b>	2,3	2,9	2,6	21,1
	Total	<b>6,0</b>	3,4	<b>10,9</b>	3,9	3,1	3,9	31,3
<b>Total</b>	<b>Hombre</b>	<b>10,2</b>	<b>3,4</b>	<b>14,1</b>	<b>7,0</b>	<b>4,4</b>	<b>3,9</b>	<b>43,0</b>
	<b>Mujer</b>	<b>10,7</b>	<b>5,5</b>	<b>16,4</b>	<b>6,8</b>	<b>6,5</b>	<b>11,2</b>	<b>57,0</b>
	<b>Total</b>	<b>20,8</b>	<b>8,9</b>	<b>30,5</b>	<b>13,8</b>	<b>10,9</b>	<b>15,1</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

El cuadro N° 24 presenta la distribución de los casos según la franja de ubicación espacial en la comuna de los hogares a los que pertenecen los/as beneficiarios/as. De acuerdo a éste se puede observar que el 30,5% de los hogares se ubican en la franja N° 3, territorio donde se encuentra ubicada la masiva población San Gregorio y que presenta, según los antecedentes que entrega el municipio, los niveles más altos de pobreza y vulnerabilidad de la comuna. De estos hogares, el 16,4% de las personas asistidas son mujeres y el 14,1% son hombres. El 20,8% de los casos se ubican en la franja N° 1 con una proporción del 10,7% de mujeres y 10,2% de hombres. El 15,1% de los casos pertenecen a la franja N° 6, siendo el 11,2% mujeres y el 3,9% hombres. En la franja N° 4 se ubica el 13,8% de los casos, con un 6,8% de mujeres y un 7,0% de hombres. La franja N° 5 contiene al 10,9% de las personas beneficiarias, con un 6,5% de mujeres y un 4,4% de hombres. Finalmente, en la franja N° 2 se ubica el 8,9% de los casos. De ellos el 5,5% son mujeres y el 3,4% son hombres.

Desde el punto de vista etario existe una distribución relativamente pareja, pero los grupos que elevan los porcentajes totales son el de 60 y más años en las Franjas N° 3 y N° 1, y el grupo de 0 a 9 años en las franjas N° 3 y N° 6, N° 4 y N° 1. Otros grupos que marcan una relativamente alta presencia en la franja N° 3 son los de 40 a 49 y de 50 a 59, con un 4,7% y 4,4%, respectivamente.

**Cuadro N° 25: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y tramos de puntaje en la Ficha de Protección Social**

Edad	Sexo	Tramos del puntaje en la FPS						Total
		FPS en revisión, sin puntaje	Hasta 4.213 puntos	Hasta 8.500 puntos	Hasta 11.734 puntos	11.735 a 14.906 puntos	Sin información	
0 a 9	Hombre	0,0	5,2	4,7	1,0	0,0	0,5	11,5
	Mujer	0,3	4,2	4,2	1,3	0,5	0,5	10,9
	<b>Total</b>	0,3	9,4	8,9	2,3	0,5	1,0	22,4
10 a 19	Hombre	0,3	1,3	2,1	1,0	0,5	0,0	5,2
	Mujer	0,0	0,5	1,3	1,8	0,5	0,0	4,2
	<b>Total</b>	0,3	1,8	3,4	2,9	1,0	0,0	9,4
20 a 29	Hombre	0,0	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	1,6
	Mujer	0,0	1,6	1,0	0,3	0,3	0,0	3,1
	<b>Total</b>	0,0	2,1	1,3	0,5	0,5	0,3	4,7
30 a 39	Hombre	0,0	0,5	0,3	1,0	0,8	1,0	3,6
	Mujer	0,0	1,0	0,5	0,5	0,0	0,3	2,3
	<b>Total</b>	0,0	1,6	0,8	1,6	0,8	1,3	6,0
40 a 49	Hombre	0,3	0,8	1,8	1,3	0,5	0,5	5,2
	Mujer	0,0	2,3	1,0	1,6	0,8	0,3	6,0
	<b>Total</b>	0,3	3,1	2,9	2,9	1,3	0,8	11,2
50 a 59	Hombre	0,5	1,0	1,8	0,8	0,8	0,8	5,7
	Mujer	0,5	1,8	3,1	1,8	1,8	0,3	9,4
	<b>Total</b>	1,0	2,9	4,9	2,6	2,6	1,0	15,1
60 y más	Hombre	0,0	1,3	3,1	2,3	1,3	2,1	10,2
	Mujer	0,3	2,3	7,3	4,2	4,7	2,3	21,1
	<b>Total</b>	0,3	3,6	10,4	6,5	6,0	4,4	31,3
<b>Total</b>	<b>Hombre</b>	<b>1,0</b>	<b>10,7</b>	<b>14,1</b>	<b>7,8</b>	<b>4,2</b>	<b>5,2</b>	<b>43,0</b>
	<b>Mujer</b>	<b>1,0</b>	<b>13,8</b>	<b>18,5</b>	<b>11,5</b>	<b>8,6</b>	<b>3,6</b>	<b>57,0</b>
	<b>Total</b>	<b>2,0</b>	<b>24,5</b>	<b>32,6</b>	<b>19,3</b>	<b>12,8</b>	<b>8,8</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

En relación al puntaje de la Ficha de Protección Social de los/as beneficiarios/as, el cuadro N° 25 muestra que un 32,6% de los casos se ubica en el tramo hasta 8.500 puntos. De este grupo un 18,5% son mujeres y un 14,1% son hombres. En segundo lugar, un 24,5% de estas personas se ubica en el tramo hasta 4.213 puntos. De ellas, el 13,8% corresponde a mujeres y el 10,7% corresponde a hombres. En tercer lugar, el 19,3% de los casos tiene un puntaje de hasta 11.734, siendo un 11,5% mujeres y un 7,8% hombres.

Respecto a la edad, resaltan dos aspectos: el grupo de 0 a 9 años presenta porcentajes relativamente altos en los tramos de puntaje 4.213 y 8.500, con un 9,4% y 8,9%, respectivamente. Por otra parte, el grupo etario de 60 y más años marca mayor presencia en los tramos de puntaje 8.500, 11.734 y 11.735 con porcentajes de 10,4%, 6,5% y 6,0%, respectivamente.

Cabe señalar que los puntajes consignados corresponden a valores exigidos en distintos programas, subsidios, pensiones u otro tipo de ayuda social que requiere calificación de los postulantes a través de la Ficha de Protección Social (FPS). Además, el valor 8.500 puntos y menos, representa a las personas/hogares que se ubican en el primer quintil de ingreso nacional. Del mismo modo, el valor 11.734 representa a las personas/hogares del primer y segundo quintil de ingreso nacional. Es decir, mientras más alto el puntaje, más quintiles de ingreso nacional abarca. El valor 4.213 o menos es el puntaje asignado por la Ficha de Protección Social a aquellas personas/hogares que son calificadas en situación de vulnerabilidad social por sus bajos ingresos y condiciones de vida, y exigido para acceder a programas, asignaciones o subsidios especiales como el Programa Puente, la Asignación Social, el Subsidio Único Familiar (SUF), etc.

En síntesis, de las personas beneficiadas, el 76,4% tienen hasta 11.734 puntos en la FPS. El 24,6% restante, se desagrega entre aquellas personas cuya ficha se encuentra en proceso de evaluación y asignación de puntaje (2,0%), aquellas que no presentan la información respectiva (8,8%), y las que fueron ingresadas al Programa con puntajes superiores a 11.734. Estas últimas representan el 12,8% de los casos, con un 8,6% de mujeres y un 4,2% de hombres. Los puntajes de este grupo se ubican entre los 11.735 a los 14.906 puntos en la FPS.

Cabe hacer notar que el equipo del Programa consideró la FPS sólo para efectos de verificación de domicilio. La decisión de permitir o no el acceso al Programa a los solicitantes, estuvo condicionada, fundamentalmente, por la evaluación de la trabajadora social respectiva, a partir de una ficha social que el equipo del Programa implementó y llenó a cada caso, considerando la gravedad de la enfermedad y la urgencia del tratamiento o examen requerido. Además, se consideró el hecho de que la gran mayoría de los/as beneficiarios/as fue derivada desde alguna de las instituciones de salud de la comuna, según lo expresado por el equipo del Programa, sin embargo, este estudio no tuvo acceso a documentos que certificaran esa situación.

### 3. Patologías más recurrentes de los beneficiarios del Programa de “Atención a enfermos terminales y/o graves”

**Cuadro N° 26: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según edad, sexo y tipo de patología**

Tipo de patología	Sexo	Edad							Total
		0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 y más	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Hombre	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,8
	Mujer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,8
	<b>Total</b>	<b>0,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,6</b>
Neoplasias	Hombre	0,5	0,0	0,0	0,5	0,3	0,8	1,8	<b>3,9</b>
	Mujer	0,3	0,0	0,5	0,3	0,8	0,0	1,6	<b>3,4</b>
	<b>Total</b>	<b>0,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>	<b>0,8</b>	<b>3,4</b>	<b>7,3</b>
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el sistema inmunológico	Hombre	0,0	0,5	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	1,3
	Mujer	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	2,1	2,6
	<b>Total</b>	<b>0,0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>2,3</b>	<b>3,9</b>
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Hombre	3,4	0,0	0,3	0,3	0,3	0,0	2,1	6,3
	Mujer	2,9	0,3	0,0	0,0	0,3	1,8	3,1	8,3
	<b>Total</b>	<b>6,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>1,8</b>	<b>5,2</b>	<b>14,6</b>
Trastornos mentales y del comportamiento	Hombre	0,5	0,5	0,3	0,3	0,8	0,3	0,8	3,4
	Mujer	0,3	0,8	0,3	0,3	0,8	0,8	1,6	4,7
	<b>Total</b>	<b>0,8</b>	<b>1,3</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>1,6</b>	<b>1,0</b>	<b>2,3</b>	<b>8,1</b>
Enfermedades del sistema nervioso central	Hombre	1,0	0,5	0,3	0,3	0,8	0,8	1,3	5,0
	Mujer	0,3	1,3	0,5	0,3	0,8	1,3	2,6	7,0
	<b>Total</b>	<b>1,3</b>	<b>1,8</b>	<b>0,8</b>	<b>0,5</b>	<b>1,6</b>	<b>2,1</b>	<b>3,9</b>	<b>12,0</b>
Enfermedades del ojo y sus anexos	Hombre	0,3	0,5	0,3	0,0	0,3	0,5	1,6	<b>3,4</b>
	Mujer	0,5	0,3	0,8	0,8	0,8	1,0	2,6	<b>6,8</b>
	<b>Total</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>	<b>1,6</b>	<b>4,2</b>	<b>10,2</b>
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	Hombre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	0,8
	Mujer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	<b>Total</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,8</b>
Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	Hombre	0,3	0,5	0,0	0,0	1,3	2,1	3,4	7,6
	Mujer	0,5	0,5	0,3	0,3	0,5	2,6	5,7	10,4
	<b>Total</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>1,8</b>	<b>4,7</b>	<b>9,1</b>	<b>18,0</b>
Enfermedades del sistema respiratorio	Hombre	0,8	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	2,1	<b>3,4</b>
	Mujer	1,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	1,0	<b>3,1</b>
	<b>Total</b>	<b>2,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,5</b>	<b>3,1</b>	<b>6,5</b>
Enfermedades del aparato digestivo	Hombre	0,8	0,0	0,3	0,5	0,8	0,3	0,3	<b>2,9</b>
	Mujer	1,0	0,0	0,5	0,3	0,8	0,3	2,9	<b>5,7</b>
	<b>Total</b>	<b>1,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>1,6</b>	<b>0,5</b>	<b>3,1</b>	<b>8,6</b>
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	Hombre	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,8
	Mujer	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5
	<b>Total</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>1,3</b>
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (Aparato locomotor)	Hombre	0,5	1,3	0,5	1,3	1,3	0,8	2,6	8,3
	Mujer	0,5	0,5	0,3	0,3	1,3	3,6	7,3	13,8
	<b>Total</b>	<b>1,0</b>	<b>1,8</b>	<b>0,8</b>	<b>1,6</b>	<b>2,6</b>	<b>4,4</b>	<b>9,9</b>	<b>22,1</b>
Enfermedades del aparato genitourinario	Hombre	1,3	0,3	0,0	0,3	0,5	0,5	1,0	<b>3,9</b>
	Mujer	0,3	0,0	0,0	0,0	0,8	0,5	0,8	<b>2,3</b>

	<b>Total</b>	<b>1,6</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,0</b>	<b>1,8</b>	<b>6,3</b>
Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	Hombre	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>3,6</b>
	Mujer	3,4	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>3,6</b>
	<b>Total</b>	<b>7,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>7,3</b>
Ciertas afecciones del feto y del recién nacido originadas en el periodo perinatal	Hombre	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
	Mujer	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
	<b>Total</b>	<b>2,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>2,3</b>
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Hombre	1,3	1,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,0	<b>3,6</b>
	Mujer	1,3	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	<b>2,6</b>
	<b>Total</b>	<b>2,6</b>	<b>2,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>6,3</b>
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	Hombre	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
	Mujer	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3	0,3	0,5	1,3
	<b>Total</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>2,1</b>
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	Hombre	0,3	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5	2,3
	Mujer	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,8	1,3
	<b>Total</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,8</b>	<b>1,3</b>	<b>3,6</b>
<b>Total</b>	<b>Hombre</b>	<b>11,5</b>	<b>5,2</b>	<b>1,6</b>	<b>3,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,7</b>	<b>10,2</b>	<b>43,0</b>
	<b>Mujer</b>	<b>10,9</b>	<b>4,2</b>	<b>3,1</b>	<b>2,3</b>	<b>6,0</b>	<b>9,4</b>	<b>21,1</b>	<b>57,0</b>
	<b>Total</b>	<b>22,4</b>	<b>9,4</b>	<b>4,7</b>	<b>6,0</b>	<b>11,2</b>	<b>15,1</b>	<b>31,3</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

El cuadro N° 26 presenta los tipos de patologías por las cuales las personas recibieron prestaciones del Programa, según sexo y edad. En él se observa que el mayor número de beneficiarios/as se concentra en el grupo de enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (Aparato locomotor) con un 22,1% de los casos. De ellos, el 13,8 son mujeres y el 8,3% son hombres. Este grupo reúne a patologías como: los distintos tipos de artritis, artropatías infecciosas, enfermedad pulmonar reumatoide, artrosis, deformidades óseas varias, trastornos articulares, trastornos de ligamentos, lupus, ruptura de tendones, esclerosis sistémica, etc. En general, son enfermedades que afectan principalmente a adultos mayores, pero también a personas de edades intermedias. El grupo etario con mayor presencia en este tipo de enfermedades es el de 60 y más años con un 9,9% de los casos, de los cuales el 7,3% son mujeres y el 2,6% son hombres. También aparece con una presencia porcentual importante el grupo de 50 a 59 años con un 4,4% de los casos. De ellos, el 3,6% son mujeres y el 0,8% son hombres. Hay que señalar que estos tipos de patologías están presentes también en el resto de los grupos etarios, pero con porcentajes en bajada a medida que disminuye la edad.

