



# **CARACTERIZACIÓN DE BRECHAS EN EL USO DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD EN CHILE DENTRO DEL ÚLTIMO DECENIO**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAGÍSTER EN POLÍTICAS PÚBLICAS**

**Alumno: Javier Ignacio Mardones Sepúlveda  
Profesor Guía: Daniel Hojman**

**Santiago, Octubre de 2022**



---

**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
**Taller de Titulación-AFE**  
**Maestría en Políticas Públicas**  
**Otoño 2022**

## **I. Presentación del problema**

El Régimen de Garantías Explícitas en Salud corresponde a la implementación de una de las políticas públicas más importantes para mediar las consecuencias diferenciales e inequitativas que se generan dentro de subgrupos poblacionales en materias de acceso a salud, pues frente a esas inequidades el régimen propuso disminuir los efectos negativos de las enfermedades a través el acceso a servicios de salud. Esto otorga un rol crucial al sistema de salud, que si bien no puede modificar la incidencia de enfermedades que se originan en los diferentes estratos sociales, puede ofrecer prestaciones de un modo equitativo para aliviar las dificultades de salud a todos quienes lo requieran (Solar, 2010).

La OMS subraya que el acceso oportuno a tratamiento es un elemento crítico para la salud de la población (OMS, 2010). Esta meta, sin embargo, sólo podría cumplirse para una pequeña minoría de la población sin el correcto funcionamiento de un sistema de protección financiera que cubra el costo de dichas prestaciones, evitando que la disponibilidad financiera individual sea un impedimento de acceso. En este sentido, la disponibilidad de servicios clínicos no resulta ser una condición suficiente para el acceso a tratamiento de todos quienes lo requieren, sino que el sistema de financiamiento de la salud es un gran determinante del acceso y uso a los tratamientos requeridos (OMS, 2010).

Es en este contexto entonces que el presente documento tiene como objetivo presentar una caracterización de la garantía de acceso a las prestaciones incorporadas en el plan AUGE dentro de dos períodos de tiempo, medidas de forma indirecta como tasas de uso. Para estos propósitos, se utilizarán dos versiones de la Encuesta CASEN (2011 y 2017) y se hará uso de un número discreto de problemas de salud -incorporados dentro del Régimen de Garantías Explícitas- obteniendo las tasas de uso de conformidad a las siguientes variables: aseguramiento del individuo, sexo, región a la que pertenece y quintil de ingreso. De esta manera, se obtendrá un estatus de como las tasas de uso varían en función de las determinantes anteriormente señaladas.

En términos estructurales el documento se ordena de la siguiente manera: la primera sección corresponde a la presentación del problema, la segunda sección contiene una caracterización del problema donde se presentan hechos estilizados asociados al Régimen de Garantías Explícitas en Salud y sus aspectos relevantes, en la tercera sección se presenta la metodología a utilizar, en la cuarta sección se presentan los resultados de tasas de uso de garantías AUGE obtenidos a partir de las encuestas CASEN y su vinculación con la evidencia reportada en la literatura y el quinto apartado corresponde a las principales conclusiones derivadas del análisis.



## II. Caracterización del problema

Durante la década de los 80s se originó en Chile un sistema de aseguramiento mixto bajo el alero de FONASA e ISAPRE que no ha logrado dar respuestas efectivas a los desafíos de salubridad del país, derivando en un incremento a las desigualdades de acceso a la atención en salud (Lenz, 2007). En ese contexto se erige un proceso reformativo al sistema de salud vigente cuyo propósito obedecía a mejorar las condiciones de acceso, de oportunidad, de calidad y de protección financiera al individuo, presentándose como un mecanismo efectivo y eficiente para afrontar los problemas de salud que aquejaban de forma significativa a la población en términos económicos, familiares y de calidad de vida (Urriola, Infante, Aguilera, & Ormeño, 2016).

Una de las políticas más importantes del proceso de reforma en comento corresponde al Régimen General de Garantías en Salud, también conocido como Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas Salud (GES o AUGE), cuya implementación se inició el año 2005 bajo la administración del presidente Ricardo Lagos Escobar. Su objetivo pretendía transformar el sistema de salud propendiendo hacia un modelo que, dentro de sus atributos distintivos, otorgara prestaciones sanitarias con oportunidad, de calidad garantizada, con accesibilidad asegurada y con protección financiera para un listado de problemas de salud previamente priorizados (Ley N°19.966, 2004).

El Plan AUGE propuso el concepto de *cobertura sanitaria universal* (CSU), que buscaría mecanismos activos para asegurar que la población obtenga las prestaciones sanitarias que requiriese, en calidad y cantidad, a un precio justo y asequible (Savedoff, De Ferranti, Smith, & Fan, 2012), definiendo para ello las siguientes garantías:

- **Garantía Explícita de Acceso:** correspondiente a la obligatoriedad de FONASA e ISAPRE de asegurar el otorgamiento de aquellas prestaciones de salud que fueron contempladas dentro del Régimen General de Garantías en Salud (Ley N°19.966, 2004).
- **Garantía Explícita de Calidad:** correspondiente al aseguramiento de la calidad de un prestador de salud debidamente acreditado frente a organismos competentes; esta característica pretende garantizar el estándar técnico y clínico de los procedimientos vinculados al tratamiento de la patología priorizada (Ley N°19.966, 2004).
- **Garantía Explícita de Oportunidad:** correspondiente a la determinación de un plazo máximo, establecido por ley, para el otorgamiento de las prestaciones necesarias para hacer frente al problema de salud (Ley N°19.966, 2004).
- **Garantía Explícita de Protección Financiera:** correspondiente a la definición de un copago máximo por concepto de consumo de una prestación o canasta de prestaciones vinculadas al tratamiento de la patología (Ley N°19.966, 2004).

No obstante, y sin desconocer el aporte a la superación de brechas de salud, ingenuo sería pretender que el Plan de Acceso Universal a Garantías en Explícitas solucionaría, *per se* y de forma inmediata, los problemas de equidad en acceso a la salud. Este escenario, inherente a todo sistema de salud, se



produce como consecuencia de una oferta limitada de servicios sanitarios frente a una alta demanda por estos (Bedregal, Ferrer, Figueroa, Téllez, & Tello, 2017) o producto de los tiempos – prolongados – que se encuentran asociados a la resolución de las patologías (Bastías, Bedregal, Ferrer, Figueiras, & Klapp, 2020) y que se vinculan al número insuficiente de camas disponibles, de profesionales de salud, de médicos especialistas disponibles o ineficiencias en la provisión de servicios sanitarios calculados como la tasa de uso de pabellones quirúrgicos, cantidad de consultas por hora, etc. (OCDE, 2020).

Si realizamos una revisión de la literatura que ha explorado el impacto del Plan AUGE, y en lo que a garantía de acceso refiere, Bitrán *et al.* sugieren que desde que se implementó la reforma, la cantidad de personas adscritas al Régimen de Garantías Explícitas aumentó de forma sustantiva, particularmente los beneficiarios de FONASA (Bitrán, Escobar, & Gassibe, 2010). Los autores de la investigación arguyeron que la diferencia de adscripción entre ISAPRE y FONASA al AUGE no se debía a la disparidad entre la de carga de enfermedades de ambos grupos, sino que correspondía a que los beneficiarios pertenecientes al aseguramiento público, previo a la reforma, tenían escaso acceso al tratamiento de patologías que se encontraban cubiertas.

En estrecha aposición a lo anterior, Erazo argumentó que, al comparar el uso de las garantías de afiliados a ISAPRE versus los beneficiarios de FONASA, los usuarios del seguro privado utilizaron en menor cuantía las prestaciones con garantías explícitas porque su plan de salud les ofrecía mejores condiciones de atención, pudiendo optar a centros de salud preferenciales (Erazo, 2011). Adicionalmente los afiliados a FONASA se caracterizaron por ser una población de menores recursos y por presentar mayor siniestralidad, razón por la cual presentaron mayor prevalencia de enfermedades asociadas a patologías más complejas y de mayor costo (Martínez, Zhang, Bastías, Feijoo, & Hinson, 2019). Por su parte Frenz señaló que, en base a los datos recabados desde la encuesta CASEN, la cobertura AUGE resultó exitosa y las brechas socioeconómicas de atención hospitalaria disminuyeron entre el año 2000 y 2011 (Frenz, Delgado, Villanueva, Kaufmann, & Muñoz, 2013).

