

Informe Final

Evaluación del Bono AUGE de FONASA

DCS Consulting

Facultad de Economía y Negocios

Universidad de Chile

Mayo 2013

Jefe de Proyecto

Claudio A. Bonilla, Ph.D.

Tabla de contenido

1.	ANTECEDENTES DEL PROGRAMA.....	6
1.1.	Justificación del Programa	6
1.1.1.	Problema que dio origen al Programa	6
1.1.2.	Causas y efectos del problema en la población	6
1.2.	Descripción del Programa	7
1.2.1.	Propósito del Programa.....	8
1.2.2.	Política sectorial en la que se inserta el programa	8
1.2.3.	Población potencial.....	8
1.2.4.	Criterios de focalización y población objetivo	8
1.2.5.	Criterios de selección y población beneficiaria.....	8
1.2.6.	Componentes o bienes y/o servicios que entrega el Programa	9
1.2.7.	Estrategia de intervención	9
1.2.8.	Presupuesto.....	10
2.	CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS DE LA EVALUACIÓN	11
2.1.	Objetivos de la evaluación	11
2.2.	Aspectos Metodológicos	11
2.3.	Fuentes de Información	14
3.	ANÁLISIS 1: RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN	15
3.1.	Antecedentes	15
3.2.	Caracterización de la lista de espera.....	17
3.2.1.	Caracterización de la lista de espera histórica.....	17
3.2.2.	Caracterización de la lista de espera de garantías incumplidas incorporadas durante 2011.....	21
3.3.	Evolución de la lista de espera	24
3.4.	Causales de egreso de la lista de espera.....	27
3.5.	Tiempos de espera	29
3.5.1.	Tiempo de espera desde el vencimiento de la garantía hasta la designación o la atención en los Servicios de Salud	31
3.5.2.	Tiempo de espera desde la interposición del reclamo por parte del asegurado hasta la designación de un segundo prestador privado por parte de FONASA.....	33

3.5.3.	Tiempo de espera desde la designación de un segundo prestador por parte de FONASA hasta la atención del asegurado en un establecimiento privado	34
4.	ANÁLISIS 2: IMPLEMENTACIÓN Y ANÁLISIS DE CAUSALIDAD	36
4.1.	Análisis desde la perspectiva de los Servicios de Salud: Entrevistas individuales y grupales a equipos GES.....	36
4.1.1.	Caracterización de los entrevistados	37
4.1.2.	Respecto a la gestión de lista de espera de garantías AUGE incumplidas	39
4.1.3.	Implementación del Bono AUGE.....	43
4.1.4.	Mejoras en la implementación del Bono AUGE	52
4.2.	Análisis desde la perspectiva de los usuarios: Encuestas aplicadas a beneficiarios del Bono AUGE y aquellos que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud.....	55
4.2.1.	Objetivo de las encuestas.....	55
4.2.2.	Unidades de análisis.....	56
4.2.3.	Representatividad	56
4.2.4.	Tamaños muestrales	57
4.2.5.	Descripción de los formularios.....	58
4.2.6.	Cronograma de actividades.....	59
4.2.7.	Descripción del trabajo de campo.....	60
4.2.8.	Caracterización de las muestras.....	61
4.2.9.	Resultados: Respecto al conocimiento del AUGE y Bono AUGE	76
4.2.10.	Resultados: Respecto al uso o no uso del Bono AUGE.....	87
4.2.11.	Resultados: Respecto a la satisfacción por el servicio recibido	104
5.	ANÁLISIS 3: ANÁLISIS DE EFICIENCIA.....	118
5.1.	Identificación de las actividades del Programa.....	119
5.2.	Fuentes de financiamiento del Programa	121
5.3.	Gasto total del Programa	123
5.3.1.	Gasto en prestaciones.....	125
5.3.2.	Gasto en difusión	125
5.3.3.	Gasto en sistemas de información	126
5.3.4.	Gasto en personal de atención FONASA	126
5.3.5.	Gasto en <i>call center</i> , personal DECOM y fiscalía.....	127

5.4.	Gasto unitario.....	127
5.5.	Análisis de gasto promedio por prestación según patología	129
6.	CONCLUSIONES	132
7.	RECOMENDACIONES	138
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	139

PRESENTACIÓN

El presente documento contiene el informe final de la Evaluación de Impacto del Bono AUGE de FONASA, adjudicada a DCS Consulting de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile (en adelante, el Equipo Consultor), a través de licitación pública realizada por la Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda.

El estudio tiene como objetivo analizar el impacto en los resultados del programa Bono AUGE (o el Programa), especialmente respecto de su efectividad como mecanismo para reducir las listas de espera de garantías AUGE incumplidas dentro de la red de salud pública.

El documento se organiza de la siguiente manera: En el capítulo 1 se presentan los antecedentes del Programa, los que incluyen el diagnóstico o justificación que dio origen al Programa, así como una descripción del diseño del mismo. En el capítulo 2, se revisan las consideraciones metodológicas de la evaluación, como sus objetivos, aspectos metodológicos y fuentes de información. En el capítulo 3, 4 y 5 se presentan los resultados de la evaluación. Por último, en los capítulos 6 y 7, se proporcionan respectivamente las principales conclusiones y recomendaciones, derivadas de los análisis realizados en los capítulos anteriores.

1. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA

1.1. Justificación del Programa

1.1.1. Problema que dio origen al Programa

El Programa de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), actualmente Programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), tiene por objetivo proveer a los asegurados del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), de un grupo de garantías asociadas a un número de problemas de salud determinados por la Ley 19.966¹, a saber:

- **Garantía explícita de acceso:** Es la obligación de FONASA y las ISAPRES de asegurar las prestaciones de salud.
- **Garantía explícita de calidad:** Es la obligación de FONASA y las ISAPRES de otorgar la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado.
- **Garantía explícita de oportunidad:** Es la obligación de FONASA y las ISAPRES de otorgar las prestaciones de salud garantizadas en un plazo máximo establecido, en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- **Garantía explícita de protección financiera:** Es la contribución, pago o copago máximo que debe efectuar el afiliado a FONASA o la ISAPRE por prestación o grupo de prestaciones, considerando el monto de sus ingresos.

El programa AUGE comenzó a operar en julio de 2005, sin embargo, el sistema de salud no respondió en todos los casos a los plazos exigidos por la garantía explícita de oportunidad, generando atrasos en las atenciones y una lista de espera de garantías de oportunidad incumplidas (de ahora en adelante garantías AUGE incumplidas), que en el caso del sistema público de salud, alcanzó los 113.226 casos al 1 de enero de 2011².

