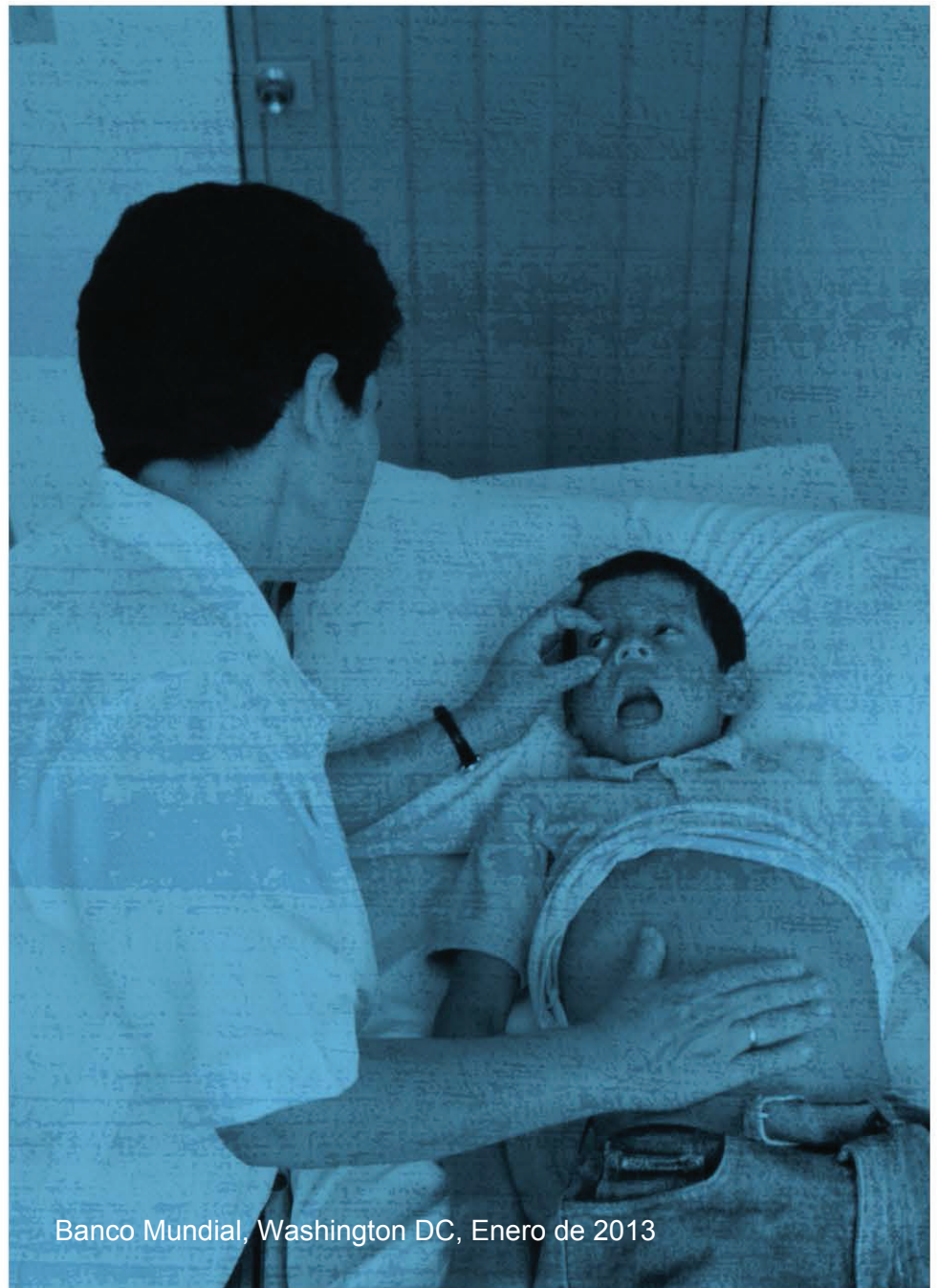




BANCO MUNDIAL

# Garantías explícitas de salud para los chilenos: El Plan de beneficios del AUGE

Ricardo Bitrán



Human Development Network

Banco Mundial, Washington DC, Enero de 2013



# Serie de estudios UNICO 21

## Garantías explícitas de salud para los chilenos: El Plan de beneficios del AUGE

Ricardo Bitrán<sup>1</sup>

Banco Mundial, Washington D. C., enero de 2013

<sup>1</sup>. El autor desea agradecer a Gonzalo Urcullo, que ayudó a reunir parte de la información que presenta este informe y contribuyó a redactar los cuestionarios que le dieron origen. También agradece a Daniel Cotlear sus valiosos aportes. Además, expresa gratitud a André Médici por sus comentarios sobre una versión anterior de este informe, y a las siguientes personas que lo revisaron: Verónica Vargas, Luis Pérez, Joana Godinho y Julie McLaughlin. Gonzalo Urcullo fue el asistente de investigación y Diane Stamm la editora.



# LA SERIE DE ESTUDIOS DEL BANCO MUNDIAL SOBRE COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD (UNICO)

Todas las personas aspiran a recibir servicios de salud de alta calidad y a precios asequibles. En los últimos años esta aspiración ha dado lugar a que se formulen llamados a establecer una cobertura universal de los servicios de salud y ha originado el surgimiento de un movimiento mundial en favor de esa cobertura. En 2005, ese movimiento llevó a la Asamblea Mundial de la Salud a exhortar a los gobiernos a “mejorar sus sistemas de salud para que todas las personas tengan acceso a los servicios y no sufran dificultades financieras por pagarlos”. En diciembre de 2012, el movimiento urgió a la Asamblea General de las Naciones Unidas a que formulara un llamamiento a los gobiernos para que “intensifiquen de manera urgente y significativa los esfuerzos para acelerar la transición hacia el acceso universal a servicios de atención sanitaria asequibles y de calidad”. Hoy, cerca de 30 países de ingreso mediano ejecutan programas que promueven la transición hacia la cobertura universal, y muchos otros países de ingreso bajo y mediano consideran la posibilidad de lanzar programas similares.

El Banco Mundial apoya las iniciativas que emprenden los países para compartir la prosperidad mediante la transición hacia la cobertura universal de los servicios de salud, con las metas de mejorar los resultados en materia de salud, reducir los riesgos financieros relacionados con la enfermedad y lograr una mayor equidad. El Banco reconoce que existen muchas rutas que llevan a la cobertura universal y no apoya en particular una ruta o un conjunto de arreglos organizativos o financieros para lograrla. Sea cual sea la ruta escogida, su ejecución exitosa implica la existencia de muchos instrumentos e instituciones. Aunque se pueden tomar rutas distintas para ampliar la cobertura, la ejecución de todas ellas implica desafíos. Consciente de eso, el Banco Mundial lanzó la Serie de estudios llamada ÚNICO, sobre cobertura universal de salud, cuyos fines son obtener conocimientos y diseñar instrumentos operativos para ayudar a los países a abordar los desafíos propios de la ejecución en formas sostenibles desde el punto de vista fiscal y que mejoren el grado de equidad y eficiencia. La serie de estudios UNICO consta de documentos técnicos y estudios de casos prácticos de varios países, en los cuales se analizan distintas facetas relacionadas con los desafíos que existen para aplicar las políticas de cobertura universal.

Los estudios de casos prácticos de los países de la serie se basan en el empleo de un protocolo normalizado para analizar los detalles prácticos de los programas mediante los cuales se ha ampliado la cobertura en forma vertical ascendente, es decir, de los programas que han comenzado con los pobres y los vulnerables en lugar de aquellos que se han iniciado con un modelo descendente. El protocolo consta de nueve módulos que contienen más de 300 preguntas diseñadas para obtener conocimientos detallados de la forma en que los países están ejecutando cinco conjuntos de políticas destinadas a lograr lo siguiente: (a) administrar el plan de beneficios, (b) gestionar los procesos para incluir a los pobres y los vulnerables, (c) impulsar reformas a la prestación de servicios que se traduzcan en mayores grados de eficiencia, (d) abordar los nuevos desafíos que implica la atención primaria y (e) afinar los mecanismos de financiamiento, para hacer coincidir los incentivos de las distintas partes interesadas del sector de la salud. Hasta la fecha, el protocolo que contiene los detalles prácticos se ha empleado con dos propósitos: crear una base de datos que permita comparar los programas ejecutados en distintos países y producir estudios de casos prácticos sobre 24 programas de países en vía de desarrollo y un caso de un país de ingreso alto que haga las veces de “elemento de comparación”: el caso del estado de Massachusetts, Estados Unidos. El protocolo y los estudios de casos prácticos se publican como parte de la serie de estudios UNICO, y en 2013 se publicará un análisis comparativo.

Creemos que el protocolo, los estudios de casos prácticos y los documentos técnicos proporcionarán a los encargados de ejecutar programas de cobertura universal un conjunto de instrumentos más amplio, contribuirán al debate sobre esta ejecución e informarán al movimiento que promueve la cobertura universal a medida que se sigue extendiendo por todo el mundo.

**Daniel Cotlear**  
**Líder del grupo de trabajo de la serie de estudios UNICO**  
**Banco Mundial**  
**Washington, D. C**



# CONTENIDO

Siglas y abreviaturas	ix
Resumen ejecutivo	xi
1. Introducción	1
2. La cobertura de salud para los pobres en Chile: panorama histórico	2
3. El sistema de salud actual de Chile	3
4. Cobertura de los pobres en el sistema de seguro social de salud	4
5. Los beneficios del seguro social de salud	4
6. La reforma de la salud de 2005 por la cual se creó el AUGE	7
7. Financiamiento y flujo de servicios en el sistema de seguro social	10
8. Selección, identificación e inscripción de los beneficiarios en Fonasa	15
9. Administración y financiamiento público de los beneficios del AUGE	16
10. Impacto del AUGE	17
11. El aspecto de la información en lo que atañe a la cobertura de salud para los pobres	21
12. Equidad e implicaciones fiscales de expandir los beneficios del AUGE	21
13. Agenda pendiente	23
Anexo A El mercado de servicios de salud de Chile	23
Anexo B Información adicional	26
Anexo C Gráficos de radar	27
Referencias	31

## FIGURAS

Figura 1 Cobertura del seguro social de salud de Chile, 2011	3
Figura 2 Población beneficiaria y financiamiento del sistema de seguro social de Chile	10
Figura 3 Flujo de los recursos en el sistema de salud de Chile, alrededor de 2011	11
Figura 4 Gastos de salud desembolsados por los pacientes y gasto total mensual de los hogares, 2006 (Ch\$ de 2006 y porcentaje)	12
Figura 5 Gasto total en salud del gobierno, 2000–2011 (%)	13
Figura 6 Gasto total en salud per cápita, 2000–2011 (Ch\$ de diciembre de 2011 y US\$)	14
Figura 7 Estructura de financiamiento de la salud en Chile, 2000–2011 (%)	
Figura 8 Fonasa: Costo estimado por beneficiario de los servicios que cubre el AUGE y de los que no cubre, 2001–2009 (US\$ de junio de 2009)	16
Figura 9 Tendencias en la producción de determinados servicios de salud del AUGE para beneficiarios de Fonasa, 2001–2009	18

## CUADROS

Cuadro 1 Cobertura, aportes, beneficios y prestación de servicios en el actual sistema de salud	6
---	---





# SIGLAS Y ABREVIACIONES

<b>AUGE</b>	Acceso Universal con Garantías Explícitas
<b>Fonasa</b>	Fondo Nacional de Salud
<b>GES</b>	Garantías Explícitas de Salud
<b>GHP</b>	Plan Garantizado de Salud
<b>Isapres</b>	Instituciones de Salud Previsional (aseguradoras de salud privadas con fines de lucro)
<b>PBS</b>	Pensión Básica Solidaria
<b>Sermena</b>	Servicio Médico Nacional de Empleados
<b>SIGGES</b>	Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud
<b>SNSS</b>	Sistema Nacional de Servicios de Salud



# RESUMEN EJECUTIVO

Chile depende del seguro social para prestar cobertura de salud prácticamente universal a sus 17 millones de ciudadanos. Su sistema de seguro social de salud ha sido objeto de críticas por mucho tiempo debido a que tiene dos subsistemas distintos: una aseguradora pública de grandes dimensiones (el Fondo Nacional de Salud, Fonasa) que cubre a tres cuartas partes de la población, incluidos los ciudadanos indigentes y los de bajo y mediano ingreso, y que en su mayoría proporciona servicios de salud por medio de entidades proveedoras públicas; y varias aseguradoras privadas con fines de lucro (Instituciones de Salud Previsional, Isapres), las cuales cubren a cerca de una sexta parte de la población que tiene mayores ingresos y que proporcionan servicios casi exclusivamente a través del sector privado. Además, hasta 2005, el sistema de seguro social de salud carecía de un plan explícito de beneficios, lo cual ha permitido que existan grandes diferencias en el contenido y la calidad de los servicios que prestan Fonasa y las Isapres. También ha hecho posible que las Isapres practiquen selección de los riesgos.

Una reforma que se llevó a cabo en 2005 y se conoce con el nombre de Acceso Universal con Garantías Explícitas, AUGE, definió un plan de beneficios básico para el seguro social de salud, que constaba de tratamientos garantizados y explícitos para 56 problemas de salud prioritarios. En 2010, este número se amplió a 69 y una iniciativa del gobierno actual ampliaría el plan aún más para cubrir 80 problemas de salud. El plan de beneficios del AUGE no solamente garantiza los tratamientos, sino que señala límites máximos al tiempo de espera y a la cantidad de dinero que paga el paciente por un tratamiento. La cobertura para los servicios que no están incluidos en el plan de beneficios de AUGE no está garantizada por Fonasa, aunque la aseguradora pública invierte más de la mitad de su presupuesto en financiar servicios que no cubre el AUGE. Las Isapres proporcionan cobertura adicional a la que incluye el AUGE, pero esta varía de beneficiario a beneficiario, dependiendo de su aporte y del plan de salud que compre.

La reforma que creó el AUGE ha estado acompañada por un incremento considerable del gasto total del país en salud, tanto de fuentes públicas como privadas. El gasto per cápita total creció en términos reales en un 155%, al pasar de Ch\$283.000 (US\$542) a Ch\$721.000 (US\$1.384),<sup>2</sup> aunque se ha estabilizado como porcentaje del Producto Interno Bruto en cerca del 7,5%. El gasto de bolsillo ha caído 10 puntos porcentuales como porcentaje del financiamiento de la salud en el país, al pasar de casi el 50% en 2000 al 38% en 2011. El AUGE ha mejorado el acceso a los servicios de salud de toda la población, incluidos los pobres y los demás beneficiarios de Fonasa. En Fonasa, este fenómeno no solo se ha observado en el caso de los servicios que cubre el AUGE, sino en el de otros servicios de salud que no figuran en el paquete de beneficios del AUGE. El gobierno ha expandido la capacidad de las entidades públicas proveedoras para satisfacer la demanda creciente de beneficios incluidos en el paquete del AUGE y de los que no están cubiertos por él.

El generoso paquete de beneficios que ofrece Fonasa a su población indigente (los servicios incluidos en el paquete del AUGE y otros que éste no cubre) ha llevado a cientos de miles de personas a declarar ingresos inferiores a los reales para poder clasificarse como beneficiarias indigentes. Recientemente Fonasa tomó medidas para limitar estos abusos.

Una propuesta actual de reforma que busca limitar la selección de riesgos y mejorar la movilidad de los beneficiarios en las Isapres podría expandir el paquete de beneficios de las Isapres, más allá de lo que incluye el AUGE. Esto legitimaría una gran diferencia entre los beneficios de salud que brindan la aseguradora pública y las aseguradoras privadas y podría generar presión política para expandir más el AUGE para todos los ciudadanos. Esta situación podría no ser posible desde el punto de vista fiscal y plantea el riesgo de que los esfuerzos por garantizar todos los servicios en el sistema de seguro social de salud terminen por regresar a la situación previa a 2005, cuando el racionamiento mediante las modalidades de denegación, listas de espera y derivación de la demanda se convierta de nuevo en el mecanismo fundamental para contener la demanda.

---

<sup>2</sup> En pesos chilenos de diciembre de 2011. El tipo de cambio era de 1 US\$ = Ch\$ 521,46.



