

GESTIÓN DE REEMBOLSOS DE SEGUROS COMPLEMENTARIOS DE SALUD EN CHILE: BARRERAS Y NECESIDADES QUE ENFRENTAN PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES

MANAGING REIMBURSEMENT OF COMPLEMENTARY HEALTH INSURANCES IN CHILE: BARRIERS AND NEEDS FACED BY HEALTH PROFESSIONALS AND PATIENTS.

RESUMEN

Introducción: Los seguros complementarios de salud cubren los costos que la institución previsional no absorbe. Este mercado crece año a año en Chile, especialmente los seguros colectivos. Sin embargo, existe escasa evidencia que describa cómo perciben los usuarios la gestión relacionada al reembolso. El objetivo de este estudio es caracterizar la gestión del reembolso del seguro complementario de salud y sus dificultades, desde la perspectiva de pacientes, médicos y odontólogos, y levantar recomendaciones de innovación.

Materiales y métodos: Diseño mixto basado en un estudio cuantitativo transversal (412 participantes) y en un estudio cualitativo exploratorio (20 participantes), realizado en 2022. En el componente cuantitativo, se utilizó un cuestionario autoadministrado realizando análisis descriptivos univariados y bivariados utilizando SPSS. El componente cualitativo se basó en entrevistas semiestructuradas desarrollando análisis de contenido.

Resultados: Los formularios de reembolso se encuentran disponibles en los establecimientos de salud, o bien, el paciente los lleva impresos. El proceso se percibe complejo por parte de los pacientes, desconocen la información a declarar, mencionan pobre apoyo de aseguradoras, y sitios web de difícil manejo. Los profesionales de salud refieren perder tiempo de consulta relacionado a completar el formulario (especialmente odontólogos), gestiones adicionales que deben realizar, formularios complejos y no estandarizados. Se reconoce la necesidad de contar con un sistema digital integrado y amigable, que facilite la gestión del reembolso.

Discusión: En base a las barreras que enfrentan pacientes y profesionales de salud, junto a las recomendaciones identificadas, emerge la necesidad de integración e innovación de los sistemas de reembolsos, centrado en los usuarios, mejorando la experiencia de uso e incorporando nuevas tecnologías.

Palabras clave. Seguro de salud; Reembolso de Seguro de Salud; Innovación tecnológica; Mecanismos de Reembolso.

ABSTRACT

Introduction: Complementary health insurance pays for expenses not covered by public or private insurance. The collective insurance market is growing in Chile. However, little evidence exists on how reimbursement management is perceived by users. This study aims to characterize the management of reimbursement of complementary health insurance from the perspective of patients, physicians, and dentists, and to provide recommendations for innovation.

Materials and methods: Mixed design based on a cross-sectional quantitative study (412 participants) and an exploratory qualitative study (20 participants), conducted in 2022. The study used a self-administered questionnaire for quantitative analysis, while semi-structured interviews and content analysis were used for qualitative analysis.

Results: The reimbursement forms can be obtained at health facilities or are printed and carried by the patient. Patients perceive the form-filling process as complex due to a lack of information, inadequate insurance support, and websites that are difficult to navigate. Healthcare professionals point to the loss of healthcare time due to filling out the forms (especially dentists), the additional steps involved, and the complex and non-standardized forms. The need for an integrated and user-friendly digital system that facilitates reimbursement management is recognized.

Discussion: The healthcare industry needs to develop integrated reimbursement systems with innovative solutions that prioritize the user experience and leverage new technologies to improve outcomes and enhance care quality.

Key words: Health insurance; Health Insurance Reimbursement; Technological innovation; Reimbursement Mechanisms.

Michael Braun

Maurizio Mattoli-Chiavarelli

Ignacio M. Haeussler-Risco

Centro de Informática Biomédica,
Instituto de Ciencias e Innovación
en Medicina, Facultad de Medicina
Clínica Alemana Universidad del
Desarrollo, Santiago, Chile.

Macarena Hirmas-Adaury

Centro de Epidemiología y Políticas
de Salud, Instituto de Ciencias e
Innovación en Medicina, Facultad de
Medicina Clínica Alemana Universi-
dad del Desarrollo, Santiago, Chile.

M. Ximena Sgombich-Mancilla

Daniel Jofré-Vidal

Grupo Nous, Santiago, Chile.

Alejandro Mauro Lalanne

Centro de Informática Biomédica,
Instituto de Ciencias e Innovación
en Medicina, Facultad de Medicina
Clínica Alemana Universidad del
Desarrollo, Santiago, Chile.
Departamento de Informática
Biomédica, Clínica Alemana de
Santiago, Santiago, Chile.

mhirmas@udd.cl

Recibido el 11-12-2022

Aprobado el 15-06-2023

INTRODUCCIÓN

En Chile coexisten aseguradores y prestadores de salud públicos (Fondo Nacional de Salud, Fonasa) y privados (Instituciones de Salud Previsional, Isapre), pertenecientes a la seguridad social y regulados por la Superintendencia de Salud. El subsistema público cubre al 78% de la población, el privado al 14%, los subsistemas de Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública al 3%, y un 4% no está asegurado¹. Adicionalmente, existen seguros complementarios de salud que cubren los gastos que exceden a lo contemplado por la institución previsional. Estos seguros son de carácter privado y voluntario, individual o colectivo². Sus coberturas corresponden a “gastos generados a causa de una enfermedad o accidente, otorgando prestaciones a través de un centro asistencial o mediante el reembolso de los gastos de asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria o cualquier otro que esté estipulado en las condiciones”³.