1.1.2. Causas y efectos del problema en la población

Si bien el Programa no cuenta con un documento oficial que de cuenta de su marco lógico, a continuación se entregan algunas hipótesis planteadas por el equipo consultor sobre las causas que podrían explicar la conformación de esta lista de espera de garantías AUGE incumplidas:

- **Desconocimiento de los usuarios acerca del Programa GES (AUGE):** Diversas encuestas han detectado un amplio y mayoritario desconocimiento al respecto. Así una encuesta de la Superintendencia de Salud del año 2006 realizada a usuarios de FONASA, señaló que

¹ Al inicio del Programa, es decir a julio de 2005, el Plan AUGE cubría 25 patologías, el 2006, 40 y el 2007, 56 patologías. A la fecha actual (Diciembre de 2012) el Plan AUGE cubre 69 las patologías, número que se espera aumente a 80 a Julio de 2013. Ver <<http://www.bcn.cl/guias/plan-ges-ex-AUGE>>.

² Estadísticas obtenidas a partir de la base de datos "Consolidado 2011", proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012.

sólo un 13,2% de los encuestados sabía qué patologías estaban cubiertas por las GES (AUGE) y un 58,1% declararon no saber los pasos a seguir ante una garantía incumplida (Superintendencia de Salud, 2006). Una encuesta del Centro de Estudios de la Realidad Contemporánea (CERC) de Octubre 2006 señaló que el 30% de los encuestados no conocía los alcances del AUGE y sólo el 8% declaró conocerlos bien (CERC, 2007). Por lo tanto, se podría suponer que el desconocimiento de las patologías AUGE por parte de los usuarios FONASA, y en particular, el desconocimiento sobre la garantía de oportunidad habría incidido en que los usuarios fuesen pasivos a la hora de ejercer su derecho, repercutiendo en las cifras observadas en la lista de espera de garantías incumplidas.

- **Problemas de información y registros insuficientes:** La Contraloría General de la República en un Programa Nacional de Fiscalización de Garantías Explícitas en Salud (GES) concluyó que de 7 patologías que se investigaron, existían incumplimientos de garantías producto de un deficiente sistema de control y seguimiento de los pacientes³.
- **Insuficiente cantidad de médicos especialistas, especialmente en regiones:** Esto significó que el número de consultas realizadas, no guardara relación con la demanda efectiva de consultas requeridas por cada patología. Al respecto, un estudio de brechas de oferta y demandas de médicos especialistas en Chile (Gobierno de Chile (Subsecretaría de redes asistenciales) y Banco Mundial, 2010), señaló que el país contaba en promedio con 1 médico por 559 habitantes, no obstante, existían diferencias geográficas, ya que esta cifra era de 1 médico por 471 habitantes en la zona central, mientras las regiones norte y sur se contaba con un médico por 837 y 851 habitantes, respectivamente.

Respecto de los efectos que las garantías AUGE incumplidas provocan en los usuarios, destacan las complicaciones o agravamientos en las condiciones de salud producto de la espera en la atención. Esto, a su vez, eleva los costos de la atención, tanto a los afectados como al propio sistema. El ausentismo laboral es otra consecuencia para las personas que no reciben atención e indirectamente afecta la productividad del país.

1.2. Descripción del Programa

Como se mencionó anteriormente, el programa Bono AUGE, no cuenta con un documento oficial que de cuenta de su marco lógico, no obstante a continuación se entrega una descripción general del diseño del mismo, la cual fue construida a partir de las bases de licitación del presente estudio (DIPRES, 2011), la revisión de los antecedentes provistos por FONASA y aquellos de carácter público como la web de dicha institución. También se consideró el Decreto 1 de 2010 del Ministerio de Salud y entrevistas realizadas a actores clave que operan el Programa.

³ Informe final, Programa nacional de fiscalización de Garantías explícitas de Salud, Contraloría General de la República, 2007. REF 6.023/07.

1.2.1. Propósito del Programa

El propósito del programa Bono AUGE es reducir el número de personas en listas de espera por garantías incumplidas de patologías que establece el GES, a través de la asignación de un prestador alternativo frente a un reclamo por incumplimiento de la garantía de oportunidad (DIPRES, 2011).

El Programa Bono AUGE se hace cargo únicamente de las prestaciones vinculadas a la garantía incumplida y no necesariamente de la solución final del problema de salud del asegurado. A modo de ejemplo, puede darse el caso en el que el Bono se hace cargo de la confirmación diagnóstica del problema de salud cuya garantía se encuentra incumplida, no obstante, una vez recibida la atención en un establecimiento de salud privado, el beneficiario debe volver al sistema público a continuar con el tratamiento, si corresponde.

1.2.2. Política sectorial en la que se inserta el programa

El Bono AUGE se inserta dentro del programa AUGE, que es el que resguarda las condiciones de acceso, cobertura financiera y de oportunidad de las prestaciones asociadas a la atención de las enfermedades que causan la mayor cantidad de muertes en el país o que generan la mayor cantidad de años de vida perdidos (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, 2010).

1.2.3. Población potencial

La población potencial del programa Bono AUGE son todos los asegurados FONASA que cumplen con los requisitos para ser beneficiado GES⁴ y que no hayan recibido alguna prestación de salud dentro de los plazos que establece la garantía de oportunidad.

1.2.4. Criterios de focalización y población objetivo

El Programa no cuenta con criterios de focalización, por lo que la población objetivo corresponde a la definida como potencial.

1.2.5. Criterios de selección y población beneficiaria

Para poder acceder al Bono, los asegurados FONASA, que cumplan los requisitos para ser beneficiario GES y que no hayan recibido alguna prestación de salud dentro de los plazos que establece la garantía de oportunidad, deben presentar el reclamo correspondiente ante FONASA, quien designará un prestador público o privado, dependiendo su disponibilidad. En el caso de no

⁴ Esto es, ser beneficiario de FONASA, que la enfermedad o problema de salud que le afecta esté incluida entre las patologías cubiertas por GES vigentes, cumplir con las condiciones de estado de salud u otras definidas para cada patología, acceder a prestaciones debidamente prescritas por un profesional de la salud y que estén consideradas en el tratamiento garantizado de cada una de las enfermedades AUGE y atenderse sólo en la red de prestadores que determine FONASA.

existir disponibilidad en establecimientos de la red de salud pública, se designará un prestador privado, caso en el cual, el asegurado se entenderá como beneficiario del Bono AUGE.