# 1. INTRODUCCIÓN

La mayoría de los países que han adoptado el modelo de seguro social para lograr la cobertura universal de salud aplicaron un enfoque gradual: primero inscribieron a los empleados del gobierno y a los trabajadores del sector formal y luego ofrecieron cobertura a los pobres. En cambio Chile, que alcanzó una cobertura casi universal por medio del seguro social de salud a mediados del siglo XX ofreció a los pobres cobertura subsidiada con recursos públicos en las primeras etapas de la evolución del seguro social. Chile también fue pionero en la creación de un servicio nacional de salud que constaba de una red pública de hospitales y centros de atención primaria que abarcaba todo el país.<sup>3</sup>

Este documento se centra en la reciente y significativa reforma del sistema de salud que se ejecutó en 2005 y se conoce con el nombre de Acceso Universal con Garantías Explícitas, AUGE o GES),<sup>4</sup> la cual dispuso que las aseguradoras del seguro social debían adoptar un plan amplio de beneficios definido por medio de garantías legales explícitas para todos los beneficiarios. Esta reforma innovadora es una política que surgió en reacción a la que existía previamente en Chile y está extendida en muchos países en desarrollo, según la cual los derechos de los ciudadanos en materia de salud siguen siendo en buena parte implícitos o no definidos. Los limitados recursos públicos en esos países implican que el acceso a la atención sanitaria se raciona mediante listas de espera, derivación de los pacientes, tarifas establecidas por mandato legal o encubiertas y servicios de baja calidad. La nueva política dispone por ley que todas las aseguradoras del sistema social de salud deben ofrecer garantías de salud de tipo preventivo y curativo para enfermedades prioritarias, de acuerdo con protocolos de tratamiento, dentro de límites de tiempo específicos y con topes en los copagos. Por lo tanto, la política anterior de Chile de ofrecer beneficios de salud vagos, que era conveniente desde el punto de vista fiscal, se ha reemplazado con una que exige un compromiso público estricto con el financiamiento de los beneficios de salud que brinda el seguro social, porque ahora constituyen un derecho legal de todas las personas.

La ley del AUGE rige todo el sistema de seguro social chileno. Por lo tanto, se aplica a los indigentes a quienes cubre el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), la gran aseguradora pública, a los afiliados no indigentes de Fonasa y a los beneficiarios de mayores ingresos de las aseguradoras privadas del sistema de seguro social que se conocen como Isapres. En este documento se describen la reforma que creó el AUGE, su ejecución y el funcionamiento del AUGE para los ciudadanos pobres y los que no lo son.

Este documento está organizado en secciones. La sección 2 contiene un breve panorama histórico de la cobertura en el sistema de seguro social de salud chileno. La sección 3 describe el sistema social de salud vigente. La sección 4 describe los servicios que se ofrecen y los mecanismos con que cuenta ese sistema para cubrir a los pobres, mientras la sección 5 explica los beneficios del sistema de seguro social de salud.

La sección 6 se refiere a la reforma de la salud que creó el AUGE en 2005, cuyo fin era ampliar y hacer explícitos los derechos de todos los beneficiarios del sistema. La sección 7 contiene información sobre el flujo y la magnitud del financiamiento a la salud en el seguro social.

---

<sup>3</sup> Véanse Bitrán y Urcullo (2006) y Bitrán (2008), que contienen más información sobre las características clave del sistema de salud de Chile y su evolución.

<sup>4</sup> Inicialmente, a la reforma se le dio el nombre de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). El nombre que recibió posteriormente fue Garantías Explícitas de Salud (GES).

La sección 8 se centra en el sistema que usa Fonasa para direccionar sus servicios a los pobres. La sección 9 explica cómo Fonasa administra el AUGE. La sección 10 contiene datos sobre aspectos del AUGE que tienen que ver con la información. La sección 11 aborda las implicaciones fiscales y de equidad de expandir los beneficios del AUGE. Por último, la sección 12 propone una agenda pendiente de políticas públicas relacionadas con la cobertura de los pobres por parte del seguro social y la definición y administración de los beneficios.

## **2. LA COBERTURA DE SALUD PARA LOS POBRES EN CHILE: PANORAMA HISTÓRICO**

Chile tiene una trayectoria reconocida desde hace tiempo de administrar programas de bienestar social, incluidos los de salud, centrándose en los pobres, los vulnerables y los desempleados. Entre los siglos XVI y XIX surgieron varias organizaciones de salud formales, tanto públicas como privadas, sin fines de lucro. En 1886 se sancionó la ley sobre la Junta de Beneficencia, para unificar a las organizaciones sanitarias y los hospitales locales. En 1917, los organismos que ejecutaban programas de bienestar social participaron en un congreso nacional cuyo fin era mejorar la organización del sistema de salud. En 1924 se crearon el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y el Seguro Obrero Obligatorio, para cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte. El Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) se estableció en 1942 para proporcionar cobertura de salud a los empleados del sector formal. En el Servicio Nacional de Salud, creado en 1952, se unificaron varias entidades públicas proveedoras de servicios de salud, con lo cual se logró una cobertura geográfica significativa y se atendió principalmente a los trabajadores y los indigentes. Mediante una reforma adoptada en 1981 se creó el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), una aseguradora pública de gran magnitud que sustituyó al Sermena y cuyo financiamiento procedía de un impuesto obligatorio del 4% a la nómina de las empresas, destinado a la salud, y de subsidios públicos. Tenía el mandato de cubrir a quienes tuvieran empleo formal y a los indigentes. La ley también hizo posible que las aseguradoras privadas participaran en el mercado del seguro social de salud por medio de la recaudación del impuesto obligatorio del 4% a la nómina y de contribuciones adicionales de carácter voluntario.<sup>5</sup>

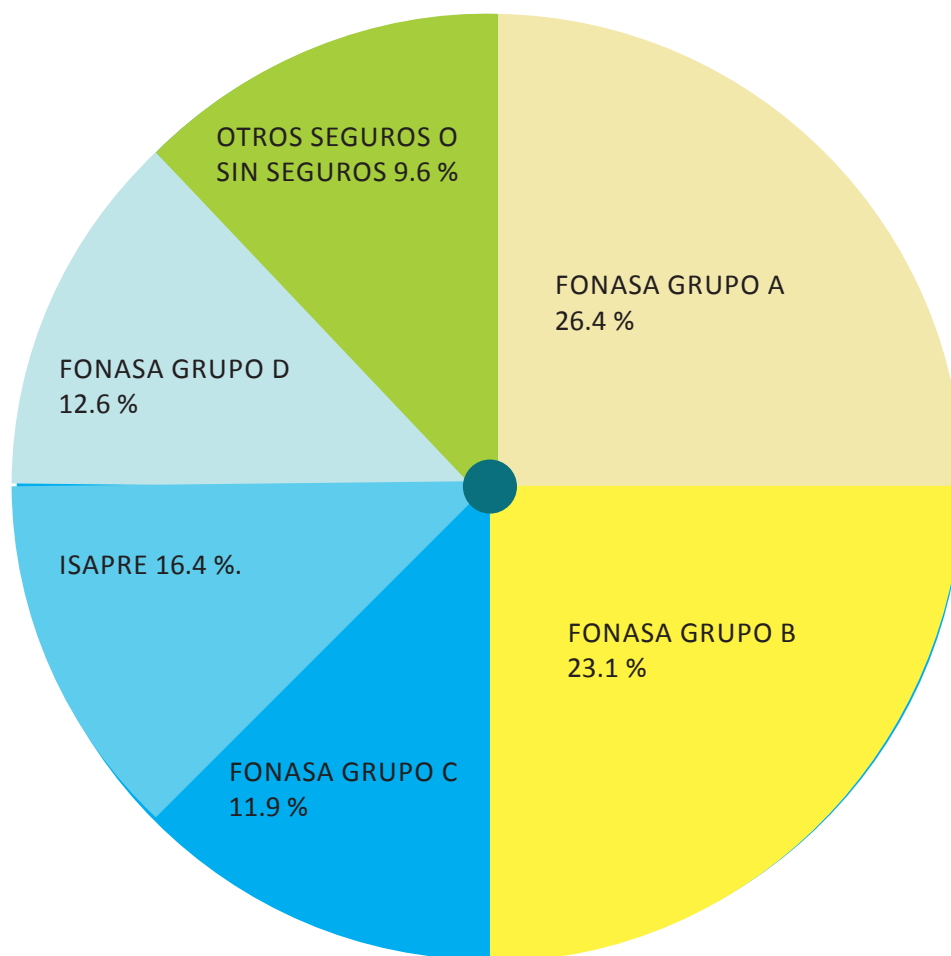
---

<sup>5</sup> En los años posteriores, este 4% se consideró insuficiente para financiar los beneficios de salud. Por lo tanto se incrementó progresivamente hasta llegar a su valor actual del 7%.

### 3. EL SISTEMA DE SALUD ACTUAL DE CHILE

Hoy, el sistema de salud de Chile es de tipo mixto: las entidades públicas y las privadas participan ambas en el aseguramiento y en la prestación de servicios de salud. En el mercado de seguros de salud se debe hacer una distinción entre las aseguradoras que pertenecen al sistema del seguro social de salud y las aseguradoras de salud comerciales que no forman parte de él. En el mercado del seguro social de salud, Fonasa, la institución pública sin fines de lucro, tiene un tamaño dominante; a fines de 2011 cubría a 13,2 millones de personas, un poco más de las tres cuartas partes de la población del país, mientras las siete aseguradoras privadas con fines de lucro (que se conocen como Isapres) cubrían a 2,9 millones de chilenos, o una sexta parte de la población (Figura 1). Aproximadamente 1,1 millones de chilenos tienen seguro mediante otros sistemas de seguro social como los de las Fuerzas Armadas y la Policía, solamente tienen seguro de salud comercial o no tienen seguro. Los chilenos que no están afiliados al seguro social de salud no están sujetos a la ley del AUGE. La mayoría de las personas que no tienen ningún tipo de seguro no son pobres.

**Figura 1 Cobertura del seguro social de salud de Chile, 2011**



**Fuentes:** El autor, con datos del Instituto Nacional de Estadísticas sobre población total, [www.ine.cl](http://www.ine.cl); de Fonasa (2010), Boletín Estadístico 2010, [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl); y de la Superintendencia de Salud (2010), Estadísticas básicas comparadas del sistema Isapre en diciembre, [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl).

A diciembre de 2011, las aseguradoras privadas con fines comerciales (que no están incluidas en la Figura 1) tenían unos 4,6 millones de beneficiarios, lo cual sobrepasa la cobertura de las Isapres. Aunque no existen estudios sobre el perfil de las personas que tiene seguros de aseguradoras privadas con fines comerciales, se supone que la mayoría son personas de ingreso mediano y alto que tienen cobertura de una Isapre pero buscan mayor protección financiera mediante la adquisición de un seguro privado. La Asociación de Aseguradores de Chile (AACH, 2012) calcula que el 87% de las primas para cobertura de salud que recaudan sus afiliadas vienen de empresas que compran cobertura de salud colectiva para sus empleados y las familias de estos, y el 13% restante proviene de primas pagadas por personas. Estas aseguradoras proporcionan cobertura para casos de catástrofe o cobertura financiera adicional superior a la que otorgan Fonasa y las Isapres. También cubren a las personas que no tienen seguro social.

Por ley, todos los trabajadores dependientes e independientes que tengan un fondo de jubilación deben registrarse en Fonasa o una Isapre mediante el pago que un aporte mensual equivalente al 7% de su salario, con un tope salarial mensual US\$2.700 (véase el Cuadro 1).<sup>6</sup> Otras personas pueden afiliarse también al seguro social de salud. Entre ellas están los trabajadores independientes, que pueden inscribirse voluntariamente en Fonasa o una Isapre siempre y cuando realicen el aporte del 7%; los ciudadanos declarados indigentes de acuerdo con la ley; los trabajadores que según la ley sean desempleados, que tienen derecho a la cobertura gratuita de Fonasa, y los jubilados que, desde 2010, quedaron exentos del pago del aporte del 7% a Fonasa. Además, los beneficiarios de las Isapres pueden realizar un aporte adicional voluntario para comprar cobertura complementaria. En cambio, los de Fonasa no pueden hacer aportes adicionales al 7%. Desde la adopción del AUGE (véase su descripción en la sección 6), las Isapres también pueden cobrar una prima por el AUGE que es adicional al aporte del 7% establecido por ley y a los aportes voluntarios adicionales que realicen los asegurados. En contraste, Fonasa no cobra una prima específica por el AUGE adicional al aporte del 7% del salario.

Las aseguradoras públicas y privadas que pertenecen al sistema de seguro social (Fonasa y las Isapres) operan en competencia y están sujetas a la reglamentación de la Superintendencia de Salud, establecida en 2005. En cambio, las aseguradoras privadas con fines comerciales están sujetas a la reglamentación de la Superintendencia de Valores y Seguros. El hecho de que las aseguradoras que pertenecen al sistema de seguro social y aquellas que no forman parte de él tengan distintos marcos reglamentarios es fuente de creciente preocupación para algunos congresistas, que temen que esta reglamentación asimétrica no permita adoptar soluciones apropiadas a las fallas del mercado y los problemas relativos a la equidad que surjan en los mercados de seguros de salud.

---

<sup>6</sup> El aporte mensual máximo a Fonasa o una Isapre que establece la ley es, por lo tanto, de US\$140.



## **4. COBERTURA DE LOS POBRES EN EL SISTEMA DE SEGURO SOCIAL DE SALUD**

La cobertura de los pobres está garantizada por medio de Fonasa. Cerca del 26% de los 13,2 millones de beneficiarios de Fonasa está clasificado como indigente (también se les conoce como el Grupo A; véase la Figura 1), y para reunir los requisitos deben estar certificados como tales por medio de un proceso oficial (que se describe luego). Pueden exigir la cobertura plena de Fonasa de modo gratuito, no tienen que pagar una prima de inscripción y están exentos de todos los copagos a entidades públicas proveedoras de servicios. El otro 64% de los beneficiarios de Fonasa son trabajadores de los sectores formal o informal que aportan el 7% de su salario a la aseguradora, hasta el tope salarial mensual. Están clasificados en grupos (B, C y D) según su ingreso mensual. Periódicamente, Fonasa revisa las bandas de ingreso a partir de las cuales se definen estos grupos, utilizando el índice de precios al consumidor.

## **5. LOS BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD**

En Fonasa, los beneficios del seguro social para los grupos B, C y D y para los jubilados incluyen: (a) todos los servicios de salud del AUGE, tanto preventivos como curativos, en su mayoría prestados por entidades proveedoras públicas, pero también por las privadas cuando el sector público no los ofrezca; (b) todos los servicios de salud que no correspondan al AUGE, preventivos curativos, de las entidades proveedoras públicas; (c) un bono para cofinanciación de la atención sanitaria prestada por instituciones privadas escogidas por el beneficiario en una lista de proveedores privados que mantiene Fonasa; y (d) subsidios por licencias de enfermedad y maternidad, los cuales son pagos que realiza Fonasa al trabajador asegurado para reemplazar sus ingresos si no puede trabajar debido a una enfermedad o el nacimiento de un hijo. Este ingreso tiene un tope equivalente a unos US\$2.700 mensuales. Los beneficiarios indigentes de Fonasa (grupo A) pueden obtener actualmente los beneficios de los numerales (a) y (b), pero no los beneficios de los numerales (c) y (d), aunque existe una propuesta reciente de la administración de Fonasa destinada a otorgarles también los beneficios del numeral (c).

Las Isapres ofrecen servicios similares, salvo por el hecho de que los servicios de salud del AUGE y los que no correspondan al AUGE son prestados en su mayoría por instituciones privadas. El uso casi exclusivo de instituciones privadas por parte de los beneficiarios de las Isapres tiene dos explicaciones. En primer lugar, por ley, los hospitales públicos tienen límites estrictos a la cantidad de camas que pueden ofrecer a personas que no sean beneficiarias de Fonasa; en segundo lugar, los beneficiarios de las Isapres rara vez desean utilizar a instituciones públicas porque por medio de su cobertura normal privada pueden obtener atención que consideran más oportuna y de mejor calidad.

Hasta 2005, Fonasa no tenía un plan explícito de beneficios y a los beneficiarios se les racionaban los servicios de salud por medio de listas de espera, denegación de atención y servicios baja calidad, sobre todo en el caso de la atención especializada y los servicios hospitalarios costosos. Además, el seguro social de Chile carecía de un plan de beneficios definido por ley y debido a eso las distintas Isapres podían ofrecer diferentes planes de salud, sin que existiera un plan mínimo o de referencia, y cada Isapre podía ofrecer múltiples planes de salud. Muchos consideraban que la inexistencia de un plan de beneficios nacional para los beneficiarios del seguro social era una debilidad del sistema que daba lugar a diferencias entre las coberturas de las Isapres y de Fonasa, y a la selección de los riesgos y un nivel bajo de mancomunación de riesgos en las Isapres. El Cuadro 1 sintetiza la información anterior sobre la cobertura, los aportes, los beneficios y los proveedores

de servicios de salud del país. El resto de este documento se centra en la adopción del paquete de beneficios del AUGE y en algunas de sus consecuencias en el acceso a los servicios y en el gasto en salud por parte de los beneficiarios de Fonasa.