Si el interés se centra en la garantía explícita de protección financiera, y el análisis se circunscribe a la influencia del AUGE sobre el gasto de los individuos y sus familias en salud, el Ministerio de Salud publicó un informe el año 2017 donde se evidenció la disminución asociada al gasto en la compra de fármacos e insumos para el proceso de tratamiento de patologías que presentaban cobertura dentro del plan (MINSAL, 2017).

Vásquez *et al.* (2012) cuestionaron la capacidad del AUGE para disminuir las inequidades en salud, argumentando que las familias con mayores ingresos conocían de mejor forma las coberturas y exclusiones de las garantías explícitas, razón por la cual, hicieron un mayor uso de estas en comparación a las familias de menores ingresos (Vásquez, Paraje, & Estay, 2013).

Asimismo, Infante y Paraje (2015) señalaron que la asociación entre la implementación del AUGE y protección financiera de los hogares no ha sido suficiente, consignando que previo a su instauración, los tramos A y B de FONASA contaban con financiamiento suficiente para realizar el tratamiento de



enfermedades sin generar gasto de bolsillo. De esta forma, y para dichos tramos, no se percibió una mejoría sustantiva a la cobertura (Paraje & Infante, 2015).

Respecto de las mejorías percibidas a las tasas de mortalidad, se determinó que la implementación del Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas contribuyó a disminuir la mortalidad asociada a ciertos cánceres, así como también a enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión (Bitrán, Escobar, & Gassibe, 2010). De igual modo, se percibieron mejorías a las tasas de mortalidad por infarto agudo al miocardio; en efecto, y según reportaron Nazzal *et al.* (2021), luego de la implementación del AUGE, el riesgo de morir por un infarto disminuyó cerca de 3 puntos porcentuales en comparación al período previo (Nazzal, Lefián, & Alonso, 2021).

Con todo lo anterior, no existe un estudio que evalúe la dinámica de uso de garantías AUGE dentro del último decenio realizando un control por variables asociadas a tipo de aseguramiento del individuo, sexo, región de residencia y quintil de ingreso. En este contexto, el presente documento pretende realizar dichas evaluaciones de forma de obtener una aproximación del acceso a las garantías explícitas en salud para resolver patologías que encuentren cobertura dentro del Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas.

### III. Metodología

Considerando que el propósito del documento corresponde a realizar una caracterización de brechas en el uso de garantías explícitas en salud, se efectuará un estudio cuantitativo basado en los datos de la encuesta CASEN del año 2011 y 2017.

**Muestra:** la muestra es de diseño complejo, estratificado, por conglomerados y probabilístico sobre el universo de población de hogares particulares, excluyendo zonas de difícil acceso geográfico.

**Variables:** las variables utilizadas como determinantes o control para los análisis sucesivos corresponden a:

- Aseguramiento en salud: sólo se considerará aquellos individuos pertenecientes a FONASA e ISAPRE, excluyendo aquellos que reportaron pertenecer a “FF.AA. y Orden Público”, “Ninguno”, “Otro Sistema” y “Particular”.
- Sexo: correspondiente al sexo del individuo encuestado. La caracterización por sexo nos revelará si existe convergencia de uso de *garantías explícitas en salud* con independencia de si el usuario es hombre o es mujer.
- Región: correspondiente a las regiones de pertenencia de los individuos encuestados. Se debe considerar que las regiones entre ambas encuestas no son idénticas, dado que en la versión del año 2017 se incorporó la región de Ñuble. En consecuencia, para hacer comparables ambos períodos, se fusionó la región de Ñuble con la región de Biobío para CASEN 2017.

La caracterización por región nos dará un *proxy* de las eventuales desigualdades territoriales en términos de la falta de recintos de salud, falta de especialistas y otras consideraciones que



produzcan que un individuo no pueda hacer uso de las garantías explícitas en salud de forma oportuna.

- Ingreso autónomo per cápita del hogar: correspondiente a la suma de los ingresos autónomos per cápita de los hogares dividido por el total de hogares. A partir de esta variable se obtendrá el quintil de ingreso autónomo utilizado en los análisis.

La caracterización por nivel socioeconómico nos revelará si existen diferencias de uso de garantías explícitas en salud en función de la distribución del ingreso.

**Instrumento para determinar tasas de uso:** para caracterizar las tasas de uso de garantías AUGE se utilizarán las preguntas incluidas en ambas versiones de CASEN sobre “*durante los últimos 12 meses, ¿ha estado en tratamiento médico por...?*” junto con “*este tratamiento médico, ¿fue cubierto por el sistema AUGE-GES?*”. A partir de dichas preguntas se generará una nueva variable que dará cuenta del porcentaje de cobertura del sistema AUGE-GES para condiciones de salud priorizadas de la siguiente forma:

$$\text{Tasa de uso garantía AUGE} = \frac{\text{Personas en tratamiento por condiciones garantizadas que fueron cubiertas por AUGE}}{\text{Total de personas que han estado en tratamiento por condiciones garantizadas (últimos 12 meses)}}$$

Luego, atendiendo el diseño de la muestra, se utilizarán los comandos destinados a obtener los estimadores respectivos (*svyset, svy: prop, svy: mean, etc*) dentro del software estadístico Stata 16.0.

**Instrumento para determinar brechas de uso:** para caracterizar las brechas de uso se generará un *ratio* que dará cuenta de la proporción entre las variables relacionadas. Particularmente, esta variable corresponderá a un escalar obtenido de la división de las tasas de uso de garantías AUGE por cada variable de control para una misma clasificación de enfermedades. Así, para determinar la brecha por cada variable control se seguirá el siguiente procedimiento:

$$\text{Brecha variable } X = \frac{\text{Tasa de uso "Control 1"}}{\text{Tasa de uso "Control 2"}}$$

Por ejemplo, para el tipo de aseguramiento, se tendrá lo siguiente:

$$\text{Brecha aseguramiento salud} = \frac{\text{Tasa de uso FONASA}}{\text{Tasa de uso ISAPRE}}$$

El escalar resultante de la relación anterior nos indicará cuantos individuos FONASA hicieron uso de la garantía AUGE por cuantos individuos de ISAPRE que hicieron uso de la garantía AUGE.

**Enfermedades utilizadas:** para efectos de análisis, no se hará uso de la totalidad de enfermedades contempladas en la CASEN, sino que se clasificarán algunas enfermedades en tres grupos diferentes:

- **Enfermedades de bajo costo esperado:** correspondiente a aquellas enfermedades con una alta prevalencia, de progresión lenta, normalmente sin cura y cuyos determinantes están asociados, con frecuencia, a los hábitos del individuo que los padece. Comparativamente presentan costes de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de menor cuantía que las enfermedades costos elevados. Dentro de este grupo se encontrará la hipertensión arterial,



asma bronquial y la diabetes mellitus, las que fueron seleccionadas en virtud de su alta incidencia y prevalencia dentro de la población chilena lo que las hace enfermedades con carga transversal a toda la población.

Para estas enfermedades, de conformidad al estudio de verificación de costos elaborado el año 2015 por el Instituto de Administración en Salud perteneciente a la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, se estimó que la canasta de prestaciones (correspondientes a exámenes de fines diagnósticos, tratamientos de fines terapéuticos, medicamentos y cualquier otra prestación valorizada para la resolución de alguna etapa de la enfermedad) costará menos de UF 30 (IAS, 2016).