1.2.6. Componentes o bienes y/o servicios que entrega el Programa

El programa Bono AUGE tiene un componente: el Bono mismo. Consiste en un instrumento a través del cual el asegurado de FONASA, a quien el sistema público de salud, no le ha cumplido el plazo máximo de atención establecido en la ley (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, 2010) para un problema de salud AUGE (garantía de oportunidad), puede acceder a la prestación requerida en un establecimiento de salud privado (clínicas, mutuales, hospitales universitarios, etc.), puesto a disposición por FONASA.

Cabe señalar que en la práctica el componente Bono tuvo dos mecanismos de producción: los bonos propiamente tal, y un segundo mecanismo, denominado reclamos. La diferencia entre los bonos y reclamos radica en que, en los primeros, el beneficiario puede elegir el prestador privado con el cual resolverá su garantía incumplida y existe una emisión física de un *voucher*. En el caso de los reclamos, los beneficiarios no eligen el prestador privado, ni existe la emisión física de un *voucher*. En este caso, que originalmente está considerado en el Decreto 1 del Ministerio de Salud (MINSAL), FONASA intervino directamente en la designación del prestador privado para algunos beneficiarios con garantías incumplidas. Según las conversaciones del Equipo Consultor con los encargados del Programa en FONASA, esta segunda modalidad de atención fue implementada para asegurados que no aparecían en la nómina de Bonos disponibles en la aplicación⁵ para la entrega del Bono AUGE, pero sí en el Sistema de Información de Gestión de Garantías en Salud (SIGGES) con garantía incumplida. También se utilizó esta segunda modalidad en varias situaciones de beneficiarios que reclamaron su garantía de manera telefónica y se les derivó a un segundo prestador privado sin Bono AUGE, debido a que no retiraron el *voucher* en las oficinas de FONASA. De todas formas, para efectos del estudio, se consideraron los dos tipos de alternativas de segundos prestadores que contribuyeron a disminuir la lista de espera de garantías incumplidas, es decir, los que siguieron el procedimiento regular, denominados bonos AUGE, y los que fueron canalizados por la segunda alternativa, denominados reclamos en el presente informe. Para efectos del presente estudio, la suma de bonos más reclamos se entenderán como derivaciones.

1.2.7. Estrategia de intervención

El Bono AUGE comenzó a operar en octubre de 2010. Inicialmente consistió en un piloto aplicable a la patología cataratas. Posteriormente, en enero del 2011, se comenzó a aplicar para todas las garantías AUGE incumplidas.

⁵ Los encargados FONASA del programa AUGE, informaron al equipo consultor que pueden existir días de retraso entre que la información de la garantía incumplida aparece en el SIGGES y posteriormente es actualizada en la aplicación de Bonos AUGE que permiten la emisión de los mismos.

Para hacer uso del Bono, el asegurado de FONASA debe, como primer paso, acercarse a las sucursales de la institución a interponer un reclamo por incumplimiento de la garantía de oportunidad, pudiendo también hacerlo vía telefónica o a través de internet. Legalmente el asegurado dispone de 15 días corridos, después de vencida la garantía de oportunidad, para presentar el reclamo ante FONASA y solicitar la emisión del Bono AUGE. Sin embargo, según antecedentes provistos por responsables del programa en FONASA, en la práctica, los 15 días corridos no fueron considerados como requerimiento, aceptándose reclamos fuera de ese plazo.

Realizado el reclamo, FONASA procede a verificar el incumplimiento de la garantía a través de una consulta al Sistema de Información y Gestión para las Garantías Explícitas en Salud (SIGGES), sistema de información especialmente diseñado para administrar el Programa AUGE. Si efectivamente existe un incumplimiento de acuerdo a los plazos establecidos en el Decreto 1 de 2010 del Ministerio de Salud, FONASA designa, en un plazo no mayor a 2 días corridos, un segundo prestador, el cual debe tener similares características al prestador original, como lo estipula el artículo 11, número 2 del Decreto antes mencionado. Para ello, primero se verifica la posibilidad de proveer la prestación dentro del Servicio de Salud. En el caso de que exista capacidad de respuesta en el sistema público dentro de los 10 días corridos⁶ después de la asignación, FONASA designará un prestador dentro de la red de salud pública. En el caso de que no exista tal capacidad, FONASA presenta al asegurado diversas alternativas de prestadores privados, previamente licitados, de entre los cuales el asegurado puede elegir aquel que más le acomode. En este último caso, es donde se realiza la derivación a través del programa Bono AUGE, la cual es de costo de FONASA, no teniendo el asegurado que desembolsar dinero por la prestación reclamada⁷.

Una vez que el asegurado haya escogido el prestador de su preferencia, debe acudir a la sucursal de FONASA donde se le entrega el Bono AUGE, en el caso que corresponda, que indica el nombre del establecimiento en el cual puede hacer efectiva la atención. El asegurado tiene que comunicarse con el establecimiento y solicitar hora, indicando que posee un Bono AUGE y de esta forma el establecimiento programa la atención en el plazo establecido.

1.2.8. Presupuesto

El presupuesto del programa Bono AUGE para el año 2011 ascendió a M\$6.269.428.

⁶ De acuerdo al Decreto 1, este es el plazo máximo para recibir la atención de salud por parte del prestador público o privado, una vez realizada la designación por parte de FONASA, salvo que el plazo establecido en el artículo 1 del mismo Decreto fuese inferior, caso en el cual el plazo máximo, será el que allí se establece.

⁷ Este mismo criterio aplica en el caso de que FONASA designe a un prestador público.

2. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS DE LA EVALUACIÓN

2.1. Objetivos de la evaluación

El principal objetivo de este estudio es analizar el impacto en los resultados del programa Bono AUGE, especialmente respecto de su efectividad como mecanismo para reducir las listas de espera de garantías GES incumplidas dentro de la red de salud pública.

Al mismo tiempo, se analizan, de manera cualitativa, a través de entrevistas, aspectos del diseño y algunos resultados a nivel de producto del Programa.

El estudio tiene los siguientes objetivos específicos:

- Analizar los resultados del Programa a nivel de producto.
- Analizar la efectividad del Programa como mecanismo para reducir las listas de espera de garantías GES incumplidas dentro de la red de salud pública.
- Levantar información, diseñar e implementar una metodología de evaluación que permita medir el impacto del Programa Bono AUGE.
- Analizar posibles diferencias en el desempeño del Programa para las distintas patologías o grupos de patologías consideradas en el AUGE, así como grupos específicos de la población.
- Evaluar la eficiencia y uso de recursos del Programa.