**Cuadro 1 Cobertura, aportes, beneficios y prestación de servicios en el actual sistema de salud**

	Fonasa (aseguradora pública del sistema de seguro social)		Isapres (aseguradoras privadas del sistema de seguro social)	Personas no afiliadas al sistema de seguro social <sup>b</sup>
	Los indigentes	Otros beneficiarios		
<b>Cobertura (%)</b>				
Población	76.5%		17.0%	6.5%
	27.3%	49.2%		
<b>Aportes</b>				
Aporte obligatorio del 7%	NO	SI	SI	
Aporte adicional por el AUGE	NO	NO	SI	
Aportes adicionales voluntarios	NO	NO	SI	
<b>Paquetes de beneficios</b>				
Paquete de beneficios del AUGE <sup>a</sup>	Obligatorio, sin copagos	Obligatorio, con copagos definidos por ley.	Obligatorio, con copagos definidos por ley.	No obligatorio La cobertura para las Fuerzas Armadas y la Policía supera la del AUGE
Servicios de salud que no cubre el AUGE	Servicios ofrecidos sin garantías explícitas y racionamiento que se traduce en listas de espera		Servicios ofrecidos sin garantías explícitas y racionamiento que se traduce en listas de espera	Los servicios ofrecidos son más generosos que los de Fonasa.
<b>Prestación de los servicios</b>				
Prestación de los servicios de salud del AUGE	Exclusivamente por proveedores públicos, salvo si el sector público no los ofrece, en cuyo caso Fonasa se los compra a proveedores privados.		Exclusivamente por proveedores privados preferidos.	Las Fuerzas Armadas y la Policía tienen sus propios proveedores. Las personas sin cobertura del seguro social deben acudir a proveedores públicos o privados y pagar tarifas por cada servicio.
Prestación de los servicios de salud que no cubre el AUGE E	Exclusivamente por proveedores públicos	En su mayoría por proveedores públicos, pero Fonasa ofrece un bono de bajo costo para atención privada	Exclusivamente por proveedores privados, seleccionados libremente.	

Nota:

<sup>a</sup>. Intervenciones garantizadas por ley para prevenir y tratar 69 problemas de salud prioritarios. Véase la lista de esos problemas en el Anexo B.

<sup>b</sup>. Incluye a las personas cubiertas por las Fuerzas Armadas y la Policía, a las que no tienen seguro de salud o a aquellas que tienen seguro privado de tipo comercial pero no están afiliadas al seguro social

## 6. LA REFORMA DE LA SALUD DE 2005, POR LA CUAL SE CREÓ EL AUGE

La reforma de 2005, que se conoce como el AUGE o el GES (Ley No. 19.966) formuló un paquete explícito de beneficios para todos los beneficiarios de Fonasa y de las Isapres. El paquete de beneficios del AUGE buscaba inicialmente cubrir 56 problemas de salud prioritarios y definía explícitamente cuatro garantías legales para los beneficiarios, que comprendían:

- El derecho a la atención sanitaria para los problemas prioritarios
- La definición los protocolos de tratamiento y la definición explícita de las intervenciones garantizadas por ley para cada problema de salud
- La adopción de periodos máximos de espera para recibir tratamiento
- La adopción de límites a los gastos que desembolsa el beneficiario por la atención.

Las garantías del AUGE rigen tanto para los beneficiarios de Fonasa como para los de las Isapres. La importancia de esta reforma se deriva en parte de su definición por ley de derechos explícitos de salud para los beneficiarios de Fonasa, sean pobres o no. También se debe a la obligación legal de las Isapres de adoptar como mínimo las mismas garantías legales que ofrece Fonasa. Aunque las Isapres han tenido desde su creación contratos de salud con sus beneficiarios que son explícitos y reglamentados por ley, y una proporción elevada de los beneficiarios recibía más cobertura de la que exige el AUGE, la aprobación del AUGE también significó la definición de beneficios mínimos para estas aseguradoras. Por lo tanto, ningún beneficiario de una Isapre puede obtener menos cobertura de la que exige el AUGE. Es decir que el AUGE ha establecido un mínimo o estándar de cobertura al que deben ceñirse todas las aseguradoras que participen en el sistema de seguro social. A mediados de 2007, el AUGE incluía 56 problemas de salud prioritarios con sus respectivas garantías; esta cantidad aumentó a 69 para mediados de 2010 (véase la lista en el Anexo B); actualmente se realiza un estudio destinado a determinar si se deben agregar 11 problemas adicionales, para un total de 80<sup>7</sup>.

**Contenido del AUGE.** A comienzos de este siglo, el Presidente Ricardo Lagos estableció una comisión interministerial para la reforma del sistema de salud que concibió la política sobre el AUGE y estuvo a cargo del proceso que llevó a la formulación de sus primeros 56 problemas de salud prioritarios. Los Ministerios de Salud y Hacienda determinan el contenido del plan de beneficios del AUGE teniendo en cuenta varios criterios, entre ellos la carga de morbilidad, la proporción de la población que padece la enfermedad, el costo previsto por beneficiario, la capacidad de oferta de la red de salud y la eficacia de las intervenciones. Vargas y Poblete (2008) explican los criterios que aplicó la comisión reformadora para fijar las prioridades. La ley exige que, una vez que se adopte una decisión sobre posibles adiciones al plan de beneficios del AUGE o eliminaciones de servicios del mismo, se lleve a cabo un estudio de costos para determinar las consecuencias de los cambios en los costos del AUGE para Fonasa y las Isapres. Si el nuevo costo está dentro del rango definido por ley y determinado por la llamada “prima universal,” que la ley fija en este momento en US\$177 anuales por beneficiario del seguro social, el Ministerio de Salud expide un decreto en el cual se especifica el plan de beneficios revisado.

---

<sup>7</sup> En Julio de 2013 las GES fueron efectivamente aumentadas a 80. El listado completo actual puede consultarse en: <http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/10dd6743-7023-4ba6-ae74-6d169cdc4617/LIBRO+AUGE+80+COMPLETO+FINAL+WS.pdf?MOD=AJPERES> (acceso en fecha 27 de febrero 2014)

**Financiamiento del AUGE.** En 2005, el Congreso aprobó una ley según la cual la principal fuente de financiamiento público para los beneficios del AUGE que presta Fonasa sería un aumento de un punto porcentual al impuesto al valor agregado, que pasó del 18% al 19%. Aunque algunos estudios han demostrado que el impuesto al valor agregado de Chile tiene un efecto regresivo, otros dicen que tiene un efecto progresista por los beneficios que financia (Engel, Galetovic y Raddatz, 1997). Aunque no se han realizado estudios específicos, es probable que este aumento del impuesto sea progresivo por el financiamiento de los beneficios del AUGE que presta Fonasa.

**Proveedores.** Fonasa compra la mayoría de los beneficios del AUGE a entidades públicas proveedoras en los tres niveles de atención (véase la descripción del sistema de prestación de los servicios de salud en Chile en el Anexo A). Esto se ajusta a una política explícita adoptada por Fonasa, que consiste en minimizar el gasto en el AUGE obteniendo la proporción más alta de los servicios que sea posible de proveedores públicos relativamente menos costosos. Sin embargo, en aquellas situaciones en las cuales existe una oferta pública insuficiente, Fonasa puede verse obligada a comprar servicios del AUGE a un proveedor privado, a un precio más alto. En 2010, Fonasa respondió a las colas de espera por servicios del AUGE con una nueva política que se conoce como el bono AUGE, la cual ofrece a los beneficiarios un bono nominal que les permite obtener los servicios del AUGE de proveedores privados cuando los proveedores públicos no se los presten en el tiempo establecido por las garantías. Sin embargo, evidencias limitadas muestran que el uso del bono ha sido moderado, porque su valor es demasiado pequeño como para resultar atractivo para los proveedores privados. A fines de 2011, Fonasa aseguró que todos los problemas relativos a las listas de espera para recibir servicios del AUGE se habían resuelto, una afirmación con la cual han estado en desacuerdo muchos y que sigue siendo tema de controversia cuando se discuten las políticas.

**Seguimiento del cumplimiento.** La Superintendencia de Salud es responsable de dar seguimiento al cumplimiento de las garantías del AUGE por parte de Fonasa y de las Isapres y de sancionar a las aseguradoras que incumplan una o más garantías. También está a cargo de acreditar a los proveedores públicos y privados que prestan los servicios de salud del AUGE.

**Copagos por los servicios del AUGE.** La reforma permite la adopción de copagos por parte de Fonasa y de las Isapres por los servicios del AUGE. Pero para prevenir el empobrecimiento y los grandes impactos financieros derivados de eventos relacionados con la salud, establece un límite a la magnitud de esos copagos. En Fonasa, los indigentes del Grupo A y los beneficiarios de bajo ingreso del Grupo B están exentos de los copagos. En cambio, los de los grupos C y D deben realizar copagos máximos del 10% y el 20% respectivamente, que se computan partiendo de la lista de precios de Fonasa. Además, la suma de todos los copagos durante cualquier periodo de 12 meses no puede exceder dos salarios mensuales si la familia tiene un problema de salud de los que cubre el AUGE, y tres salarios mensuales si tiene dos o más problemas de salud incluidos. Una vez que se alcanza ese deducible, Fonasa y las Isapres cubren todo el costo de cualquier servicio adicional del AUGE, con lo cual las familias quedan exentas de todo copago adicional hasta que se complete el periodo anual.

**Sistema de referencias.** Los beneficiarios de Fonasa, ya sean indigentes o no, que deseen obtener atención para uno de los problemas médicos que cubra el AUGE, deben recibir la atención de un proveedor de servicios primarios, lo cual les da entrada al AUGE.

El médico hará las remisiones necesarias a niveles superiores del sistema de acuerdo con los protocolos del AUGE. Los beneficiarios pueden solicitar la confirmación de su diagnóstico relacionado con el AUGE por medio de reconocimientos médicos, como lo estipula la ley. Los beneficiarios de las Isapres que deseen obtener beneficios del AUGE deben obtener un certificado de su médico según el cual tienen un problema médico que cubre el AUGE. Luego deben presentarlo a su Isapre, que les indica cuáles son los proveedores preferidos de su red para que les presten el tratamiento apropiado. Si el beneficiario se niega a acudir a esos proveedores puede salir del AUGE y seleccionar libremente a un proveedor diferente, con lo cual tendrá la cobertura estándar (copagos, deducibles y topes) de su plan de salud. En caso de urgencias vitales, tanto los beneficiarios de Fonasa como los de las Isapres pueden obtener atención en el establecimiento más cercano, público o privado, y deben informar con prontitud a su aseguradora, que luego trasladará al paciente estabilizado a un establecimiento de su red de proveedores preferidos. El Ministerio de Salud (2009) ha mostrado pruebas de que la mayoría de los beneficiarios de Fonasa escogen recibir los servicios del AUGE de los proveedores preferidos de la entidad, que en su mayoría son entidades públicas, y que la mayoría de los beneficiarios de las Isapres tienden a salir del AUGE para recibir lo que consideran mejor atención de proveedores que no participan en el AUGE, con la cobertura estándar de la Isapre.

**Pago por los servicios del AUGE.** Fonasa paga a los hospitales públicos con una combinación de pagos prospectivos por caso y tarifas por cada servicio. Les paga a los centros de salud mediante una combinación de capitación, tarifas por cada servicio y pago anual por caso tratado (por ejemplo, por el tratamiento ambulatorio de enfermedades crónicas). Las Isapres les pagan a los proveedores privados que les prestan servicios de salud del AUGE principalmente por medio de tarifas por cada servicio cuando se trata de atención ambulatoria y una combinación de pago por caso tratado y tarifas por cada servicio cuando se trata de hospitalización.

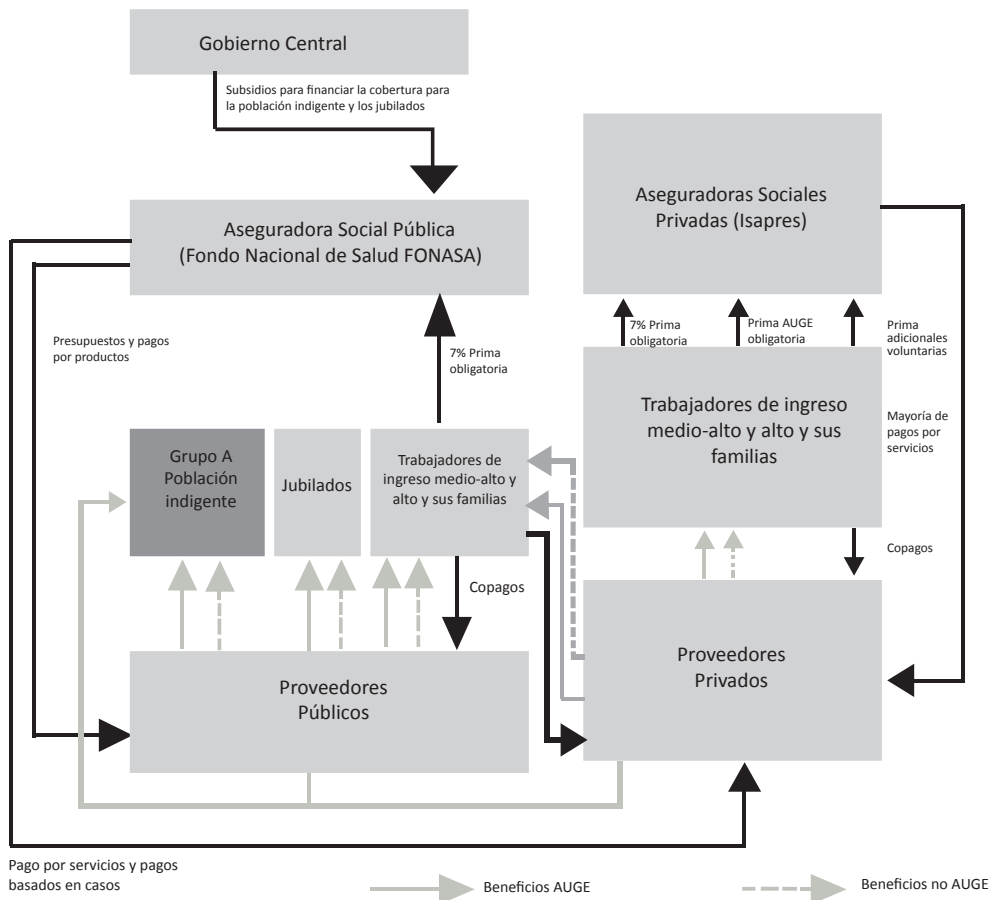
**Información al consumidor.** El gobierno ha divulgado el funcionamiento del AUGE por medio de campañas masivas de comunicación. Desde su lanzamiento en 2005, los chilenos se han estado enterando de sus derechos de salud en el marco del AUGE, y su creciente utilización de los servicios del programa lo demuestra. Los médicos que trabajan para el sector público y para el privado tienen la obligación legal de informar a sus pacientes por escrito que su problema de salud está cubierto por el AUGE.

# 7. FINANCIAMIENTO Y FLUJO DE SERVICIOS EN EL SISTEMA DE SEGURO SOCIAL

En este documento se han descrito la estructura y los agentes que forman parte del sistema de seguro social en Chile, sus fuentes de financiamiento y los beneficios sanitarios. Ahora procederemos a describir los flujos de financiamiento, la estructura de este y los montos.

La Figura 2 presenta el financiamiento y los flujos de servicios en el actual sistema de seguro social de Chile. Los subsidios gubernamentales a Fonasa buscan financiar toda la cobertura para los indigentes y los jubilados. Fonasa también recibe los aportes del 7% que realizan sus afiliados. Paga a sus proveedores públicos mediante una combinación de presupuestos históricos (a los hospitales), capitación (a los centros de salud), tarifas por cada servicio y pago por caso tratado. Paga a sus proveedores privados mediante tarifas por cada servicio y pago por caso tratado. Las Isapres reciben financiamiento exclusivamente de los aportes obligatorios del 7% que pagan sus afiliados, la prima obligatoria adicional por el AUGE (las Isapres tienen el derecho de cobrarla y la libertad para determinarla), y las primas voluntarias adicionales que paguen los asegurados para obtener planes mejores, que tengan copagos, deducibles y topes más bajos, un número mayor de proveedores entre los cuales puedan escoger o proveedores de mejor calidad. Las Isapres pagan a sus proveedores privados en su mayoría mediante tarifas por cada servicio. Por ley, las Isapres no pueden ser dueñas de proveedores de servicios de salud, de modo que no les es posible lograr la integración vertical. Sin embargo, las Isapres más grandes son de propiedad de consorcios de gran envergadura que también son dueños de proveedores de servicios de salud.