Otra proporción importante de personas se ubica en la tipología de enfermedades del sistema cardiocirculatorio con un 18,0%. De ellas, el 10,4% son mujeres y el 7,6% son hombres. En general, esta tipología está conformada por enfermedades cardíacas de diversa índole como: enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, isquemias del

corazón, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades a las arterias y vasos capilares, enfermedades hipertensivas, otros trastornos no especificados del sistema circulatorio, etc.

También en esta tipología destaca el grupo de la tercera edad, es decir, personas de 60 y más años con un 9,1% del total de casos. De ellas, el 9,1% son mujeres y el 5,7% son hombres. Otro grupo etario con presencia importante en esta categoría es el de 50 a 59 años con un 4,7% de los casos. De ellos, el 2,6% son mujeres y el 2,1% son hombres.

Un tercer grupo de importancia porcentual es el que se ubica en la categoría de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, con un 14,6%. De éste, el 8,3% son mujeres y el 6,3% son hombres. Este tipo de enfermedades agrupa a patologías como: trastornos de la glándula tiroides, diabetes mellitus, desnutrición, obesidad, trastornos metabólicos, etc.

Analizando por grupo etario, el grupo con más presencia en esta tipología es el de 0 a 9 años con un 6,3% del cual el 2,9% son mujeres y el 3,4% son hombres. En este caso, el grupo etario de 60 y más años también marca una presencia importante con un 5,2%. De éste, el 3,1% son mujeres y el 2,1% son hombres.

Finalmente, y aunque la tabla permite hacer más descripciones específicas, una cuarta categoría que marca una presencia significativa con un 12,0% de los casos, es la de enfermedades del sistema nervioso central. En esta tipología las mujeres representan el 7,0% y los hombres el 5,0%. En este ítem se encuentran, principalmente, enfermedades como: meningitis, atrofias sistémicas, enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, epilepsia, trastornos de los nervios, parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos, otros trastornos del sistema nervioso, etc.

En esta categoría se destacan los grupos etarios de 60 y más años y de 50 a 59 años con un 3,9% y 2,1%, respectivamente.

#### **4. Logros alcanzados respecto al presupuesto y la cobertura alcanzada por el Programa de “Atención a Enfermos Graves y/o Terminales”**

En cuanto al presupuesto que tenía el Programa hay que señalar al menos 2 aspectos relevantes:

**El monto del presupuesto vinculado al total de monto aportado:** El presupuesto otorgado al programa en el año 2010 fue de \$30.000.000 y el monto gastado fue de \$30.137.577, lo que indica un sobregiro de \$137.577 respecto del monto que estaba destinado al programa, es decir, se sobrepasó el presupuesto en un 0,5%.

En este sentido, podemos considerar que el gasto del Programa para el financiamiento económico total o parcial de insumos, medicamentos o exámenes, necesarios para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de beneficiarios carentes de recursos, portadores de enfermedades graves, terminales o, sucesivamente, enfermedades crónicas de personas vulnerables de la comuna de La Granja, fue efectivo y se logró en el marco de los recursos asignados.

**La distribución de los aportes:** De acuerdo a la información analizada, se puede establecer que: el promedio de aporte (valor en pesos), es decir, la cantidad que teóricamente se entregó a cada uno/a de los/as beneficiarios/as por concepto de medicamentos, exámenes o insumos médicos sería de \$78.483, lo que equivale, aproximadamente, a poco más de una pensión solidaria actual.

La desviación típica fue de \$64.517, lo que indica que la variación promedio de todos los aportes respecto de ese promedio es bastante alta, es decir, se entregaron, mayoritariamente, aportes pequeños (inferiores a \$100.000), menor cantidad de aportes intermedios y pocos aportes elevados. Esto se refleja al observar la gran diferencia que hay entre los montos mínimo y máximo que corresponden a \$6.000 y \$528.197, respectivamente. Respecto al límite máximo, es necesario aclarar que se trató de un hombre de 31 años, con cáncer gástrico (terminal) y con 2.679 puntos en la FPS. Este caso tuvo cobertura permanente por el Programa. Los otros dos casos que recibieron aportes por más de \$300.000 corresponden a: un hombre de 66 años con cáncer a la vejiga, con 6.906 puntos en la FPS, que fue apoyado más de 1 vez sin permanencia por el Programa y, a una mujer de 8 años con un tumor cerebral (Astrocitoma de fosa posterior), con 10.049 puntos en la FPS, que recibió asistencia del Programa por más de una vez sin

permanencia. Estos tres casos fueron asistidos para la compra de medicamentos y tuvieron que esperar más de un mes para que el Programa los evaluara y les entregara el beneficio. El resto de los/as beneficiarios/as se concentraron en los tramos de menor aporte. (En el cuadro N° 27 se puede ver el detalle de los tramos de aportes que fueron entregados, según los tipos de enfermedades).

**Cuadro N° 27: Distribución porcentual de los/as beneficiarios, según tipo de patología y valor de la prestación**

Tipo de patología	Valor de la prestación						Total
	De \$6.000 a \$50.000	De 50.001 a \$100.000	De \$100.001 a \$150.000	De \$150.001 a \$200.000	De \$200.001 a \$300.000	De \$300.001 a \$528.197	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,5	0,3	0,3	0,0	0,5	0,0	1,6
Neoplasias	2,3	1,0	1,0	1,3	0,8	0,8	7,3
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el sistema inmunológico	1,3	1,6	0,5	0,3	0,3	0,0	3,9
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	<b>7,3</b>	<b>4,9</b>	1,0	0,5	0,8	0,0	14,6
Trastornos mentales y del comportamiento	4,7	2,1	1,0	0,0	0,3	0,0	8,1
Enfermedades del sistema nervioso central	<b>5,2</b>	<b>2,6</b>	1,6	1,3	1,3	0,0	12,0
Enfermedades del ojo y sus anexos	3,9	4,2	1,6	0,5	0,0	0,0	10,2
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,3	0,3	0,0	0,0	0,3	0,0	0,8
Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	<b>9,6</b>	<b>4,9</b>	2,1	0,5	0,8	0,0	18,0
Enfermedades del sistema respiratorio	3,6	1,6	0,8	0,0	0,5	0,0	6,5
Enfermedades del aparato digestivo	3,4	2,1	1,3	1,3	0,5	0,0	8,6
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	1,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	1,3
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (Aparato locomotor)	<b>10,9</b>	<b>7,0</b>	2,6	1,6	0,0	0,0	22,1
Enfermedades del aparato genitourinario	3,6	1,6	0,3	0,5	0,3	0,0	6,3
Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	2,1	3,6	0,5	0,5	0,5	0,0	7,3
Ciertas afecciones del feto y del recién nacido originadas en el periodo perinatal	0,5	0,8	0,8	0,0	0,3	0,0	2,3
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,8	2,3	2,1	0,8	0,3	0,0	6,3
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1,0	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	2,1
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	1,8	0,8	0,8	0,3	0,0	0,0	3,6
Causas extremas de morbilidad y de mortalidad	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>44,0</b>	<b>30,7</b>	<b>13,8</b>	<b>7,0</b>	<b>3,6</b>	<b>0,8</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

Como una forma de verificar la distribución del gasto en los distintos tipos de patologías, el cuadro N° 27 muestra que los porcentajes mayores corresponden a los tramos de aportes más bajos. Específicamente, de los casos que recibieron aportes entre \$6.000 y

\$100.000 para gastos médicos, el 17,9% padece enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (Aparato locomotor), el 14,5% padece enfermedades del sistema cardiocirculatorio, el 12,2% padece enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y el 7,8% sufre alguna patología del sistema nervioso central.

Los resultados del cuadro N° 27 verifican, parcialmente, que la mayor parte de los montos aportados (70,7%) fueron hasta \$100.000, de los cuales el 52,4% corresponde a los grupos de patologías más frecuentes ya consignadas en los análisis anteriores.

De acuerdo a lo anterior, se puede considerar que la distribución de los aportes es coherente con las necesidades particulares de cada caso. Sin embargo, este estudio no tuvo acceso a información que de cuenta de los criterios específicos aplicados para determinar el aporte entregado en cada uno de los casos. Por lo tanto, no se puede evaluar si esos criterios correspondieron a estándares dentro de la DIDESO, del Programa, o simplemente de criterios personales de quienes estaban a cargo de asignarlos.

No obstante, hay que considerar que sí se consideraron criterios adecuados para determinar si eran o no personas en estado de vulnerabilidad. Uno de estos criterios fue la utilización de la Ficha de Protección Social que en el cuadro N° 28 establece parámetros importantes de tomar en cuenta.

**Cuadro N° 28: Promedio de puntaje de los/as beneficiarios/as en la Ficha de Protección Social**

Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
2166	14.906	7.162,69	3.603,031

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

De acuerdo a esta información se establece que el promedio de puntaje de la FPS para este grupo es de 7.163 puntos con un mínimo de 2.166 y un máximo de 14.906 puntos, lo que refleja un nivel de vulnerabilidad que califica a estas personas como sujetos de asistencia social.

En cuanto a la cobertura del Programa se puede señalar lo siguiente:

La cantidad de personas cubiertas por el Programa durante el año 2010 fue de 384 personas, distribuidos, según la Tabla N° 29 en: 165 hombres y 219 mujeres. Etariamente,

estas personas se distribuyen en: 86 personas de 0a 9 años, 36 personas de 10 a 19 años, 18 personas de 20 a 29 años, 23 personas de 30 a 39 años, 43 personas de 40 a 49 años, 58 personas de 50 a 59 años y 120 personas de 60 y más años.

**Cuadro N° 29: Distribución de los/as beneficiarios, según grupo de edad y sexo**

Grupo de edad	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
0 a 9	44	42	86
10 a 19	20	16	36
20 a 29	6	12	18
30 a 39	14	9	23
40 a 49	20	23	43
50 a 59	22	36	58
60 y más	39	81	120
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>219</b>	<b>384</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la I. Municipalidad de La Granja.

Cabe destacar que, según el Proyecto del Programa para el año 2010 (Ver Anexo N° 1), la cobertura que se tenía estimada era beneficiar directamente a 255 personas e indirectamente a 1.020 personas (aparte de los/as beneficiarios/as directos/as se considera como beneficiarios indirectos a sus familias. Para este efecto se utiliza como estimador al promedio de personas por hogar de la comuna que de acuerdo al Censo 2002 era de 4 personas y de acuerdo a la Encuesta CASEN 2009 era de 3,7 personas por hogar), que cumplieran con los requisitos para obtener beneficios. No obstante, se puede constatar que esa cifra fue excedida en 129 casos. Es decir, en este aspecto, el Programa sobrepasó las proyecciones de cobertura que se planteó al beneficiar directamente a 384 personas e indirectamente a 1.421 personas, aproximadamente, considerando el promedio de personas por hogar en la comuna, según la Encuesta CASEN 2009.

## II. CONCLUSIONES

En las preguntas de investigación se planteó una búsqueda encaminada hacia el estudio de las personas que fueron beneficiadas por el Programa de “Atención a enfermos graves y/o terminales” de la I. Municipalidad de La Granja, durante el año 2010. Se plantearon los objetivos adecuados para orientar esta búsqueda y para identificar las variables a analizar. Se propuso una metodología para la recolección y sistematización de la información pertinente que permitiera caracterizar a estas personas. Finalmente, se organizó y analizó descriptivamente la información obtenida y representada en las tablas precedentes para llegar a establecer las siguientes conclusiones y reflexiones:

1. En primer lugar, es necesario esclarecer que, si bien el programa respondió de manera efectiva a la situación de vulnerabilidad que está asociada a la carencia de recursos económicos de los beneficiarios, un grupo importante de las solicitudes atendidas no se asocian a la presencia de una patología grave y/ o terminal. Esto ocurre, básicamente, porque el Programa amplió el criterio de cobertura, -debido a que el Plan Auge/Ges comenzó a cubrir desde antes del 2010 las patologías graves y terminales-, a enfermos/as crónicos/as, permitiendo el acceso de personas con una diversidad de patologías que son calificadas, fundamentalmente, de acuerdo a su situación de vulnerabilidad cuando esta condición es evidente al considerar los diversos instrumentos de evaluación que utiliza el Programa.

2. En relación al primer objetivo que propuso “identificar el número de beneficios otorgados a enfermos terminales y/o graves durante el año 2010”, se puede concluir que los aportes entregados por el programa favorecieron a 384 personas, -165 hombres y 219 mujeres-, es decir, más de lo presupuestado. De estas 384 personas, las de la tercera edad e infantes de hasta 9 años de edad, conforman la mayor parte de los aportes. Ambos grupos de edad, con peso femenino mayoritario, representan más de la mitad de la población beneficiada, lo cual refleja que se establecieron criterios adecuados por parte del equipo del Programa para distribuir los beneficios, considerando que para esos grupos los requerimientos de atención de salud generalmente son mayores, según la información estadística del Departamento de Estadísticas e información en Salud del Ministerio de Salud de Chile, DEIS, y de la información que entrega la Organización Mundial de la Salud por países. A partir de los 40 años en adelante aumenta el número de mujeres en relación al número de hombres que fueron atendidos/as por el programa, mientras que el porcentaje de hombres es mayor que el de las mujeres en los grupos etarios menores.