El mercado de seguros complementarios ha crecido de forma importante los últimos años en Chile, principalmente los seguros colectivos (contratados por una empresa para sus trabajadores), y los seguros individuales catastróficos para enfermedades de alto costo². Además, bajo la Ley 21.342, se incorporaron seguros obligatorios COVID-19 que los empleadores deben contratar para sus trabajadores⁴. Este mercado es fiscalizado por la Comisión del Mercado Financiero (CMF) que pertenece al Ministerio de Hacienda, y por lo tanto, se encuentra fuera de la regulación de la seguridad social y mirada sanitaria. Es movilizad por lógicas de mercado, convirtiéndose en un fuerte competidor frente a problemas de costos y cobertura de las Isapre, a las dificultades de acceso al sistema de salud de Fonasa, necesidades y expectativas no cubiertas de las personas, entre otros⁵.

Mientras entre 2013 y 2015, el Producto Interno Bruto (PIB) creció a una tasa promedio anual de 2,2%, las primas de los seguros de salud crecieron a un 6,8%⁶. Al considerar entre 2016 y 2021, el crecimiento fue aún mayor, con un 10% en comparación al 4,9% del PIB⁷⁻⁹.

A marzo 2022, el mercado de seguros de salud representó un 13,1% de la participación de la prima directa^A respecto del total de seguros ofrecidos por compañías de seguros de vida (seguros de sobrevivencia, desgravamen, otros). Algunas compañías de seguros generales también comercializan seguros de salud, sin embargo su participación es marginal. Entre 2011-2021, el porcentaje de la prima de salud, respecto de la prima total, aumentó de 6,5% a 9,9%, representando una diferencia porcentual de 52%. En términos financieros, se tradujo en un aumento de 121% para ese período, con 9.582.646 UF y 21.210.264 UF, respectivamente¹⁰. Al analizar el número de siniestros^B, se observó un aumento de 108% entre 2011 y 2021, con 8.429.552 y 17.531.305 respectivamente¹⁰.

La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2017, evidencia que un 15% de los hogares cuenta con algún miembro del núcleo familiar^C cubierto por un seguro complementario de salud¹. Sin embargo, a pesar de todo el crecimiento señalado, existe escasa evidencia que permita describir el mercado de este tipo de seguros, caracterizar a la población afiliada y conocer cómo es la gestión relacionada al reembolso.

La solicitud de reembolso se activa posterior a la cobertura entregada por las instituciones previsionales, y si bien algunas compañías tienen digitalizado este proceso (aplicaciones móviles, portales web o en línea con prestadores), el proceso mayoritariamente es análogo y requiere del formulario en papel para solicitar la indemnización del gasto^{11,12}. Esto instala barreras importantes, por ejemplo, si el paciente no dispone del formulario al momento de la atención, deberá realizar una serie de acciones incurriendo en gastos de tiempo, traslado y económicos¹³. Respecto al prestador de salud, las dificultades se relacionan con el tiempo dedicado a esta gestión, la necesidad de contar con formularios físicos de cada aseguradora, y la asignación de recursos humanos y financieros para la gestión del papel.

En este contexto, el objetivo de este estudio fue caracterizar la gestión del reembolso del seguro complementario de salud y sus dificultades, desde

- A Monto de dinero expresado en una moneda reajutable que el contratante está obligado a pagar como una retribución por la cobertura que otorga la compañía de seguros, según el contrato de seguro pactado.
- B Siniestros pagados y por pagar, como cifra estimada de formularios correctamente emitidos. Se considera como siniestro cada pago de indemnización o reembolso.
- C Un núcleo familiar es una parte de un hogar (un subconjunto de sus miembros) y puede estar constituido por una persona sola o un grupo de personas. Comúnmente corresponden a parejas o adultos junto a una o más personas que dependen de ellos. Puede ocurrir que en un hogar exista uno o más núcleos familiares. Sin embargo, no puede darse que un núcleo familiar esté distribuido en más de un hogar.

la perspectiva de pacientes, médicos y odontólogos, y levantar recomendaciones de innovación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de diseño mixto convergente, basado en un componente cuantitativo transversal y en uno cualitativo exploratorio, realizado entre marzo y mayo de 2022. Los diseños mixtos permiten obtener una perspectiva amplia y profunda de los fenómenos de estudio, y consideran una etapa de recolección cuantitativa y una cualitativa, para luego triangular los resultados entre ambas¹⁴.

El componente cuantitativo consideró una población de 57.740 médicos cirujanos y 28.332 cirujanos dentistas inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud en 2021, tanto en el sector público como privado¹⁵. Se utilizó un muestreo no probabilístico, combinando criterios de conveniencia y voluntariedad, con un tamaño esperado de 227 profesionales, que fueron distribuidos proporcionalmente a lo observado en la población entre médicos (67%, n=152) y odontólogos (33%, n=75). De tratarse de una muestra probabilística, este tamaño permite un error de 6,5% confianza de 95%, y máxima variabilidad (50%).

Para el componente cualitativo, se estimó una muestra por conveniencia de 20 participantes: 10 médicos y odontólogos, y 10 pacientes.

Criterios de inclusión

Ser médico cirujano o cirujano dentista, acreditado en Chile. Adicionalmente, se incorporó al componente cualitativo, el haber emitido formularios de seguros complementarios de pacientes durante el último año.