**Figura 2 Población beneficiaria y financiamiento del sistema de seguro social de Chile**

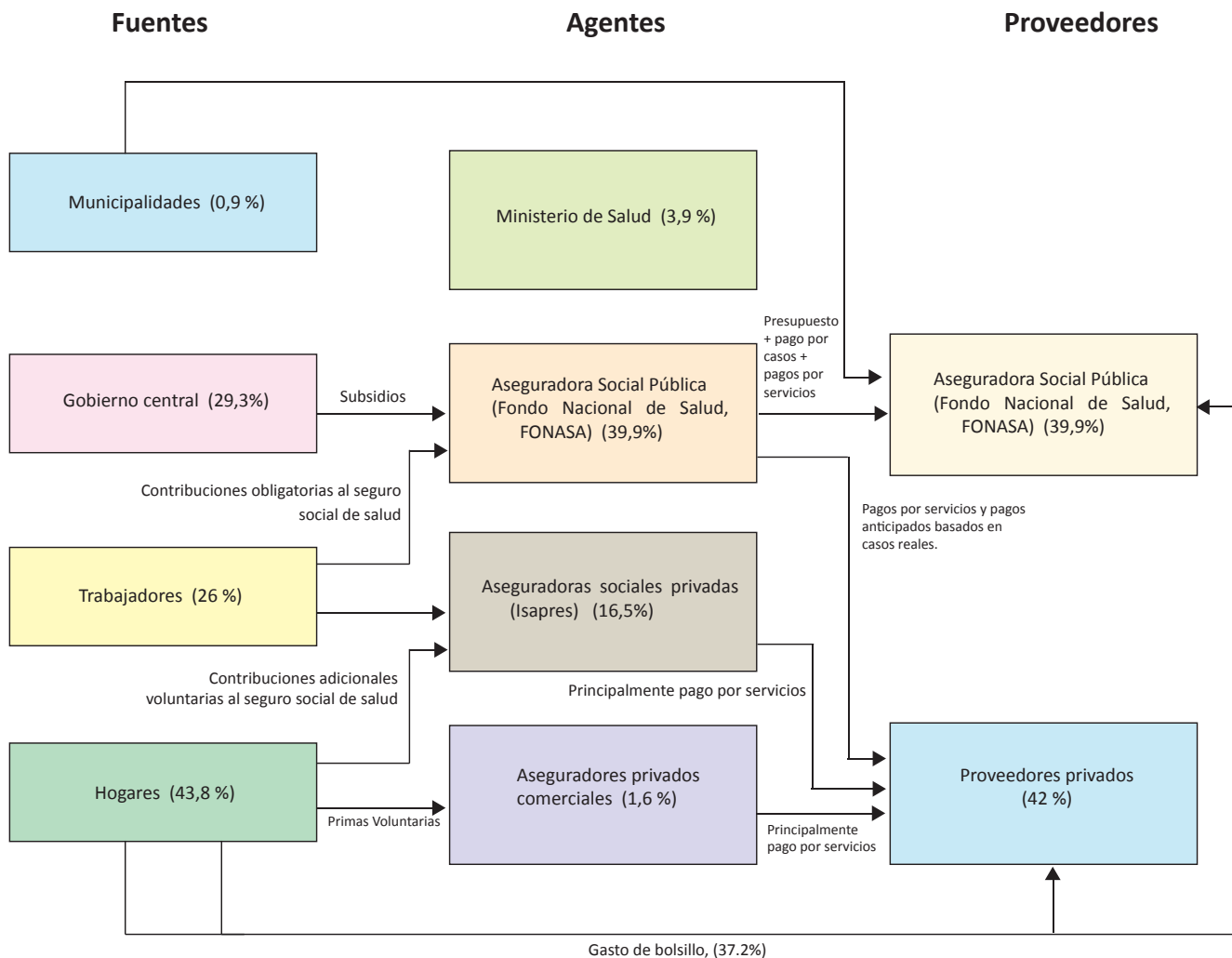


La Figura 3 muestra el flujo de fondos en el sistema de salud de Chile. Contiene las fuentes de financiamiento, los agentes que manejan los recursos y los proveedores de servicios. El sistema recibe recursos del gobierno central, los municipios, los trabajadores y los hogares. El financiamiento de los hogares incluye los pagos por servicios que desembolsen los pacientes (el 37,2%) y los aportes adicionales voluntarios a las Isapres (el 6,5%), y representa la fuente más grande de financiamiento, que aporta el 43,8% de los recursos. Le siguen en importancia los recursos del gobierno central (el 29,3%) y el aporte obligatorio del 7% que hacen los trabajadores al seguro social (el 26%).

Los recursos se transfieren a los agentes, que concentran y asignan los ingresos del sistema. Los agentes son Fonasa, las Isapres, el Ministerio de Salud y las aseguradoras privadas. El agente que canaliza la mayor proporción de los recursos es Fonasa (el 39,9%), que recibe recursos del gobierno central y los aportes obligatorios de los trabajadores. Los segundos agentes más importantes son las Isapres, que manejan una proporción del 16,5% procedente del aporte obligatorio del 7% y de los aportes adicionales voluntarios de los afiliados.

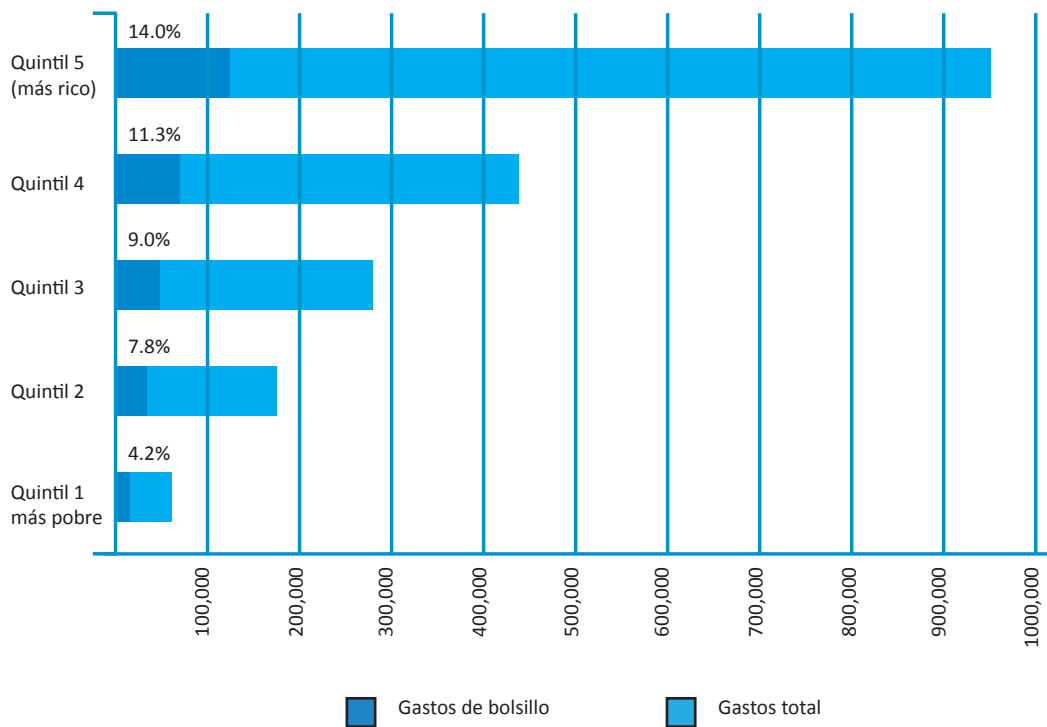
Por último, estos agentes canalizan sus recursos financieros hacia sus proveedores públicos y privados mediante distintos métodos de pago. Los proveedores privados captan el 59,5% de todos los recursos del sistema y los públicos captan el resto.

**Figura 3 Flujo de los recursos en el sistema de salud de Chile, alrededor de 2011**



El sistema de salud de Chile depende bastante del gasto de bolsillo de los pacientes para financiar servicios de salud. Un estudio realizado en 2007 por el Ministerio de Salud concluyó que casi una tercera parte de todo el gasto correspondía a los desembolsos de los hogares para medicinas, copagos a los proveedores de su plan de seguro social y servicios privados de salud que no cubrían sus aseguradoras. También determinó que el financiamiento de la salud por parte de los pacientes es progresivo; la proporción de gasto del hogar que se desembolsa para cubrir costos de salud es más pequeña para las bandas de ingreso inferiores (el 4,2%; véase la Figura 4) y aumenta con los ingresos hasta llegar al 14% en el caso del grupo de mayores ingresos.

**Figura 4 Gastos de salud desembolsados por los pacientes y gasto total mensual de los hogares, 2006 (Ch\$ de 2006 y porcentaje)**

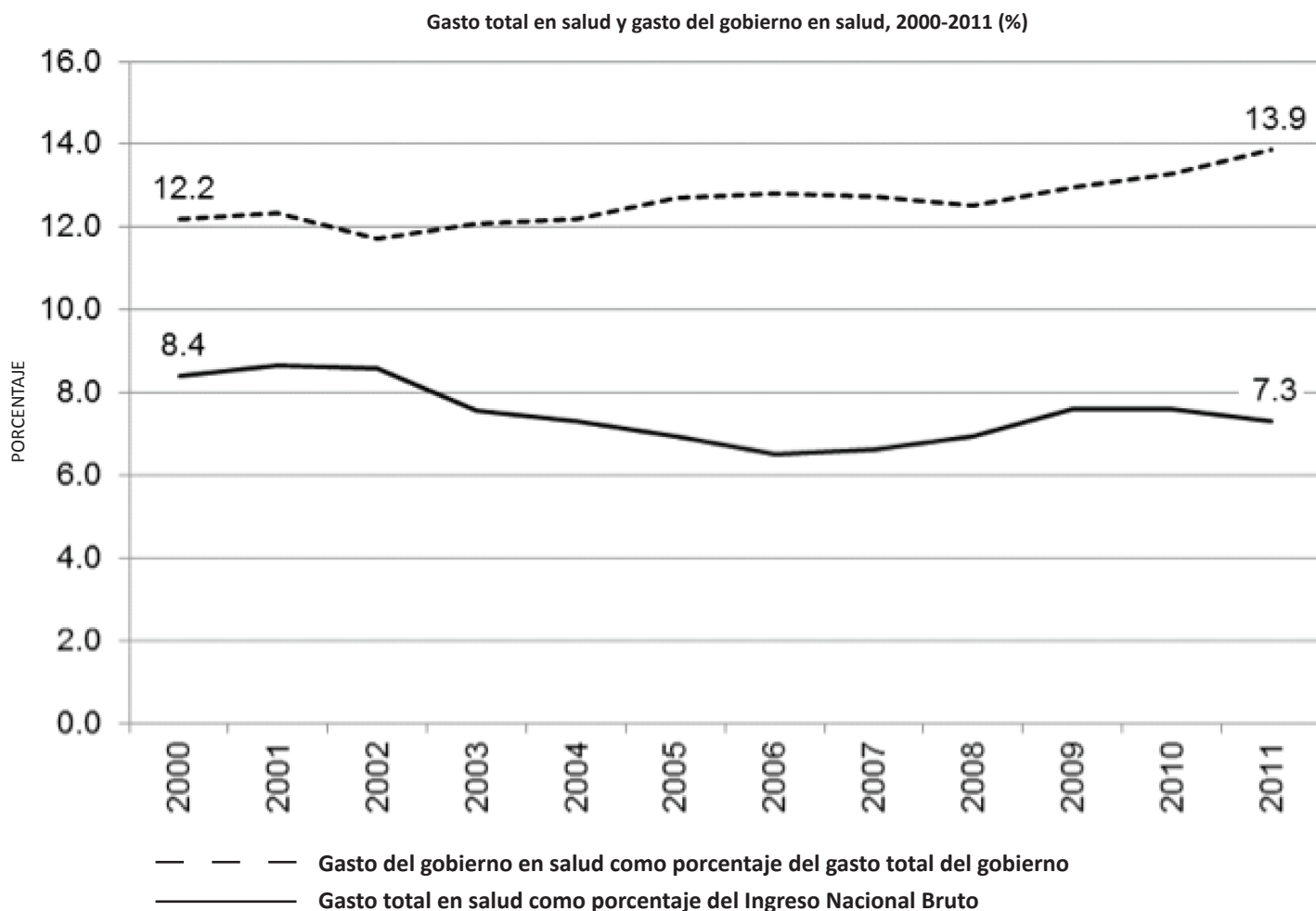


**Fuente:** Ministerio de Salud, 2007.



En el siguiente análisis del gasto nacional en salud se utilizan datos entregados por Fonasa en 2012, para el periodo 2000–2011. Las cifras que se presentan son calculadas. El gasto total en salud como proporción del PIB ha caído del 8,4% en 2000 al 7,3% en 2011. Esta caída coincidió con el aumento de la participación del sector de la salud en el presupuesto del gobierno del 12,2% en 2000 al 13,9% en 2011. En términos reales absolutos, el gasto total en salud per cápita ha crecido en un 48% (Figura 6), al pasar de Ch\$266.000 a Ch\$395.000 (pesos chilenos de diciembre de 2011).

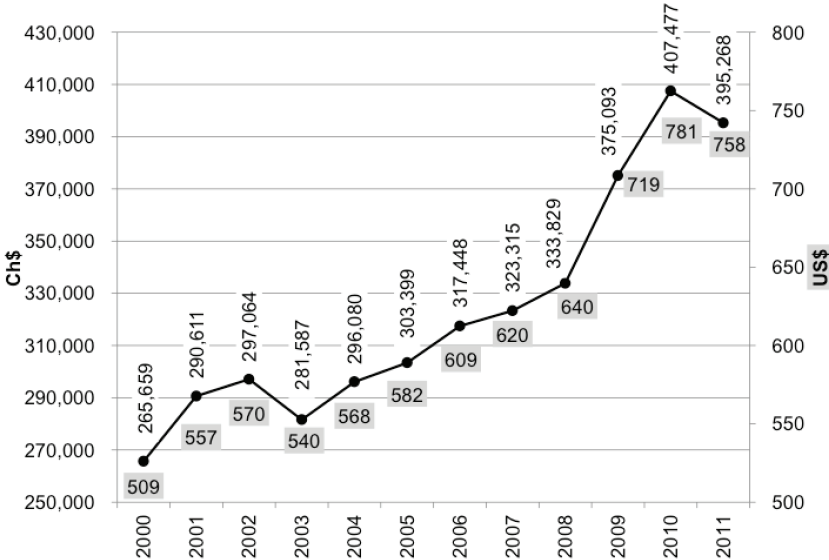
**Figura 5 Gasto total en salud del gobierno, 2000–2011 (%)**



**Fuentes:** El autor, con datos de la Dirección de Presupuestos (2010) sobre el gasto total del gobierno y el gasto total en salud, y de Fonasa (2012)..

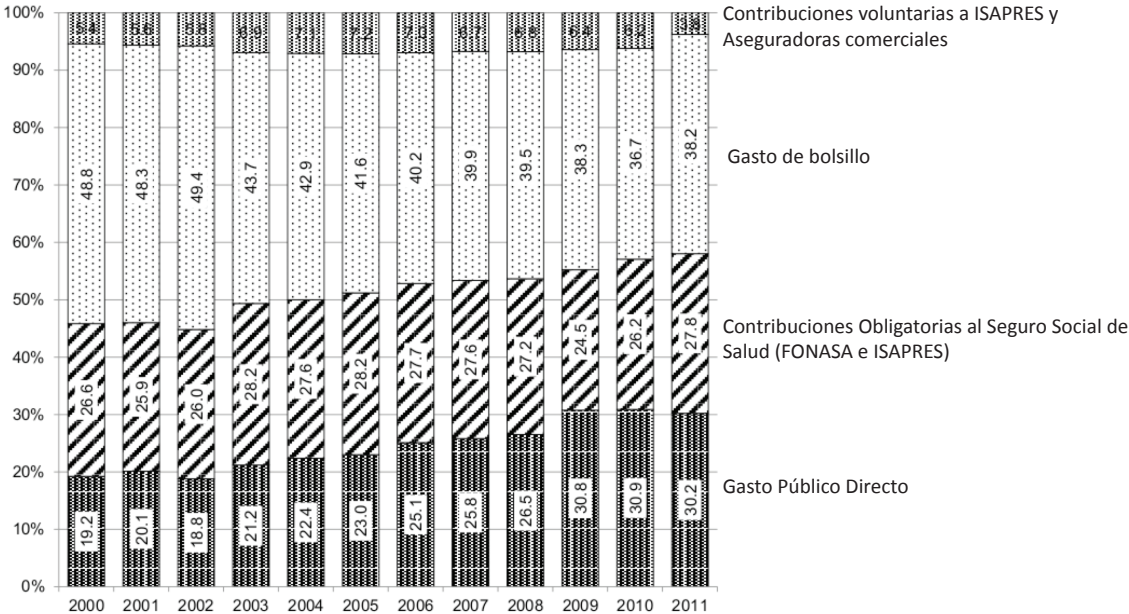
La mayor fuente de financiamiento de la salud son los desembolsos que hacen los pacientes (Figura 7). Entre 2005 y 2011, estos crecieron en términos reales pero cayeron como porcentaje del gasto total en salud, del 41,6% al 38,2%. En el periodo de 11 años que muestra la Figura, cayeron como porcentaje del gasto total en salud en unos 10 puntos porcentuales respecto al valor inicial del 48,8%. Una parte del gasto total en salud, los aportes obligatorios al seguro social, se ha mantenido más bien estables en el periodo de 11 años y desde la adopción del AUGE en 2005. El gasto del gobierno en salud distinto de Fonasa creció como porcentaje del gasto total en salud en casi 10 puntos porcentuales entre 2000 y 2001. Por lo tanto, el cambio más grande en la estructura de financiamiento de la salud durante ese periodo fue una reducción de 10 puntos porcentuales en los gastos que desembolsan los pacientes, acompañada por un aumento similar del gasto del gobierno en salud distinto del seguro social

**Figura 6 Gasto total en salud per cápita, 2000–2011 (Ch\$ de diciembre de 2011 y US\$)**



Fuente: Fonasa, 2012

**Figura 7 Estructura de financiamiento de la salud en Chile, 2000–2011 (%)**



Fuente: Fonasa, 2012

## 8. SELECCIÓN, IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS EN FONASA

Por definición, los beneficiarios del Grupo A de Fonasa son personas que carecen de recursos o de empleo formal, y aquellos que reciben el Subsidio Único Familiar o la Pensión Básica Solidaria (PBS) del gobierno. Del mismo modo, las mujeres embarazadas y los niños menores de 6 años pueden solicitar ingreso al Grupo A y obtener atención sanitaria gratuita de todos los proveedores de la red pública. La solicitud de ingreso al Grupo A se presenta en los centros de salud públicos, en los cuales deben estar registradas las personas. Todos los centros del país deben suministrar para estos efectos un formulario especial de solicitud que se conoce como Clasificación de Carencia de Recursos.