En cuanto a la frecuencia de la cobertura, que dice relación con la cantidad de veces que se otorgó el o los beneficios durante el año 2010, se estableció que más de las cuatro quintas partes del total de casos fue beneficiada por una sola vez. Sólo un 13% de los casos fueron apoyados más de una vez y el 2,3% en forma permanente durante ese año. Este resultado refleja que no obstante el Programa expandió los beneficios a personas con enfermedades crónicas, lo que podría hacer suponer que entregaría aportes permanentes a más personas, se mantuvo el criterio de dar asistencia en una sola oportunidad a fin de poder dar mayor cobertura. Este criterio se confirma al establecerse que la mayoría de los aportes (74,7%) no sobrepasan los \$100.000.

Para establecer fehacientemente si las ayudas se otorgan efectivamente a los sectores más vulnerables de la comunidad, se incorporó el puntaje de la Ficha de Protección Social. De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede establecer que, se cumplió con el objetivo del Departamento de Asistencia Social de beneficiar efectivamente a personas de esas características, pues más de las tres cuartas partes del total de casos cumplen con el puntaje del pilar solidario donde se ubica la población más vulnerable de acuerdo a los criterios del MIDEPLAN.

3. En relación segundo objetivo que propone “determinar el nivel socioeconómico de los beneficiarios del programa “Atención a enfermos graves y/o terminales”, se puede establecer que la mayoría de los beneficiarios se caracterizan por tener niveles de escolaridad que no sobrepasan la educación media (78,9%). Dentro de ellos, un 12,5% no tiene estudios y casi un tercio sólo tiene enseñanza básica incompleta. Sólo una quinta parte de los casos posee enseñanza media incompleta y completa.

Respecto a la situación conyugal, una cuarta parte de las personas beneficiadas son solteras, otra cuarta parte son casadas y otra cuarta parte son menores no clasificables. Entre los separados y divorciados constituyen el 12% de los caso y sólo el 9,9% son personas viudas.

La mayoría de estas personas pertenecen a hogares de 2 a 4 personas (60,9%) y más de una cuarta parte de ellas pertenecen a hogares de 5 a 7 personas. El 9,1% de los casos viven solos. Casi el 40% de los casos no tiene hijos o al menos no vive con ellos. El 31,5% de los casos tiene hasta 2 hijos.

La mayoría de estas personas (79,7%) habitan en casas. Un 44% de los casos habita la vivienda en calidad de propietarios, mientras el 29,9% habita en calidad de allegamiento.

Casi un tercio de las personas son jubiladas y pensionadas y casi un quinto del total son pre escolares que no figuran en ninguna de las actividades consignadas. Sólo alrededor de una décima parte de este grupo corresponde a trabajadores dependientes e independientes. Igual proporción que la anterior representan las personas que se ubican en la categoría de estudiante. Los ingresos de este grupo van desde los \$50.000 a los \$400.000, pero el promedio de ingresos del grupo es de \$161.784.

Más del 70% de los casos no registra recepción de otros subsidios o beneficios y sólo una cuarta parte de ellos registra recepción del Subsidio Único Familiar. En cuanto a previsión de salud, casi el 70% de estos casos pertenece al Nivel A de FONASA.

El promedio de puntaje en la Ficha de Protección Social de todo el grupo es de 7.163 puntos. Casi un tercio de los casos se ubican en el tramo de hasta 8.500 puntos en la FPS.

4. En relación al tercer objetivo que propone “identificar las patologías más recurrentes de los beneficiarios del Programa de “Atención a enfermos graves y/o terminales”, se puede concluir que las patologías donde se destacan las mayores proporciones de personas beneficiarias son: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (aparato locomotor); enfermedades del sistema cardiocirculatorio; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; y enfermedades del sistema nervioso central.

5. Respecto al cuarto objetivo que propone “identificar las prestaciones más solicitadas en el Programa de “Atención a enfermos graves y/o terminales”, se estableció que más de dos quintas partes de los casos recibieron ayuda en medicamentos, mientras que una cuarta parte de los casos recibió apoyo para realizarse exámenes. La ayuda para insumos médicos y alimentos se distribuyó en proporciones similares y juntas, representan menos de un tercio de las prestaciones.

6. En cuanto al quinto objetivo que propone “establecer el tiempo que transcurre entre la solicitud y la asignación del beneficio”, se concluye que casi dos tercios de esta población recibió la ayuda prontamente, es decir, con demoras de hasta una semana. No obstante, una

cuarta parte de los casos esperó más de un mes para recibir el beneficio. En términos generales se puede establecer que la respuesta por parte del Programa fue bastante oportuna para la mayoría de los casos, considerando que los tiempos de espera para exámenes o fármacos en los consultorios, muchas veces son bastante largos y burocráticos.

7. En relación al sexto objetivo que propone “analizar los logros alcanzados respecto al presupuesto y la cobertura alcanzada por el Programa de “Atención a Enfermos Graves y/o Terminales”, se puede concluir que, en general, hubo una utilización racionalizada y eficaz del presupuesto disponible, además de una distribución relativamente adecuada, considerando la situación de vulnerabilidad de las personas beneficiarias y las situaciones específicas de salud por las cuales solicitaron aportes. En este sentido, es importante destacar que la población que el Programa esperaba atender durante el año 2010 fue sobrepasada en 159 casos, es decir, de 225 personas que pretendía beneficiar, finalmente fueron 384 las personas que recibieron aportes. Esto se debe fundamentalmente, a que las prestaciones otorgadas en su gran mayoría fueron de bajo costo (44%), lo que permitió beneficiar a más personas.

8. En general, se concluye que el Programa de “Atención a Enfermos Graves y/o Terminales” tuvo un buen cometido durante el año 2010 y ha cumplido en forma adecuada con los objetivos que se planteó, considerando el presupuesto disponible, los criterios de asignación de los beneficios, la distribución de los recursos, la cobertura y las características específicas en cuanto a vulnerabilidad y asistencia complementaria de salud de las personas beneficiadas. Además, se verificó la existencia de un buen trabajo en red con las instituciones de salud de la comuna, con una coordinación permanente y eficaz.

No obstante lo anterior, hay que señalar también algunas deficiencias en la organización del Programa que es necesario resolver para optimizar su gestión, a saber:

9. En la recopilación de información se constató que el sistema de archivos de las fichas sociales del Programa y de las FPS no estaba suficientemente organizado y sistematizado, situación que produjo lagunas de información y demoras para la construcción de las bases de datos, además de producir dificultades al equipo del Programa en su gestión de organización al interior del mismo.

10. Además, hubo poca rigurosidad y prolijidad en el llenado de las fichas sociales en las que no se consignaron todos los datos y antecedentes de las personas solicitantes de beneficios, especialmente, el dato sobre subsidios, información codificada sobre los puntajes de la FPS y sobre los criterios de evaluación de vulnerabilidad de los casos en los que no se registran tales puntajes. Aun cuando existe un formulario tipo que los profesionales o técnicos sociales debían utilizar, no se registraron todos los datos pertinentes.

11. Por otra parte, en los documentos y fichas consultados no existe tipificación de las patologías en cuanto a definir si son enfermedades crónicas, graves y/o terminales y en cuanto a definir las dentro de grupos o familias de patologías, de acuerdo a los estándares que entrega la Organización Mundial de la Salud para este efecto.

12. Tampoco se encontraron antecedentes o documentos que informaran sobre la derivación de las personas por parte de médicos y/o Asistentes Sociales de los Consultorios; Centros de diagnósticos y tratamientos (CDT) y hospital de la comuna en estudio.

13. En general, se evidenció falencias importantes en la organización y sistematización de los casos asistidos en relación con las variables relevantes consideradas para evaluar a cada uno de ellos. Creemos que esto ocurrió, fundamentalmente, por la carencia de un sistema de registro global estandarizado digitalmente, es decir, por la ausencia de una base de datos computarizada que operara de manera permanente y que estuviera siendo actualizada regularmente de acuerdo a criterios técnicos acordados entre el equipo del Programa, la DIDESO y las instituciones de salud de la comuna con las cuales el Programa interactúa permanentemente.

Al momento de realizar esta investigación, el Programa sólo disponía de un sistema bastante artesanal de archivos en papel con formularios que eran llenados en forma manuscrita y con variadas omisiones, lo que produjo problemas de ilegibilidad, partes de formularios no cubiertas con el dato preciso, mala interpretación de los datos, entre otros problemas. Al ser estos los únicos archivos con que contaba el Programa para organizar su gestión, algunas veces se extraviaron documentos en el proceso de intercambio o al no ser devueltos a las carpetas correspondientes, etc. Estos problemas los abordamos en forma propositiva y como un aporte desde nuestra disciplina al Programa en las siguientes reflexiones y sugerencias.

### III. HALLAZGOS DE INVESTIGACION

Al final de este estudio es necesario señalar que el marco teórico abordado en la primera parte de este trabajo nos llevó a repensar de manera crítica nuestro rol como trabajadores sociales en un contexto económico, político, social y cultural que, a lo largo de los últimos 50 años, ha ido generando un marco de creciente desprotección de los individuos respecto a sus necesidades integrales y a sus derechos inalienables. Más allá de las normas internacionales que protegen los derechos básicos de las personas, de las leyes nacionales o de las prácticas institucionales y socioculturales en esa dirección, lo concreto es que la precariedad y desprotección de las personas y de los hogares son un hecho innegable a la luz de los datos y de la evaluación que los propios individuos hacen sobre sus vidas. Queda la evidencia de que aquel Estado keynesiano de años atrás, aun con sus falencias de tipo económico o político, pero que protegía o, al menos, intentaba proteger a las personas, ya no existe. Y lo dramático de esto es que, además, tampoco se divisa en el horizonte un cambio cualitativo tendiente a resolver la precariedad en que se desarrolla la vida o mejor dicho, la sobrevivencia de las personas.

El modelo neoliberal con todo su entramado económico, político y cultural ha logrado posicionarse sobre el planeta como un ente que rige todos los ámbitos de la vida humana, penetrando, incluso, en la intimidad, en la manera de pensar y en los horizontes de sentido de los individuos, pero fundamentalmente, ha contribuido y fortalecido la idea de que quienes no están en la carrera competitiva por la “ganancia”, ya sea por resistencia o por falta de recursos, vayan quedando rezagados y excluidos de los mecanismos de desarrollo propios del modelo. De este modo, sólo es posible “focalizarlos”, para posteriormente asistirlos a través de políticas y programas asistenciales que, de acuerdo a los datos duros y de la percepción de los/as propios/as afectados/as, no satisfacen suficientemente sus necesidades de autonomía y capacidades para superar su estado de pobreza, desigualdad y precariedad.

Este es el contexto en el que la asistencia social tiene una labor ardua por tratar de revertir o remediar de algún modo la diversidad de dificultades que viven las personas, al menos en los ámbitos más esenciales como son el trabajo, la educación y la salud, entre otros. Es una tarea compleja y no exenta de cuestionamientos, al estar la asistencia social también regida en gran parte por los parámetros del modelo y sus instituciones, pero además es una tarea necesaria en la perspectiva de asumir su rol intermediario entre los

individuos y las instituciones del Estado, para de esa forma poder atenuar las crecientes inequidades y necesidades producidas por el modelo, sobre todo en aquellos sectores más vulnerables.

De este modo, la asistencia social y el trabajo social se sitúan como un referente válido, ya sea, con un enfoque sistémico o crítico, pues permite una mirada integral e interdependiente de cada uno de los factores a considerar durante la implementación de sus acciones. En este sentido, el oficio del trabajador social históricamente ha liderado dentro de las profesiones humanistas las acciones en favor de una intervención pertinente y de calidad, pero no ha mostrado los mismos criterios al sistematizar su quehacer profesional.

Este estudio permite evidenciar en parte tal aseveración cuando se constata que, habiendo el Programa logrado cumplir metas cuantitativamente importantes en la asistencia a enfermos graves y/o terminales en situación de vulnerabilidad, no se puede concluir lo mismo en lo cualitativo, pues no se dan ciertas condiciones organizacionales y técnicas básicas para poder evaluar la gestión con el afán de perfeccionarla y proyectarla en el tiempo, como tampoco para poder evaluar la incidencia de esa gestión en la superación de las personas a las que asiste. Esto debido, fundamentalmente, a las falencias mencionadas en los puntos 9 al 13 de las conclusiones de este estudio.

A partir de esto, reiteramos que cualquier trabajo asistencial que se realice con el propósito de producir transformaciones cualitativas y cuantitativas en la situación de carencia y/o vulnerabilidad de ciertos grupos humanos, requiere, para su mejor desarrollo y para monitorear los cambios que se produzcan en estos grupos, de evaluaciones periódicas, con unidad de criterios, y con una buena organización en su tarea partiendo por lo básico: claridad y coherencia en los objetivos, teniendo en cuenta el contexto que mencionamos en párrafos anteriores y, una metodología de gestión adecuada al propósito, a las circunstancias y a la variedad de situaciones específicas que se presentan en la gestión de cada proyecto asistencial. Todo lo anterior con el objetivo de tener evidencias rigurosamente estudiadas que permitan evaluar si efectivamente la asistencia entregada logra o no hacer que las personas beneficiadas salgan o estén en la dirección de salir de la situación por la cual fueron asistidas.

En el caso del programa asistencial analizado, podemos deducir que, si bien hay indicios de una buena gestión realizada durante el año 2010 -fundamentalmente, considerando los

resultados en cobertura alcanzados en ese año-, no podemos llegar a la misma interpretación respecto a la organización y sistematización del trabajo realizado, fundamentalmente, por dos aspectos detectados con este estudio: 1) la deficiente organización de los datos producida por un mal sistema de registros y basado en criterios confusos y, 2) la nula o poca probabilidad de hacer seguimiento de los casos y de poder evaluar en qué medida las personas que accedieron al Programa superaron cualitativamente la urgencia y gravedad del estado de salud por el que fueron asistidas.