Finalmente, se busca proveer conclusiones acerca de las posibles debilidades del programa Bono AUGE respecto de su implementación y eficiencia en la reducción de la lista de espera y además, entregar recomendaciones que permitan su mejoramiento.

2.2. Aspectos Metodológicos

La metodología para abordar el estudio fue diseñada considerando las particularidades del Programa, estableciéndose como horizonte de evaluación, el periodo comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2011. En efecto, al estar el programa Bono AUGE, orientado a resolver un problema de gestión, como es la reducción de la lista de espera de garantías AUGE incumplidas, no existe una hipótesis de cambio o efecto en los beneficiarios, derivada de la entrega de sus componentes. Esto es, dado que el alcance del Programa sólo abarca hasta la entrega de la prestación asociada a una garantía AUGE incumplida a través de un prestador privado, no se considera como objetivo explícito, un resultado que implique una hipótesis de cambio o efecto en los beneficiarios derivada de la entrega del bono, como por ejemplo, la solución de sus problemas de salud, lo que impide la aplicación de técnicas de evaluación de impacto tradicional.

Una posible alternativa para enfrentar este problema habría sido la realización de una proyección de la evolución de la lista de espera sin Bono AUGE, para después comparar con la evolución

efectiva de la lista de espera con bono. Sin embargo, no se contó con una cantidad de datos históricos suficientes y confiables (tema que será revisado más adelante) que se requieren para realizar este tipo de proyecciones.

Dadas las circunstancias antes descritas, el equipo consultor definió una estrategia alternativa para evaluar el Programa, desde un enfoque más cualitativo y que ahonda en aspectos descriptivos, que permiten entender cómo se llevó a cabo el proceso de reducción de la lista de espera de garantías AUGE incumplidas.

En específico, después de un análisis de la información disponible y un entendimiento más acabado del Programa, se decidió organizar este estudio en tres grandes análisis: el primero, corresponde a los resultados e impacto agregado del Bono AUGE, cuyo capítulo se denomina “Resultados agregados de la Implementación”. El segundo, se centra en la implementación y entrega de servicios, capítulo que se denomina “Implementación y análisis de causalidad”, cuyo objetivo es aportar información adicional que sirva para entender las razones que explican los resultados obtenidos del primer análisis. Finalmente, un tercer análisis, estudia la eficiencia en el uso de los recursos, cuyo capítulo se denomina “Análisis de eficiencia”. Las preguntas a responder de cada análisis son las siguientes:

Preguntas a responder en el Análisis 1: Resultados agregados de la implementación

- ¿Cómo evolucionó la lista de espera de garantías incumplidas?
- ¿En qué medida contribuyó el Bono AUGE a la reducción de la lista de espera de garantías incumplidas?

Preguntas a responder en el Análisis 2: Implementación y análisis de causalidad

- ¿Cómo se llevó a cabo el proceso de implementación del Bono AUGE en FONASA y los Servicios de Salud?
- ¿El asegurado de FONASA con garantía incumplida, conoce y entiende el programa Bono AUGE?
- ¿Existen variables (determinantes) que influyeron en que los asegurados de FONASA con garantías incumplidas hayan resuelto su problema a través del Bono AUGE o los Servicios de Salud?
- ¿Los asegurados de FONASA con garantía incumplida que hicieron uso del Bono AUGE y aquellos que se atendieron en los Servicios de Salud, están satisfechos con el servicio otorgado?

Preguntas a responder en el Análisis 3: Análisis de eficiencia

- ¿Cuál fue el costo incurrido en la ejecución del programa Bono AUGE durante el 2011?
- ¿Los recursos disponibles para sostener las actividades del proyecto (físicos y financieros) fueron suficientes y apropiados?

Como se señaló, el primer análisis, corresponde al estudio de resultados agregados. Este análisis utiliza un diseño metodológico exploratorio descriptivo, cuyo principal objetivo es estudiar la evolución de la lista de espera de garantías AUGE incumplidas en el periodo de evaluación, así como identificar las fuentes asociadas a la disminución de dicha lista. Es importante aclarar que en base a las reuniones sostenidas con el equipo de FONASA, donde se declaró que la eliminación de la lista de espera histórica (correspondiente a aquellos casos de arrastre al 1 de enero de 2011) se había convertido en un objetivo específico para FONASA, el Equipo Consultor decidió presentar separadamente los análisis para la lista de espera histórica y el flujo de garantías incumplidas incorporadas durante 2011.

El segundo análisis, corresponde al estudio de la implementación y análisis de causalidad del Bono AUGE. Para éste, se realizaron entrevistas individuales y grupales a distintos actores relevantes en la resolución de la lista de espera de garantías AUGE incumplidas en los Servicios de Salud que se detallan más adelante, de modo de entender el proceso, y comprender las causas que explican los resultados identificados en el primer análisis. Es bien sabido, que con este tipo de instrumentos no es posible realizar generalizaciones, pero si entregan valiosa información que permite profundizar en los procesos asociados al programa Bono AUGE. Para esto, fue necesario hacer una selección de profesionales que tuvieran responsabilidad sobre el Programa y que pertenecieran a los Servicios de Salud con mayor número de Bonos AUGE emitidos. Además, se realizaron dos encuestas: una a beneficiarios del Bono AUGE, con el objetivo de estudiar el proceso desde el enfoque de los beneficiarios y realizar una medición sobre la satisfacción del Programa por parte de dichos usuarios; y otra, a usuarios con garantías incumplidas que no hicieron uso del Bono y se atendieron en los Servicios de Salud, con el objetivo de entender los motivos del por qué no ejercieron su derecho al Bono AUGE y medir su satisfacción con respecto a la atención en dichos Servicios. Asimismo, estas encuestas permitieron realizar comparaciones entre ambos grupos en ámbitos tales como: el nivel de conocimiento del AUGE y Bono AUGE, proceso mediante el cual se obtuvo respuesta al problema de garantía vencida, niveles de satisfacción, entre otros. Las encuestas de ambos grupos se realizaron en las 3 principales regiones donde se hizo uso del Bono AUGE, esto es, en las regiones V, VIII y Región Metropolitana que concentraron cerca del 66,5% de los beneficiarios del Programa, según datos provistos por FONASA al 16 de Junio del 2011⁸.