Los beneficiarios del Grupo A de Fonasa representan más de una cuarta parte de la población total de Chile (véase el Cuadro 1); sin embargo, la pobreza afecta solamente al 14,4% de la población de Chile (PNUD, 2012). La diferencia entre estas dos cifras llevó a los directivos de Fonasa en 2010 a investigar sobre la existencia de los llamados “falsos indigentes”. La primera parte del estudio fue el análisis de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN, de 2009, a la que siguió una verificación cruzada de la lista de beneficiarios de Fonasa contra la de contribuyentes del Servicio de Impuestos Internos. Como resultado de estos esfuerzos se determinó que aproximadamente 400.000 personas estaban registradas ilegalmente en el Grupo A de Fonasa. La mayoría eran trabajadores temporales e independientes que no hacían aportes para pensiones. El aporte al sistema de pensiones es un requisito legal para todos los trabajadores chilenos, excepto si se consideran indigentes. Esto otorga un incentivo contraproducente para algunos que deciden clasificarse como indigentes, lo que los libra de la obligación de ahorrar parte de su ingreso como aporte a su pensión.

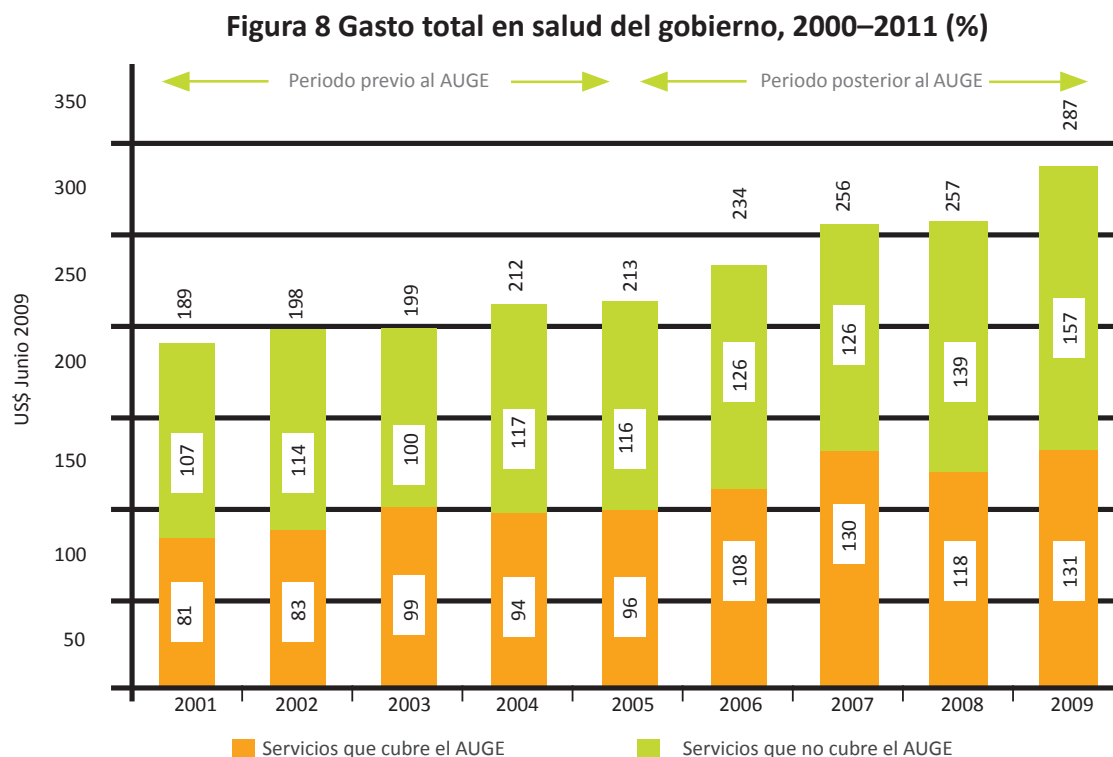
En reacción a esta información, Fonasa anunció en Julio de 2012 que la mayoría de los beneficiarios del Grupo A que habían declarado que eran trabajadores temporales serían reclasificados en el Grupo B y por lo tanto se les exigiría aportar el 7% de sus ingresos a Fonasa. Los trabajadores independientes que tuvieran ingresos regulares tendrían que afiliarse a una Isapre.

Fonasa calcula que los esfuerzos que ha realizado durante los dos últimos años para hacer más confiable la clasificación de sus beneficiarios le ha permitido a la aseguradora del sector público ahorrar unos US\$600 millones en dos años. Esta es una cifra importante que representa cerca del 10% del presupuesto anual de Fonasa. Fonasa utilizará los ahorros derivados de estas medidas de depuración para permitir a 660.000 beneficiarios que están en el Grupo A porque reciben una Pensión Básica Solidaria, que ingresen al sistema de bonos para solicitar servicios a los proveedores preferidos de la red de proveedores del sector privado.

## 9. ADMINISTRACIÓN Y FINANCIAMIENTO PÚBLICO DE LOS BENEFICIOS DEL AUGE

Como ya se dijo, la legislación que rige al AUGE establece que su costo promedio por beneficiario no debe ser significativamente diferente de la llamada “prima universal”. Desde 2005, el Ministerio de Salud ha encargado varios estudios destinados a calcular el costo del AUGE. Sus resultados han contribuido a la decisión conjunta de los Ministerios de Salud y Hacienda de expandir las garantías del AUGE. La participación del Ministerio de Hacienda en los comités que realizaron los estudios refleja las preocupaciones de las autoridades financieras sobre las implicaciones fiscales del AUGE. Se han realizado cuatro estudios de costos desde la puesta en marcha de la reforma en 2005 y el quinto está en marcha. En ese año se incluyeron en el plan de beneficios los primeros 56 problemas de salud prioritarios cuya atención garantiza el AUGE. En 2010 se incluyeron otros 13, para un total de 69. Un estudio en marcha ayudará a determinar si se deben incorporar otros 11.

Hasta 2010, los estudios de costos el AUGE que encargó el Ministerio de Salud no computaban su costo incremental, sino que calculaban su costo total. Estas dos cantidades pueden ser diferentes porque muchos de los servicios que han llegado a ser garantizados por el AUGE desde 2005 ya eran suministrados por Fonasa (sin garantías legales). La cifra que debería ser importante para Fonasa, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda debería ser el costo incremental del AUGE, y no el total, porque lo que tendrá impacto en las finanzas públicas es el costo adicional de las garantías. Un estudio encargado por el Ministerio de Salud (2012) buscaba calcular el costo incremental. Sus principales conclusiones se resumen en la Figura 8. El gasto total de Fonasa por beneficiario, expresado en dólares corrientes, ha aumentado significativamente desde 2005. El gasto relacionado con el AUGE era de US\$116 en 2005 y aumentó a US\$157 en 2009, lo cual implica un aumento del 35%. El gasto de Fonasa no relacionado con el AUGE también aumentó, en un porcentaje aún mayor, del 36%, en el mismo periodo.



**Fuente:** El autor, con datos del Ministerio de Salud, 2012.

Parece irónico que los servicios de salud garantizados en el paquete de beneficios del AUGE provocaran un aumento del gasto per cápita de Fonasa casi igual en términos porcentuales al aumento en el gasto en los servicios de salud no garantizados. Es probable que la explicación sea el siguiente fenómeno: cuando se adoptaron las garantías del AUGE en 2005, la población atendida por Fonasa no estaba familiarizada con la cultura propia de la atención de salud garantizada. Los beneficiarios obtenían los servicios que podían y esperaban semanas o meses por los servicios que necesitaban y que no estaban disponibles debido a restricciones de la oferta en el sistema de prestación de servicios del sector público. Poco a poco, los beneficiarios de Fonasa entendieron sus nuevos derechos y comenzaron a ejercerlos, demandando una cantidad creciente de servicios del AUGE (véase la sección siguiente). Pero al mismo tiempo comenzaron a demandar que se les prestaran con igual prontitud los servicios que no cubría el AUGE.

Las repercusiones políticas que causaron las listas de espera para recibir los servicios que no cubría el AUGE llevaron al gobierno anterior y al actual a aumentar también el gasto de Fonasa en ellos. Las cifras anteriores prueban ese fenómeno. Pero aunque parece haber habido pocos ejemplos de incumplimiento de las garantías del AUGE por parte de Fonasa, el público sabe que existen largas listas de espera para recibir los servicios que no cubre el AUGE. Fonasa y el Ministerio de Salud han expresado su disposición a reducir esas listas pero también han declarado que su capacidad para hacerlo estará limitada por la disponibilidad de recursos públicos y la escasez de servicios médicos en el sector público, en particular de médicos especialistas. La reducción en las listas de espera para recibir los servicios del AUGE se debe en parte a la política que creó la política sobre el “bono AUGE”, que ya describimos en este documento.

## 10. IMPACTO DEL AUGE

A fines de 2009, el Ministerio de Salud (2009) entregó a la prensa los resultados de una de sus primeras evaluaciones del impacto que el AUGE ha tenido en las condiciones de salud (que no incluía a ninguna de las enfermedades crónicas escogidas para esta investigación). Se encontró que la mortalidad por varios tipos de cáncer (testicular, de vesícula y de mama) cayó de 125,8 por 100.000 habitantes en 2005, antes del lanzamiento del AUGE, a 114,5 en 2007, dos años después de adoptarse la reforma.

Partiendo de información procedente de distintas fuentes, Bitrán et al. (2010) estudiaron el impacto del AUGE en el acceso a la atención, los resultados de los tratamientos, las tasas de hospitalización, y las tasas de licencia médica correspondientes a seis enfermedades crónicas. Concluyeron que en el caso de algunas de esas enfermedades, como la hipertensión, la diabetes tipo 1 y tipo 2 y la depresión, había un vínculo entre la reforma y un aumento de la cobertura y del acceso a los servicios. La tasa de casos de muerte en hospitales para esas enfermedades y para la epilepsia infantil y el VIH/sida había caído.

En un estudio de Valdivieso y Montero (2010) se evaluó el desempeño del AUGE desde la perspectiva de la accesibilidad de los servicios garantizados. Concluyeron que la garantía de acceso del AUGE había sido un éxito en general, y era un instrumento poderoso para mejorar la equidad de los servicios de salud. Cerca de un 95% de todos los beneficiarios de Fonasa y tres cuartas partes de aquellos que pertenecen a los grupos de afiliados más pobres de Fonasa (los grupos A y B) han tenido un mayor acceso a la atención gracias a la reforma. Los más favorecidos han sido los pacientes menores de 15 años y los mayores de 60. También determinaron

que en general la garantía relativa al tiempo de espera se ha cumplido, aunque existen demoras notables en el caso de algunas enfermedades, como las cataratas, la corrección de los defectos refractivos de la vista y la hipoacusia bilateral en adultos, la colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula y el tratamiento de la hiperplasia prostática. En general, en los primeros cinco años de ejecución de la reforma en el sector público, se presentó un récord de más de 10 millones de servicios de salud garantizados prestados a los asegurados de Fonasa, con solo unos 150.000 servicios demorados, equivalentes al 1,5% de la demanda total.

Valdivieso y Montero (2010) también examinaron el cumplimiento de las garantías de calidad del AUGE por parte de Fonasa y encontraron que el control de calidad todavía no se ha hecho efectivo, en parte porque los procesos de acreditación y certificación de los proveedores de servicios de salud no se han completado. Los proveedores públicos podrían necesitar varios años más para cumplir las normas de acreditación, ya que para hacerlo se requieren inversiones adicionales significativas en infraestructura, equipos y recursos humanos. Además, la entrega de medicinas garantizadas ha sido irregular en el caso de varios de los problemas de salud que cubre el AUGE. En contraste, Valdivieso y Montero concluyeron que la garantía de protección financiera ha funcionado bien en Fonasa y constituye un paso adelante significativo para lograr la equidad en el acceso a la atención, en particular para los integrantes más pobres de la sociedad. En el sistema de las Isapres encontraron problemas de gestión que han limitado el acceso de los beneficiarios a algunas de las garantías del AUGE, una razón que podría explicar en parte los niveles todavía bajos de uso del AUGE por parte de este grupo.

Solo el 5% de los 10 millones de servicios del AUGE prestados hasta la fecha han sido recibidos por beneficiarios de las Isapres, aunque ese segmento de la población representa el 18% de todos los beneficiarios del seguro social. Se espera que a medida que los afiliados de las Isapres se familiaricen con el AUGE y a medida que sigan creciendo los costos de la salud, apelen cada vez más al AUGE para contener las primas de las Isapres y los gastos que desembolsan.

La Figura 9 ilustra los diferentes patrones de utilización de los servicios de salud para cuatro de los problemas de salud que cubre el AUGE, procedentes del estudio del Ministerio de Salud mencionado (2012). Se trata del cáncer de mama (panel A), la escoliosis (panel B), el VIH/sida (panel C), y la colecistectomía (panel D). Desde la adopción del AUGE en 2005, la cantidad de cirugías reconstructivas de seno se ha triplicado en respuesta a la creciente demanda de las beneficiarias. El número de biopsias no cambió inmediatamente después de la adopción de la reforma, pero prácticamente se duplicó en 2009 en comparación con la cantidad del año en que esta se adoptó. El número de cirugías para corregir la escoliosis se ha duplicado con creces desde la llegada del AUGE. Los análisis de recuento total de linfocitos (OKT3 y OKT11) y de inmunofenotipo en pacientes con VIH/sida aumentaron mucho antes del AUGE y desde entonces han fluctuado. El número anual de altas de pacientes con VIH/sida en hospitales públicos se ha mantenido más bien constante.<sup>8</sup> El número de colecistectomías con colangiografía operatoria o sin ella se ha mantenido más o menos estable, mientras el de colangiografías laparoscópicas se ha cuadruplicado. En general, el estudio del Ministerio de Salud (2012) encontró pruebas significativas de que el AUGE ha expandido el acceso de los beneficiarios a la atención sanitaria para los tratamientos garantizados. Sin embargo, todavía no existen datos que le permitan a Fonasa realizar ese análisis.