- **Enfermedades de alto costo esperado:** correspondiente a aquellas enfermedades que son intensivas en recursos para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento en términos de exámenes, hospitalizaciones, terapias, horas de profesionales de la salud, etc. Dentro de este grupo se encontrará el cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata y cáncer de testículo, las que fueron seleccionadas en virtud de su alto impacto económico en lo que refiere a tratamiento y seguimiento.

Para estos problemas de salud, de conformidad al estudio de verificación de costos elaborado el año 2015 por el Instituto de Administración en Salud perteneciente a la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, se estimó que la canasta de prestaciones (correspondientes a exámenes de fines diagnósticos, tratamientos de fines terapéuticos, medicamentos y cualquier otra prestación valorizada para la resolución de alguna etapa de la enfermedad) costará más de UF 60 (IAS, 2016).

- **Enfermedades mentales:** correspondiente a aquellas enfermedades que cuyo origen se asocia a afecciones que alteran el pensamiento, los sentimientos, estado de ánimo y comportamiento. En la actualidad presentan una alta incidencia dentro de la población y son determinadas regularmente por cuadros de estrés crónico. Dentro de este grupo, la única enfermedad consultada dentro de la encuesta corresponde a depresión, la que fue seleccionada en virtud de su atingencia ante el aumento de problemas de salud mentales generalizados dentro de la población.





## IV. Resultados

Durante los períodos analizados, la proporción de la población que declaró estar en tratamiento por alguna de las condiciones de salud que se encontraba incorporada dentro del Plan AUGE aumentó en más de un punto porcentual desde el año 2011 al 2017, mientras que la proporción de dicha población que declaró hacer uso efectivo de la garantía para realizar su tratamiento presentó un aumento superior a seis puntos porcentuales en favor del año 2017 (Tabla 1).

Tabla 1 | **Porcentaje de la población en tratamiento por algún P.S. cubierto por AUGE-GES y proporción con tratamiento efectivo cubierto por AUGE-GES**  
año 2011 y año 2017

Año	Población en tratamiento (Población total)	% de población total	Población que hizo uso de la garantía (Población en tratamiento)	% de población en tratamiento
2011	2.918.687 (16.935.314)	17,2 [%]	2.095.316 (2.918.687)	71,8 [%]
2017	3.258.740 (17.614.860)	18,5 [%]	2.550.255 (3.258.740)	78,3 [%]

Fuente: Elaboración propia en base datos extraídos desde la Encuesta CASEN 2011 y 2017

### i. Aseguramiento en salud del individuo.

Como primera aproximación convendrá revisar la distribución de la población según su pertenencia al fondo nacional de salud o instituciones de salud previsual. Durante el año 2011 un total de 13.746.620 individuos declararon pertenecer a FONASA, mientras que un total de 2.182.623 individuos declararon encontrarse adscritos a alguna ISAPRE; en contraparte, para el año 2017 se presentó un total de 13.897.125 beneficiarios de FONASA y 2.557.241 cotizantes de ISAPRE.

Al comparar el año 2011 con el año 2017 se percibió una disminución de la población perteneciente al fondo nacional de salud desde un 81,0% (95% IC: 79,9-82,0) a inicios de la década hasta un 78,0% (95% IC: 77,2-78,8) hacia finales de misma y un aumento a la cantidad de cotizantes adscritos a las instituciones de salud previsual desde un 12,9% (95% IC: 11,9-13,8) hasta un 14,4% (95% IC: 13,6-15,1) dentro del mismo período<sup>1</sup>.

En lo que respecta a tasas de uso, y controlando por el tipo de aseguramiento en salud, los datos arrojan la siguiente dinámica de uso:

Tabla 2 | **Porcentaje de uso de garantías de Plan AUGE para condiciones de salud priorizadas según tipo de aseguramiento**  
año 2011 y año 2017

	2011		$\frac{\text{FONASA}}{\text{ISAPRE}}$	2017		$\frac{\text{FONASA}}{\text{ISAPRE}}$
	Fonasa	Isapre		Fonasa	Isapre	
Enfermedad Bajo Costo	79,9%	49,8%	1,60	85,4%	53,9%	1,58
Enfermedad Alto Costo	82,7%	36,2%	2,28	87,6%	56,4%	1,55
Enfermedad Mental	64,8%	42,9%	1,51	68,1%	56,4%	1,21

Fuente: Elaboración propia en base datos extraídos desde la Encuesta CASEN 2011 y 2017

<sup>1</sup> Ver Anexo 1





De la *Tabla 2*, y para el año 2011, obtenemos que la mayor brecha de cobertura se generó para aquellas enfermedades que fueron clasificadas como de *alto costo* donde por cada 228 individuos de FONASA que hicieron uso de la garantía para tratar su enfermedad, sólo 100 individuos de ISAPRE hicieron uso de ésta. En contraparte, la menor brecha entre ambos seguros se generó en el año 2017 para enfermedades de salud mental, donde por cada 121 beneficiarios de FONASA en tratamiento existían 100 cotizantes de ISAPRE en igual situación.

Este resultado es consistente con el trabajo desarrollado por Bastías y Andía (2007), quienes declararon que las tasas de uso de las garantías del Plan AUGE reflejaron ser mayores dentro de la población perteneciente al fondo nacional de salud en comparación con las de aquellos pertenecientes a las instituciones de salud previsual (Bastías & Andía, 2007). Para los autores, este comportamiento daba cuenta de las brechas que existían entre ambos tipos de aseguramiento previo a la instauración de la reforma, donde aquellos individuos que pertenecían a FONASA tenían escaso o nulo acceso a tratamientos por enfermedades; de este modo, en cuanto se pusieron en marcha estas garantías, los beneficiarios del fondo nacional se volcaron a los recintos hospitalarios para hacer efectivos sus derechos. Por el contrario, la baja tasa de adherencia de cotizantes de instituciones de salud previsual al AUGE durante el primer quinquenio desde implementado el plan se explicaría por los escasos incentivos hacia el uso de las garantías, dado que sus adscritos reprocharon la pérdida de libertad de elección de los prestadores para realizar su tratamiento (Valdivieso & Montero, 2010).

Si se revisan las brechas *inter-año* se podrá advertir que las tasas de uso seguirán siendo favorables para los individuos pertenecientes a FONASA durante el año 2017, sin embargo, resalta la gran variación (20 puntos porcentuales) percibida en las enfermedades de *alto costo* para las cotizantes de ISAPRE; en efecto, la tasa de uso para estos problemas de salud aumentó desde un 36,2% en el año 2011 hasta un 56,4% durante el año 2017. Este resultado podría explicarse por las consideraciones que Bitrán consignó el año 2013, donde infirió que, en la medida que los afiliados de las ISAPRE se familiarizaran con el AUGE y en la medida que se aumenten los costes asociados a los tratamientos de salud, la población de las instituciones de salud previsual buscaría refugio en las garantías explícitas para realizar una contención de los gastos a desembolsar por tratamiento (Bitrán, 2013).

Con relación a las tasas de uso de conformidad a la categoría de enfermedades descritas en la tabla precedente, tendremos que el aumento del uso de las garantías para enfermedades de *alto costo* se explicaría por los argumentos señalados precedentemente, sin embargo, para el caso de las enfermedades de *bajo costo* tenemos que en ambos años el uso de FONASA fue sustantivamente superior en comparación a ISAPRE. Este hecho se puede explicar por el análisis del comportamiento de uso de beneficios AUGE que Erazo (2015) realizó para afiliados a FONASA e ISAPRE en enfermedades crónicas (hipertensión y Diabetes Mellitus), donde destacó que quienes presentaban un aseguramiento privado preferirían hacer uso de sus planes de salud en lugar de la garantía porque las condiciones de diagnóstico, tratamiento y seguimiento resultaban más ventajosas (Erazo, 2015).