Para los usuarios de seguros de salud (pacientes) se consideró ser mayor o igual de 18 años, pertenecer a Fonasa o Isapre, estar afiliado a algún seguro complementario de salud y haber hecho uso de éste durante el último año.

Reclutamiento

Los profesionales fueron contactados a través de redes institucionales del Colegio Médico, Colegio de Cirujano Dentistas, Clínica Alemana de Santiago y otros centros asistenciales. Se enriqueció la heterogeneidad de la muestra utilizando redes profesionales del equipo investigador incorporando profesionales de otras instituciones.

El reclutamiento de usuarios de seguros de salud (pacientes) tuvo dos modalidades:

Los profesionales de salud invitados al estudio consultaban a sus pacientes sobre el interés en participar y eran referidos a los investigadores.

Contacto por redes sociales (no digitales) en las que se accedía a un conjunto de candidatos. El candidato era consultado si conocía a personas que cumplieran con los criterios de inclusión y quisieran participar. Si la respuesta era afirmativa, se tomaba contacto con esa persona y se invitaba formalmente al estudio.

Recolección de la información

Para el estudio transversal se elaboró un cuestionario autoadministrado, compuesto por variables sociodemográficas como: sexo (masculino/femenino/otro), edad (años cumplidos al momento de la encuesta), nacionalidad (chilena/otra), profesión (médico cirujano/cirujano dentista), especialidad médica u odontológica, tipo de establecimiento donde trabaja al momento de la encuesta (público/privado/Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad pública/otro), y realización de teleconsultas. Otras variables se relacionaron a la gestión de los formularios de seguros complementarios de salud: haber completado alguno previo a la encuesta (sí/no), formularios emitidos en los últimos 3 meses (ninguno/1-10/11-20/21-30/más de 30), tiempo estimado en promedio, que dedica a llenar un formulario (1-3 minutos/4-6 minutos/más de 6 minutos), dificultades y recomendaciones.

Se realizó un piloto con 10 profesionales de salud. Posteriormente, entre marzo y abril de 2022 se hizo el levantamiento de la información. Los datos del estudio se recopilaron y gestionaron utilizando las herramientas de captura electrónica de datos REDCap, alojadas en la Universidad del Desarrollo^{16,17}. REDCap (Research Electronic Data Capture) es una plataforma de software segura, basada en la web, diseñada para apoyar la captura de datos para los estudios de investigación, proporcionando 1) una interfaz intuitiva para la captura de datos validados; 2) pistas de auditoría para el seguimiento de los procedimientos de manipulación y exportación de datos; 3) procedimientos de exportación automatizados para la descarga de datos sin problemas a los paquetes estadísticos comunes; y 4) procedimientos para la integración de datos y la interoperabilidad con fuentes externas.

El componente cualitativo se desarrolló entre marzo y mayo de 2022. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a usuarios de Fonasa o Isapre, que estuvieran afiliados a compañías de seguros complementarios, y a profesionales médicos y odontólogos. Las entrevistas

duraron entre 40 y 60 minutos, y ante las restricciones sanitarias por la pandemia COVID-19, se privilegió la modalidad de videoconferencia.

Las dimensiones de indagación buscaron reconstruir la experiencia de los participantes, sus expectativas y motivadores de uso, e identificar barreras en torno a la gestión de los formularios (médicos y odontólogos), al proceso de obtención (pacientes), a dificultades percibidas durante el proceso, necesidades de apoyo y facilitadores.

Análisis de la información

Los datos cuantitativos fueron exportados a SPSS v27 donde se validó la información. Se realizaron análisis descriptivos univariados y bivariados. Para variables categóricas se utilizaron pruebas de Fisher o Chi-cuadrado, y para variables cuantitativas, pruebas no paramétricas tras constatar que no distribuían normal. En ambos casos, se consideró un valor de significancia estadística $<0,05$ (valor p).

Los hallazgos del estudio cualitativo se trabajaron mediante análisis de contenido en su modalidad de análisis temático, método para identificar, analizar e interpretar patrones o temas en datos cualitativos¹⁴. Con un procedimiento sistemático se identificaron y describieron unidades de información estableciendo interpretaciones respecto a la gestión de seguros complementarios, fundadas en juicios, opiniones, inquietudes, demandas e intereses de los actores.

Las fases del análisis temático consideraron: (a) familiarización con los datos mediante lectura del material y anotaciones; (b) generación de categorías/códigos iniciales; (c) búsqueda de temas: reducción de información en tópicos estructurantes; (d) revisión de temas: proceso de recodificación y delimitación conceptual, y emergencia de nuevos temas, y (e) definición y denominación de temas: identificación definitiva y construcción de un árbol lógico de temas y subtemas.

Para la integración entre ambos componentes, se trianguló el análisis verificando convergencia y contrastando los datos cuantitativos y cualitativos¹⁴.

Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. La participación fue voluntaria resguardando la confidencialidad y anonimato. Las respuestas y grabaciones se encuentran en computadoras con acceso exclusivo del equipo de investigación. Las entrevistas presenciales se realizaron bajo normativas sanitarias vigentes en contexto de pandemia, previa firma del consentimiento informado. En entrevistas virtuales se leyó el consentimiento informado quedando constancia en la grabación de la voluntad de participar.