#### **IV. APORTES AL TRABAJO SOCIAL**

En tal perspectiva y, como un aporte desde nuestra formación, hacemos las siguientes sugerencias:

1. Programar, al menos, una reunión al comienzo de cada año de programa entre el equipo del Programa, el Departamento de Asistencia Social y la DIDESO, con el propósito de establecer objetivos específicos, además de criterios actualizados de contenido y técnicos para la gestión del Programa durante el año respectivo. En esta instancia se deberían revisar y corregir, si es necesario, los criterios y requisitos para el acceso de los/as postulantes al Programa, además de establecer las prioridades patológicas de acuerdo a una tipología de enfermedades, por ejemplo: terminales, graves y crónicas u otra tipología basada en criterios sanitarios o técnicos. En esta reunión deberían establecerse, también, todos los documentos y antecedentes relevantes que formarían parte de la carpeta para cada caso solicitante y las variables a ser consignadas en las fichas sociales.

2. Programar capacitaciones permanentes a nivel de la DIDESO, del Departamento de Asistencia Social y del Programa, para corregir y aunar criterios específicos sobre conceptos y normas para el llenado de las fichas sociales y otros documentos relevantes en la evaluación de los casos que solicitan asistencia de los programas vigentes en la Municipalidad.

3. Programar reuniones de equipo para unificar los criterios de manejo de los instrumentos que son utilizados en la intervención del Programa, como también para evaluar la gestión de éste en el cumplimiento de metas a corto y mediano plazo.

4. Transformar y mejorar los actuales sistemas de recopilación de información y archivos, incorporando insumos tecnológicos y software, orientados exclusivamente a elaborar bases de datos con toda la información de beneficiarios, por año, y desde que el Programa de “Atención a enfermos graves y/o terminales” comenzó a funcionar. Por ejemplo, desarrollar una aplicación informática basada en software como Excel, Access o SPSS que facilite el registro y la consulta de fichas sociales u otros documentos que se considere necesarios, de acuerdo a los criterios de registro o acopio que haya establecido el equipo en conjunto con el Departamento de Asistencia Social y la DIDESO de la Municipalidad. Para tal efecto sería necesario, además, que una persona del equipo

estuviera dedicada a ingresar, actualizar y respaldar los datos digitalizados, además de controlar y mantener el sistema.

Finalmente, sugerimos que el equipo del Programa elabore e incorpore en su gestión una metodología para el seguimiento de los casos a fin de evaluar: la cobertura del Programa; el acceso, la calidad y oportunidad de esa cobertura; las características socioeconómicas y de salud de las personas beneficiadas; los beneficios otorgados y posibles ayudas posteriores y; el grado de satisfacción y superación de los casos respecto a la situación patológica por la cual fueron asistidos. Todo lo anterior con el fin de elaborar informes anuales en los que se especifiquen: los objetivos específicos, la metodología, los medios de verificación, las tareas desarrolladas, los logros alcanzados y los no cumplidos, durante cada año.

## BIBLIOGRAFÍA

### Libros:

- Akin J. et al (1985) The Demand for Primary Health Services in the Third World. New Jersey: Rowman & Allanheld
- Arellano, J. (1985) Políticas Sociales y Desarrollo 1924-1984. Santiago: CIEPLAN.
- BANCO MUNDIAL (1990) La medición de la pobreza. En revista de comercio exterior, vol. 42, num. 4, México.
- Boltvinik, J. (2000) Conceptos de medidas y pobreza. En pobreza y distribución del ingreso en México. Boltvinik J. y Hernández Laos E. 2 edición. México: Siglo XXI editores.
- Bresser, L. (1993) Las reformas económicas en las nuevas democracias. Un enfoque socialdemócrata. Madrid: Alianza.
- Bustelo, E.  
y Minujin, A. (1998) *Todos entran. Propuesta para sociedades incluyentes* Bogotá: Unicef-Santillana. 1998
- CEPAL (2009) Panorama Social de América Latina. 2005 - 2009.
- Chomsky, N. (1997) El nuevo orden mundial (y el viejo). Barcelona: Editorial Crítica.
- Chomsky, N. (2001) Estados canallas. El imperio de la fuerza en los asuntos mundiales. Trad. de M. Salomón. Barcelona: Paidós.

- Corbalán, J. 1997 "Los paradigmas de los social y las concepciones de intervención en la sociedad", Corporación de Promoción Universitaria CPU, Estudios Sociales N° 92, Trimestre 2, Chile, 1997.
- Dankhe, G. (1976) *Investigación y comunicación*, en C. Fernández-Collado y G.L. Dankhe (Eds): "La comunicación humana: ciencia social". México, D.F.: McGraw-Hill de México. Capítulo 13, pp. 385-454.
- Dávila, O. (1998) "Estado y políticas sociales: del Estado protector al Estado subsidiario". *Revista Última Década* N°9.
- De Los Ríos, D. (1997) Exclusión social y políticas sociales: Una mirada analítica. En: *Lecturas sobre la exclusión social*. Equipo Técnico Multidisciplinario N° 31. Santiago: OIT.
- De Lucas, J. (1998) "Globalización y Derechos Humanos"- Jueces para la Democracia N° 32- Julio, pág. 3 a 9.
- De Sousa, B. (1997) "Hacia una concepción multicultural de los Derechos Humanos"- *Revista Análisis Político* N° 31, Mayo-Agosto, pág. 3 a 16.
- Díaz, Á. (1991) El capitalismo chileno en los 90: Crecimiento económico y desigualdad social. Santiago.
- Edwards, S. (1995) *Crisis and Reform in Latin America*. World Bank, Oxford University Press.

- Faria, J. (1996) "Democracia y Gobernabilidad: los Derechos Humanos a la luz de la globalización económica"- Revista Travesías N°1, pág 19 a 46.
- Fariñas, M. (1997) Los Derechos Humanos: desde la perspectiva sociológica jurídica a la 'actitud postmoderna'. Madrid: Dykinson.
- Fariñas, M. (2000) Globalización, ciudadanía y Derechos Humanos. Madrid: Dykinson
- Ferrari, V. (1998) Las Funciones del Derecho. Trad. por M. J. Añón Roig y J. De Lucas. Madrid: Debate.
- Fields, G. P. (2001) Concepts and dimensions. Internacional symposium on Poverty: concepts and methodologies. México.
- Fletes, R. (2004) "Asistencia social: alcances y limitaciones". Revista *Estudios Jaliscienses* núm. 55.
- Franco, R. (1996) Los paradigmas de la política social en América Latina. Revista de la CEPAL N° 58. LC/G. 1916-p. Santiago de Chile: CEPAL.
- Gordon, D. (2004) La medición internacional de la pobreza y las políticas para combatirla. En la pobreza en México y el mundo: realidades y desafíos. Boltvinik, J. y Damián A. (coordinadores). México: Siglo veintiuno editores.
- Gray, J. (1994) Liberalismo. Madrid: Alianza.
- Grupo de política social (GPS) (2010) Medición de la pobreza en Chile: desafíos y propuestas para 2010.

Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2006)	Metodología de la investigación. México D. F.: MacGraw-Hill, Cuarta Edición.
I. Municipalidad de la Granja (2004)	Plan de Desarrollo Comunal, PLADECO (2004 - 2010). Santiago, Chile.
I. Municipalidad de La Granja (2010)	Plan de salud comunal La Granja, Departamento de administración de salud, Santiago, Chile.
I. Municipalidad de La Granja (2010)	Proyecto "Atención a Enfermos Graves y/o Terminales", Dirección Desarrollo Social, Departamento Asistencia Social, Santiago, Chile.
Jardín, A. (1985)	Historia del liberalismo político. De la crisis del absolutismo a la Constitución de 1875. México: Fondo de Cultura Económica.
Martínez, L., Palacios. M. (1996)	Informe sobre la decencia. La diferenciación estamental. Colección Estudios Sociales. Santiago: Ediciones SUR, 1ª edición.
Montes, P. (1996)	El desorden neoliberal. Madrid: Trotta.
Pipitone, U. (1996)	"Crecimiento y distribución del ingreso en América latina: Un nudo irresuelto". Revista comercio exterior.
PNUD (1997)	Informe de desarrollo humano 1997. New York.
Romero, A. (2002)	Globalización y Pobreza. Colombia: Unariño.
Salama, P. (1995)	"Algunas lecciones de historia reciente de América Latina. Revista Comercio exterior.

- Schkolnik, M. (1991) Evolución de las políticas sociales en Chile 1920 - 1991. Santiago: MIDEPLAN.
- Sen, A. (1992). Sobre conceptos y medidas de pobreza. En revista de comercio exterior, vol. 42, núm. 4, México.
- Spicker, P. (1999) Definitions of poverty: eleven clusters of meaning. En Gordon y Spicker, The international glossary on poverty. Zed.
- Townsend, P. (1979) The development of research on poverty. En the definition and measurement of poverty. Londres.

**Fuentes electrónicas:**

- Alfonso, R. (1998) ¿Cuál neoliberalismo?” Diario “La Opinión”, Venezuela.  
[www.notitarde.com/columnistasopinion/rafael\\_alfonso/index.html](http://www.notitarde.com/columnistasopinion/rafael_alfonso/index.html).
- Banco Mundial (2006) Informe sobre el Desarrollo Mundial 2006: Equidad y Desarrollo. Washington D.C., Banco Mundial, 2005  
[www.econ.worldbank.org/wdr](http://www.econ.worldbank.org/wdr).
- Baquero, M. (1997) “Las contradicciones del neoliberalismo en el proceso de construcción de la cultura política: el caso brasileño”. Ponencia presentada al 49 Congreso Internacional de los Americanistas. 6 al 12 de julio de 1997 Puce-Quito  
[www.ecofuente.freeservers.com/neo/neo1.htm](http://www.ecofuente.freeservers.com/neo/neo1.htm).
- Consejo Económico y Social de Las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales
- Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y culturales: la pobreza y el

y Culturales. (2001)	pacto internacional de Derechos económicos, sociales y culturales. Ginebra. <a href="http://www.ohchr.org">www.ohchr.org</a>
Declaración de París sobre la eficacia de la Ayuda al Desarrollo (2005)	Apropiación, Armonización, Alineación, resultados y Mutua Responsabilidad. Paris, Foro de alto nivel <a href="http://www1.worldbank.org/harmonization/Paris/ParisDeclarationSpanish.pdf">www1.worldbank.org/harmonization/Paris/ParisDeclarationSpanish.pdf</a>
Elson, D. (2006)	Budgeting for women's rights: monitoring government budgets for compliance with CEDAW. Nueva York, Fondo de Desarrollo de las naciones Unidas para la Mujer. <a href="http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=44">www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=44</a> .
Gauri, V. (2003)	Social rights and economics claims to health care and education in developing countries. Washington D.C. Banco Mundial, (World Bank Policy Research Working Paper 3006). <a href="http://www.worldbank.org">www.worldbank.org</a> .
Hunt, P. (2007)	Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas. (A/HRC/4/28). <a href="http://www.ohchr.org">www.ohchr.org</a> .
I.Municipalidad de la Granja	<a href="http://www.municipalidadlagranja.cl/Index/Index.asp">http://www.municipalidadlagranja.cl/Index/Index.asp</a>
MIDEPLAN	División Social, Encuesta CASEN. <a href="http://www.mideplan.cl/casen">www.mideplan.cl/casen</a> .
Ocampo, J. (1998)	"Distribución del Ingreso y Gasto Social en América Latina". Primera conferencia de las Américas, Washington, Marzo 6 de 1998. <a href="http://www.eclac.cl">www.eclac.cl</a> .
Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para	Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el Desarrollo. Nueva

- los derechos humanos (2006) York y Ginebra, Naciones Unidas. (HR/PUb/06/8).  
[www.ohchr.org](http://www.ohchr.org).
- Ramírez, B. (1998) “Los Saldos de la reestructuración neoliberal”, América Latina: Artículo publicado en internet en  
[www.redem.buap.mx/t1.Berenice.html](http://www.redem.buap.mx/t1.Berenice.html).
- Ravena, H. (1997) Ponencia leída en Ginebra, durante las sesiones del Comité de Derechos Humanos de la ONU.  
[www.derechos.org/nizkor/arg/apdh/ravena1.html](http://www.derechos.org/nizkor/arg/apdh/ravena1.html).
- Ribotta, S. (2009) “Globalización vs. Derechos Humanos: ¿Pueden configurarse los Derechos Humanos como una estrategia emancipadora en el actual contexto de globalización neoliberal?”. Artículo en Internet.  
[www.derechos.net/cedhu/globaddhh\\_06\\_03.htm](http://www.derechos.net/cedhu/globaddhh_06_03.htm).
- Vargas, M. y Mercado, E. Políticas Sociales y Trabajo Social un análisis histórico desafíos, dilemas y propuestas.  
<http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.5.htm>
- 25 Preguntas y respuestas sobre Salud y derechos humanos (2002) Ginebra, Organización Mundial de la Salud (serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos N°1)  
<http://www.who.int>.

## **ANEXOS**

1. Proyecto “Atención a Enfermos Graves y/o Terminales”
2. Nomina de beneficiarios del año 2010, según edad, tipo de previsión de salud, puntaje FPS, tipo de prestación otorgada y valor de la prestación
3. Solicitud de cotización de insumos y/o exámenes médicos
4. Ficha Social
5. Carta de Respaldo
6. Comprobante de solicitud de FPS
7. Nómina de empresas en convenio
8. División territorial de la comuna
9. Tablas de frecuencias marginales

## **ANEXO Nº 1: PROYECTO “ATENCIÓN A ENFERMOS GRAVES Y/O TERMINALES”**

REPUBLICA DE CHILE  
I. MUNICIPALIDAD DE LA GRANJA  
DIRECCIÓN DESARROLLO SOCIAL  
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL  
UNIDAD SALUD



### **NOMBRE PROYECTO / PROGRAMA:**

**“ATENCIÓN A ENFERMOS GRAVES Y/O TERMINALES AÑO 2010”**

### **PROBLEMA PRINCIPAL AL QUE RESPONDE:**

Situación de vulnerabilidad asociada a la presencia de patologías graves sumada a la carencia de recursos.