Finalmente, respecto del grupo categorizado como *enfermedades mentales*, se presentan tasas de uso relativamente homogéneas para los beneficiarios de FONASA y variables en los cotizantes de



ISAPRE, donde se percibió un aumento de 13,5 puntos porcentuales. La eventual explicación que subyace a este comportamiento se encuentra en los hallazgos obtenidos por Vergara *et al.* (2017) quienes realizaron un análisis a las garantías otorgadas para el tratamiento de la depresión a diez años de su implementación. Dentro de su investigación se concluyó que, en los primeros estadios de la reforma, la articulación de la red de prestadores públicos estaba mejor desarrollada que su similar privada, aún es más, la explosividad de la demanda inicial por depresión hizo colapsar a los prestadores privados que se vieron obligados a buscar estrategias para mejorar su cobertura. Así, con la experiencia y lecciones aprendidas, a contar del año 2015 comenzaron a obtener resultados de la articulación de alianzas con centros privados para poder responder a la creciente demanda, pudiendo presentar mayor cobertura para sus adscritos (Vergara, Dembowski, & Cruz, 2017).

## ii. Sexo del individuo.

La distribución de mujeres y hombres dentro de las bases de datos analizadas revelaron que durante el año 2011 había 8.889.261 mujeres y 8.073.254 hombres, mientras que para el año 2017 existían 9.337.703 mujeres 8.469.711 hombres. Al comparar ambos períodos, no se percibieron grandes cambios en la composición de la población pues para el año 2011 el porcentaje de mujeres ascendió a un 52,4% (95% IC: 52,1-52,8) y el de hombres fue de un 47,6% (95% IC: 47,2-48,0), mientras que para el año 2017 los porcentajes de composición se mantuvieron en 52,4% (95% IC: 52,2-52,7) para la proporción de mujeres y un 47,6% (95% IC: 47,3-47,8) para la proporción de hombres<sup>2</sup>.

Respecto de las tasas de uso y su vinculación al sexo del individuo que presentó un problema de salud y que indicó estar haciendo uso de la garantía AUGE, los datos presentaron las siguientes tasas de utilización:

Tabla 3 | Porcentaje de uso de garantías de Plan AUGE para condiciones de salud priorizadas según sexo del individuo  
año 2011 y año 2017

	2011		$\frac{\triangle HOMBRE}{\triangle MUJER}$ Brecha	2017		$\frac{\triangle HOMBRE}{\triangle MUJER}$ Brecha
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
<b>Enfermedad Bajo Costo</b>	76,5%	77,9%	0,98	80,7%	83,6%	0,97
<b>Enfermedad Alto Costo</b>	80,4%	72,9%	1,10	85,4%	82,6%	1,03
<b>Enfermedad Mental</b>	55,2%	64,2%	0,86	60,4%	65,1%	0,93

Fuente: Elaboración propia en base datos extraídos desde la Encuesta CASEN 2011 y 2017

De la *Tabla 3*, y para el año 2011, obtenemos que las mayores brechas de cobertura se generaron para aquellas enfermedades que fueron clasificadas como de *salud mental* en favor de las mujeres (por cada 100 mujeres que hicieron uso efectivo de la garantía, 86 hombres hicieron uso de la misma) y enfermedades de *alto costo* en favor de los hombres. Por otro lado, la tasa de uso de enfermedades de *bajo costo* se presentó en similar cuantía tanto para hombres como para mujeres.

Para enfermedades de *bajo costo*, existió un aumento en la tasa de uso de la garantía para los hombres entre el año 2011 y 2017 que se manifestó en un aumento de cinco puntos porcentuales; por otro lado,

<sup>2</sup> Ver Anexo 1



respecto del uso de enfermedades de *alto costo*, destaca la variación que presentaron las mujeres entre ambos períodos de tiempo que se manifestó en una variación al alza de casi diez puntos porcentuales. Respecto de las enfermedades de bajo costo, el *ratio* de cobertura o brechas en el uso de hombres versus mujeres se mantuvieron constantes entre ambos períodos.

De la revisión de los porcentajes de utilización entre ambos períodos, las tasas de uso para cada grupo de enfermedades aumentaron tanto para hombres como para mujeres entre los años 2011 y 2017, lo que nos podría indicar que entre esos años se generó un aumento de coberturas.

Finalmente, respecto del uso de enfermedades de *salud mental*, los datos consignan que la garantía fue utilizada en mayor cuantía por las mujeres que por los hombres; este hecho es consistente con el reporte de la OMS (2002) donde se determinó que las mujeres eran más proclives a percibir dificultades emocionales en comparación a los mismos síntomas para hombres y que los hombres sólo consultaban por estas patologías y seguían un tratamiento cuando reconocían padecer síntomas severos, lo que los llevaba a demandar menos servicios sanitarios de consulta y tratamiento (World Health Organization, 2002). En vinculación a lo anterior, la mayor utilización de garantías por *salud mental* resultó coherente con el estudio de Chandra y Minkovitz (2006) quienes determinaron la existencia de estereotipos de uso en la búsqueda de ayuda ante problemas de salud mental a temprana edad, obteniendo como resultado que en la adolescencia las niñas tenían una probabilidad dos veces más alta que la de sus pares hombre a usar servicios de salud mental (Chandra & Minkovitz, 2006).

### iii. Región de residencia del individuo.

Si se compara la distribución nacional de los resultados en salud - medidos a través de indicadores sanitarios tradicionales como esperanza de vida, tasa de mortalidad, acceso a atención primaria de salud, etc. - con otros países de la OCDE, Chile se posiciona en la ubicación 16 de 33 (OCDE, 2018). No obstante, cuando se comparan diferencias interregionales en indicadores complejos de salud – tales como el perfil epidemiológico de la población asociado a su estilo de vida, demanda de especialistas en salud y de demanda en prestaciones de salud especializadas – se observan desigualdades notorias que afectan la calidad de vida de los habitantes en determinados territorios. Por ejemplo, la necesidad de percibir prestaciones clínicas requiere que el paciente deba trasladarse a centros de salud ubicados fuera de su provincia de residencia, llegando inclusive, a tener que generar desplazamientos regionales para acceder a servicios sanitarios.

De acuerdo con el reporte generado por el Instituto Nacional de Derechos Humanos el año 2016 (INDH, 2016), en los últimos años se aprecia que los logros sanitarios regionales en los indicadores de salud primarios resultan relativamente homogéneos, siendo la mayor diferencia entre la esperanza de vida presentadas en la Región de Coquimbo -82,51 años- y la Región de los Lagos – 75,2 años-. Asimismo, la mayor diferencia entre la mortalidad infantil se genera entre la Región de los Ríos – 8,5 por cada mil nacidos vivos- y la Región de Aysén – 5,6 por cada mil nacidos vivos-. Sin embargo, es en los indicadores de salud complejos donde se generan mayores brechas regionales y por ende



desigualdades. En efecto, se perciben diferencias sustantivas en la densidad de médicos y profesionales de salud especializados y cantidad de camas hospitalarias.

De acuerdo con los datos reportados por el Ministerio de Salud (Minsal, 2017) se perciben patrones con diferencias considerables en lo que respecta a densidad de médicos especialistas dentro del sistema público: mientras que la Región de Atacama y Región del Maule presentan los peores indicadores – 0,46 especialistas por cada 1.000 habitantes –, los mejores indicadores se perciben en la Región Metropolitana – 1,35 médicos por cada 1.000 habitantes-. Mención especial merecen la Región de Magallanes y Región de Aysén como locaciones con buenos indicadores, con 1,03 y 0,89 especialistas por cada 1.000 habitantes, respectivamente. En ese sentido, se verificará si estos indicadores tienen algún impacto en las tasas de uso de garantías del Plan AUGE a nivel regional.