RESULTADOS

Se recibieron 418 cuestionarios, siendo analizados 412 registros válidos. El error con el que finalmente se trabajó fue 4,8%, 95% de confianza y máxima variabilidad (50%). En relación al componente cualitativo, se realizaron 10 entrevistas a profesionales de salud (7 médicos y 3 odontólogos), y 10 entrevistas a pacientes (7 afiliados a Isapre y 3 a Fonasa). Los resultados se presentan integrando ambos componentes:

Características sociodemográficas

Respecto a los profesionales, tanto en el componente cuantitativo como cualitativo, predominaron los hombres y los médicos. La distribución según sexo y profesión, para ambos componentes el grupo de médicos estaba conformado mayoritariamente por hombres, así como el grupo de odontólogos del componente cualitativo. Las mujeres predominaron en el grupo de odontólogos del componente cuantitativo. La mediana de edad de los participantes del componente cuantitativo fue de 47 años con un rango entre 25 y 83 años, mientras que en el cualitativo tenían entre 40 y 60 años (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de salud, según componentes cuantitativo y cualitativo, Chile, 2022.

Componente	Características	Total n (%)	Médicos n (%)	Odontólogos n (%)
Cuantitativo	Total	412 (100%)	343 (83,3%)	69 (16,7%)
	Mujeres	201 (48,8%)	158 (46,1%)	43 (62,3%)
	Hombres	211 (51,2%)	185 (53,9%)	26 (37,7%)
	Edad en años mediana, rango	47, 25-83	48, 25-83	39, 25-74
Cualitativo	Total	10 (100%)	7 (70%)	3 (30%)
	Mujeres	2 (20%)	2 (28,6%)	0 (0%)
	Hombres	8 (80%)	5 (71,4%)	3 (100%)

Fuente: elaboración propia en base a resultados del estudio

Cerca del 80% de los participantes en ambos componentes, contaba con algún nivel de especialización (componente cuantitativo 323/410, 78,8%, componente cualitativo 8/10, 80%). Según el tipo de establecimiento donde trabajaban, el 86% (n=354) de quienes participaron en el componente cuantitativo, declaró trabajar en establecimientos privados, proporción que se mantiene tanto en el grupo de médicos como odontólogos. El 41% (n=142) de los médicos y 13% (n=9) de odontólogos, ejercían tanto en el sector público como en el privado. Tendencia similar se encontró en el componente cualitativo donde la mayoría de los médicos entrevistados, ejercía en ambos sectores, mientras que los odontólogos ejercían exclusivamente en el privado. Un 36,5% (n=133) de los profesionales encuestados refieren haber realizado teleconsultas, 42,2% (n=128) médicos y 8,2% (n=5) odontólogos, diferencia estadísticamente significativa (valor $p < 0,001$).

Respecto a los usuarios, el rango de edad estuvo entre 30 a 62 años, siete afiliados a Isapre y tres a Fonasa. Al momento de las entrevistas, todos ejercían una actividad laboral.

GESTIÓN DEL FORMULARIO

Disponibilidad física

Se observan dos situaciones que coinciden entre los componentes, y entre profesionales y usuarios: (a) el formulario se encuentra disponible en los establecimientos de salud (133/364^D; 36,5%), y (b) los pacientes lo llevan impreso (107/364; 29,4%).

“Igual en la clínica en todos los pisos hay una carpeta con los formularios, entonces si el paciente se acuerda mientras espera, se los pueden entregar ahí; otras veces salgo yo...lo busco en la mesa y se lo lleno” (EM4)

“O sea, el centro odontológico lo que hizo fue llenarme un formulario tipo que tienen ellos, donde llenan con la prestación que se hace y el valor de la prestación en forma desglosada” (E6).

Adicionalmente, los pacientes mencionan las siguientes situaciones: (a) el jefe de recursos humanos de la empresa donde trabaja es quien lo facilita, (b) un ejecutivo de la compañía aseguradora lo entrega en el trabajo, (c) las aseguradoras lo envían vía correo

D El denominador desde esta sección en adelante, es 365 ya que corresponde a quienes han tenido experiencia completando formularios de estos seguros para sus pacientes. Sin embargo, no todas las preguntas fueron respondidas.

electrónico a los afiliados al momento de ingresar a la compañía, y (d) acceden a ellos a través del sitio web de la aseguradora.

“El formulario me lo pasó [...]el jefe de recursos humanos y ahí yo lo llevé al doctor y el doctor me lo timbró y de ahí se lo pasé nuevamente al jefe de recursos humanos, pero al final me reembolsaron como a los dos meses después” (E4)

“Lo tenía en el correo que me lo mandaron como cuando fui a la afiliación, pero también se puede descargar de internet y de la aplicación [...]” (E1)

Frente a intervenciones quirúrgicas, la exigencia de completar el formulario para reembolsos en papel, no se adapta al estado de salud de los asegurados, forzándolos a desplazarse estando postoperados sin encontrarse en condiciones de salud para realizarlo. Respecto a quienes han realizado teleconsultas, el 68% (n=90) de los profesionales declara que debe imprimirlo para luego completarlo y enviarlo al paciente vía correo electrónico.

Tiempo asociado a completar el formulario

El tiempo varía entre médicos y odontólogos, siendo estos últimos a quienes les toma más tiempo (entre 1 y 3 minutos, y 6 o más minutos, respectivamente). Este hallazgo también se encuentra en el componente cualitativo.