---

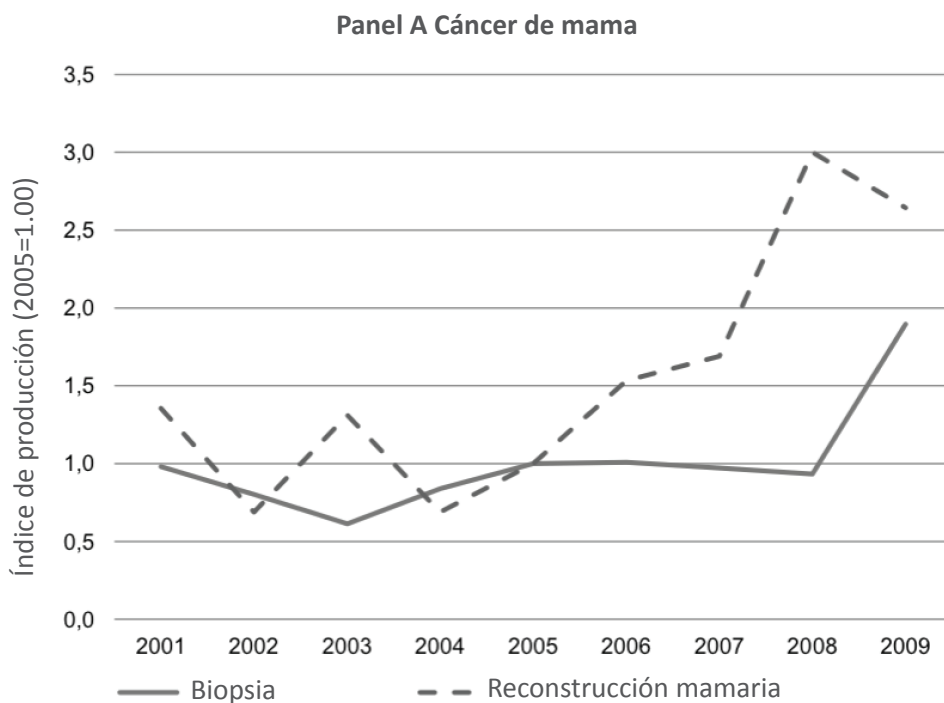
<sup>8</sup> El AUGE incluye no solamente los exámenes sino el tratamiento antirretroviral para pacientes que tengan el VIH/sida.

Paraje y Vásquez (2012) utilizaron datos de Fonasa y de una encuesta nacional de hogares para examinar las tendencias de utilización de los servicios de salud después de la adopción del AUGE. Concluyeron que la distribución de la atención especializada, las pruebas de laboratorio, las de rayos X y las ecografías ha estado desde 2003 inclinada marcadamente en favor de los ricos, pero que en todos los casos esto había disminuido entre 2003 y 2009. Las consultas con médicos generales pasaron de tener un índice de concentración moderadamente inclinado hacia los pobres a tener uno moderadamente inclinado hacia los ricos en el mismo periodo. En contraste, la atención de urgencias y los días de hospitalización tenían índices de concentración que mostraban un sesgo en favor de los pobres, relativamente estable con el paso del tiempo.

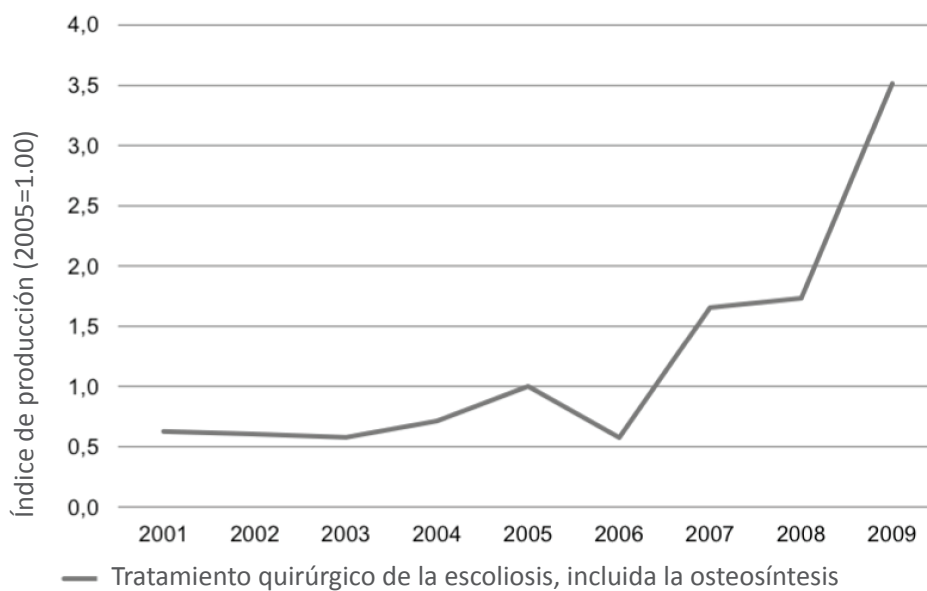
La evaluación general del AUGE por parte de la población, cuantificada mediante encuestas de opinión de una firma independiente contratada por la Superintendencia de Salud, es positiva. Cerca de un 80% de los encuestados otorgó al AUGE una calificación de entre 85 y 100, que es la máxima.

Las consecuencias del AUGE para la eficiencia del sistema de salud no se han cuantificado. Sin embargo, hay elementos del diseño y el funcionamiento del AUGE que indican que la eficiencia en la asignación de recursos puede haber mejorado como resultado de la selección de tratamientos eficaces en función de los costos para su plan de beneficios. Además, la eficiencia productiva también puede haber mejorado gracias a la adopción de protocolos explícitos de tratamiento para todas las intervenciones del AUGE. Es más: el enfoque del programa para el tratamiento de las enfermedades, que tiene en cuenta criterios explícitos para realizar las referencias y contrarreferencias del paciente en diferentes niveles del sistema de prestación de servicios, también puede contribuir a mejorar la eficiencia en la asignación de recursos y la eficiencia productiva. Actualmente, Fonasa está considerando la posibilidad de exigir el uso de unos 100 medicamentos genéricos o bioequivalentes para el tratamiento de algunas enfermedades que cubre el AUGE.

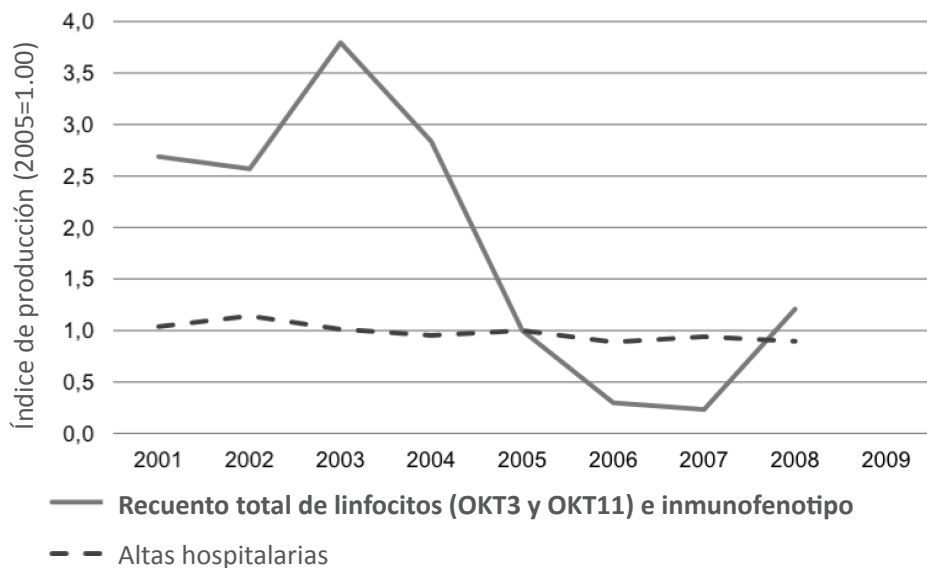
**Figura 9 Tendencias en la producción de determinados servicios de salud del AUGE para beneficiarios de Fonasa, 2001–2009**



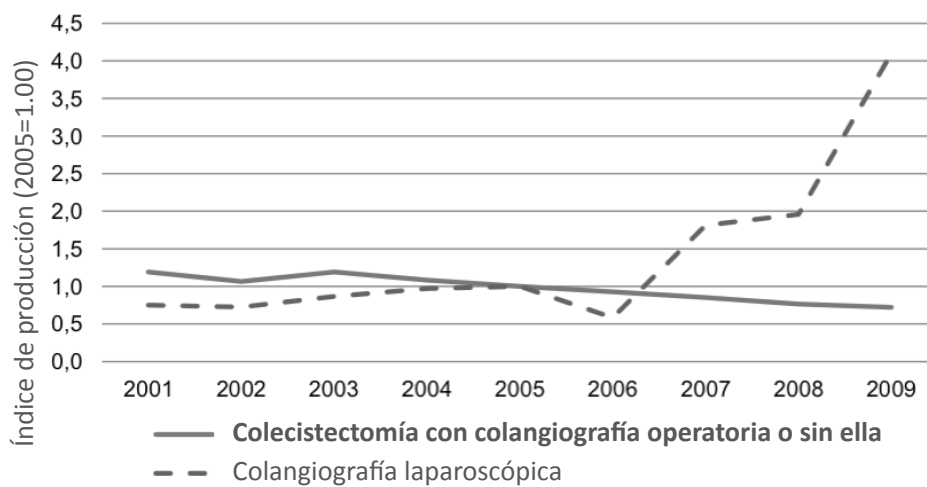
**Panel B Escoliosis**



**Panel C VIH/sida**



**Panel D Colectomía**



Fuente: Ministerio de Salud, 2012.



## **11. SISTEMAS DE INFORMACIÓN RESPECTO A LA COBERTURA DE SALUD PARA LA POBLACIÓN POBRE**

Ante la expectativa de la adopción de la reforma sobre el AUGE, Fonasa diseñó el Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud (SIGGES). Su objetivo era captar las estadísticas de utilización de los servicios de salud garantizados por este que fueran más significativas, así como la información sobre las etapas de cada una de las enfermedades prioritarias, desde los casos objeto de sospecha hasta los que tenían diagnóstico confirmado, los tratados y los que eran objeto de control. El SIGGES tenía inicialmente deficiencias porque el sistema que Fonasa quiso diseñar era extremadamente ambicioso, pero algunos funcionarios de Fonasa aseguran que con el paso de los años el SIGGES ha llegado a ser más exacto. Sin embargo, no estaba específicamente diseñado para los indigentes afiliados a Fonasa, sino para registrar información por igual sobre todos los beneficiarios de la entidad.

La Superintendencia de Salud tiene dos funciones principales: (a) asegurar que las proveedoras de seguro social de salud (Fonasa y las Isapres) cumplen las disposiciones de la ley que rige al seguro social; y (b) acreditar, certificar y someter a control de calidad a los proveedores de servicios de salud públicos y privados del país. En cuanto a la primera función, el organismo sigue la pista a todas las quejas de los beneficiarios de Fonasa y las Isapres sobre incumplimiento de las disposiciones y las garantías del AUGE y de todos los beneficios legales que no tengan que ver con el AUGE. El organismo da seguimiento a todas las quejas, aunque su capacidad para hacerlo en lo que respecta a Fonasa ha tropezado con problemas legales. En cuanto a la segunda función, la Superintendencia debe acreditar a todos los proveedores de servicios de salud públicos y privados que deseen prestar servicios del AUGE. La entidad está bastante rezagada en su segunda función, principalmente porque se requieren enormes inversiones públicas para dejar a los hospitales públicos en condiciones que les permitan recibir acreditación. Parece que el gobierno desea suspender por etapas estas inversiones para extender en el tiempo su impacto fiscal. Por lo tanto, pueden pasar varios años antes de que todos los hospitales públicos puedan ser acreditados como proveedores de servicios del AUGE.

## **12. EQUIDAD E IMPLICACIONES FISCALES DE EXPANDIR LOS BENEFICIOS DEL AUGE**

Aunque en general la evaluación de la reforma que creó el AUGE es positiva, como ya se dijo, existe un desafío que puede complicar el panorama de las políticas públicas en el futuro. Tiene su origen en el sistema de las Isapres. A las Isapres se les ha criticado por atender solo a los pacientes que implican un bajo costo (por decidir selectivamente a quién cubren y a quién rechazan). También se les ha acusado de discriminar por medio de los precios; es decir, de fijar sus primas de acuerdo con el riesgo que implica cada persona o grupo familiar, lo que socava el principio de solidaridad<sup>9</sup>. A quienes están en esa situación se les llama “cautivos” de las Isapres. Además, han tenido éxito algunas demandas contra las Isapres que se instauraron ante el Tribunal Constitucional acusándolas de aumentar sus precios a medida que una persona envejece, en una forma que según expertos constitucionalistas viola la Constitución. Así, en 2011 el Tribunal Constitucional ordenó a las Isapres que dejaran de aumentar sus precios a medida que el afiliado envejecía.

---

<sup>9</sup> Véanse las diferencias en los perfiles de edad y sexo entre los beneficiarios de Fonasa y los de las Isapres en la Figura AB.1 del Anexo B.

Todos estos factores han llevado a los legisladores a proponer una reforma legal que obligaría a todas las Isapres a ofrecer el mismo paquete de beneficios, conocido como el Plan Garantizado de Salud a la vez que se les permite vender seguros complementarios que vayan más allá del Plan. Resulta que el contenido del Plan excede en gran medida el del AUGE. De hecho, el Plan contendría todo lo previsto en el AUGE, además de cobertura catastrófica, cobertura de atención preventiva y cobertura de todos los servicios que no cubre el AUGE. Las garantías como las del AUGE solo se aplicarían al componente del Plan que corresponde al AUGE. Las demás coberturas tendrían condiciones menos estrictas para la aseguradora. El proyecto que adopta el Plan Garantizado está pendiente de aprobación en el Congreso. Algunos centros de estudios y gremios, así como el gobierno, calculan que si se aprueba el Plan, hasta una tercera parte de los beneficiarios de las Isapres tendrían que retirarse del sistema de Isapres y afiliarse a Fonasa. El motivo de ese éxodo previsto es que para poder ofrecer el Plan Garantizado, las Isapres tendrían que elevar sus primas de modo considerable y el resultado de hacerlo sería una caída de la demanda de la cobertura de esas aseguradoras.

Durante el debate al respecto, algunos encargados de formular políticas han sostenido que sería injusto que las Isapres tuvieran que ceñirse a un plan legal de beneficios mucho más amplio que el que otorga Fonasa. Por lo tanto han propuesto que el paquete se extienda también a Fonasa.

Las implicaciones fiscales del AUGE no están claras pero hasta la fecha parecen ser moderadas. Aunque el gasto del gobierno en los servicios que cubre el AUGE y en los que no cubre ha aumentado en términos reales per cápita, el gasto del gobierno en salud como porcentaje del gasto total del gobierno ha estado aumentando ligeramente desde la adopción del AUGE, al pasar de cerca del 13% a cerca del 14%. El futuro impacto fiscal del AUGE dependerá del grado al cual se amplíen las garantías que otorga. Sin embargo, una política ortodoxa del Ministerio de Hacienda ha impuesto un límite al costo del AUGE, al definir un límite máximo, en términos reales, para el costo actuarial del AUGE por beneficiario.

El impacto del AUGE en los gastos de salud que desembolsan los pacientes parece haber sido positivo, si son correctos los datos de las cuentas nacionales de salud publicadas por Fonasa. El único estudio nacional de utilización de los servicios de salud por parte de los hogares y de los desembolsos de los pacientes se realizó en 2007. Se necesita un nuevo estudio para determinar las consecuencias del AUGE en esos desembolsos y en el acceso a la atención sanitaria por grupo socioeconómico.

La lógica en que se basa el AUGE es la cobertura progresiva y explícita de los servicios de salud garantizados. Hasta la fecha, las pruebas indican que el AUGE ha sido una reforma positiva. Un aspecto fundamental de su éxito es la naturaleza incremental de las garantías: 25 problemas prioritarios se cubrían en 2005; 40 en 2006, 56 en 2007, 69 en 2010 y posiblemente se cubran 80 en 2013. Expandir considerablemente el paquete de beneficios de Fonasa, pasando de los que contemplaba el AUGE a los del Plan Garantizado, probablemente tenga como resultado el rompimiento del sistema de garantías. Los limitados recursos de Fonasa no serían compatibles con un plan de beneficios tan grande. En última instancia, si se le obligara a garantizar todos los servicios, probablemente las garantías no se cumplirían tan sistemáticamente como ha sido el caso con el AUGE.

## 13. AGENDA PENDIENTE

La ejecución de una reforma de tan largo alcance como el AUGE ha implicado desafíos para la mayoría de los actores principales del sistema de salud. Fonasa todavía se está esforzando por cumplir algunas garantías mientras tiene que operar con un presupuesto limitado. También debe mejorar su principal sistema de información, el SIGGES, para dar seguimiento al desempeño del AUGE. La Superintendencia de Salud todavía tiene que obtener plenos poderes para supervisar a Fonasa de la misma forma que supervisa a las Isapres. Debe lograr más avances en la reglamentación de la calidad de la atención sanitaria en los sectores público y privado, una iniciativa que ha resultado ser mucho más costosa y difícil de ejecutar de lo que se había previsto originalmente. A su vez, las Isapres enfrentan un aumento de la demanda de beneficios del AUGE por parte de sus beneficiarios y han estado aumentando año tras año la prima específica que cobran por el AUGE.