Respecto de las tasas de uso y su vinculación a la región de residencia del individuo que presentó un problema de salud y que indicó estar haciendo uso de la garantía AUGE, los datos presentaron las siguientes brechas de utilización:

Tabla 4| Brechas de utilización de garantías AUGE en comparación a las tasas de uso reportadas para la R.M.  
Año 2011 y 2017

2017	Menor Uso Garantía (Brecha)			Mayor Uso Garantía (Brecha)		
Enfermedad Bajo Costo	Antofagasta	Tarapacá	Atacama	Ibáñez	Los Lagos	Biobío
	1,16	1,11	1,09	0,94	0,93	0,91
Enfermedad Alto Costo	Antofagasta	Tarapacá	Arica	Magallanes	Ibáñez	Coquimbo
	1,16	1,05	1,03	0,93	0,86	0,85
Enfermedad Mental	Antofagasta	Tarapacá	Arica	Ibáñez	Maule	O'Higgins
	1,69	1,45	1,38	0,87	0,87	0,83
2011	Menor Uso Garantía (Brecha)			Mayor Uso Garantía (Brecha)		
Enfermedad Bajo Costo	Antofagasta	Araucanía	Atacama	Magallanes	Biobío	Los Ríos
	1,09	1,03	1,02	0,90	0,87	0,82
Enfermedad Alto Costo	Tarapacá	Valparaíso	Antofagasta	Coquimbo	Magallanes	Araucanía
	1,06	1,05	1,01	0,85	0,83	0,81
Enfermedad Mental	Arica	Atacama	Antofagasta	Magallanes	Ibáñez	Los Ríos
	1,49	1,47	1,32	0,87	0,84	0,75

Fuente: Elaboración propia en base datos extraídos desde la Encuesta CASEN 2011 y 2017

Se debe precisar que los resultados obtenidos corresponden a relaciones de uso entre regiones, comparando cada una de ellas contra la tasa de utilización de garantías AUGE de la Región Metropolitana. Esta estandarización con fines comparativos se establece porque, como se mencionó con anterioridad, los mejores indicadores en términos de cantidad de especialistas de salud por cada 1.000 habitantes y mayor superficie hospitalaria se encuentran dentro de la R.M (PNUD, 2018), luego, cotejar la totalidad de regiones contra el estándar nos dará aproximaciones de cómo ha sido la dinámica de uso en Chile.

De la revisión de la tabla tenemos que para el año 2017 la zona norte concentró las tasas de uso más bajas en comparación con el área metropolitana. Así, para enfermedades *mentales, de alto y bajo costo*, el peor *ratio* se obtuvo en la región de Antofagasta donde se alcanzaron brechas de atención de 1,69, 1,16 y 1,16, respectivamente. Dicho de otro modo, para el ejemplo de las *enfermedades mentales*, la tasa de uso de la garantía AUGE en la R.M. fue 62,3% mientras que la tasa de uso en la segunda región fue de



36,8% dando como resultado una brecha de 1,69 o, lo que es lo mismo, por cada 169 individuos que hacen uso la garantía en el área metropolitana, sólo 100 hacen uso de la misma en la zona norte<sup>3</sup>.

En contraparte, para el mismo período de tiempo, los mejores indicadores se obtuvieron en la zona centro norte y centro sur. Así, para enfermedades de *bajo costo* y enfermedades de *salud mental*, el mejor *ratio* se obtuvo en la región de O'Higgins mientras que para enfermedades de *alto costo* el mejor indicador lo obtuvo la región de Coquimbo.

Si se revisa la dinámica obtenida para el año 2011, nuevamente los peores indicadores para todas las enfermedades se encuentran predominantemente en la zona norte, mientras que los mejores indicadores se encuentran predominantemente en la zona centro sur y sur, con excepción del *ratio* de uso obtenido para Coquimbo en enfermedades de *alto costo* (0,85).

Este patrón de uso es coherente con la cantidad de especialistas a nivel territorial dado que las mejores tasas de uso – al compararlas con el área metropolitana - se encuentran en el sur de Chile y las tasas de uso más bajas – al compararlas con el área metropolitana - se encuentran en la zona norte.

#### iv. Quintil de ingreso al que pertenece el individuo.

La literatura señala que uno de los determinantes más importantes para acceder a la prestación de servicios sanitarios corresponde a los ingresos. Esto implica que, en hogares de menores recursos, el ingreso disponible limita el acceso a prestaciones de salud en mayor medida que en hogares de ingresos más elevados (Parker & Wong, 1997), puesto que además de los costos directos asociados a los cuidados de salud, dentro de las condicionantes de acceso a un tratamiento se deberá incluir costes indirectos asociados a traslados y el costo alternativo del tiempo destinado a cuidados de salud que podría ser destinado al desarrollo de actividades remuneradas (Ensor & Cooper, 2004).

Sobre estos aspectos, la reforma propuso ser garante de protección financiera para que todo el individuo que cumpla con los criterios de inclusión y desee realizar el tratamiento de la patología mediante el uso del Plan AUGE pueda acceder sin restricciones.

De esta forma, generando clasificaciones por quintiles de ingreso autónomo, las tasas de uso para los grupos de enfermedades resultan de la siguiente manera:

Tabla 5 | Porcentaje de uso de garantías de Plan AUGE para condiciones de salud priorizadas según quintil de ingreso año 2011 y año 2017

Quintil de Ingreso Autónomo	2011					2017				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
<b>Enfermedad Bajo Costo</b>	77,8%	78,7%	78,2%	66,7%	58,6%	88,4%	86,6%	85,1%	79,3%	62,4%
<b>Enfermedad Alto Costo</b>	86,2%	86,5%	83,9%	66,6%	56,9%	92,2%	87,2%	83,7%	84,7%	63,6%
<b>Enfermedad Mental</b>	62,5%	70,4%	67,5%	60,6%	46,1%	74,1%	70,5%	68,3%	62,3%	43,3%

Fuente: Elaboración propia en base datos extraídos desde la Encuesta CASEN 2011 y 2017

<sup>3</sup> En el Anexo 2 se incluye la Tabla con distribución de uso de garantías AUGE a nivel regional.



De conformidad a los datos obtenidos, y para todos los grupos de enfermedades dentro de los períodos de análisis, se puede señalar que los sectores más desprotegidos – quintiles I y II – hicieron mayor uso de las garantías que aquellos que pertenecen al sector más acomodado – quintil V -.

En adición a lo anterior, al comparar las tasas de uso del año 2011 versus el año 2017, se puede apreciar que durante el último período se hizo un uso más intensivo de las respectivas garantías, presentando los mayores aumentos en las enfermedades de *bajo costo* para los quintiles I y IV (incremento de 10,6 puntos porcentuales y 12,6 puntos porcentuales, respectivamente) y el menor aumento en el quintil V, percibiéndose un aumento de 3,8 puntos porcentuales. Para enfermedades de *alto costo* se presentó un patrón diferente puesto que el quintil con mayor diferencia de uso entre años fue el IV (18, 10 puntos porcentuales) mientras que la menos variación se presentó en el III quintil con un gradiente a favor del año 2011 en 0,2 puntos porcentuales. Finalmente, y para las enfermedades de *salud mental*, el cambio más sustantivo se presentó en la tasa de uso para el quintil I con 11,6 puntos porcentuales de aumento entre el año 2011 versus el año 2017.

Tabla 6| Brechas de uso de garantías de Plan AUGE para condiciones de salud priorizadas según quintil de ingreso  
año 2011 y año 2017

Quintil de Ingreso Autónomo	2011				2017			
	$\frac{q1}{q2}$	$\frac{q1}{q3}$	$\frac{q1}{q4}$	$\frac{q1}{q5}$	$\frac{q1}{q2}$	$\frac{q1}{q3}$	$\frac{q1}{q4}$	$\frac{q1}{q5}$
Enfermedad Bajo Costo	98,9	99,5	116,6	132,8	102,1	103,9	111,5	141,7
Enfermedad Alto Costo	99,7	102,7	129,4	151,5	105,7	110,2	108,9	144,9
Enfermedad Mental	88,8	92,6	103,1	135,6	105,1	108,5	118,9	171,1

Fuente: Elaboración propia en base datos extraídos desde la Encuesta CASEN 2011 y 2017

Si el análisis anterior se efectúa en términos de gradientes o brechas de uso (comparación de la tasa de uso del quintil I contra el resto de los quintiles), las mayores diferencias se generan entre el quintil 1 y el quintil 5 en favor del grupo con menores ingresos. Por ejemplo, en el año 2011, por cada 151 individuos que hicieron uso de la garantía para enfermedades de alto costo en el quintil I, sólo 100 hicieron uso de esta en el quintil V. De igual forma, y sólo para enfermedades de *alto costo* y *bajo costo*, el gradiente de uso siempre resulta favorable para el quintil I versus el resto de los quintiles.