“Depende, si se hace en la consulta, no me demoro nada, porque tengo toda la información ahí fresca, me demoraré 3 minutos, pero si el paciente me lo pide después, en la clínica siempre es un desafío sobre todo para gente como yo que trabajo en la clínica y en un hospital público, digamos, que uno tiene que sentarse a revisar los mail, meterse a la ficha del paciente, buscar cuando vino, por qué vino, depende la conexión a internet que tenga el hospital, etc., entonces ahí me toma muchísimo más tiempo, o sea no menos de 10 minutos”. (EM4)

Al analizar el tiempo según profesión, edad y sexo, se obtiene que a los grupos de odontólogos y de mujeres son a quienes les toma más tiempo, siendo esto estadísticamente significativo (valor $p < 0,001$ y $< 0,005$, respectivamente). La edad no fue significativa.

El tipo de prestaciones que entregan los dentistas y los requisitos que las compañías exigen al momento de completar los formularios, determina la complejidad y lo extenso de la gestión (por ejemplo, el informe por cada pieza dental trabajada o informes adicionales de los tratamientos).

“Yo lleno todas las prestaciones, ahora en una hoja de seguros caben 5, 6 prestaciones y de repente yo hago 25, entonces tengo que llenar 10 hojas, que es un tema”. (ED1)

En relación a los usuarios, se observan experiencias de abandono del proceso de reembolso debido a la dificultad de completar la gestión del formulario:

“[...] es engorroso, es una lata, porque muchas veces es tan poco el reembolso que prefieres perderlo”. (E2)

“Yo de hecho en uno de los trámites finalmente no lo hice, porque ya no tuve tiempo tampoco de pedir esos documentos”. (E9)

Barreras para la gestión del formulario

El 93% (339/365) de los profesionales menciona la pérdida de tiempo durante la consulta, seguido del 71% (257/364) que menciona que debe gestionar el formulario al paciente porque éste lo olvida. Otras dificultades declaradas (76/358, 21,2%), son: (a) solicitud desfasada del tiempo de consulta como al finalizar la atención, días o meses después (n=20, 26,3%); (b) formato de los formularios, como espacios reducidos para consignar la información, letras pequeñas, formularios no estandarizados, diferentes requisitos según la compañía y tener que completarlos en papel (n=18, 23,7%); (c) tipo de información que solicitan, como detalles excesivos, campos de difícil comprensión, repetición de fechas o información no disponible durante la consulta (n=16, 21,1%); (d) cantidad de formularios que los pacientes llevan para que el profesional complete, por ejemplo, más de un seguro por paciente (n=16, 21,1%); (e) desconocimiento por parte del paciente de la información requerida (n=2, 2,6%); (f) formularios mal impresos o en malas condiciones (n=2, 2,6%), y (g) solicitudes correspondientes a otros pacientes o de atenciones realizadas por otros profesionales (n=2, 2,6%).

Los profesionales del componente cualitativo perciben las siguientes barreras:

“En cambio, cuando llegan después, ahí hay que buscar al paciente en la ficha, empezar a acordarse, leer todo y ahí ya son 5 minutos, entonces son 5 minutos que ni siquiera tienes asignados”. (EM3)

“Me escribe, doctora se me quedó la hojita del seguro, me manda WhatsApp [...] hay que imprimir el papel, después otro papel [...] con la pandemia,

harta de estas cosas se digitalizaron, pero igual es cacho, porque igual hay que buscar la firma, meter la firma de uno y obviamente también a veces llega con una hoja de requerimientos, paciente olvidó seguro, [...] empieza a crecer la cantidad de requerimiento de pacientes que necesitan llenar sus formulario". (EM6)

Entre lo reportado por usuarios, se encuentran incongruencias entre el diagnóstico y la información solicitada en el formulario, y desconocimiento respecto de la información a declarar.

"Me tocó llevar el formulario al dentista y de hecho me acuerdo en esa oportunidad que el dentista tampoco tenía muy claro que rellenar [...] lo entregué con algunas cosas en blanco, que ni el dentista ni yo supimos qué teníamos que poner". (E5)

Otro obstáculo se relaciona con la atención recibida para solucionar los problemas del procedimiento de reembolso. Las mesas de ayuda de las compañías implican comunicación con asistentes, virtuales o no, complejizando la búsqueda de la atención.

"Nosotros en la compañía tenemos un ejecutivo de seguro, pero la verdad de las cosas no te sirve para nada, o sea no, no te aporta nada. Es bien complicado comunicarse con él, en las respuestas son siempre vagas y ambiguas, o sea no, es un colocador de problemas [...] no es de ayuda". (E2)

Los usuarios señalan barreras relacionadas con la carga digital en los sitios web de boletas y documentos relacionados a la prestación de salud.