### **OBJETIVO GENERAL DEL PROYECTO:**

Colaborar con los servicios públicos de salud para un manejo oportuno de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y de rehabilitación de personas de la comuna, carentes de recursos, portadoras de enfermedades graves y/o terminales no cubiertas por GES (Plan Auge)

### **OBJETIVO INMEDIATO O ESPECÍFICO:**

Disminuir el riesgo vital de las personas portadoras de patologías graves y/o terminales, carentes de recursos, mediante apoyo económico destinado a financiar total a parcialmente insumos, medicamentos o exámenes necesarios para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación del solicitante, previa coordinación con Servicio Social de cada hospital o CESFAM.

Reducir los tiempos de espera en el sistema público de salud de aquellas personas que presentan situación de salud y económica grave y que requieren insumos, medicamentos o exámenes necesarios para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

**METAS / RESULTADO ESPERADO:**

- Evaluación social del 100% de los casos que soliciten apoyo económico para financiar medicamentos, insumos y/o rehabilitación por patologías graves y/o terminales, presentando derivación de servicio social de la Institución pública de salud tratante.
- Orientar al 100% de los casos que soliciten apoyo económico para financiar medicamentos, exámenes y/o rehabilitación, sin derivación de Servicio Social del Hospital tratante.

**INDICADORES DE CUMPLIMIENTO:**

- N° de personas que demandaron la atención
- N° de personas orientadas
- N° de beneficios programados
- N° de beneficios otorgados

**FOCALIZACIÓN / ÁREA DE INFLUENCIA:**

- Comuna de La Granja
- Personas o grupos familiares con problemas de salud graves y carentes de recursos.

**TIPO Y N° DE BENEFICIARIOS:**

- Beneficiarios directos : 255
- Beneficiarios indirectos : 1.020

**RESPONSABLE:**

- Dirección de Desarrollo Social, Departamento de Asistencia Social
- Asistente Social Úrsula Lagos Sánchez.

**PRESUPUESTO OTORGADO:**

\$ 30.000.000.-

**ANEXO Nº 2: NOMINA DE BENEFICIARIOS DEL AÑO 2010, SEGÚN EDAD, TIPO DE PREVISIÓN DE SALUD, PUNTAJE FPS, TIPO DE PRESTACIÓN OTORGADA Y VALOR DE LA PRESTACIÓN**

Nº	Nombre	Edad	Tipo de previsión de salud	Puntaje en la FPS	Tipo de prestación otorgada	Valor prestación
1	Acosta Torres, Corina	10	FONASA A	9.183	Insumos médicos	43.000
2	Aguayo Aguayo, Orfelía	73	FONASA A	5.473	Medicamentos	81.970
3	Aguilera Sandoval, Luis	37	FONASA B	Sin información	Insumos médicos	200.000
4	Aguirre Pérez, Allison	14	FONASA A	11.464	Medicamentos	35.160
5	Aguirre Quiroz, Ignacia	1	FONASA C	8.310	Exámenes médicos	80.000
6	Albornoz Sánchez, Aurora	67	FONASA A	6.566	Exámenes médicos	50.000
7	Alegria Pérez, Luis	66	FONASA A	Sin información	Exámenes médicos	11.560
8	Aliste Díaz, Jacqueline	10	FONASA A	7.615	Medicamentos	10.995
9	Allende Araya, Clara	53	FONASA A	9.743	Exámenes médicos	71.280
10	Allendes Lorca, Rebeca	69	FONASA A	5.579	Medicamentos	119.845
11	Allel Moreno, Nilda	79	FONASA B	13.382	Exámenes médicos	31.200
12	Altamirano, Marina	74	FONASA A	10.387	Medicamentos	65.995
13	Álvarez Chávez, Antonella y Monserrat	1	FONASA A	4.493	Medicamentos	103.935
14	Ancatén Traipe, Juana	36	FONASA A	3.356	Insumos médicos	44.900
15	Antileo Nancafil, Sara	49	FONASA A	3.565	Exámenes médicos	17.400
16	Antonelli Zúñiga, Bárbara	15	FONASA A	7.137	Insumos médicos	133.200
17	Apeleo Rodríguez, Mariela	46	FONASA A	Sin información	Exámenes médicos	11.900
18	Arancibia Saldaña, Vicente	1	FONASA A	2.352	Alimentos	143.995
19	Aravena Aravena, Margarita	73	FONASA B	13.154	Medicamentos	48.000
20	Aravena Soto, Tamara	19	FONASA A	9.253	Exámenes médicos	36.500
21	Aravena Villagra, Maximiliano	1	FONASA A	4.290	Alimentos	59.990
22	Araya Adones, Diego	1	FONASA A	2.348	Alimentos	69.975
23	Araya Olea, Diego	10	FONASA A	4.648	Medicamentos	17.400
24	Arenas Pardo, Annais	7	FONASA A	3.204	Aporte en dinero	130.000
25	Arévalo Osorio, Danitza	15	FONASA A	10.226	Exámenes médicos	50.000
26	Arias Gálvez, Macarena	37	FONASA A	5.933	Exámenes médicos	48.500
27	Aros Aros, Jorge	48	FONASA A	6.356	Insumos médicos	42.000
28	Arriagada Carreño, Nancy	56	FONASA D	12.358	Insumos médicos	150.000
29	Arteaga Martínez, Olimpia	78	FONASA B	Sin información	Insumos médicos	95.200
30	Astete Veliz, Constanza	1	FONASA A	3.616	Alimentos	67.450
31	Avendaño Avendaño, Eduardo	14	FONASA A	2.258	Exámenes médicos	56.000
32	Ávila Castillo, Jonathan	17	FONASA A	8.239	Insumos médicos	48.320
33	Avilés Pérez, Gilda	60	FONASA A	14.906	Medicamentos	180.935
34	Báez Herrera, Amelia	75	FONASA A	14.552	Medicamentos	172.155
35	Baeza Madariaga, Alicia	62	FONASA A	Sin información	Aporte en dinero	150.000
36	Banda, Hortensia	71	FONASA B	10.601	Medicamentos	191.990

37	Barra Urra, Ester	44	FONASA A	8.690	Medicamentos	70.760
38	Barrios Cáceres, Vivian	52	FONASA A	4.370	Exámenes médicos	51.500
39	Bastidas Bastidas, Rodolfina	77	FONASA B	11.111	Medicamentos	25.990
40	Belmar Droguett, Héctor	51	FONASA A	Sin información	Medicamentos	114.072
41	Berrios Ríos, Johans	3	FONASA B	11.181	Medicamentos	41.985
42	Bestete Recabarren, María	38	FONASA A	8.970	Medicamentos	229.600
43	Bravo Montano, Bastián	1	FONASA A	6.929	Alimentos	39.975
44	Bravo Trupil, Amira	4	FONASA A	3.029	Medicamentos	38.640
45	Briceño Torres, Haydee	68	FONASA B	10.072	Medicamentos	27.990
46	Bustos Briones, Lucas	1	FONASA A	8.235	Alimentos	47.985
47	Cabezas Sánchez, Margarita	42	FONASA A	6.009	Medicamentos	38.640
48	Cádiz Riquelme, Antonella	1	FONASA A	4.163	Alimentos	63.960
49	Campos Riveros, Lidia	48	FONASA A	2.470	Medicamentos	44.085
50	Campos Rodríguez, Luis	82	FONASA C	14.568	Alimentos	38.985
51	Cancino Bascur, Benjamín	1	FONASA A	2.217	Alimentos	63.960
52	Cancino Lillo, María	64	FONASA A	14.352	Medicamentos	28.995
53	Carrasco Gómez, Amaro	1	FONASA A	2.722	Alimentos	99.950
54	Carreño Fredes, Ricardo	7	FONASA A	2.201	Medicamentos	16.800
55	Carrera, Samuel	86	FONASA B	Sin información	Medicamentos	77.980
56	Carter Valenzuela, Patricia	48	FONASA A	9.909	Exámenes médicos	26.500
57	Castañeda Garay, Javier	1	FONASA A	2.364	Alimentos	47.985
58	Castillo Castillo, Sixto	77	FONASA B	9.713	Exámenes médicos	48.500
59	Cerda Caro, Fernanda	1	FONASA A	4.432	Alimentos	47.970
60	Cereño Nemarich, Juan	58	FONASA A	11.604	Exámenes médicos	8.500
61	Céspedes Rivas, Fernando	1	FONASA B	5.895	Alimentos	79.975
62	Céspedes Silva, Cristina	1	FONASA A	3.274	Alimentos	121.555
63	Clavero Zúñiga, Lisandro	56	FONASA D	3.157	Exámenes médicos	80.000
64	Cofier Peña, Judith	48	FONASA A	12.251	Exámenes médicos	30.800
65	Collipil Colipi, Segundo	62	FONASA B	7.054	Aporte en dinero	60.000
66	Contreras Ruiz, Patricio	46	FONASA A	6.454	Insumos médicos	50.000
67	Cornejo Gálvez, Elena	49	FONASA A	14.215	Exámenes médicos	19.000
68	Cornejo Meneses, Ruth	61	FONASA B	Sin información	Insumos médicos	42.000
69	Cornejo Muñoz, Marta	60	FONASA C	14.080	Medicamentos	83.995
70	Correa Olivares, Mario	62	FONASA B	4.181	Insumos médicos	100.000
71	Cortez Herrera, María	68	FONASA B	6.130	Medicamentos	30.990
72	Cortez Pizarro, Edgar	13	FONASA A	FPS en revisión, sin puntaje	Insumos médicos	90.000
73	Cuevas Pacheco, Juan	63	FONASA A	7.017	Medicamentos	39.980
74	D'aquino Diguardo, Yolanda	85	FONASA B	11.111	Medicamentos	100.975
75	Del Canto Rosas, Luis	43	FONASA B	6.748	Medicamentos	90.000
76	Delgado Silva, Alonso	1	FONASA A	10.895	Alimentos	47.985
77	Delgado Victorino, Josué	8	FONASA A	7.150	Insumos médicos	80.180
78	Díaz Aranedá, Sergio	54	FONASA A	5.141	Medicamentos	48.985
79	Díaz Bernal, Brandon	1	FONASA B	2.337	Medicamentos	137.960

80	Díaz Contreras, José	7	FONASA A	6.807	Medicamentos	21.990
81	Díaz Drogue, Madeleine	1	FONASA A	8.159	Alimentos	143.955
82	Díaz Gutiérrez, Laura	74	FONASA A	12.956	Medicamentos	20.000
83	Díaz Montes, Antonella	1	FONASA A	Sin información	Alimentos	63.980
84	Díaz Norambuena, Humberto	57	FONASA C	11.634	Aporte en dinero	20.000
85	Díaz Quiroz, Luis	48	FONASA C	12.518	Exámenes médicos	29.300
86	Dinamarca Vásquez, Gustavo	62	FONASA A	2.166	Insumos médicos	69.000
87	Duarte Vargas, Juan	65	FONASA A	5.527	Medicamentos	99.900
88	Encina Barrera, Alberto	50	FONASA A	7.513	Medicamentos	34.200
89	Erices Colihuinca, Nicolás	15	FONASA B	9.682	Insumos médicos	110.420
90	Escobar Aguayo, Martín	1	FONASA A	3.154	Alimentos	47.985
91	Escobar Astudillo, María	78	FONASA A	3.002	Medicamentos	48.636
92	Escobar Sandoval, Bruno	68	FONASA B	3.853	Medicamentos	50.985
93	Espina Esquivel, Wendy	14	FONASA A	3.863	Exámenes médicos	47.854
94	Espinoza Berrios, Thomas	1	FONASA A	Sin información	Alimentos	63.960
95	Espinoza Cuevas, Juan	52	FONASA A	2.370	Medicamentos	137.970
96	Espinoza Farías, Juana	55	FONASA B	7.216	Medicamentos	28.785
97	Espinoza Herrera, José	49	FONASA A	5.684	Medicamentos	36.960
98	Espinoza Pinochet, Mercedes	78	FONASA A	6.432	Medicamentos	24.985
99	Fecci González, Julissa	47	FONASA A	2.293	Exámenes médicos	63.637
100	Fernández Concha, Lucas	1	FONASA A	Sin información	Alimentos	47.985
101	Fernández Vergara, Abraham	31	FONASA A	13.011	Medicamentos	45.000
102	Fernández, Ema Rosa	72	FONASA B	Sin información	Medicamentos	58.180
103	Figuroa Aguilar, Martín	1	FONASA A	6.337	Alimentos	159.950
104	Figuroa Jofré, Manuel	46	FONASA C	10.998	Aporte en dinero	173.757
105	Flores Aqueveque, Sonia	55	FONASA A	3.323	Exámenes médicos	12.000
106	Flores Barrientos, Leonardo	1	FONASA C	3.457	Alimentos	76.965
107	Flores Cáceres, Camilo	13	FONASA A	6.429	Insumos médicos	100.000
108	Flores Eugenio, Domingo	59	FONASA A	14.601	Exámenes médicos	61.280
109	Fuentes Cárdenas, Gustavo	45	FONASA A	4.802	Medicamentos	134.995
110	Fuentes García, Marta	60	FONASA A	9.925	Medicamentos	65.995
111	Fuentes Loaiza, Eva	62	FONASA A	Sin información	Medicamentos	200.000
112	Gallardo Ferrada, Claudio	45	FONASA A	7.218	Exámenes médicos	12.000
113	Gálvez Morales, Gabriel	1	FONASA A	2.199	Medicamentos	39.975
114	García Olivares, Guillermo	74	FONASA B	13.198	Insumos médicos	260.000
115	García Ourtridge, Paulina	70	FONASA B	14.546	Medicamentos	158.430
116	Garrido Aravena, Marisol	42	FONASA B	10.053	Exámenes médicos	9.600
117	Garrido Flores, Roberto	47	FONASA A	8.652	Exámenes médicos	65.200
118	Garrido Marabolí, Pablo	16	FONASA C	12.291	Medicamentos	103.980
119	Garrido Vergara, Ana	68	FONASA B	12.300	Medicamentos	69.980
120	Garrido, Luisa	29	FONASA A	2.377	Insumos médicos	90.000
121	Gazzano Ardiles, Matías	1	FONASA A	2.394	Alimentos	47.985
122	Godoy González, Patricio	18	FONASA A	6.720	Exámenes médicos	45.800