## V. Conclusiones

Está demostrado que el acceso y uso de servicios sanitarios se encuentra modulado por determinantes asociadas al tipo de aseguramiento, sexo, nivel educación, ingresos, lugar de residencia, entre otros factores de una población (Aday & Andersen, 1974). En base a la revisión de literatura disponible y de los datos obtenidos para dos períodos de tiempo, queda en evidencia que el uso de garantías AUGE para hacer uso de prestaciones sanitarias, en determinados grupos de enfermedades, ha aumentado.

En efecto, de los resultados descritos en el apartado anterior, se puede inferir lo siguiente:

- i) Respecto de la tasa de uso de garantías AUGE y su relación con el tipo de aseguramiento del individuo, se presentaron brechas de uso en favor de los beneficiarios pertenecientes al fondo nacional de salud. Como se discutió de forma sucinta con anterioridad, resulta plausible atribuir este comportamiento a las condiciones favorables que la población perteneciente a ISAPRE





presenta en las coberturas de sus planes de salud y que, en consecuencia, no generan incentivos hacia esta población para hacer un uso efectivo del Plan AUGE.

No obstante, resulta meritorio destacar que la comparación *inter-año* nos revela un uso más exhaustivo de las garantías, para las tres categorías de problemas de salud, durante el año 2017 en comparación con el año 2011. De cierta forma, podríamos establecer conjeturas respecto del efecto que ha tenido la difusión del Plan AUGE sobre la ciudadanía conforme ha transcurrido el tiempo: en un primer momento (año 2011) existía un desconocimiento generalizado de los problemas garantizados y sus criterios de inclusión, por lo que la adherencia al plan fue menor. Por otro lado, en un segundo momento (año 2017), el conocimiento de las garantías fue más acabado y robusto, razón por la cual se disminuyó la renuencia a hacer uso de las condiciones cuyo tratamiento se encontraba garantizado por ley.

- ii) Respecto de la tasa de uso de garantías AUGE y su relación con el sexo del individuo, se presentaron brechas favorables a las mujeres para las enfermedades de *bajo costo* y *salud mental*, mientras que se obtuvieron brechas favorables a los hombres para el uso de enfermedades de *alto costo*. Estos resultados son consistentes con la evidencia, con excepción de los obtenidos para enfermedades de *alto costo*, pues la literatura sugiere que existe aversión del género masculino a reconocer que presenta un problema de salud para incurrir en costos para su tratamiento. Esta consideración se sustenta, adicionalmente, en la idea que los tratamientos para enfermedades de alto costo suponen procedimientos demandantes en tiempo, en detrimento de las actividades remuneradas que el sujeto podría estar efectuando.

En términos de comparaciones *inter-año*, y para todas las categorías de enfermedades, se percibieron aumentos en las tasas de uso tanto el caso de los hombres como en el caso de las mujeres. De forma consistente con el literal i), parece existir un vínculo entre el uso de garantías AUGE y el tiempo transcurrido desde la instauración de la reforma de salud.

- iii) Respecto de la tasa de uso de garantías AUGE y su relación con la región de residencia del individuo, se constató que los mejores indicadores de *ratio* (obtenidos como la razón entre las tasas de uso de garantías en la R.M. versus cada región particular) se obtuvieron en la zona centro y sur del país, mientras que los peores indicados de *ratio* se presentaron en la zona norte. Este resultado revela algunas desigualdades territoriales que merece la pena atender:

- Primero, la asimétrica distribución de médicos especialistas para la prestación de servicios sanitarios dedicados. Tal y como reportó Fábrega el año 2013, en Chile existe una brecha no cubierta de personal de salud para hacer frente a la carga de enfermedad en la población. Esta brecha se acentúa en norte de Chile, donde existe la menor cantidad de médicos especialistas a nivel nacional, estimada en 0,54 profesionales por cada 1.000 habitantes. Esta situación tiene un efecto directo en la oferta de servicios, donde la falta de este tipo de profesionales limita la cantidad de procedimientos que se pueden realizar por unidad de tiempo (Fábrega, 2013).





- Segundo, y en estrecha vinculación a la dotación de médicos especialistas, la superficie disponible de infraestructura hospitalaria. La zona norte presenta déficit de recintos hospitalarios públicos y en consecuencia de camas disponibles; esto genera que exista menor disponibilidad de espacios dedicados a realizar tratamientos complejos que requieran hospitalizaciones y prestaciones sanitarias de nivel terciario produciendo, en consecuencia, menores tasas de uso de garantías AUGE.

iv) Respecto de la tasa de uso de garantías AUGE y su relación con los quintiles de ingreso, tal y como lo señala la literatura, aquellos más desprovistos de recursos serán más proclives a hacer uso de las prestaciones incorporadas al plan AUGE. En efecto, el comportamiento asociado al menor uso del quintil con mayor ingreso obedece a su pertenencia a las instituciones de salud previsual. En estas instituciones, mediante el pago de planes y seguros complementarios, se pueden obtener condiciones ventajosas para el tratamiento de patologías AUGE-GES, generando una menor adherencia a la resolución de estos problemas por intermedio de las Garantías Explícitas en Salud.

En términos de comparaciones *inter-año*, se presentaron incrementos en las tasas de uso de las garantías al comparar su uso entre el año 2011 y el año 2017.

Con todo lo anterior, queda de manifiesto que conforme ha transcurrido el tiempo, se ha fortalecido el uso de las garantías AUGE para realizar tratamientos de los problemas de salud garantizados. Una de las razones asociadas a ese cambio radica en el nivel de instrucción que presenta la población con relación a las condiciones que se deben cumplir para hacer uso de las garantías de salud.

En base a los análisis precedentes y la literatura disponible, se podría inferir que el aumento el uso de garantías se produjo como consecuencia de campañas de información y focalización mediante las que se educó a la población respecto de las condiciones de acceso y cobertura de las garantías explícitas en salud. Asimismo, desde el punto de vista de los prestadores, se percibe que el aumento en la utilización de garantías se generó luego de un proceso de aprendizaje y maduración del mecanismo por el cual se activa el Plan AUGE y la forma en que estos prestadores -con énfasis en el área privada – percibirían los ingresos asociados al tratamiento de una patología con cobertura.

Con relación a las diferencias territoriales percibidas en el uso de las garantías AUGE, uno de los mecanismos para disminuir las brechas de atención radica en el fortalecimiento de la red pública fiscal en las zonas extremas del país. Al respecto, la mayor disponibilidad de infraestructura sanitaria debería incentivar la migración de especialistas de salud a dichas áreas aumentando la oferta de servicios ante una demanda creciente.