Por último, se realiza un tercer análisis, que busca emitir un juicio respecto a la eficiencia en el uso de los recursos en el proceso de implementación y provisión del Bono. Su metodología se basa en una cuantificación de los gastos, para lo que se consideraron las prestaciones otorgadas, actividades de difusión, recursos humanos, nuevos procesos y tareas derivadas de la implementación del Bono AUGE. Se identifican las actividades que forman parte del proceso de transformación y las unidades que las implementan, para posteriormente cuantificar el gasto incurrido en cada una de ellas.

⁸ Base de datos enviada por FONASA el 23 de Junio del 2011, con la información de los Bonos AUGE emitidos entre el 1 de enero al 17 de junio del 2011.

2.3. Fuentes de Información

Diversas fuentes de información fueron utilizadas para realizar cada uno de los análisis descritos anteriormente. En particular, para el primer análisis, se utilizó información secundaria provista por FONASA e informes de auditoría realizados por la Superintendencia de Salud, todos los cuales se encuentran descritos en el anexo "Fuentes de datos", adjunto a este documento.

Para el caso del segundo análisis, se consideraron dos principales fuentes de información. La primera, es la información levantada a través de entrevistas a los encargados de las listas de espera GES y a las personas que estuvieron directa o indirectamente involucradas en el proceso de disminución de las listas de espera AUGE en los Servicios de Salud. La segunda fuente de información, corresponde a las encuestas llevadas a cabo con los beneficiarios que hicieron uso del Bono AUGE durante 2011 y aquellos asegurados de FONASA que estuvieron en la lista de espera AUGE durante ese mismo año, pero que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud⁹. Al respecto, FONASA proporcionó los datos de contacto, sin individualizar la patología, para una muestra de personas seleccionada mediante un procedimiento previamente establecido por la consultora y que se describe más adelante.

Por último, para la realización del tercer análisis, se recurrió a reportes de gastos elaborados por FONASA respecto de los gastos incurridos en el programa Bono AUGE y también información pública de la ejecución presupuestaria del Programa, como los reportes de ejecución presupuestaria de DIPRES.

Cabe consignar, que gran parte de la información utilizada en los análisis anteriores presentó problemas de inconsistencias, como por ejemplo, que las cifras entre distintas bases de datos, no concordaban entre sí. Este problema y otros encontrados a lo largo del estudio, así como los supuestos considerados por el Equipo Consultor para abordarlos, son discutidos en la sección correspondiente a cada análisis.

⁹ Los cuestionarios de estas encuestas, se presentan en el Anexo "Encuesta aplicada".

3. ANÁLISIS 1: RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN

3.1. Antecedentes

Como se señaló en el capítulo de aspectos metodológicos, el horizonte de evaluación considerado para este estudio comprende el período transcurrido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011.

Ahora, si bien no forma parte del horizonte de evaluación, es importante señalar, al menos de manera general, qué ocurrió con la lista de espera antes del 1 de enero de 2011.

De acuerdo a la información provista en el sitio web de FONASA, al 1 de julio de 2010 existían 246.742 garantías incumplidas, las cuales disminuyeron a 113.226 al 1 de enero de 2011, lo que dio cuenta de una reducción de 133.516 garantías incumplidas (54%).

Según lo informado en reuniones con directivos de FONASA, y confirmado en las entrevistas con directivos de los Servicios de Salud, este descenso se debió, principalmente, a la ejecución por parte de los Servicios de Salud, actualización y eliminación de errores de registro existentes en la base de datos de garantías AUGE incumplidas, como por ejemplo personas que ya habían sido atendidas, pero no eliminadas de la lista de espera, registros con cédula de identidad inexistente, personas ya fallecidas, entre otras causales. Asimismo, durante el último trimestre de 2010 se realizó un plan piloto con lo cual se resolvieron 4.396 garantías¹⁰.

Ya para el año 2011, la base de datos recibida con los registros en lista de espera, que es utilizada en los análisis que siguen, se conformó por la lista de espera histórica (113.226 casos), que corresponde a los casos de arrastre al 1 de enero de 2011, más los ingresos de garantías incumplidas durante el año 2011 (185.663 casos). Ambas dieron cuenta de un universo de 298.889 garantías incumplidas en 2011.

No obstante, al examinar estos registros en la base de datos provista por FONASA, se detectaron 21.220 casos con algún tipo de inconsistencia de información, esto es, registros que si bien fueron clasificados por FONASA para efectos de este estudio como ingresados en 2011 a la lista de espera de garantías AUGE incumplidas, su fecha de vencimiento de garantía (fecha en que ingresa a la lista de espera) registrada en la base de datos, es anterior al 1 de enero de 2011 o posterior al 31 de diciembre del mismo año; registros sin fecha de vencimiento de la garantía imputados por FONASA para efectos de este estudio al año 2011; registros con fecha de atención anterior al 1 de enero de 2011; registros de personas fallecidas antes del 1 de enero de 2011, atendidas o con fecha de emisión del bono durante 2011; razón por la cual estos datos no fueron considerados en

¹⁰ Cifra obtenida a partir de la base de datos "Consolidado 2011", proporcionada por FONASA el 3 de octubre de 2012, correspondiente a las garantías incumplidas de FONASA.

los análisis posteriores. Cabe consignar que los análisis realizados no cambian significativamente con la eliminación de los registros inconsistentes.

Tabla 1: Detalle de casos inconsistentes en la base de datos de garantías AUGE incumplidas incorporadas durante 2011

Causales de registros inconsistentes clasificados por FONASA como ingresados en 2011	N°
Con fecha de vencimiento garantía en 2012	10.899
Con fecha de vencimiento garantía en 2010	9.230
Sin fecha de vencimiento garantía	908
Con fecha de atención anterior al 2011	106
Con fecha de fallecimiento antes del 2011 y fecha de atención en 2011	65
Sin fecha de vencimiento y fallecidos antes del 2010	7
Con Bono emitido después de fallecimiento	5
Total	21.220

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos "Consolidado 2011", de los registros del SIGGES, proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

Con lo anterior, el total de garantías en análisis ascendió a 277.669, de las cuales 113.226 correspondían a la lista de espera histórica y 164.443 a la lista de espera de garantías incumplidas incorporadas durante el transcurso del año.