123	Godoy Ramos, Juan	79	FONASA B	8.547	Medicamentos	80.985
124	Goler Molina, José	60	FONASA A	4.417	Medicamentos	100.000
125	Gómez Rivera, Elba	60	FONASA B	5.217	Insumos médicos	80.000
126	González Castro, Margarita	59	FONASA A	6.082	Medicamentos	58.950
127	González Ceballos, Humberto	73	FONASA A	5.457	Exámenes médicos	38.800
128	González Correa, Juan	53	FONASA B	4.691	Aporte en dinero	89.060
129	González Espinoza, Fabiola	18	FONASA C	9.556	Exámenes médicos	14.000
130	González Guajardo, Juan	58	FONASA A	3.310	Exámenes médicos	100.000
131	González Gutiérrez, Judith	42	FONASA A	9.015	Medicamentos	60.000
132	González Jacobs, Valentina	1	FONASA A	8.362	Alimentos	63.980
133	González Mondaca, Lucas	3	FONASA B	6.620	Medicamentos	25.990
134	González Poblete, Aurora	63	FONASA A	12.495	Medicamentos	44.995
135	González Vargas, Claudia	30	FONASA B	2.789	Insumos médicos	150.000
136	Grandón Pérez, Juana	58	FONASA A	4.755	Medicamentos	79.980
137	Guerra Ríos, Raúl	36	FONASA A	4.481	Medicamentos	167.990
138	Guerra Yáñez, Solange	30	FONASA A	10.340	Exámenes médicos	39.300
139	Guerrero Muñoz, Luis	64	FONASA A	2.685	Exámenes médicos	12.000
140	Guerrero, Maira	1	FONASA A	7.710	Alimentos	63.980
141	Guiñez Opazo, Etelvina	83	FONASA B	Sin información	Alimentos	47.980
142	Guiñez Salvo, Roxana	25	FONASA A	2.513	Aporte en dinero	248.269
143	Gutiérrez Campos, Jesús	55	FONASA A	10.629	Exámenes médicos	38.800
144	Gutiérrez Hernández, Marco	48	FONASA A	14.289	Medicamentos	173.970
145	Gutiérrez Jara, Daniel	21	FONASA C	2.354	Alimentos	155.940
146	Gutiérrez Romero, Elisa	73	FONASA A	8.885	Medicamentos	210.000
147	Guzmán Pérez, Leontina	50	FONASA A	10.140	Medicamentos	37.000
148	Henríquez Sánchez, Fernanda	8	FONASA A	10.049	Medicamentos	338.134
149	Henríquez Vargas, Felipe	20	FONASA A	10.619	Medicamentos	277.830
150	Inostroza Segura, Natividad	78	FONASA A	5.240	Medicamentos	19.980
151	Isla Núñez, Carla	4	FONASA A	2.218	Alimentos	117.000
152	Jara Echeverría, Mirtha	56	FONASA A	10.232	Insumos médicos	11.500
153	Jara Pérez, Luis	92	FONASA B	12.550	Medicamentos	38.965
154	Jaramillo Ávila, Víctor	59	FONASA B	FPS en revisión, sin puntaje	Insumos médicos	159.000
155	Jerez Poblete, José	47	FONASA C	11.704	Exámenes médicos	140.000
156	Larraín San Martín, Brandon	4	FONASA A	3.153	Exámenes médicos	110.300
157	Latapiat Valdés, Isabel	49	FONASA A	8.111	Aporte en dinero	150.000
158	Lazo Zúñiga, Joaquín	8	FONASA A	4.109	Insumos médicos	55.000
159	Lefiqueo Curinao, Manuela	76	FONASA B	3.458	Medicamentos	63.980
160	Licanqueo Muñoz, Zoila	60	FONASA A	8.201	Exámenes médicos	12.500
161	Lizama Carrasco, Luis	62	FONASA A	3.352	Medicamentos	64.980
162	Lizama Espinoza, María	21	FONASA A	3.483	Exámenes médicos	104.230
163	Lizama Gutiérrez, Sarai	1	FONASA A	12.406	Alimentos	153.950
164	Llanquítref Calbuqueo, Rosa	54	FONASA A	8.120	Exámenes médicos	170.000
165	Lobos Campos, Giovanna	29	FONASA A	5.148	Exámenes médicos	12.000

166	López Donoso, Claudio	19	FONASA A	5.538	Insumos médicos	200.000
167	López Fuentealba, Bastián	1	FONASA A	2.226	Exámenes médicos	50.700
168	López Gajardo, Víctor	59	FONASA B	FPS en revisión, sin puntaje	Insumos médicos	195.000
169	López Mansilla, Silvia	21	FONASA A	3.324	Medicamentos	101.970
170	Lucero Núñez, Alejandro	13	FONASA D	13.583	Medicamentos	91.970
171	Luco Cabezas, Teresa	61	FONASA A	7.660	Medicamentos	54.995
172	Lueiza Arias, Sonia	64	FONASA B	11.895	Medicamentos	59.970
173	Machuca Cárdenas, Silvia	70	FONASA B	13.577	Alimentos	17.985
174	Maldonado González, Luis	15	FONASA A	2.210	Otra	150.000
175	Maldonado Meza, Cristian	63	FONASA A	12.301	Medicamentos	145.000
176	Maldonado Núñez, María	70	FONASA A	Sin información	Medicamentos	29.975
177	Maldonado Soto, Héctor	78	FONASA A	5.473	Exámenes médicos	9.500
178	Manquecura, María	84	FONASA B	6.639	Medicamentos	59.970
179	Marabolí Fuenzalida, María	50	FONASA C	12.291	Medicamentos	31.990
180	Mardones Bascur, Patricio	51	FONASA B	7.171	Insumos médicos	103.117
181	Mardones Saldías, Mayra	1	FONASA C	8.404	Alimentos	59.985
182	Marín Gutiérrez, Mario	40	FONASA C	Sin información	Exámenes médicos	58.700
183	Martínez Isla, Cristian	1	FONASA B	2.283	Alimentos	111.965
184	Martínez Martínez, Humilde	86	FONASA B	7.825	Alimentos	91.990
185	Martínez Molina, Siria	71	FONASA B	3.857	Medicamentos	62.080
186	Martínez Rinaldi, Norma	44	FONASA A	9.310	Insumos médicos	168.150
187	Martínez Toledo, Juan	39	FONASA C	Sin información	Medicamentos	200.000
188	Mejías González, Norma	73	FONASA B	9.128	Medicamentos	68.560
189	Mella Quezada, Jorge	63	FONASA A	Sin información	Medicamentos	47.920
190	Mellico Llanqueman, Judith	63	FONASA A	3.337	Insumos médicos	63.573
191	Meneses Barrera, Luis	68	FONASA A	8.712	Medicamentos	23.990
192	Merino Arriagada, Graciela	88	FONASA A	10.164	Medicamentos	76.965
193	Miranda Fuentes, Juana	81	FONASA B	FPS en revisión, sin puntaje	Medicamentos	115.960
194	Molina Marchant, Patricio	50	FONASA A	12.160	Exámenes médicos	38.800
195	Molina Sánchez, María	62	FONASA B	12.064	Exámenes médicos	39.300
196	Montalva Quiñones, Magaly	57	FONASA A	FPS en revisión, sin puntaje	Medicamentos	109.575
197	Moraga Collio, Juan	10	FONASA A	3.093	Medicamentos	18.300
198	Moraga Jorquera, Alejandro	39	FONASA A	9.381	Exámenes médicos	12.600
199	Morales Ebonnur, Denisse	9	FONASA A	5.446	Exámenes médicos	11.900
200	Morales Poblete, Lucia	54	FONASA A	3.693	Medicamentos	59.985
201	Moreno Hernández, Berenice	1	FONASA A	2.279	Alimentos	191.940
202	Mosquera Barros, Marcos	44	FONASA A	10.053	Exámenes médicos	6.000
203	Mozo Henríquez, Yanara	16	FONASA A	3.459	Insumos médicos	30.000
204	Munita Muñoz, Gissella	1	FONASA A	8.057	Medicamentos	31.990
205	Muñoz Arévalo, Gladys	62	FONASA A	8.239	Medicamentos	63.980
206	Muñoz Candia, Elisa	58	FONASA A	4.036	Medicamentos	15.995
207	Muñoz Cofré, María	54	FONASA C	5.173	Medicamentos	20.985

208	Muñoz Fuentes, Dolores	62	FONASA B	2.748	Medicamentos	58.980
209	Muñoz González, Genesis	4	FONASA A	4.443	Exámenes médicos	12.000
210	Muñoz Lucero, Juan	66	FONASA B	6.906	Medicamentos	333.731
211	Muñoz Retamales, Javiera	50	FONASA C	12.484	Aporte en dinero	150.000
212	Muñoz Saavedra, María	79	FONASA B	11.111	Medicamentos	27.975
213	Namoncura Namoncura, Luis	35	FONASA A	Sin información	Exámenes médicos	19.200
214	Navarrete Clavería, Inés	58	FONASA B	2.954	Medicamentos	19.990
215	Navarro Guzmán, Marco	54	FONASA A	7.484	Medicamentos	138.320
216	Navarro Rodríguez, Carlos	64	FONASA A	6.737	Exámenes médicos	78.420
217	Navarro, Constanza	1	FONASA A	3.239	Alimentos	79.975
218	Núñez Núñez, Madeleine	17	FONASA A	8.806	Insumos médicos	100.000
219	Ñanco Melillán, Luis	11	FONASA B	2.215	Aporte en dinero	90.000
220	Ojeda Tapia, Nelly	54	FONASA A	Sin información	Exámenes médicos	41.500
221	Ojeda Toledo, Eva	55	FONASA A	13.462	Exámenes médicos	73.600
222	Orellana Martínez, Juan	20	FONASA A	2.241	Insumos médicos	8.800
223	Orellana Olivares, Margarita	13	FONASA A	9.028	Exámenes médicos	142.840
224	Orellana Quezada, Rosa	53	FONASA B	3.426	Exámenes médicos	71.870
225	Orellana Urrea, Eufrosina	70	FONASA B	11.887	Medicamentos	49.995
226	Ormeño Gana, Javier	15	FONASA A	9.911	Insumos médicos	150.000
227	Orozco Urzúa, Eliana	59	FONASA C	4.359	Exámenes médicos	23.000
228	Orrego Cristi, Nelly	62	FONASA A	3.167	Medicamentos	35.985
229	Orrego González, Manuel	41	FONASA A	Sin información	Insumos médicos	130.000
230	Ortiz Cabrera, Dariolett	1	FONASA A	5.007	Alimentos	31.980
231	Ortiz Quintana, Adela	59	FONASA A	2.391	Medicamentos	40.990
232	Ortiz Valenzuela, María	78	FONASA A	3.234	Medicamentos	49.995
233	Osses Morales, Gladys	69	FONASA A	7.517	Medicamentos	71.961
234	Ousbel Odique, Alejandro	52	FONASA A	3.337	Medicamentos	42.985
235	Ousbel Odique, Gloria	64	FONASA B	6.442	Exámenes médicos	14.000
236	Ousbel Pérez, Román	88	FONASA B	Sin información	Medicamentos	22.990
237	Pacheco Ávila, Berta	85	FONASA B	6.064	Medicamentos	47.985
238	Pacheco Castro, David	40	FONASA A	2.390	Aporte en dinero	160.000
239	Padilla Silva, Fabiana	2	FONASA B	3.956	Insumos médicos	45.000
240	Palma Espinoza, Blas	54	FONASA A	12.235	Insumos médicos	200.000
241	Palma Garay, Carmen	60	FONASA A	3.243	Medicamentos	92.945
242	Palma Olivares, Abraham	31	FONASA A	2.679	Medicamentos	528.197
243	Palma Rivera, Ester	82	FONASA B	11.111	Medicamentos	10.990
244	Paredes Ferreira, Florencia	1	FONASA A	6.395	Alimentos	63.980
245	Pastrian Moya, Jorge	51	FONASA A	5.526	Insumos médicos	130.700
246	Pedraza Peña, Gabriel	1	FONASA A	4.272	Alimentos	47.985
247	Peña Islas, Uberlinda	83	FONASA B	12.665	Medicamentos	77.990
248	Peña Padilla, Darma	52	FONASA A	11.602	Aporte en dinero	10.400
249	Peña Quilaqueo, Dania	1	FONASA B	4.048	Alimentos	47.985
250	Peña Soto, María	53	FONASA A	5.717	Exámenes médicos	14.800