## Bibliografía

- Aday, L., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv. Res*, 9(3), 208-220. <<click>>
- Bastías, G., & Andía, M. (2007). Garantías explícitas en salud (GES): seis consideraciones para su implementación. *Dirección de Asuntos Públicos*(9), 1-16. <<click>>
- Bastías, G., Bedregal, P., Ferrer, J. C., Figueiras, M., & Klapp, M. (2020). *Propuestas para desconfinar la espera en salud pública* (Vol. 132). Santiago: Centro de Políticas Públicas UC. <<click>>
- Bedregal, P., Ferrer, J. C., Figueroa, B., Téllez, Á., & Tello, C. (2017). *La espera en el sistema de salud chileno: una oportunidad para poner a las personas al centro*. (Vol. 12). Santiago: Centro de Políticas Públicas UC. <<click>>
- Benavides, P., Castro, R., & Jones, I. (2013). Situación Actual y Proyecciones Fiscales 2013-2050. *Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda*. <<click>>
- Bitrán, R. (2013). *Garantías explícitas de salud para los chilenos: El Plan de beneficios del AUGE*. Washington: Banco Mundial. <<click>>
- Bitrán, R., Escobar, L., & Gassibe, P. (2010). After Chile's health reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. *Health Affairs*, 29(12), 2161-2170. <<click>>
- Chandra, A., & Minkovitz, C. (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of adolescent health*, 38(6), 754-e1. <<click>>
- Comisión Nacional de Productividad. (2020). *Uso eficiente de quirófanos electivos y gestión de lista de espera quirúrgica No GES*. Santiago. <<click>>
- Culyer, A. (2001). Equity-some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics*, 27(4), 275-283. <<click>>
- DEIS. (2016). <<click>>
- Ensor, T., & Cooper, S. (2004). Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy Plan*, 19(2), 69-79. <<click>>
- Erazo, Á. (2011). *La protección social en Chile. El Plan AUGE: Avances y desafíos*. Santiago: CEPAL. <<click>>
- Erazo, Á. (2015). Evaluación del Plan AUGE. *Revista Chilena de Salud Pública*, 8-15. <<click>>
- Fábrega, R. (2013). *Salud y desigualdad territorial*. Serie de Estudios Territoriales. <<click>>
- Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 9(2), 103-110. <<click>>
- Frenz, P., Delgado, I., Villanueva, L., Kaufmann, J., & Muñoz, F. (2013). Universal health coverage assessment based on. *Revista Médica de Chile*, 141, 1095-1106. <<click>>
- Gilbert, C. (2012). Chilean Health Reform and the AUGE Plan: lessons for the United States in implementign PPACA. *Annals of Health Law*, 38-51. Obtenido de <https://www.luc.edu/media/lucedu/law/centers/healthlaw/pdfs/advancedirective/pdfs/8/gilbert.pdf>
- IAS. (2016). *ESTUDIO DE VERIFICACIÓN DEL COSTO ESPERADO INDIVIDUAL PROMEDIO POR BENEFICIARIO DEL CONJUNTO PRIORIZADO DE PROBLEMAS*



- DE SALUD CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS - 2015. Instituto de Administración en Salud, Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile. <<clíc>>
- INDH. (2016). Situación de los derechos humanos en Chile: Informe Anual 2016. En I. N. Humanos. Santiago de Chile. <<clíc>>
- Infante, A., & Paraje, G. (2010). *La Reforma de Salud en Chile*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - Chile. <<clíc>>
- Lagos, R. (2002). Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que se inicia un proyecto de Ley que establece un Régimen de Garantías en Salud. <<clíc>>
- Laroze, D. (2018). *Mortalidad prematura en Chile: Desigualdades territoriales y gasto en Plan AUGE/GES*. Centre for Experimental Social Sciences, Universidad de Santiago de Chile. <<clíc>>
- Larrañaga, O., & Contreras, D. (2015). Las nuevas políticas de protección social en Chile. <<clíc>>
- Lenz, R. (2007). *Proceso Político de la Reforma AUGE de Salud en Chile: Algunas lecciones para América Latina; Una Mirada desde la Economía Política*. Santiago: CIEPLAN. <<clíc>>
- Ley N°19.966. (2004). Diario Oficial de la República de Chile. <<clíc>>
- Martínez, D., Zhang, H., Bastías, M., Feijoo, F., & Hinson, J. (2019). Prolonged wait time is associated with increased mortality for Chilean waiting list patients with non-prioritized conditions. *19*(1). <<clíc>>
- MINSAL. (2017). *Informe Final: Implementación de una política de intercambiabilidad de medicamentos en Chile*. Santiago. <<clíc>>
- Minsal. (2017). *Informe sobre brechas de personal de salud por Servicio de Salud*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. <<clíc>>
- Nazzal, C., Lefián, A., & Alonso, F. (2021). Incidence of acute myocardial infarction in Chile between 2008 and 2016. *Revista Médica de Chile*, 323-329. <<clíc>>
- OCDE. (2018). Economic Survey of Chile. <<clíc>>
- OCDE. (2020). *Waiting times for health services: Next in the line*. OECD Health Policy Studies, Paris.
- Olavarría, M. (2005). Acceso a la salud en Chile. *Acta Bioethica*, 47-64. <<clíc>>
- OMS. (2010). *World Health Report, 2010: health systems financing the path to universal coverage*. <<clíc>>
- Paraje, G., & Infante, A. (2015). *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-Chile*.
- Paraje, G., & Vásquez, F. (2012). Health equity in an equal county: the use of medical services in Chile. *International Journal for Equity in Health*, 11(1). <<clíc>>
- Parker, S., & Wong, R. (1997). Household income and health care expenditures in Mexico. *Health Policy*, 40(3), 237-255. <<clíc>>
- PNUD. (2018). Desigualdad regional en Chile. Ingresos, salud y educación en perspectiva territorial. *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. <<clíc>>
- Sandoval, H. (2004). Mejor salud para los chilenos: fundamentos sanitarios, políticos y financieros de la necesidad y oportunidad de hacer una reforma al sistema de salud chileno. *Cuadernos Médicos Sociales*, 43(1), 5-20. <<clíc>>
- Sandoval, M., & Turra, C. (2015). El gradiente educativo en la mortalidad adulta en Chile. *Revista Latinoamericana de Población*, 9(17), 1-29. <<clíc>>
- Savedoff, W., De Ferranti, D., Smith, A., & Fan, V. (2012). Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *380*(9845), 924-932. <<clíc>>



- Solar, I. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social Determinants of Health Discussion. OMS. <<clíc>>
- Szot Mesa, J. (2003). La transición demográfico-epidemiológica en Chile, 1960-2001. *Revista Española de Salud Pública*, 77(5), 605-613. <<clíc>>
- Urriola, C., Infante, A., Aguilera, I., & Ormeño, H. (23 de Agosto de 2016). La reforma de salud chilena a diez años de su implementación. *Salud Pública de México*, 58(05), 514-521. <<clíc>>
- Valdivieso, V., & Montero, J. (2010). El plan AUGE: 2005 a 2009. *Revista Médica de Chile*, 138(8), 140-146. <<clíc>>
- Vásquez, F., Paraje, G., & Estay, M. (2013). Income-related inequality in health and health care utilization in Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), 98-106. <<clíc>>
- Vergara, G., Dembowski, N., & Cruz, C. (2017). Garantías y Garantías Explícitas en Salud (GES-AUGE) en patología de Depresión en el sistema de salud chileno. 10 años de experiencia y aprendizaje. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, Santiago. <<clíc>>
- Vergara, M. (2007). Equidad en el acceso a la salud en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 11(3), 150-157. <<clíc>>
- World Health Organization. (2002). *Gender and mental health*. <<clíc>>



## Anexo 1

### Distribución de la población según su tipo de aseguramiento en salud

año 2011

	Proporción	Error Estándar	Intervalo de Confianza [95%]	
Fonasa	0,810	0,005	0,799	0,820
Isapre	0,129	0,005	0,119	0,138
FF.AA y Orden Público	0,025	0,001	0,022	0,027
Ninguno	0,026	0,001	0,024	0,028
No sabe	0,011	0,001	0,009	0,012

### Distribución de la población según su tipo de aseguramiento en salud

año 2017

	Proporción	Error Estándar	Intervalo de Confianza [95%]	
Fonasa	0,780	0,004	0,772	0,788
Isapre	0,144	0,004	0,136	0,151
FF.AA y Orden Público	0,028	0,001	0,025	0,031
Ninguno	0,028	0,001	0,027	0,030
No sabe	0,020	0,001	0,019	0,021