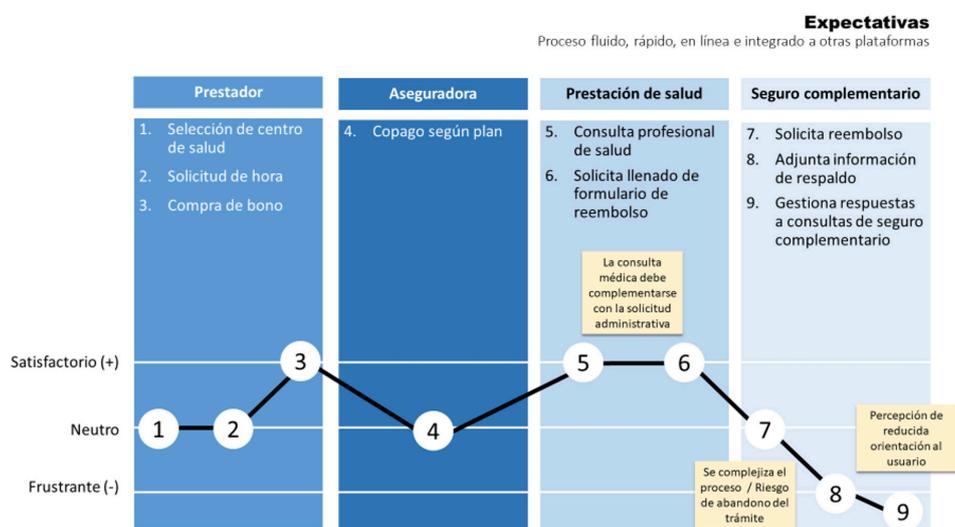
"El tema de saber cómo subir las boletas al sistema, hubo algún minuto en que yo no conté con escáner, se me echó a perder [...] entonces cómo lo hacía llegar, ese tipo de cosas que son sumamente cotidianas, muy prácticas, pero que a larga te complican la existencia". (E6)

"Los campos que te dan para pedir documentación no es muy clara, en la página de la compañía de seguro, no es siempre lo mismo, al final terminas metiendo todos los papeles donde dice 'otros', que muchas veces no te deja grabar [...] y terminas subiendo cualquier papel en cualquier parte, o sea no es muy, muy claro". (E2)

Experiencia de la gestión de reembolsos desde los pacientes

La experiencia reporta un proceso de atención en que toman contacto con distintas instituciones desde el momento en que agendan la hora médica hasta completar el reembolso. La satisfacción con cada componente del proceso es disímil y depende de la complejidad del problema de salud (Figura 1).

Figura 1. Experiencia de usuarios en la gestión de reembolsos de seguros complementarios de salud, en relación a las instituciones involucradas, Chile, 2022.



Fuente: elaboración propia en base a resultados del estudio

Perciben como muy relevante la comunicación fluida y automática entre prestadores de salud y compañías aseguradoras, por ejemplo, en la compra de bonos donde se realizan automáticamente los descuentos tanto de la Isapre como del seguro complementario. La idea de interoperabilidad se plantea como un ideal que reduce la participación de los usuarios en la gestión del proceso (Figura 1).

Recomendaciones al proceso de reembolsos según profesionales de salud y pacientes

Las recomendaciones coinciden entre ambos componentes. Los profesionales reconocen la necesidad de contar con un sistema o formulario digital único y estandarizado para las compañías. Este formulario debiese ser simple y breve en relación a la información solicitada, amigable en cuanto a la usabilidad, seguro y estable del punto de vista informático. Se considera valiosa la identificación automática con acceso vinculado a la ficha electrónica (representa una dificultad tener que abrir más de un sitio web para completar el formulario) y que obtenga datos de forma automática desde ella. Finalmente, se valora que este sistema permita envío de confirmación a través del correo electrónico y sea gratuito.

“La ficha electrónica, existen muchas para odontología y la gran mayoría [...] vinculan el presupuesto con el tratamiento, [...] pinchas ese diente y sale todo lo que se le hizo al paciente [...] y cuando fue ejecutado y el precio, entonces todo eso se podría vincular con sistema digital macro, pero la ficha electrónica son muy variadas, hay muchas empresas, [...] entonces difícilmente podría ser un sistema automatizado, tendrían que acoplarlo a cada ficha electrónica”. (E1)

“Entonces, quizás uno sueña con una integración de los sistemas, así como yo siempre lloro por la ficha electrónica única nacional”. (E2)

Por su parte, los usuarios sugieren la creación de un portal o plataforma que agrupe las aseguradoras, accediendo con clave única y permitiendo hacer los trámites en línea. La posibilidad de realizar los trámites desde el celular, y no sólo desde un computador, se transforma hoy día en una necesidad básica. Además, destacan aspectos como usabilidad y diseño amigable.

“Sería mucho más práctico, porque ando con el cuaderno lleno de papeles de reembolsos que no puedo botar por meses, ando lleno de papeles por el tema del seguro”. (E2)

“En realidad [...] es mejor que nos llegue listo a nuestro mail, que nosotros llenemos el papel, es un cacho, porque de repente no hay impresora en la casa o no tienes papel, no te lo da la secretaria, [...] en cambio, si lo hace directo el médico ahí, pone su firma electrónica, súper bien”. (E10)

Finalmente, los pacientes identifican una brecha digital que provoca que ciertos grupos (especialmente personas mayores) presenten dificultades con la gestión y que requerirán soportes de apoyo.

DISCUSIÓN

A la fecha de este estudio, no se han identificado reportes similares en la materia, por lo que estos hallazgos aportan evidencia en el área de los seguros complementarios de salud en Chile. Los resultados presentados permiten comprender aspectos clave de la gestión de estos seguros, identificando barreras y dificultades que enfrentan tanto profesionales de salud como pacientes. En general, los formularios se encuentran disponibles en los establecimientos de salud, o bien, los pacientes los llevan. Para los profesionales, si bien, reconocen la importancia de completar el formulario para sus pacientes, el proceso se instala como una gestión extra a la atención que les resta tiempo e implica realizar tareas adicionales, incluso posterior a la consulta. Estos hallazgos son consistentes con la literatura internacional donde las tareas administrativas consumen horas de trabajo del profesional, disminuyendo además su satisfacción profesional^{18,19}.