251	Peñalosa González, Gloria	59	FONASA A	11.906	Exámenes médicos	66.000
252	Pereira Poblete, Mónica	28	FONASA A	6.286	Insumos médicos	85.000
253	Pérez Aranguiz, Irma	77	FONASA A	5.780	Medicamentos	49.895
254	Pérez Rodríguez, Leontina	66	FONASA B	10.201	Exámenes médicos	19.800
255	Pérez Rojas, Joshua	1	FONASA A	8.311	Alimentos	96.070
256	Pilar Sáez, Martín	1	FONASA A	7.440	Alimentos	21.990
257	Pino Carrasco, Alondra	9	FONASA A	2.219	Insumos médicos	57.400
258	Pino Encina, Pablo	30	FONASA A	9.347	Exámenes médicos	95.000
259	Pino González, Lucía	57	FONASA A	13.246	Exámenes médicos	25.000
260	Pinto Chaura, Matías	5	FONASA C	10.652	Medicamentos	77.970
261	Pizarro Pizarro, Heriberto	71	FONASA A	6.640	Medicamentos	263.940
262	Pizarro Véliz, Osvaldo	42	FONASA A	3.276	Medicamentos	106.965
263	Plaza Candia, Constanza	1	FONASA A	2.279	Alimentos	63.960
264	Poblete Tapia, Mónica	67	FONASA C	6.286	Exámenes médicos	35.236
265	Poblete Tapia, Pilar	57	FONASA A	8.244	Medicamentos	32.985
266	Ponce, Aída	78	FONASA A	10.434	Exámenes médicos	38.100
267	Prado Ferrada, Nieves	37	FONASA A	6.906	Medicamentos	50.000
268	Prior Guzmán, Francisco	70	FONASA B	10.388	Insumos médicos	47.000
269	Quezada del Real, Carlos	3	FONASA A	4.215	Alimentos	41.970
270	Quezada Padilla, Marisol	46	FONASA A	2.982	Exámenes médicos	18.000
271	Quezada Sánchez, Mayra	16	FONASA A	6.946	Insumos médicos	100.000
272	Quezada Urbina, Margarita	53	FONASA B	2.383	Medicamentos	121.980
273	Quiroz Contreras, Patricio	50	FONASA A	Sin información	Medicamentos	42.945
274	Ramírez Díaz, Fernanda	2	FONASA B	10.395	Exámenes médicos	120.000
275	Ramírez Hernández, Verónica	41	FONASA A	2.892	Insumos médicos	120.000
276	Ramírez Jara, Rumaldo	54	FONASA A	Sin información	Medicamentos	137.660
277	Ramírez Silva, Evelyn	27	FONASA B	12.134	Insumos médicos	139.537
278	Ramírez Silva, Matilde	69	FONASA B	10.764	Insumos médicos	39.999
279	Ramos Poque, Marisa	48	FONASA B	2.426	Medicamentos	19.980
280	Rebeco Valdés, Luis	65	FONASA B	9.737	Medicamentos	32.990
281	Recabarren Cortés, Tiare	1	FONASA A	4.309	Alimentos	11.975
282	Reyes Durán, Claudio	1	FONASA A	2.265	Alimentos	63.980
283	Reyes Molina, Estefanía	1	FONASA A	4.079	Exámenes médicos	130.000
284	Reyes Morales, Natuska	1	FONASA A	2.302	Alimentos	23.985
285	Reyes Valenzuela, Patricio	34	FONASA B	Sin información	Medicamentos	17.380
286	Riffo Pérez, Viviana	51	FONASA B	10.462	Medicamentos	20.995
287	Riquelme Bravo, Juan	21	FONASA A	8.088	Insumos médicos	200.000
288	Riquelme Díaz, Isber	6	FONASA A	9.743	Exámenes médicos	25.000
289	Riquelme González, Flora	84	FONASA A	4.347	Medicamentos	90.965
290	Riquelme Oyarce, Luis	47	FONASA A	10.313	Insumos médicos	150.000
291	Riquelme Romero, Juan	60	FONASA B	7.879	Medicamentos	171.950
292	Rivera Meneses, María	66	FONASA A	12.876	Medicamentos	41.965
293	Rivera Undurraga, Lucrecia	69	FONASA A	13.598	Medicamentos	7.995

294	Roa Arriarán, Miguel	18	FONASA A	8.349	Exámenes médicos	70.000
295	Rodríguez Becerra María	61	FONASA B	7.796	Exámenes médicos	23.000
296	Rodríguez Guarda, Armando	76	FONASA B	11.295	Medicamentos	253.980
297	Rodríguez Jerez, Teresa	66	FONASA A	5.891	Medicamentos	102.985
298	Rodríguez Quinteros, Mariana	49	FONASA B	7.402	Medicamentos	45.970
299	Rodríguez Villivarez, Iris	65	FONASA A	4.347	Insumos médicos	157.500
300	Rodríguez, Karina	27	FONASA A	9.622	Exámenes médicos	12.000
301	Rojas Fuentes, Miguel	54	FONASA B	7.030	Medicamentos	71.680
302	Rojas Herrera, Magaly	42	FONASA A	3.896	Insumos médicos	30.000
303	Rojas Villar, Enilse	14	FONASA A	11.814	Medicamentos	35.840
304	Román Morales, Marcia	44	FONASA D	11.857	Aporte en dinero	200.000
305	Rubilar Carrasco, Víctor	39	FONASA A	2.799	Insumos médicos	70.680
306	Rubio Hurtado, Eliana	63	FONASA A	7.431	Exámenes médicos	14.400
307	Saavedra Ramos, Evelyn	23	FONASA A	2.207	Insumos médicos	63.900
308	Salas Ramírez, Berta	82	FONASA B	11.987	Aporte en dinero	104.600
309	Salazar Muñoz, Agustina	1	FONASA B	2.399	Medicamentos	63.980
310	Salgado Rain, Elisa	64	FONASA B	9.665	Medicamentos	54.990
311	Salinas Martínez, Ema	80	FONASA A	5.473	Medicamentos	35.980
312	Salinas Olguín, Mercedes	50	FONASA B	13.181	Exámenes médicos	80.000
313	Sandoval Montecinos, Gabriela	61	FONASA A	3.427	Exámenes médicos	71.874
314	Sandoval Acevedo, Ayline	3	FONASA B	FPS en revisión, sin puntaje	Medicamentos	55.985
315	Sandoval Aravena, Tania	30	FONASA A	Sin información	Medicamentos	150.000
316	Sandoval Pérez, Carolina	39	FONASA A	2.342	Insumos médicos	20.800
317	Santibáñez Huincamán, José	2	FONASA A	7.047	Alimentos	47.985
318	Scorsone Segura, Michel	18	FONASA A	4.809	Exámenes médicos	150.000
319	Sepúlveda Beiza, José	44	FONASA A	FPS en revisión, sin puntaje	Medicamentos	77.980
320	Sepúlveda Díaz, Darling	1	FONASA A	6.456	Alimentos	95.970
321	Sierra Toledo, Cristina	57	FONASA A	11.473	Exámenes médicos	18.100
322	Silva Correa, Michelle	23	FONASA A	6.429	Medicamentos	60.000
323	Silva Correa, Romina	24	FONASA A	6.429	Medicamentos	34.995
324	Silva Donoso, Jaime	16	FONASA A	8.720	Exámenes médicos	58.700
325	Silva Fariás, Fabián	8	FONASA A	3.641	Medicamentos	85.140
326	Silva Rojas, Felipe	3	FONASA A	5.558	Exámenes médicos	23.800
327	Sobarzo Silva, Alexandra	2	FONASA A	Sin información	Medicamentos	42.490
328	Sonco Paineo, María	47	FONASA A	4.478	Medicamentos	100.000
329	Soto Jara, José	38	FONASA B	10.343	Medicamentos	86.985
330	Soto Riquelme, Herminda	65	FONASA A	6.079	Medicamentos	16.075
331	Tamayo Palacios, Mauricio	37	FONASA A	14.563	Exámenes médicos	48.760
332	Tapia Sáez, Nancy	46	FONASA A	11.258	Exámenes médicos	38.100
333	Tobar Orellana, Patricia	51	FONASA B	11.147	Insumos médicos	54.800
334	Toledo Henríquez, Diana	1	FONASA B	6.278	Alimentos	207.935
335	Toledo Rojas, América	58	FONASA A	FPS en revisión, sin puntaje	Exámenes médicos	57.900

336	Toro Betancourt, Alejandra	22	FONASA A	3.274	Exámenes médicos	46.000
337	Torres Guzmán, Humberto	68	FONASA A	6.315	Exámenes médicos	12.300
338	Torres Iturrieta, Jorge	33	FONASA A	13.289	Exámenes médicos	132.900
339	Torres Maniqueo, Francisco	71	FONASA B	8.596	Insumos médicos	78.000
340	Torres Yévenes, Sergio	76	FONASA A	Sin información	Medicamentos	44.100
341	Troncoso Fernández, Pedro	65	FONASA B	10.515	Medicamentos	71.680
342	Troncoso Fuentes, Miriam	50	FONASA A	4.893	Exámenes médicos	38.100
343	Urrutia Barros, Lorena	47	FONASA A	2.176	Exámenes médicos	30.000
344	Urrutia Urrutia, Nora	65	FONASA A	6.204	Medicamentos	59.970
345	Valdebenito Godoy, Mauricio	14	FONASA A	4.061	Exámenes médicos	25.000
346	Valdés Antimán, Pía	1	FONASA A	9.471	Alimentos	63.960
347	Valdés Valdés, Brigitte	36	FONASA A	3.607	Insumos médicos	21.700
348	Valdez Gutiérrez, Marianne	14	FONASA A	5.444	Exámenes médicos	18.600
349	Valdivia Vásquez, Andrea	13	FONASA A	8.046	Insumos médicos	142.550
350	Valencia Echeverría, Carlos	81	FONASA B	12.975	Insumos médicos	198.550
351	Valenzuela Benavides, Bárbara	9	FONASA A	13.288	Exámenes médicos	60.000
352	Valenzuela Duarte, Oscar	46	FONASA A	2.338	Insumos médicos	42.000
353	Valenzuela González, Diego	1	FONASA A	10.668	Alimentos	111.930
354	Valenzuela Medina, Vicente Hernán	1	FONASA A	4.467	Alimentos	255.920
355	Valenzuela Morales, Erick	35	FONASA A	9.897	Insumos médicos	70.000
356	Valenzuela Vega, Marina	77	FONASA A	5.473	Medicamentos	206.965
357	Varela Soto, Carlos	1	FONASA B	6.311	Alimentos	35.990
358	Vargas Arce, Benjamín	2	FONASA A	8.153	Aporte en dinero	180.000
359	Vargas Maturana, Nora	73	FONASA A	11.529	Medicamentos	69.970
360	Vargas Rebolledo, Estephanie	16	FONASA B	13.709	Insumos médicos	82.210
361	Vásquez Arriagada, Julia	51	FONASA A	8.210	Insumos médicos	99.000
362	Vásquez Castro, Franco	11	FONASA B	9.415	Exámenes médicos	80.000
363	Vásquez Hernández, Carla	1	FONASA A	2.429	Medicamentos	19.990
364	Vásquez Jerez, Bruno	8	FONASA A	2.215	Medicamentos	264.180
365	Vásquez Salgado, Orlando	61	FONASA A	Sin información	Exámenes médicos	60.000
366	Veas Cabellos, Mario	76	FONASA B	7.407	Medicamentos	39.990
367	Vega Aravena, Alison	1	FONASA A	9.253	Alimentos	119.970
368	Vega Rodríguez, María	84	FONASA A	5.311	Insumos médicos	270.000
369	Vega Zamora, José Antonio	24	FONASA A	12.299	Medicamentos	150.000
370	Vejar Fuentealba, Osvaldo	18	FONASA A	4.441	Exámenes médicos	71.280
371	Velásquez Gutiérrez, Giuliano	1	FONASA A	2.993	Medicamentos	15.990
372	Velásquez Hernández, Anastasia	1	FONASA A	5.356	Alimentos	63.980
373	Veliz Veliz, María	62	FONASA A	6.561	Insumos médicos	242.560
374	Venegas Sánchez, Oscar	80	FONASA B	Sin información	Exámenes médicos	12.700
375	Viches Quidante, Teresa	50	FONASA A	4.563	Medicamentos	44.975
376	Villa Castro, Juan	69	FONASA B	8.792	Medicamentos	8.995
377	Villanueva López, María	45	FONASA A	2.470	Medicamentos	19.990
378	Yáñez Estay, Rogelio	63	FONASA B	Sin información	Medicamentos	110.880

379	Yáñez Figueroa, Victoria	81	FONASA B	Sin información	Medicamentos	35.840
380	Yáñez Manríquez, Patricio	1	FONASA A	2.452	Alimentos	63.980
381	Zambrano Muñoz, Thomas	1	FONASA A	4.410	Alimentos	49.972
382	Ziehe Agüero, Ruth	78	FONASA A	Sin información	Medicamentos	240.000
383	Zúñiga Ibarra, Patricio	44	FONASA A	7.889	Medicamentos	64.260
384	Zúñiga Quilaleo, Ignacio	20	FONASA A	Sin información	Exámenes médicos	46.546

**ANEXO Nº 3: SOLICITUD DE COTIZACIÓN DE INSUMOS Y/O EXÁMENES MÉDICOS**

REPUBLICA DE CHILE  
I. MUNICIPALIDAD DE LA GRANJA  
DIRECCION DESARROLLO SOCIAL  
DEPTO. ASISTENCIA SOCIAL  
FONO: 5503783



**LA GRANJA,**

**COTIZACION**

**SEÑORES:  
PRESENTE**

De mi consideración:

Por la presente esta Municipalidad viene a solicitar cotización de los exámenes que se señalan para el siguiente beneficiario:

Nombre: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Nota: se adjunta solicitud de exámenes.

Saluda atentamente a Ud.,

---

**ASISTENTE SOCIAL**

**ANEXO Nº 4: FICHA SOCIAL**

REPÚBLICA DE CHILE  
I. MUNICIPALIDAD DE LA GRANJA  
DIRECCION DESARROLLO SOCIAL  
DEPTO. DE ASISTENCIA SOCIAL



FOLIO: \_\_\_\_\_

UNIDAD VECINAL \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

**FICHA FAMILIAR SERVICIO SOCIAL**

**I. ANTECEDENTES PERSONALES:**

NOMBRE RECURRENTE : \_\_\_\_\_  
CEDULA DE IDENTIDAD : \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL : \_\_\_\_\_  
ACTIVIDAD : \_\_\_\_\_  
DOMICILIO : \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO : \_\_\_\_\_  
ESCOLARIDAD : \_\_\_\_\_  
PREVISION : \_\_\_\_\_  
PUNTAJE FPS : \_\_\_\_\_  
TELEFONO : \_\_\_\_\_

**II. ANTECEDENTES HABITACIONALES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ANEXO Nº 5: CARTA DE RESPALDO**

REPUBLICA DE CHILE  
I. MUNICIPALIDAD DE LA GRANJA  
DIRECCION DESARROLLO SOCIAL  
DEPTO. ASISTENCIA SOCIAL  
FONO: 5503783



**LA GRANJA,**

**CARTA DE RESPALDO Nº \_\_\_\_\_ /**

**SEÑORES:  
PRESENTE**

De mi consideración:

Por la presente esta Municipalidad viene en respaldar: *examen, medicamento, insumos u otros*

Por un valor de: \$ \_\_\_\_\_

Para : \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: Nº \_\_\_\_\_

La Factura o Boleta debe extenderse a nombre de la "I. Municipalidad de La Granja", Avenida Américo Vespucio Nº 002, RUT Nº 69.072.400-6.

Se solicita incluir el nombre del beneficiario (a) en la Factura.

Carta de respaldo tiene periodo de vigencia 60 días hábiles.