### Distribución de la población según sexo del individuo

año 2011

	Proporción	Error Estándar	Intervalo de Confianza [95%]	
Hombre	0,476	0,002	0,472	0,480
Mujer	0,524	0,002	0,521	0,528

### Distribución de la población según sexo del individuo

año 2017

	Proporción	Error Estándar	Intervalo de Confianza [95%]	
Hombre	0,476	0,001	0,473	0,478
Mujer	0,524	0,001	0,522	0,527



## Anexo 2

### Enfermedades de Bajo Costo Esperado Año 2017

Región	Tarap	Antof.	Atac.	Coquim.	Valp.	O'Higg.	Maule	Biobío	Arau.	Lagos	Ibáñez	Mag.	RM	Ríos	Arica
<b>Incidencia</b>	24.975	47.164	24.217	88.052	271.540	131.727	157.888	333.417	136.584	112.352	10.722	15.418	916.567	52.972	16.739
<b>Cobertura</b>	18.165	32.792	17.957	77.148	223.214	112.933	133.632	296.874	113.535	97.201	9.199	11.947	740.042	45.573	12.481
<b>Tasa de Uso</b>	<b>72,73%</b>	<b>69,53%</b>	<b>74,15%</b>	<b>87,62%</b>	<b>82,20%</b>	<b>85,73%</b>	<b>84,64%</b>	<b>89,04%</b>	<b>83,12%</b>	<b>86,51%</b>	<b>85,80%</b>	<b>77,49%</b>	<b>80,74%</b>	<b>86,03%</b>	<b>74,56%</b>
<b>Brecha[RM/Región]</b>	1,11	1,16	1,09	0,92	0,98	0,94	0,95	0,91	0,97	0,93	0,94	1,04	1,00	0,94	1,08

### Enfermedades de Salud Mental Año 2017

Región	Tarap	Antof.	Atac.	Coquim.	Valp.	O'Higg.	Maule	Biobío	Arau.	Lagos	Ibáñez	Mag.	RM	Ríos	Arica
<b>Incidencia</b>	2.659	4.177	1.297	4.835	23.683	12.759	13.708	24.307	10.519	7.519	744	1.599	92.133	2.812	861
<b>Cobertura</b>	1.141	1.539	769	3.479	14.657	9.606	9.832	15.341	7.448	5.343	532	1.049	57.440	1.858	389
<b>Tasa de Uso</b>	<b>42,91%</b>	<b>36,84%</b>	<b>59,29%</b>	<b>71,95%</b>	<b>61,89%</b>	<b>75,29%</b>	<b>71,72%</b>	<b>63,11%</b>	<b>70,81%</b>	<b>71,06%</b>	<b>71,51%</b>	<b>65,60%</b>	<b>62,34%</b>	<b>66,07%</b>	<b>45,18%</b>
<b>Brecha[RM/Región]</b>	1,45	1,69	1,05	0,87	1,01	0,83	0,87	0,99	0,88	0,88	0,87	0,95	1,00	0,94	1,38

### Enfermedades de Alto Costo Esperado Año 2017

Región	Tarap	Antof.	Atac.	Coquim.	Valp.	O'Higg.	Maule	Biobío	Arau.	Lagos	Ibáñez	Mag.	RM	Ríos	Arica
<b>Incidencia</b>	1.481	1.518	1.457	2.300	8.359	5.142	6.254	9.715	4.923	2.775	393	696	39.201	1.219	656
<b>Cobertura</b>	1.154	1.073	1.188	2.218	6.920	4.580	5.265	8.677	3.988	2.323	374	614	32.069	935	519
<b>Tasa de Uso</b>	<b>77,92%</b>	<b>70,69%</b>	<b>81,54%</b>	<b>96,43%</b>	<b>82,79%</b>	<b>89,07%</b>	<b>84,19%</b>	<b>89,32%</b>	<b>81,01%</b>	<b>83,71%</b>	<b>95,17%</b>	<b>88,22%</b>	<b>81,81%</b>	<b>76,70%</b>	<b>79,12%</b>
<b>Brecha[RM/Región]</b>	1,05	1,16	1,00	0,85	0,99	0,92	0,97	0,92	1,01	0,98	0,86	0,93	1,00	1,07	1,03

### Enfermedades de Bajo Costo Esperado Año 2011

Región	Tarap	Antof.	Atac.	Coquim.	Valp.	O'Higg.	Maule	Biobío	Arau.	Lagos	Ibáñez	Mag.	RM	Ríos	Arica
<b>Incidencia</b>	11.442	20.743	12.814	38.684	96.431	43.587	49.844	116.832	54.024	46.503	4.027	6.424	322.889	19.754	5.439
<b>Cobertura</b>	8.614	13.600	8.943	27.062	71.411	31.557	36.881	95.498	37.342	33.853	2.787	5.076	229.854	17.243	4.053
<b>Tasa de Uso</b>	<b>75,28%</b>	<b>65,56%</b>	<b>69,79%</b>	<b>69,96%</b>	<b>74,05%</b>	<b>72,40%</b>	<b>73,99%</b>	<b>81,74%</b>	<b>69,12%</b>	<b>72,80%</b>	<b>69,21%</b>	<b>79,02%</b>	<b>71,19%</b>	<b>87,29%</b>	<b>74,52%</b>
<b>Brecha[RM/Región]</b>	0,95	1,09	1,02	1,02	0,96	0,98	0,96	0,87	1,03	0,98	1,03	0,90	1,00	0,82	0,96



### Enfermedades de Salud Mental Año 2011

Región	Tarap	Antof.	Atac.	Coquim.	Valp.	O'Higg.	Maule	Biobío	Arau.	Lagos	Ibáñez	Mag.	RM	Ríos	Arica
<b>Incidencia</b>	2.270	4.372	2.014	7.733	31.803	10.902	12.256	25.086	7.983	10.706	1.084	1.044	98.157	3.973	790
<b>Cobertura</b>	1732	2016	837	5338	19002	6243	8643	16992	4706	6708	784	733	59933	3247	324
<b>Tasa de Uso</b>	<b>76,30%</b>	<b>46,11%</b>	<b>41,56%</b>	<b>69,03%</b>	<b>59,75%</b>	<b>57,26%</b>	<b>70,52%</b>	<b>67,73%</b>	<b>58,95%</b>	<b>62,66%</b>	<b>72,32%</b>	<b>70,21%</b>	<b>61,06%</b>	<b>81,73%</b>	<b>41,01%</b>
<b>Brecha[RM/Región]</b>	0,80	1,32	1,47	0,88	1,02	1,07	0,87	0,90	1,04	0,97	0,84	0,87	1,00	0,75	1,49

### Enfermedades de Alto Costo Esperado Año 2011

Región	Tarap	Antof.	Atac.	Coquim.	Valp.	O'Higg.	Maule	Biobío	Arau.	Lagos	Ibáñez	Mag.	RM	Ríos	Arica
<b>Incidencia</b>	1.460	2.495	713	2.822	6.948	3.099	3.860	6.585	7.318	2.213	265	5.874	25.401	1.007	666
<b>Cobertura</b>	980	1.748	595	2.367	4.701	2.313	3.129	5.080	6.445	1.627	205	5.000	18.016	807	572
<b>Tasa de Uso</b>	<b>67,12%</b>	<b>70,06%</b>	<b>83,45%</b>	<b>83,88%</b>	<b>67,66%</b>	<b>74,64%</b>	<b>81,06%</b>	<b>77,15%</b>	<b>88,07%</b>	<b>73,52%</b>	<b>77,36%</b>	<b>85,12%</b>	<b>70,93%</b>	<b>80,14%</b>	<b>85,89%</b>
<b>Brecha[RM/Región]</b>	1,06	1,01	0,85	0,85	1,05	0,95	0,87	0,92	0,81	0,96	0,92	0,83	1,00	0,89	0,83