Tabla 2: Clasificación de los registros de la lista de espera de garantías AUGE incumplidas 2011

Clasificación	Lista de espera histórica	Lista de espera de garantías incumplidas incorporadas durante 2011	Total
Registros válidos	113.226	164.443	277.669
Registros inconsistentes		21.220	21.220
Total	113.226	185.663	298.889

Fuente: Elaboración a partir de la base de datos "Consolidado 2011", proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

Es importante hacer notar que de los 21.220 registros no considerados en el análisis, por las razones señaladas anteriormente, 1.494 casos figuraban como derivaciones. Con esto, el número de derivaciones totales, previo la eliminación de registros inconsistentes, ascendía 6.649, distribuidas como se observa en la tabla siguiente:

Tabla 3: Cantidad de derivaciones registradas antes de la depuración de la base de datos por parte del Equipo Consultor

Derivaciones	Lista de espera histórica	Lista de espera de garantías incumplidas incorporadas durante 2011	Total
Bono	2.219	2.089	4.308
Reclamo	275	2.066	2.341
Total	2.494	4.155	6.649

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos "Consolidado 2011", de los registros del SIGGES, proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

3.2. Caracterización de la lista de espera

3.2.1. Caracterización de la lista de espera histórica

3.2.1.1. Por año de ingreso

Como se señaló anteriormente, el número de garantías incumplidas al 1 de enero de 2011 correspondía a 113.226 casos, de los cuales, un 52,7% correspondía a garantías incumplidas anteriores al 1 de enero del 2010, y el 47,3% correspondía a garantías ingresadas a partir de esa fecha. Se debe consignar que existe un número aislado de casos (13) donde el año de vencimiento de la garantía data de una fecha anterior a la existencia del AUGE (2005), lo cual evidencia problemas de registro en los Servicios de Salud.

Tabla 4: Distribución de la lista de espera histórica por año de vencimiento de la garantía

Año de Vencimiento de garantía	N°	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
2001	1	0,0	0,0
2002	3	0,0	0,0
2003	8	0,0	0,0
2004	1	0,0	0,0
2005	1.785	1,6	1,6
2006	7.591	6,7	8,3
2007	13.860	12,2	20,5
2008	14.257	12,6	33,1
2009	22.136	19,6	52,7
2010	53.584	47,3	100,0
Total	113.226	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos "Consolidado 2011", de los registros del SIGGES, proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

3.2.1.2. Por patología y tipo de intervención

La tabla siguiente muestra las garantías incumplidas de la lista de espera histórica para las 10 patologías más recurrentes, según tipo de intervención sanitaria, que corresponde a una clasificación de la atención asociada a la garantía, de acuerdo a la etapa en que se encuentra el beneficiario¹¹, donde “confirmación diagnóstica” se refiere al proceso mediante el cual se comprueba o descarta la existencia de una enfermedad o condición de salud específica (generalmente a través de una consulta a un especialista y/o exámenes complementarios, “tratamiento” corresponde a la o las atenciones recibidas posteriormente a la “confirmación diagnóstica” (que incluye tratamiento propiamente tal como por ejemplo, tratamiento kinesiológico, tratamiento de la depresión, etc., “intervención quirúrgica” y/o “exámenes y hospitalización”) y “seguimiento” corresponde a la etapa inmediatamente posterior al “tratamiento”.

Tabla 5: Distribución de la lista de espera histórica por patología y tipo de intervención sanitaria

Patología	Tipo de intervención sanitaria				N°	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
	Confirmación diagnóstica	Tratamiento	Seguimiento	No clasificado(1)			
Vicios de refracción	16.360	4.600			20.960	18,5	18,5
Cataratas	11.090	9.777			20.867	18,4	36,9
Retinopatía diabética	7.106	1.142		6	8.254	7,3	44,2
Colecistectomía preventiva	1.554	3.673			5.227	4,6	48,8
Depresión		4.582			4.582	4,0	52,9
Estrabismo	3.284	1.016	75		4.375	3,9	56,8
Ortesis		3.934			3.934	3,5	60,2
Cáncer cervicouterino	1.275	1.727	233	1	3.236	2,9	63,1
Diabetes mellitus tipo 2	2.064	983		3	3.050	2,7	65,8
Accidente cerebrovascular	1.171	1.260	312		2.743	2,4	68,2
Otros problemas de salud	18.111	16.720	1.160	7	35.998	31,8	100,0
Total	62.015	49.414	1.780	17	113.226	100,0	
Porcentaje (%)	54,8	43,6	1,6	0,0	100		

(1): Se consideraron dentro de esta categoría, aquellas garantías que no contaban con información del tipo de intervención asociada. Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos “Consolidado 2011”, de los registros del SIGGES, proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

¹¹ Artículo 3° del Decreto Supremo 1 de 2010 del Ministerio de Salud.

Se observa que la mayor frecuencia de incumplimientos por tipo de intervención, correspondió a “confirmación diagnóstica”, con casi un 55% del total de garantías en la lista de espera histórica, seguido por la categoría “tratamiento” con un 43,6% de los casos y “seguimiento” con un 1,6%.

La tabla anterior también muestra los 10 problemas de salud o patologías con mayor ocurrencia en la lista de espera histórica, los que concentran el 68,2% de las garantías. Las tres patologías de mayor frecuencia fueron: vicios de refracción (18,5%), cataratas (18,4%) y retinopatía diabética (7,3%).

Al realizar un análisis cruzado de las variables patología y tipo de intervención sanitaria, se puede establecer que para las tres patologías más recurrentes, la “confirmación diagnóstica” es el tipo de intervención más frecuente, representando un 78% de los casos de vicios de refracción, un 53% de los casos de cataratas y un 86% de los casos de retinopatía diabética.

3.2.1.3. Por región y Servicio de Salud de origen

La tabla siguiente muestra el total de garantías incumplidas de la lista de espera histórica, distribuidas por región y Servicio de Salud donde se estableció el origen de la garantía. Se constata que un 82,4% del total de las garantías incumplidas se concentra en los servicios de Salud de cuatro regiones: Metropolitana (38,3%), V (17,3%), VI (14,5%) y IV (12,3%). Se puede apreciar, además, que cinco Servicios de Salud explican el 58,2% de la lista de espera histórica: Libertador Bdo. O’Higgins (14,5%), Coquimbo (12,3%), Viña del Mar – Quillota (11,1%), Metropolitano Sur (10,6%) y Metropolitano Occidente (10,1%). Por otra parte, los servicios de Salud con menor cantidad de garantías incumplidas son los de Ñuble (0,04%) y Talcahuano (0,06%). Las cifras anteriores, podrían explicarse por la escala de los Servicios, así como también por diferencias en la productividad de cada uno de ellos en resolver las garantías oportunamente. No obstante, no se contó con información sobre el número de garantías AUGÉ totales administradas por cada Servicio, por lo que no es posible emitir juicios respecto de este tema.