## ANEXO A EL MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD DE CHILE

El mercado de servicios de salud de Chile es mixto. En 2005 había 39.135 camas de hospital en el país, de las cuales el 72% pertenecían a entidades públicas y el 28% a entidades privadas (Organización Panamericana de la Salud, 2007). En 2009, el país tenía 2.464 establecimientos sanitarios públicos y privados, entre ellos 2.288 en el sector público (conocido como el Sistema Nacional de Servicios de Salud, SNSS) y 176 en el sector privado. Entre los establecimientos del sector público, 226 eran hospitales y 2.062 centros de atención ambulatoria. Todos los 176 establecimientos del sector privado son hospitales o clínicas. Un número grande pero no determinado de consultorios médicos y centros de atención ambulatoria privados no se ha cuantificado (INE, 2011). El país tiene aproximadamente 30.000 médicos, el 44% de los cuales están empleados en el sector público y el 56% de los cuales trabaja exclusivamente en sector privado. Un número grande pero no determinado de médicos que trabaja en establecimientos públicos también tiene un consultorio privado (Ministerio de Salud, 2012).

El SNSS es una red descentralizada de establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria administrada por 33 Servicios de Salud Regionales descentralizados y sometida a su supervisión técnica. Cada Servicio de Salud Regional administra varios establecimientos de atención secundaria y terciaria, mientras los centros de atención primaria están administrados por los municipios o por corporaciones municipales. Los establecimientos de atención primaria ofrecen servicios preventivos y curativos, y programas de promoción de la salud, en modalidad ambulatoria. Existen 2.062 de ellos en el país, tanto en zonas urbanas como rurales, entre ellos centros de salud, postas de salud rurales y Estaciones Médico Rurales. Estos establecimientos deben cumplir normas técnicas y de otra naturaleza dictadas por el Ministerio de Salud y ofrecer los servicios que este defina. Los establecimientos de atención secundaria pueden ser autónomos, como los Centros de Referencia de Salud y los Centros de Diagnóstico y Tratamiento, o parte de un hospital público. Existen cuatro tipos de hospitales públicos según la complejidad de los servicios que pueden tratar.

El sistema de referencia de pacientes en el sector público ha presentado problemas por un tiempo, como resultado de la carencia de coordinación entre sistemas de proveedores administrados por diferentes operadores: los municipios manejan los establecimientos de atención primaria y los Servicios de Salud Regionales los de atención secundaria y terciaria. La reforma que creó el AUGE (véase la descripción más adelante) ha mejorado los patrones de referencias porque las garantías de tratamiento del AUGE definen aquellos que según la ley el sistema de salud debe cumplir. Por ejemplo, la garantía de tratamiento para pacientes diabéticos implica consultas iniciales con un especialista para confirmar el diagnóstico y definir el tratamiento, con posteriores controles al nivel de atención primaria, seguidos por visitas ocasionales al especialista y, cuando sea necesario, hospitalizaciones.

Desde la reforma de 1981, que separó el financiamiento de la prestación de servicios en el sector público, Fonasa no ha sido propietaria u operadora de establecimientos sanitarios. Fonasa compra los servicios de salud para sus beneficiarios tanto en el sector público como en el privado. En el sector público les paga a los hospitales públicos mediante una combinación de presupuestos históricos (el 50%), tarifas por servicios prestados y pagos prospectivos (el otro 50%). A los centros de salud municipales les paga en su mayoría por capitación, pero también les paga tarifas por servicios prestados. En el sector privado, Fonasa paga a los proveedores de servicios ambulatorios y de hospitalización tarifas por servicios prestados mediante el sistema de bonos.

Chile tiene desde hace tiempo una estrategia para atraer y retener a los doctores en las zonas rurales. El programa de médicos rurales se lanzó en 1955 con el principal objetivo de atraer a médicos para que trabajaran en los hospitales y centros de atención primaria rurales por un mínimo de tres y un máximo de seis años. El principal incentivo del programa es una subvención para que el médico haga su residencia en un hospital universitario, además de salarios y prestaciones atractivos que aumentan dependiendo de qué tan remoto sea al lugar de trabajo y de las responsabilidades clínicas del médico. El programa considera tanto incentivos financieros directos como indirectos para retener a los doctores en las zonas rurales. Aun así existe una escasez de especialistas en esas zonas que le dificulta a Fonasa la prestación de los beneficios del AUGE y de los que este no cubre.

En 2010, las tasas de mortalidad de bebés y de niños de Chile, que eran respectivamente de 7,7 y 8,8 por 1.000 nacidos vivos, estaban entre las más bajas de América Latina y el Caribe y solo las de Cuba eran menores. Estos indicadores, junto con la expectativa de vida al nacer de 78,9 años, colocan a Chile prácticamente al mismo nivel de los países industrializados. Sin embargo, otros indicadores no se comparan favorablemente con los de los países en vía de desarrollo o los de los países industrializados. Entre ellos están la prevalencia en rápido aumento de la diabetes, una alta prevalencia de la hipertensión entre los adultos, y la prevalencia más alta del mundo del hábito de fumar entre las adolescentes.

Muchos de los notables logros de Chile en el ámbito de la salud pueden atribuirse a su sistema público de atención primaria y a una cobertura del parto en establecimientos sanitarios que llegó a más del 99% hace más de tres décadas. Una red de alcance nacional de postas de salud rurales, centros de salud estándar, Centros de Salud Familiar (CESFAM), y centros comunitarios de salud familiar emplea a doctores, enfermeras, parteras, técnicos de laboratorio y trabajadores sociales. Su meta es lograr altas tasas de cobertura de la atención prenatal y posnatal, seguimiento del crecimiento del niño y vacunación de niños, y prestar otros cuantos servicios de salud que forman parte de un paquete de beneficios de atención primaria que se conoce como Plan de Salud Familiar.

Además de estas instalaciones, el Ministerio de Salud opera servicios de atención primaria de urgencia, que son centros diseñados para atender urgencias de baja complejidad mediante atención ambulatoria, lo que mejora la capacidad del sistema de atención primaria para resolver problemas médicos y aliviar la carga de los hospitales mientras reducen los costos de transporte y la inversión de tiempo de los beneficiarios. Además de prestar servicios de salud materna e infantil, los centros de salud estándar han operado por cerca de 30 años programas de atención de la diabetes, la hipertensión y otras enfermedades crónicas. Hasta 1981, los centros de salud estándar eran operados por el Ministerio de Salud. La reforma de la salud de ese año estableció que las empresas de salud de los municipios asumieran la administración de estos establecimientos, aunque el Ministerio de Salud conserva su papel de autoridad sanitaria respecto a ellos, y define las normas de atención y los servicios que prestan.

Para obtener servicios de la red pública de atención primaria, una persona tiene que registrarse formalmente en un centro de salud. La lista de registrados es la base a partir de la cual se computan los pagos per cápita que Fonasa transfiere a los municipios o a las corporaciones municipales de salud. Estas últimas pueden agregar a los ingresos per cápita su propio financiamiento.

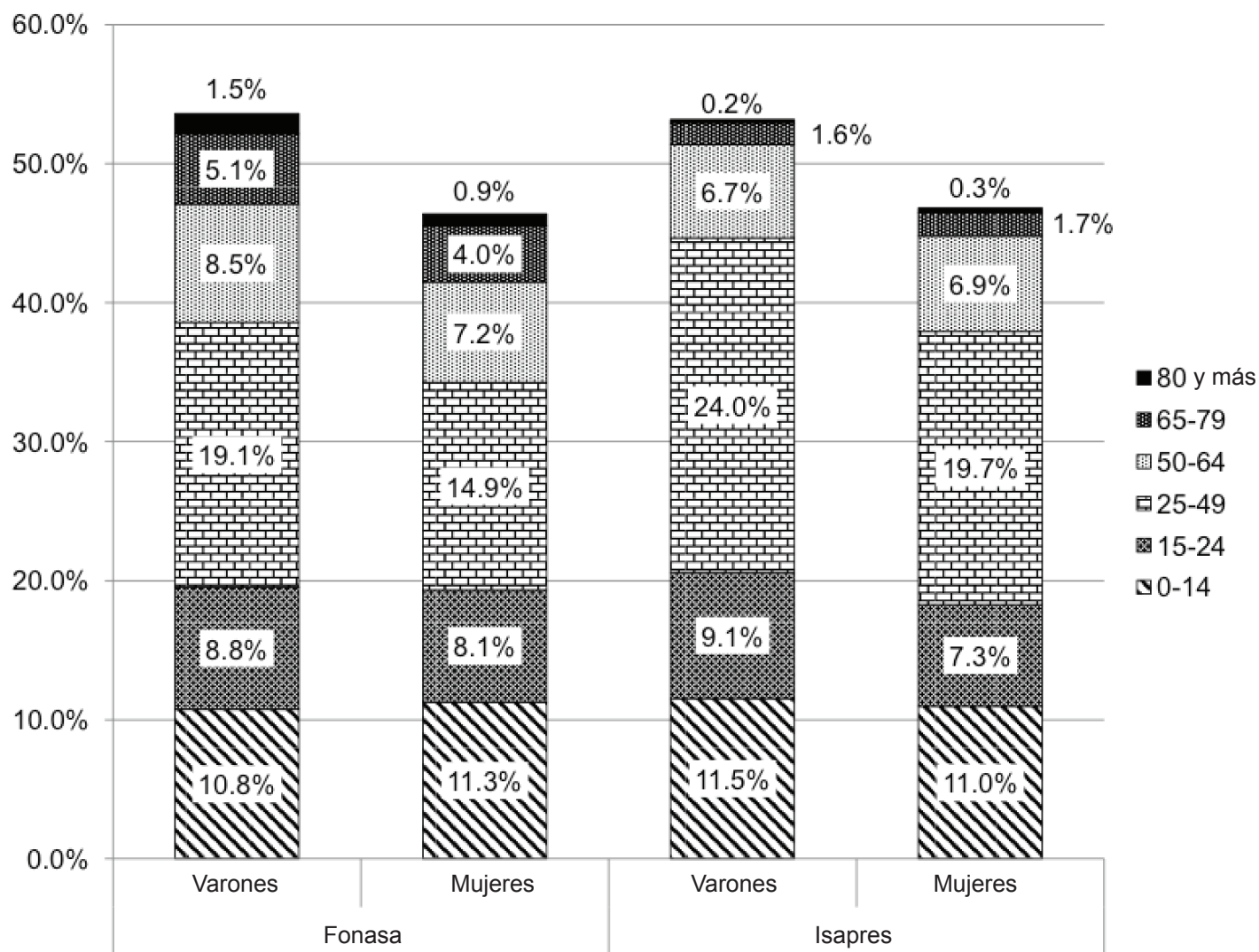
Por ley, todos los chilenos tienen acceso gratuito a los servicios de la red pública de atención primaria, incluso aquellos que no son beneficiarios de Fonasa. Así, los beneficiarios de las Isapres podrían en principio recibir servicios de esos proveedores sin costo alguno. Sin embargo, su uso no es frecuente porque los beneficiarios prefieren obtener atención ambulatoria de proveedores privados, que según consideran ellos ofrecen atención de mejor calidad y cuyas tarifas están cubiertas en buena parte por el plan de la Isapre.

# ANEXO B INFORMACIÓN ADICIONAL

**Cuadro AB.1 Los 69 problemas de salud prioritarios del plan de beneficios del AUGE**

Problema de salud	Problema de salud
1. Insuficiencia crónica renal terminal	35. Hiperplasia benigna de la próstata
2. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años	36. Accidente cerebrovascular
3. Cáncer cervicouterino	37. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
4. Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos	38. Asma bronquial
5. Infarto agudo al miocardio	39. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
6. Diabetes mellitus tipo I	40. Ortesis (y ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
7. Diabetes mellitus tipo II	41. Sordera en personas de 65 años y más
8. Cáncer de mama en personas de 15 años y más	42. Ametropía en personas de 65 años y más
9. Disrafias espinales	43. Trauma ocular
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años	44. Fibrosis quística
11. Tratamiento quirúrgico de cataratas	45. Gran quemado
12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera	46. Dependencia del alcohol y las drogas en personas de 10 a 19 años
13. Fisura labiopalatina	47. Atención integral al embarazo y el parto
14. Cáncer en menores de 15 años	48. Artritis reumatoide
15. Esquizofrenia	49. Artrosis de rodilla en personas de 55 años y más, y artrosis de cadera en personas de 60 años y más
16. Cáncer de testículos en personas de 15 años y más	50. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
17. Linfomas en personas de 15 años y más	51. Tumores primarios del sistema nervioso central
18. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/sida	52. Hernia del núcleo pulposo lumbar
19. Infección respiratoria aguda (IRA) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años	53. Urgencia odontológica
20. Neumonía de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más	54. Salud oral del adulto de 65 años y más
21. Hipertensión arterial primaria o esencial	55. Politraumatismo grave
22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años	56. Traumatismo craneoencefálico
23. Salud oral integral para niños de 6 años	57. Retinopatía del prematuro
24. Prematurez - Retinopatía del prematuro –sordera del prematuro	58. Displasia pulmonar del prematuro
25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso	59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
26. Colectectomía preventiva del cáncer de vesícula	60. Epilepsia en personas de 15 años y más
27. Cáncer gástrico	61. Asma bronquial en personas de 15 años y más
28. Cáncer de próstata	62. Enfermedad de Parkinson
29. Leucemia en adultos	63. Artritis idiopática juvenil
30. Estrabismo en menores de 9 años	64. Prevención secundaria de la insuficiencia renal crónica
31. Retinopatía diabética	65. Displasia laxante de caderas
32. Desprendimiento de retina	66. Salud oral integral de la embarazada
33. Hemofilia	67. Esclerosis múltiple
34. Depresión en personas de 15 años y más	68. Hepatitis B
	69. Hepatitis C

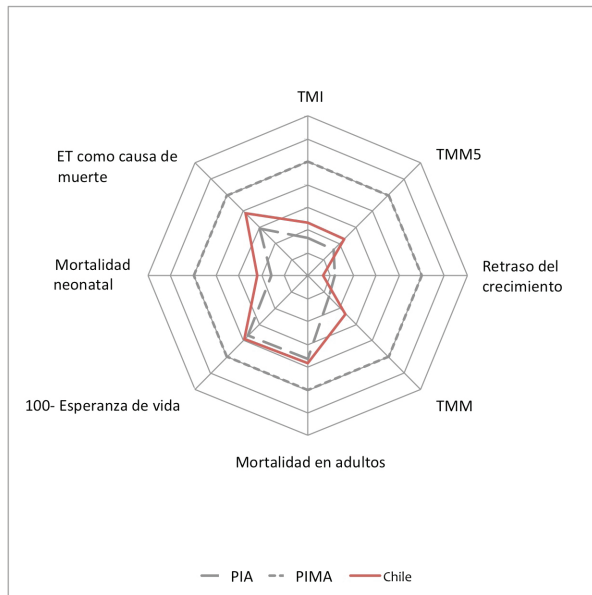
Figura AB.1 Distribución de los beneficiarios de Fonasa y las Isapres por edad y género, 2010





# ANEXO C. GRÁFICOS DE RADAR

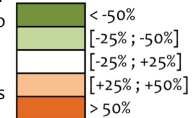
## I. Comparaciones de resultados: Chile y los países de ingreso mediano alto



### Interpretación:

En este gráfico, 'más alto' significa 'peor', ya que estos indicadores son medidas positivas de morbilidad y mortalidad. La expectativa de vida se convierte para que indique una relación inversa.

Los valores en el gráfico han sido estandarizados respecto al valor promedio del país típico de ingreso mediano alto (PIMA).

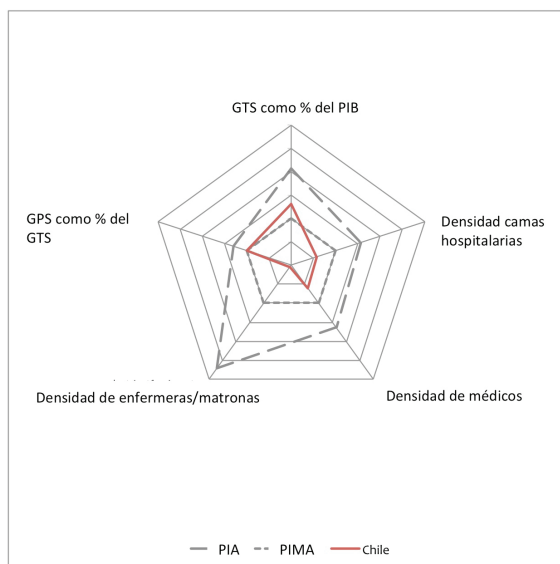


El cuadro de abajo compara los resultados con el promedio del PIMA.