Se ha identificado barreras administrativas y financieras que dificultan el acceso al sistema de salud, así como también la mantención en control de los pacientes²⁰⁻²⁴. Los hallazgos de este estudio muestran que la gestión del formulario se transforma en un trámite engorroso que desincentiva el cobro del reembolso, generando pérdidas de dinero, tiempo, traslados incompatibles con la condición de salud, y poca adaptación a tratamientos de largo plazo.

Consistente con estos hallazgos, un reporte de IBM^E identificó que el 60% de las aseguradoras declara falta de estrategias orientadas a la experiencia del cliente, así como una pobre implementación de tecnologías móviles que permitan una gestión fácil para los usuarios, generando barreras al momento de hacer uso de los seguros²⁵.

Respecto a las recomendaciones identificadas, surge la necesidad de contar con un sistema integrado de gestión y centrado en los usuarios, cuyas funcionalidades permitan agilizar el proceso de reembolsos tanto para profesionales como para pacientes. Esto depende principalmente de la colaboración entre los actores involucrados y de la interoperabilidad de los sistemas. A nivel mundial, se ha instalado la tendencia de revisar los procesos y gestión de los seguros de salud, con miras a mejorarlos^{26,27}. Debido a la globalización del mundo digital, al envejecimiento poblacional, y a la crisis sanitaria provocada por SARS-CoV-2, el desarrollo y uso de tecnologías en salud, han presentado un acelerado crecimiento, así como también, la demanda de atenciones y gasto en salud. Este incremento ha puesto en jaque el desempeño de los sistemas y su capacidad de respuesta^{28,29}.

Se han generado cambios en la conducta de las personas, en la organización de los sistemas sanitarios y en la forma de brindar las prestaciones. Surge la necesidad de adaptar los sistemas a poblaciones específicas (personas mayores y jóvenes), modificar y mejorar la experiencia de las personas respecto del uso de los seguros de salud^{26,27,30}. Se reconoce ampliamente la necesidad de invertir en nuevas tecnologías y en la integración de los sistemas, donde el mercado de seguros de salud tiene un rol importante^{31,32}. Las compañías aseguradoras requerirán transformar sus modelos de gestión para responder a las necesidades y problemas que enfrentan las personas, brindarles una experiencia satisfactoria, e integrarse con los sistemas sanitarios^{30,32}.

Las limitaciones del estudio se relacionan con los criterios de conveniencia y voluntariedad de las mues-

tras, que no permiten generalizar los resultados al resto de profesionales y pacientes del país.

Dado lo expuesto anteriormente, estudios futuros podrían plantear un diseño con muestras probabilísticas con miras a obtener resultados extrapolables y complementar estos hallazgos. Adicionalmente, se instalan importantes desafíos e interrogantes respecto a cómo avanzar en un trabajo colaborativo entre los distintos actores con miras a la integración de los sistemas y al abordaje de las necesidades de la población, ¿es el Estado el encargado de mediar estos procesos de innovación, o será un acuerdo entre particulares? Se requiere el desarrollo de un ecosistema sanitario que incluya al Estado, administradores, pacientes, sistema sanitario, aseguradoras y a la tecnología^{26,27}.

Agradecimientos

Se agradece al Colegio Médico de Chile y al Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, al Dr. Danilo Ocaranza, Dr. Leonardo Cabrera, a la Dra. Ximena Aguilera (a cargo del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo al momento del desarrollo de este estudio) y a todos quienes contribuyeron en la obtención de la muestra. A los participantes del estudio. A Isabel Matute y Carla Castillo quienes nos orientaron en diferentes momentos. A Iván Alfaro y al equipo de iCono UDD: Daniela Sánchez, Natalie LeBrun-Pinochet y Sebastián Naour, quienes han acompañado el desarrollo del proyecto.

Financiamiento

Fondo de Escalamiento de Proyectos de Desarrollo Tecnológico 2021 de la Universidad del Desarrollo.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés. María Ximena Sgombich Mancilla, desde septiembre del año 2022, se encuentra realizando una consultoría para Fonasa, la que comenzó posterior al desarrollo del estudio.

E Entrevistas a ejecutivos de 1.100 aseguradoras en 34 países y encuestas a más de 10.000 usuarios en 9 países, durante la pandemia por COVID-19