Tabla 6: Distribución de la lista de espera histórica por región y Servicio de Salud

Región	Servicios de Salud	Garantías incumplidas		
		N°	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
RM	Metropolitano Central	7.743	6,8	6,8
	Metropolitano Norte	9.578	8,5	15,3
	Metropolitano Occidente	11.390	10,1	25,4
	Metropolitano Oriente	83	0,1	25,4
	Metropolitano Sur	12.056	10,6	36,1
	Metropolitano Sur Oriente	2.494	2,2	38,3
Subtotal RM		43.344	38,3	38,3

Región	Servicios de Salud	Garantías incumplidas		
		N°	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
V	Aconcagua	716	0,6	38,9
	Valparaíso San Antonio	6.270	5,5	44,5
	Vina del Mar Quillota	12.562	11,1	55,5
Subtotal V		19.548	17,3	55,5
VI	del Libertador B.OHiggins	16.419	14,5	70,0
Subtotal VI		16.419	14,5	70,0
IV	Coquimbo	13.946	12,3	82,4
Subtotal IV		13.946	12,3	82,4
IX	Araucanía Norte	740	0,7	83,0
	Araucanía Sur	5.631	5,0	88,0
Subtotal IX		6.371	5,6	88,0
X	Chiloé	609	0,5	88,5
	Del Reloncaví	2.166	1,9	90,4
	Osorno	872	0,8	91,2
Subtotal X		3.647	3,2	91,2
VIII	Arauco	519	0,5	91,7
	Biobío	346	0,3	92,0
	Concepción	1.907	1,7	93,7
	Nuble	50	0,0	93,7
	Talcahuano	65	0,1	93,8
Subtotal VIII		2.887	2,5	93,8
VII	del Maule	2.667	2,4	96,1
Subtotal VII		2.667	2,4	96,1
I	Iquique	2.472	2,2	98,3
Subtotal I		2.472	2,2	98,3
II	Antofagasta	699	0,6	98,9
Subtotal II		699	0,6	98,9
XII	Magallanes	438	0,4	99,3
Subtotal XII		438	0,4	99,3
XIV	Valdivia	351	0,3	99,6
Subtotal XIV		351	0,3	99,6
XI	Aysén	266	0,2	99,8
Subtotal XI		266	0,2	99,8
XV	Arica	97	0,1	99,9
Subtotal XV		97	0,1	99,9
III	Atacama	74	0,1	100,0
Subtotal III		74	0,1	100,0
Total de casos		113.226	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos “Consolidado 2011”, de los registros del SIGGES, proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

3.2.2. Caracterización de la lista de espera de garantías incumplidas incorporadas durante 2011

3.2.2.1. Por patología y tipo de intervención

La tabla siguiente muestra el número de garantías AUGE incumplidas incorporadas durante el año 2011 por patología y tipo de intervención sanitaria, cuya cifra asciende a 164.443 casos.

Se constata que, a diferencia de la lista histórica, la categoría “tratamiento” tiene una mayor frecuencia de incumplimiento, con un 51% de los casos ingresados en 2011, seguida por la “confirmación diagnóstica” que alcanzó a un 44,6%, del total de casos. Como en la lista histórica, el “seguimiento” presenta un bajo porcentaje de casos, con un 2,7% del total de casos ingresados.

Tabla 7: Distribución de la lista de espera de garantías incumplidas incorporadas durante 2011 por patología y tipo de intervención sanitaria

Patología	Tipo de intervención sanitaria				Total		
	Confirmación diagnóstica	Tratamiento	Seguimiento	No clasificado (1)	N°	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Vicios de Refracción	20.093	11.911			32.004	19,5	19,5
Cataratas	6.592	8.300			14.892	9,1	28,5
Cáncer Cervicouterino	10.690	2.301	229	7	13.227	8,0	36,6
Infección Respiratoria Aguda		9.648			9.648	5,9	42,4
Displasia Luxante de Caderas	7.224	1.110			8.334	5,1	47,5
Cáncer de Mama	4.498	3.165	47	1	7.711	4,7	52,2
Retinopatía Diabética	3.513	966		2.887	7.366	4,5	56,7
Ortesis		6.118			6.118	3,7	60,4
Depresión		5.272			5.272	3,2	63,6
Accidente Cerebrovascular	1.817	2.095	1.182		5.094	3,1	66,7
Otros	18.843	32.913	3.012	9	54.777	33,3	100,0
Total	73.270	83.799	4.470	2.904	164.443	100,00%	
Porcentaje (%)	44,6	51,0	2,7	1,8	100,0		

(1): Se consideraron dentro de esta categoría, aquellas garantías que no contaban con información del tipo de intervención asociada. Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos "Consolidado 2011", de los registros del SIGGES, proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

La tabla anterior muestra también, las 10 patologías con mayor ocurrencia que ingresaron a la lista de espera durante 2011, que concentran el 66,7% de los casos ingresados. Se repiten, respecto de los dos primeros lugares de la lista histórica, las patologías vicios de refracción (19,5%) y cataratas (9,15%). El tercer lugar en frecuencia lo ocupa cáncer cervicouterino (8%), que en la lista de espera histórica ocupaba el octavo lugar. Adicionalmente, se repiten, en relación a la lista de espera histórica, las patologías retinopatía diabética (4,5%), ortesis (3,7%), depresión (3,2%) y accidente cerebrovascular (3,1%).

Las patologías de esta lista, que no se encontraban dentro de las 10 más frecuentes en la lista de espera histórica son: Infección respiratoria aguda (5,9%), displasia luxante de caderas (5,1%) y cáncer de mama (4,7%).

Por otra parte, al realizar un cruce de las variables patología y tipo de intervención sanitaria, se puede establecer que, al igual que en la lista de espera histórica, en las tres patologías con mayor número de casos, es la "confirmación diagnóstica" el tipo de intervención más frecuente, representando un 63% de los casos de vicios de refracción, un 44% de los casos de cataratas y un 81% de los casos de cáncer cervicouterino.

3.2.2.2. Por región y Servicio de Salud

La siguiente tabla, muestra el total de nuevas garantías incumplidas durante 2011, de acuerdo a la región y servicio de Salud donde se estableció el origen de la garantía. Se constata que un 71,1% de las garantías incumplidas se concentraron en los Servicios de Salud de cuatro regiones: Metropolitana (43,6%), V (13%), VIII (8,3%) y VII (6,1%). Se destaca que las regiones Metropolitana y V, repiten su posición respecto de la lista de espera histórica, concentrando el mayor número de garantías incumplidas.