Datos de país	Chile	PIMA	Dif. %
INB per cápita	4.690,9	1899,0	147,0 %
TMI	7,7	16,5	-53,3 %
TMM5	8,8	19,6	-55,2%
Retraso del crecimiento	2,0	14,8	-86,4%
TMM	25,0	53,2	-53,0%
Mortalidad en adultos	122,9	160,6	-23,5%
100- Esperanza de vida	21,1	27,2	-22,3%
Mortalidad neonatal	5,0	11,4	-56,1%
ET como causa de muerte	17,0	22,0	-22,7

TMI: Tasa de mortalidad infantil (2010). TMM5: Tasa de mortalidad, menores de cinco años (2010). Retraso del crecimiento: prevalencia de baja altura para la edad en niños menores de cinco años (2010). TMM: Tasa de mortalidad materna (2010) por cada 100.000 nacidos vivos. Mortalidad, adultos: tasa de mortalidad de adultos por cada 1.000 varones adultos (2010). [100-(esperanza de vida)]: Esperanza de vida al nacer (2010) restada de un máximo de 100. Mortalidad, recién nacidos: Mortalidad de recién nacidos por cada 1.000 nacidos vivos. Enfermedades contagiosas como causa de muerte (% del total). Todos los datos vienen de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial. Los promedios de ingreso para el retraso del crecimiento fueron calculados por personal del Banco y no son ponderados.

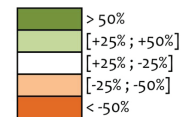
## II. Comparaciones de insumos Chile y los países de ingreso mediano alto



### Interpretación:

Este gráfico muestra indicadores que miden el gasto en salud y el número de trabajadores sanitarios y de camas hospitalarias por habitantes.

Los valores que aparecen en el gráfico de radar se han estandarizado respecto al valor correspondiente al país típico de ingreso mediano alto (PIMA).

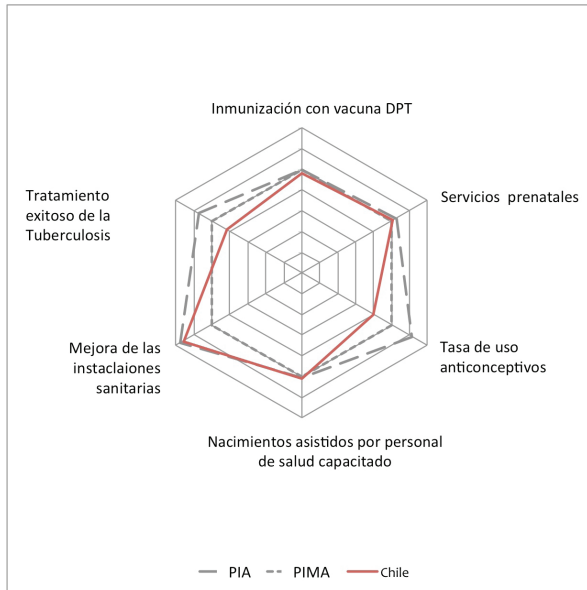


El siguiente cuadro compara los insumos con el promedio de PIMA.

Datos de país	Chile	PIMA	Dif. %
INB per cápita	4.690,9	1.899,0	147,0 %
GTS como % del PIB	8,0	6,1	30,2%
Densidad camas hospitalarias	2,1	3,7	-42,7%
Densidad médicos	1,0	1,7	-39,3%
Densidad de enfermeras/matronas	0,1	2,6	-94,5%
GPS como % GTS	54,0	54,3	-0,6%

GTS como % del PIB: Gasto en salud, total (% del PIB) (2010). Densidad de camas de hospital: camas de hospital por cada 1.000 personas (último año con datos disponibles). Densidad de médicos: médicos por cada 1.000 personas (último año con datos disponibles). Densidad de enfermeras y matronas: enfermeras y matronas por cada 1.000 personas (último año con datos disponibles). Gasto del gobierno en salud como % del gasto total en salud/10: gasto público en salud (% del gasto total en salud) (2010). Todos los datos vienen de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

### III. Comparaciones de la cobertura Chile y los países de ingreso mediano alto

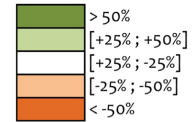


**Interpretación:**

En este gráfico, ‘más alto’ significa ‘mejor’, ya que estos indicadores son medidas positivas. En este caso, todos son porcentajes de la población que reciben cierto servicio relacionado con la salud o tienen acceso a él.

Los valores que aparecen en el gráfico radial se han normalizado respecto al valor correspondiente al país típico de ingreso mediano alto.

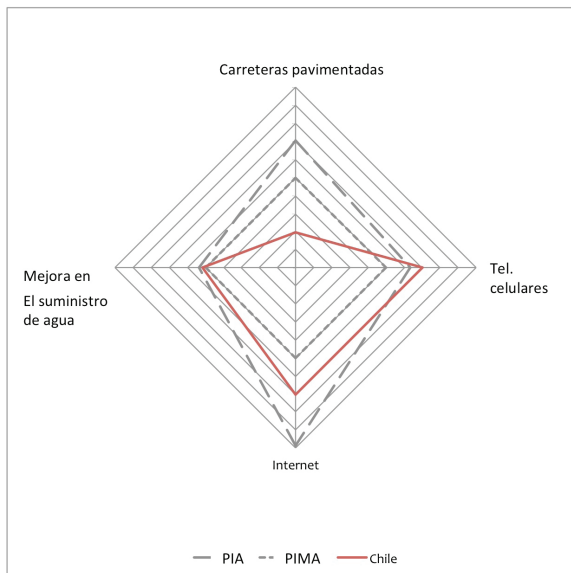
En el siguiente cuadro se sintetizan las comparaciones de cobertura con el país típico de ingreso mediano alto.



Datos de país	Chile	PIMA	Dif. %
INB per cápita	4.690,9	1.899,0	147,0 %
Immunización con vacuna DPT	92,0	95,8	-3,9%
Servicios prenatales	95,0	93,8	1,3%
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	64,2	80,5	-20,3%
Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado	99,9	98,0	1,9%
Mejora de las instalaciones sanitarias	96,0	73,0	31,5%
Tratamiento exitoso de la Tuberculosis	72,0	86,0	-16,3%

Immunización con vacuna DPT: % de niños entre 12 y 23 meses de edad que recibieron la inmunización (2010). Servicios prenatales: % de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal (último año con datos disponibles). Tasa de uso de anticonceptivos: % de mujeres de 15 a 49 años que usan métodos anticonceptivos (último año con datos disponibles). Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado: % de nacimientos asistidos por personal de salud capacitado (último año con datos disponibles). Mejora de las instalaciones sanitarias: % de la población que tiene acceso a mejores instalaciones sanitarias (2010). Tratamiento exitoso de la tuberculosis: tasa de éxito en el tratamiento de la tuberculosis (% de los casos registrados). Todos los datos vienen de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

### IV. Comparaciones de la infraestructura Chile y los países de ingreso mediano alto

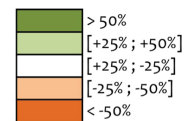


**Interpretación:**

En este gráfico, ‘más alto’ significa ‘mejor’, ya que estos indicadores son medidas positivas de la prestación de cierto bien o servicio, y una medida del desarrollo urbano.

Los valores que aparecen en el gráfico radial se han normalizado respecto al valor correspondiente al país típico de ingreso mediano alto.

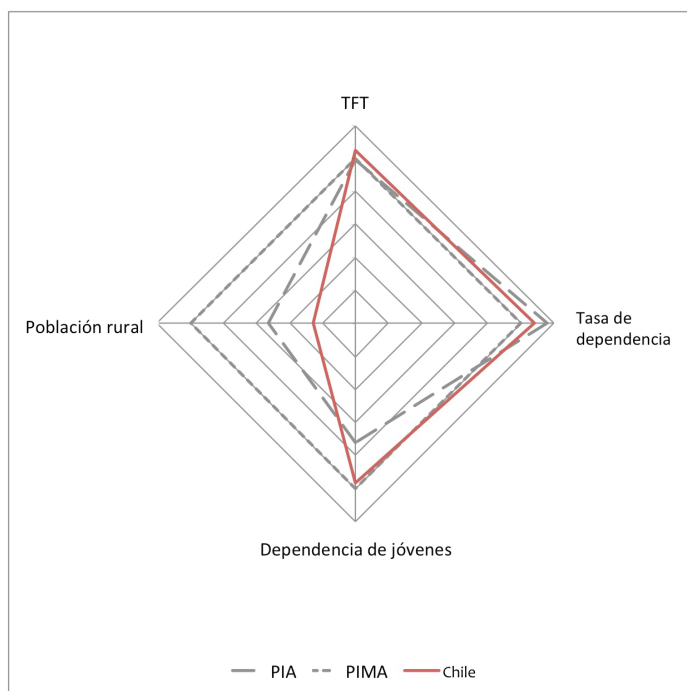
En el siguiente cuadro se sintetizan las comparaciones de infraestructura con el país típico de ingreso mediano alto.



Datos de país	Chile	PIMA	Dif. %
INB per cápita	4.690,9	1.899,0	147,0 %
Caminos pavimentados	22,5	57,6	-61,0%
Tel. celulares	129,7	92,3	40,5%
Internet	53,9	38,3	40,6%
Mejora en el suministro de agua	96,0	92,6	3,7%

Carreteras pavimentadas: % del total de carreteras que tienen pavimento (últimos datos disponibles). Usuarios de Internet: número de usuarios por cada 100 personas (2010, con algunos cálculos sobre los años anteriores). Usuarios de teléfonos celulares: abonos a teléfonos celulares por cada 100 personas (2010). Mejora en el suministro de agua: % de la población que tiene acceso a una mejor fuente de agua (2010). Todos los datos vienen de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

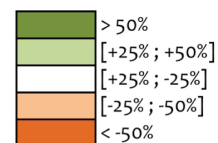
## V. Comparaciones demográficas Chile y los países de ingreso mediano alto



### Interpretación:

Estos indicadores miden el número de nacimientos por mujer, la proporción de la población que vive en zonas rurales, y la cantidad de dependientes.

Los valores que aparecen en el gráfico radial se han normalizado respecto al valor correspondiente al país típico de ingreso mediano alto.



En el siguiente cuadro se sintetizan las comparaciones de indicadores demográficos con el país típico de ingreso mediano alto.

Datos de país	Chile	PIMA	Dif. %
INB per cápita	4.690,9	1.899,0	147,0 %
TFT	1,9	1,8	5,1%
Tasa de dependencia	45,7	42,2	8,2%
Dependencia de jóvenes	70,5	73,0	-3,4%
Población rural	11,0	42,6	-74,2%

TFT: Tasa de fecundidad total (nacimientos por cada mujer), 2009. Tasa de dependencia: % de la población en edad de trabajar (2010) que tenga menos de 15 años o más de 64. Dependencia de jóvenes: % de la población en edad de trabajar (2010) que tenga menos de 15 años. Población rural: % de la población que vive en zonas rurales (2010). Todos los datos vienen de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

## REFERENCIAS

- AACH (Asociación de Aseguradores de Chile). 2012. Boletín Estadístico Salud 2002–2011. Bitrán, R. 2008. Scaling Up Health Insurance in Latin America. Washington, D. C.: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 2007. “Project Performance Assessment Report Ghana. Second Health and Population Project (Credit No. 2193).” Proyecto de apoyo al sector salud (Crédito No. 2994). Washington, D. C.
- Bitrán, R. y G. Urcullo. 2006. Good Practice in Expanding Health Care Coverage – Lessons from Reforms in Chile. Washington, D. C.: Banco Mundial.
- Bitrán, R., J. Muñoz, P. Aguad, M. Navarrete y G. Ubilla. 2000. “Equity in the Financing of Social Security for Health in Chile.” Health Policy 50 (3) (Enero): 171–196.
- Bitrán, R., L. Escobar y P. Gassibe. 2010. “After Chile’s Health Reform: Increase in Coverage and Access, Decline in Hospitalization and Death Rates.” Health Affairs.
- Dirección de Presupuestos, Gobierno de Chile. 2010. “Ley de Presupuestos del Sector Público 2000–2011.”
- Engel, E., A. Galetovic y C. Raddatz. 1997. Taxes and Income Distribution in Chile: Some Unpleasant Redistributive Arithmetic. Santiago: Centro de Economía Aplicada, Universidad de Chile.
- Fonasa. 2012. “Estadísticas e Indicadores.” [http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/ecc-92d9b-8d15-4c27-ba12-0558ebdb2b06/02+++Indicadores\\_pagina\\_web\\_%2826-07-2011%29JAV.xls?MOD=AJPERES&attachment=true&id=1313788250730](http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/ecc-92d9b-8d15-4c27-ba12-0558ebdb2b06/02+++Indicadores_pagina_web_%2826-07-2011%29JAV.xls?MOD=AJPERES&attachment=true&id=1313788250730), 2012. INE (Instituto Nacional de Estadísticas). 2011. “Compendio Estadístico 2011.” Santiago.
- Ministerio de Salud. 2007. “Primer estudio nacional sobre satisfacción y gasto en salud. Informe de resultados. Módulos ‘F’ ‘Y’ ‘G’ Gasto de bolsillo en salud.”
- . 2009. “GES AUGÉ...su historia.” Presentación de PowerPoint, alrededor de 2009, Santiago.
- . 2012. “Impacto de las Garantías Explícitas en Salud en producción y en gasto en la Red Asistencial de Salud: Informe Final.” Santiago.
- . 2009. “Estudio de verificación de costos AUGÉ esperados por beneficiario.” Santiago.

— — —. 2010. "Estudio de Brechas de." Santiago.

Organización Mundial de la Salud. 2010. Informe sobre la salud en el mundo, 2010. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud. 2007. Salud en las Américas.

Paraje, G., y F. Vásquez. 2012. "Health Equity in an Unequal Country: The Use of Medical Services in Chile." *International Journal for Equity in Health* 11: 81.

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2012. "Reducción de la Pobreza y la Desigualdad." <http://www.pnud.cl/areas/ReduccionPobreza/datos-pobreza-en-Chile.asp>.

Valdivieso, V., y M. Montero. 2010. "El plan AUGE: 2005 a 2009." *Revista Médica de Chile* Scielo 138.

Vargas, V., y R. Poblete. 2008. "Health Prioritization: The Case of Chile." *Health Affairs* 482.

El Banco Mundial apoya las iniciativas que emprenden los países para compartir la prosperidad mediante la transición hacia la cobertura universal de los servicios de salud, con las metas de mejorar los resultados en materia de salud, reducir los riesgos financieros relacionados con la enfermedad y lograr una mayor equidad. El Banco reconoce que existen muchas rutas que llevan a la cobertura universal y no apoya ninguna ruta o conjunto particular de arreglos organizativos o financieros para lograrla. Sea cual sea la ruta escogida, su ejecución exitosa implica la existencia de muchos instrumentos e instituciones. Aunque se pueden tomar rutas distintas para ampliar la cobertura, la ejecución de todas ellas implica desafíos. Consciente de eso, el Banco Mundial lanzó la Serie de estudios UNICO sobre cobertura universal de salud, cuyo fin es obtener conocimientos y diseñar instrumentos operativos para ayudar a los países a abordar estos desafíos propios de la ejecución en formas sostenibles desde el punto de vista fiscal y que mejoren el grado de equidad y eficiencia. La Serie de estudios UNICO consta de documentos técnicos y estudios de casos prácticos de varios países, en los cuales se analizan distintas facetas relacionadas con las dificultades que existen para aplicar las políticas de cobertura universal.

Los estudios de casos prácticos de los países de la serie se basan en el empleo de un protocolo normalizado para analizar los detalles prácticos de los programas mediante los cuales se ha ampliado la cobertura en forma vertical ascendente, es decir, de los programas que han comenzado con los pobres y los vulnerables en lugar de aquellos que se han iniciado con un modelo de filtración o chorro. El protocolo consta de nueve módulos que contienen más de 300 preguntas diseñadas para obtener conocimientos detallados de la forma en que los países están ejecutando cinco conjuntos de políticas destinadas a lograr lo siguiente:

- (a) administrar el paquete de beneficios
- (b) gestionar los procesos para incluir a los pobres y los vulnerables
- (c) impulsar reformas a la prestación de servicios que se traduzcan en mayores grados de eficiencia
- (d) abordar los nuevos desafíos que implica la atención primaria
- (e) afinar los mecanismos de financiamiento, para hacer coincidir los incentivos de las distintas partes interesadas del sector de la salud

La Serie de estudios UNICO busca proporcionar a los encargados de ejecutar políticas para lograr la cobertura universal un conjunto de instrumentos más amplio. El protocolo, los estudios de casos y los documentos técnicos se publican como parte de la serie. En 2013 se publicará un análisis comparativo de los estudios de casos.



oportunidades para todos



BANCO MUNDIAL