Saluda atentamente a usted,

**ASISTENTE SOCIAL**

**ANEXO Nº 6: SOLICITUD DE FICHA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

REPUBLICA DE CHILE  
I. MUNICIPALIDAD DE LA GRANJA  
DIRECCION DESARROLLO SOCIAL  
DEPTO. ASISTENCIA SOCIAL  
FONO: 5503783



**COMPROBANTE DE SOLICITUD DE FICHA DE PROTECCION SOCIAL**

NOMBRE SOLICITANTE : \_\_\_\_\_  
RUT : \_\_\_\_\_  
BENEFICIO : \_\_\_\_\_  
FECHA INSCRIPCION : \_\_\_\_\_  
ATENDIDO POR : \_\_\_\_\_

## **ANEXO Nº 7: NOMINA DE EMPRESAS EN CONVENIO**

### **Empresas en convenio:**

- Aga
- Air liquide
- Contactología Claudio Maier
- Corporación Crecer
- Corporación Nacional del Cáncer (CONAC)
- Farmacia Paula
- Juan Carlos Hernández Lastra
- Laboratorios Médicos Santiago Centro (Díaz Novoa y Cía. Ltda.)
- Megamed Chile Ltda.
- Ópticas Rotter y Krauss
- Ópticas Trento
- Sociedad Comercial Medimag Ltda.

### **Sin convenio:** (pero aceptan cartas de respaldo)

- Fundación Distonía
- Fundación Gantz
- Hospital Barros Luco Trudeau
- Hospital Exequiel González Cortez
- Hospital Padre Hurtado
- Hospital Sotero del Río
- Liga Chilena Contra la Epilepsia
- Óptica Centro visión
- Ortopedia Suiza

## **ANEXO Nº 8: DIVISIÓN TERRITORIAL DE LA COMUNA**

Franja 1: Constituida por las siguientes Villas y/o Poblaciones:

- Villa Brasil
- Población Joao Goulart
- Población Yungay
- Villa Lo Ovalle
- Villa Los Abedules
- Villa Play-Flex
- Villa Iberia
- Población Ramón Larrain
- Población Sanitas
- Población Porvenir
- Villa Combate de Iquique
- Población Santa Inés
- Población San Pedro
- Población Ghiardo Oriente
- Población Ghiardo Norte
- Población Santa Rosa

Franja 2: Constituida por las siguientes Villas y/o Poblaciones:

- Población Malaquías Concha

Franja 3: Constituida por las siguientes Villas y/o Poblaciones:

- Población San Gregorio

Franja 4: Constituida por las siguientes Villas y/o Poblaciones:

- Villa Santa Lucia
- Villa Santa Claudia
- Villa El Almendral
- Población Santa Eduvigis
- Villa Ignacio Serrano
- Población Millalemu
- Villa Dagoberto Godoy
- Villas Los Rosales 1
- Villa Los Rosales 2
- Villa La Portada
- Población Jardín La Granja
- Villa Naltahua
- Población Bélgica

Franja 5: Constituida por las siguientes Villas y/o Poblaciones:

- Villa Padre Alberto Hurtado 1

- Villa Comercio
- Población Pablo Neruda
- Villa Luxemburgo
- Villa Las Américas
- Villa El Pilar
- Villa Rodelillo

Franja 6: Constituida por las siguientes Villas y/o Poblaciones:

- Villa Los Pensamientos
- Villa Alberto Celery
- Villa Benjamin Subercaseaux
- Villa Don Benjamin
- Villa Miguel de Cervantes
- Villa Santiago Sur
- Población Capitán Ávalos
- Villa Lucila Godoy Alcayaga
- Villa Azul
- Villa Los Paltos de La Granja
- Villa Suiza
- Villa Bahía Catalina
- Villa Misia Corina
- Villa Santiago Sur
- Villa esmeralda
- Población Lago Chungara
- Villa Lo Videla
- Villa La Serena

## ANEXO Nº 9: TABLAS DE FRECUENCIAS MARGINALES

### Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	165	43,0	43,0	43,0
	Mujer	219	57,0	57,0	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

### Grupo de edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 a 9	86	22,4	22,4	22,4
	10 a 19	36	9,4	9,4	31,8
	20 a 29	18	4,7	4,7	36,5
	30 a 39	23	6,0	6,0	42,4
	40 a 49	43	11,2	11,2	53,6
	50 a 59	58	15,1	15,1	68,8
	60 y más	120	31,3	31,3	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

### Escolaridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin estudios	11	2,9	2,9	2,9
	Básica incompleta	126	32,8	32,8	35,7
	Básica completa	35	9,1	9,1	44,8
	Media incompleta	54	14,1	14,1	58,9
	Media completa	40	10,4	10,4	69,3
	Técnica incompleta	1	,3	,3	69,5
	Técnica completa	1	,3	,3	69,8
	Superior incompleta	7	1,8	1,8	71,6
	Otra	5	1,3	1,3	72,9
	No aplica	69	18,0	18,0	90,9
	Sin información	35	9,1	9,1	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

### Situación conyugal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero/a	102	26,6	26,6	26,6
	Casado/a	96	25,0	25,0	51,6
	Separado/a	44	11,5	11,5	63,0
	Divorciado/a	2	,5	,5	63,5
	Viudo/a	38	9,9	9,9	73,4
	Conviviente	5	1,3	1,3	74,7
	No aplica	97	25,3	25,3	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

### Número de hijos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin hijos	150	39,1	39,1	39,1
	Hasta 2 hijos	121	31,5	31,5	70,6
	De 3 a 4 hijos	14	3,6	3,6	74,2
	5 y más hijos	2	,5	,5	74,7
	No aplica	92	24,0	24,0	98,7
	Sin información	5	1,3	1,3	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

### Tamaño del grupo familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 persona	35	9,1	9,1	9,1
	De 2 a 4 personas	234	60,9	60,9	70,1
	De 5 a 7 personas	108	28,1	28,1	98,2
	8 y más personas	7	1,8	1,8	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

### Ocupación o actividad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Trabajador independiente	16	4,2	4,2	4,2
	Trabajador dependiente	28	7,3	7,3	11,5
	Cesante	31	8,1	8,1	19,5
	Jubilado	15	3,9	3,9	23,4
	Pensionado	101	26,3	26,3	49,7
	Labores del hogar	53	13,8	13,8	63,5
	Estudiante	45	11,7	11,7	75,3
	Ninguna	24	6,3	6,3	81,5
	No aplica	69	18,0	18,0	99,5
	Sin información	2	,5	,5	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

### Ingreso familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hasta \$75.000	76	19,8	19,8	19,8
	De \$76.000 a 150.000	124	32,3	32,3	52,1
	De \$151.000 a 250.000	131	34,1	34,1	86,2
	\$251.000 y más	53	13,8	13,8	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

### Subsidios recibidos en la familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SAP	6	1,6	1,6	1,6
	SUF	93	24,2	24,2	25,8
	SDM	2	,5	,5	26,3
	No aplica	8	2,1	2,1	28,4
	Sin información	275	71,6	71,6	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

**Tipo de vivienda donde habita**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casa	306	79,7	79,7	79,7
	Departamento	34	8,9	8,9	88,5
	Mediagua	43	11,2	11,2	99,7
	Sin información	1	,3	,3	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

**Tenencia de la vivienda por parte de la familia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Propia	171	44,5	44,5	44,5
	Arriendo	35	9,1	9,1	53,6
	Allegamiento	115	29,9	29,9	83,6
	Otra	61	15,9	15,9	99,5
	Sin información	2	,5	,5	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

**Tipo de previsión de salud**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	FONASA A	266	69,3	69,3	69,3
	FONASA B	94	24,5	24,5	93,8
	FONASA C	20	5,2	5,2	99,0
	FONASA D	4	1,0	1,0	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

**Franja de ubicación en la comuna**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Franja Nº 1	80	20,8	20,8	20,8
	Franja Nº 2	34	8,9	8,9	29,7
	Franja Nº 3	117	30,5	30,5	60,2
	Franja Nº 4	53	13,8	13,8	74,0
	Franja Nº 5	42	10,9	10,9	84,9
	Franja Nº 6	58	15,1	15,1	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

**Tramos de puntaje en la Ficha de Protección Social**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	FPS en revisión, sin puntaje	8	2,1	2,1	2,1
	Hasta 4.213 puntos	94	24,5	24,5	26,6
	Hasta 8.500 puntos	125	32,6	32,6	59,1
	Hasta 11.734 puntos	74	19,3	19,3	78,4
	11.735 y más puntos	49	12,8	12,8	91,1
	Sin información	34	8,9	8,9	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

**Tipo de patología 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	4	1,0	1,0	1,0
	Neoplasias	22	5,7	5,7	6,8
	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el sistema inmunológico	8	2,1	2,1	8,9
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	30	7,8	7,8	16,7
	Trastornos mentales y del comportamiento	19	4,9	4,9	21,6
	Enfermedades del sistema nervioso central	34	8,9	8,9	30,5
	Enfermedades del ojo y sus anexos	30	7,8	7,8	38,3
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	3	,8	,8	39,1
	Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	45	11,7	11,7	50,8
	Enfermedades del sistema respiratorio	11	2,9	2,9	53,6
	Enfermedades del aparato digestivo	26	6,8	6,8	60,4
	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	3	,8	,8	61,2
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (Aparato locomotor)	70	18,2	18,2	79,4
	Enfermedades del aparato genitourinario	15	3,9	3,9	83,3
	Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	24	6,3	6,3	89,6
	Ciertas afecciones del feto y del recién nacido originadas en el periodo perinatal	7	1,8	1,8	91,4
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	18	4,7	4,7	96,1
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	4	1,0	1,0	97,1
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	11	2,9	2,9	100,0
Total	384	100,0	100,0		

**Tipo de patología 2**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neoplasias	5	1,3	3,3	3,3
	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el sistema inmunológico	5	1,3	3,3	6,5
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11	2,9	7,2	13,7
	Trastornos mentales y del comportamiento	12	3,1	7,8	21,6
	Enfermedades del sistema nervioso central	10	2,6	6,5	28,1
	Enfermedades del ojo y sus anexos	16	4,2	10,5	38,6
	Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	25	6,5	16,3	54,9
	Enfermedades del sistema respiratorio	9	2,3	5,9	60,8
	Enfermedades del aparato digestivo	9	2,3	5,9	66,7
	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	3	,8	2,0	68,6
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (Aparato locomotor)	24	6,3	15,7	84,3
	Enfermedades del aparato genitourinario	3	,8	2,0	86,3
	Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	4	1,0	2,6	88,9
	Ciertas afecciones del feto y del recién nacido originadas en el periodo perinatal	1	,3	,7	89,5
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	10	2,6	6,5	96,1	

	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	4	1,0	2,6	98,7
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	2	,5	1,3	100,0
	Total	153	39,8	100,0	
Perdidos	Sistema	231	60,2		
	Total	384	100,0		

#### Tipo de patología 3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	,5	2,8	2,8
	Neoplasias	1	,3	1,4	4,2
	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el sistema inmunológico	3	,8	4,2	8,3
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	12	3,1	16,7	25,0
	Trastornos mentales y del comportamiento	5	1,3	6,9	31,9
	Enfermedades del sistema nervioso central	5	1,3	6,9	38,9
	Enfermedades del ojo y sus anexos	5	1,3	6,9	45,8
	Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	15	3,9	20,8	66,7
	Enfermedades del sistema respiratorio	3	,8	4,2	70,8
	Enfermedades del aparato digestivo	1	,3	1,4	72,2
	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	1	,3	1,4	73,6
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (Aparato locomotor)	10	2,6	13,9	87,5
	Enfermedades del aparato genitourinario	6	1,6	8,3	95,8
	Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	2	,5	2,8	98,6
	Ciertas afecciones del feto y del recién nacido originadas en el periodo perinatal	1	,3	1,4	100,0
	Total	72	18,8	100,0	
Perdidos	Sistema	312	81,3		
	Total	384	100,0		

#### Tipo de patología 4

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neoplasias	1	,3	3,0	3,0
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6	1,6	18,2	21,2
	Trastornos mentales y del comportamiento	1	,3	3,0	24,2
	Enfermedades del sistema nervioso central	1	,3	3,0	27,3
	Enfermedades del ojo y sus anexos	3	,8	9,1	36,4
	Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	3	,8	9,1	45,5
	Enfermedades del sistema respiratorio	6	1,6	18,2	63,6
	Enfermedades del aparato digestivo	3	,8	9,1	72,7
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (Aparato locomotor)	5	1,3	15,2	87,9
	Enfermedades del aparato genitourinario	2	,5	6,1	93,9
	Ciertas afecciones del feto y del recién nacido originadas en el periodo perinatal	1	,3	3,0	97,0
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	1	,3	3,0	100,0
		Total	33	8,6	100,0
Perdidos	Sistema	351	91,4		
	Total	384	100,0		

**Tipo de prestación otorgada**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Aporte en dinero	14	3,6	3,6	3,6
	Exámenes médicos	93	24,2	24,2	27,9
	Medicamentos	159	41,4	41,4	69,3
	Insumos médicos	61	15,9	15,9	85,2
	Alimentos	57	14,8	14,8	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

**Tiempo de espera en la respuesta a solicitud**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hasta 1 semana	251	65,4	65,4	65,4
	Hasta 1 mes	35	9,1	9,1	74,5
	Más de 1 mes	98	25,5	25,5	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

**Frecuencia de cobertura de la prestación**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Una sola vez	325	84,6	84,6	84,6
	Más de una vez, sin permanencia	50	13,0	13,0	97,7
	En forma permanente	9	2,3	2,3	100,0
	Total	384	100,0	100,0	

**Tramos del valor de la prestación aportada**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hasta \$50.000	169	44,0	44,0	44,0
	De 50.001 a \$100.000	118	30,7	30,7	74,7
	De \$100.001 a \$150.000	53	13,8	13,8	88,5
	De \$150.001 a \$200.000	27	7,0	7,0	95,6
	De \$200.001 a \$250.000	7	1,8	1,8	97,4
	De \$250.001 a \$300.000	7	1,8	1,8	99,2
	De \$300.001 a \$350.000	2	,5	,5	99,7
	De \$500.001 a \$550.000	1	,3	,3	100,0
	Total	384	100,0	100,0	