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chile. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Observatorio Social. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN) 2017 [Internet]. [citado 6 de abril de 2023]. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
2. González Wiedmaier CM, Castillo Laborde CC, Matute Willemsen MI, editores. Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno [Internet]. Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo; 2019. (Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Serie de Salud Poblacional). Disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>
3. Circular N° 2050. Imparte instrucciones sobre implementación IFRS [Internet]. Santiago, Chile: Superintendencia de Valores y Seguros; 2011 dic. Disponible en: https://www.cmfchile.cl/institucional/mercados/ver_archivo.php?archivo=/web/compendio/cir/cir_2050_2011.pdf
4. Comisión para el Mercado Financiero (Chile). CMF Educa - Seguro Obligatorio COVID-19 [Internet]. CMF Educa - Comisión para el Mercado Financiero. [citado 6 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cmfeduca.cl/educa/621/w3-article-47844.html>
5. Ibáñez Gericke C, Cuevas Bravo C. Seguros de Salud y Organización Industrial [Internet]. Chile: Superintendencia de Salud, Departamento ; 2021. Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-20312.html>
6. Ibáñez Gericke C. Caracterización del mercado de seguros complementarios de salud en base a la encuesta CASEN 2015 [Internet]. Chile: Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios; 2017. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-15825_recurso_1.pdf
7. Comisión para el Mercado Financiero (Chile). Informe Financiero del Mercado Asegurador [Internet]. Comisión para el Mercado Financiero (CMF); 2022. Disponible en: https://www.cmfchile.cl/portal/estadisticas/617/articles-51262_recurso_1.pdf
8. Banco Central de Chile. Boletín Estadístico. 23 Diciembre 2019 [Internet]. Banco Central de Chile; 2019. Report No.: Volumen 90 No 1136. Disponible en: <https://www.bcentral.cl/documents/33528/133431/BE20191223.pdf>
9. Banco Central de Chile. Boletín Estadístico. 7 Septiembre 2022 [Internet]. Banco Central de Chile; 2022. Report No.: Volumen 90 N°1222. Disponible en: <https://www.bcentral.cl/documents/33528/133431/BE20220907.pdf>
10. Asociación de Aseguradores de Chile A.G. Síntesis Estadística 2020 [Internet]. Asociación de Aseguradores de Chile (AACH); 2021. Disponible en: <https://portal2.aach.cl/descargaarchivos?archivo=S%C3%ADntesis%20Estad%C3%ADstica%202020.pdf>
11. Comisión para el Mercado Financiero (Chile). CMF Educa - Seguro de Salud [Internet]. [citado 6 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cmfeduca.cl/educa/621/w3-propertyvalue-572.html>
12. Comisión para el Mercado Financiero (Chile). Seguro Colectivo Complementario de Salud: Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320180057 [Internet]. Comisión para el Mercado Financiero (CMF); [citado 6 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.cmfchile.cl/sitio/seil/pagina/rgpol/muestra_documento.php?ABH89548=37G70IE7IX10663S8IYM4ABCIV864AJ35MN64IBMV864AV864AISQAK6BERY
13. Lenz-Alcayaga R. Análisis de costos en evaluaciones económicas en salud: Aspectos introductorios. *Rev Médica Chile*. 2010;138(Supl 2):88-92.
14. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. Ciudad de México, México: McGraw-Hill Interamericana; 2018.
15. Chile. Superintendencia de Salud. Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud. Boletín N°2; 2021 [Internet]. [citado 6 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20484_recurso_3.pdf
16. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap): A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform*. 2008 septiembre;42(2):377-81.
17. Harris PA, Taylor R, Minor BL, Elliott V, Fernandez M, O'Neal L, et al. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. *J Biomed Inform*. 2019;95:103208.
18. Apaydin E. Administrative Work and Job Role Beliefs in Primary Care Physicians: An Analysis of Semi-Structured Interviews. *SAGE Open* [Internet]. 2020;10(1). Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2158244019899092>

19. Woolhandler S, Himmelstein DU. Administrative work consumes one-sixth of U.S. physicians' working hours and lowers their career satisfaction. *Int J Health Serv Plan Adm Eval*. 2014;44(4):635-42.
20. Hirmas Adaay M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. [Health care access barriers and facilitators: a qualitative systematic review]. *Rev Panam Salud Pública*. 2013 marzo;33(3):223-9.
21. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González MJ, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud Pública Méx*. 2013;55(6):572-9.
22. Hsieh CY. Intravenous Alteplase for Acute Ischemic Stroke in Taiwan: Can We Expand the National Health Insurance's Reimbursement Criteria? *Acta Neurol Taiwanica*. 2017 marzo;26(1):1-2.
23. Whedon JM. Regarding: "Insurance Reimbursement for Complementary Healthcare Services". *J Evid-Based Integr Med*. 2018 julio;23:2515690X18788002.
24. Jin Y, Yuan B, Zhu W, Zhang Y, Xu L, Meng Q. The interaction effect of health insurance reimbursement and health workforce on health care-seeking behaviour in China. *Int J Health Plann Manage*. 2019;34(3):900-11.
25. Christian Bieck, Yoann Michaux, Matthew Stremel. Elevating the insurance customer experience [Internet]. IBM; 2020 p. 20. Disponible en: <https://www.ibm.com/downloads/cas/AAV81JLZ>
26. Allianz Research. Allianz Global Insurance Report 2021: Bruised but not broken [Internet]. Allianz; 2021. Disponible en: https://www.allianz.com/content/dam/onemarketing/azcom/Allianz_com/economic-research/publications/specials/en/2021/may/2021_05_12_GlobalInsuranceReport.pdf
27. MMB Health Trends: 2020 Insurer Survey. Benefits that truly benefit: insurer perspective [Internet]. 2020 [citado 6 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.marshmcclennan.com/content/dam/mmc-web/insights/publications/2020/november/gl-2020-ar1700-mmb-health-trends-report-mercer.pdf>
28. de Torres S. Salud digital para el mundo globalizado. *Política Exter*. 2015;29(166):138-45.
29. Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. *Lancet Lond Engl*. 2019 junio;393(10187):2233-60.
30. UXDA. Digital insurance industry trends in customer experience [Internet]. 2022 [citado 6 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.theuxda.com/blog/digital-insurance-industry-trends-customer-experience>
31. World Health Organization. WHO Guideline: Recommendations on digital interventions for health system strengthening – Research considerations [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019. (Recommendations on digital interventions for health system strengthening). Report No.: WHO/RHR/19.9. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-19.9>
32. Erk A, Patiath P, Pedde J, van Ouwerkerk J. Insurance productivity 2030: Reimagining the insurer for the future. 2020;8.