Se aprecia, además, que cinco servicios de Salud, que explicaron la mayor parte de la lista de espera, se repiten respecto de la lista histórica, estos son: Servicio Metropolitano Sur (10,0%), Metropolitano Occidente (8,4%) y Viña del Mar – Quillota (7,3%). Se agregan respecto a los 10 Servicios con mayor número de casos en la lista de espera histórica, el Servicio de Salud Metropolitano Central (8,9%) y Metropolitano Norte (7,4%). Por otra parte, los servicios de Salud con menores garantías incumplidas fueron Aysén (0,48%) y Arica (0,45%).

Se debe considerar, como se comentó anteriormente, que dado que no se contó con la cifra total de garantías administradas por cada Servicio, no es posible emitir juicios sobre si el comportamiento anterior se explica por diferencias en la productividad o más bien corresponde a un tema de escala.

Tabla 8: Distribución de la lista de espera de garantías incumplidas incorporadas durante 2011 por región y Servicio de Salud

Región	Servicio de Salud	Garantías incumplidas		
		N°	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
RM	Metropolitano Central	14.709	8,9	8,9
	Metropolitano Norte	12.152	7,4	16,3
	Metropolitano Occidente	13.787	8,4	24,7
	Metropolitano Oriente	3.315	2,0	26,7
	Metropolitano Sur	16.424	10,0	36,7
	Metropolitano Sur Oriente	11.309	6,9	43,6
Subtotal RM		71.696	43,6	43,6
V	Aconcagua	1.368	0,8	44,4
	Valparaíso San Antonio	7.942	4,8	49,3
	Vina del Mar Quillota	12.058	7,3	56,6
Subtotal V		21.368	13,0	56,6
VIII	Arauco	1.724	1,0	57,6
	Biobío	3.156	1,9	59,6
	Concepción	5.528	3,4	62,9
	Ñuble	1.592	1,0	63,9
	Talcahuano	1.704	1,0	64,9
Subtotal VIII		13.704	8,3	64,9
VII	del Maule	10.106	6,1	71,1
Subtotal VII		10.106	6,1	71,1
IV	Coquimbo	9.210	5,6	76,7
Subtotal IV		9.210	5,6	76,7
IX	Araucanía Norte	1.851	1,1	77,8
	Araucanía Sur	7.238	4,4	82,2
Subtotal IX		9.089	5,5	82,2
VI	del Libertador B.OHiggins	8.974	5,5	87,7
Subtotal VI		8.974	5,5	87,7
X	Chiloé	806	0,5	88,1
	Del Reloncaví	4.423	2,7	90,8
	Osorno	1.920	1,2	92,0
Subtotal X		7.149	4,3	92,0
I	Iquique	3.915	2,4	94,4
Subtotal I		3.915	2,4	94,4
II	Antofagasta	3.319	2,0	96,4
Subtotal II		3.319	2,0	96,4
XII	Magallanes	2.348	1,4	97,8
Subtotal XII		2.348	1,4	97,8
XIV	Valdivia	1.029	0,6	98,5
Subtotal XIV		1.029	0,6	98,5
III	Atacama	998	0,6	98,9
Subtotal III		998	0,6	98,9

Región	Servicio de Salud	Garantías incumplidas		
		N°	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
XI	Aysén	786	0,5	99,4
	Subtotal XI	786	0,5	99,4
XV	Arica	745	0,5	100,0
	Subtotal XV	745	0,5	100,0
	Sin información	7	0,0	100,0
	Subtotal sin información	7	0,0	100,0
	Total	164.443	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos "Consolidado 2011", de los registros del SIGGES, proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

3.3. Evolución de la lista de espera

A continuación se muestra la evolución mensual de la lista de espera total durante 2011 (lista de espera histórica, más la lista de espera de garantías incumplidas ingresadas durante 2011), detallando las garantías ingresadas a la lista de espera, como también las que salieron de ésta.

Las garantías salientes, corresponden a aquellas que se registraron como resueltas en el SIGGES, ya sea por fallecimiento del asegurado, por resolución a través de los Servicios de Salud o por derivaciones (bonos o reclamos).

Para efectos de determinar la fecha de resolución de la garantía incumplida se consideró, en el caso de las derivaciones, la fecha de emisión del bono (para el caso de los bonos AUGE) o la fecha de asignación de un prestador privado registrada en el SIGGES para el caso de los reclamos. Para el caso de las resoluciones realizadas por los Servicios de Salud, se consideró para la resolución, la fecha de baja de la lista de espera de garantías incumplidas en el SIGGES, la que podría no necesariamente corresponder a la fecha en que efectivamente el usuario fue atendido, sino que a la fecha de baja imputada por otras causas que no se identifican en la base de datos, como por ejemplo, que el usuario, al contactarlo se había atendido de manera particular, que no fue ubicado, o que no estaba en condiciones de ser operado por alguna razón médica (como hipertensión).

Tal como puede observarse en la tabla siguiente, la lista de espera histórica fue resuelta entre los meses de enero a diciembre de 2011, quedando 10 casos pendientes que se resolvieron a inicios de 2012. En los primeros 3 meses de 2011 se resolvió el 64% de los casos y a junio estaba resuelto el 89%.

De las 164.443 garantías incumplidas incorporadas durante 2011, un 1,2% (2.003 casos) quedó sin resolución al final del mismo año.

Tabla 9: Evolución lista de espera histórica, de garantías incumplidas incorporadas durante 2011 y total, durante 2011

Rango de fechas	Lista de espera histórica			Lista de espera de garantías incumplidas incorporadas durante 2011			Lista de espera total		
	Entradas	Salidas	Total	Entradas	Salidas	Total	Entradas	Salidas	Total
1 al 31 Enero 2011	113.226	30.325 ¹²	82.901	17.751	17.223	528	126.581	43.152	83.429
1 al 28 Febrero 2011		14.924	67.977	20.618	16.094	5.052	104.047	31.018	73.029
1 al 31 Marzo 2011		27.038	40.939	17.139	19.426	2.765	90.168	46.464	43.704
1 al 30 Abril 2011		13.334	27.605	19.088	19.027	2.826	62.792	32.361	30.431
1 al 31 Mayo 2011		11.160	16.445	19.863	18.509	4.180	50.294	29.669	20.625
1 al 30 Junio 2011		4.326	12.119	16.486	16.571	4.095	37.111	20.897	16.214
1 al 31 Julio 2011		3.912	8.207	14.728	13.599	5.224	30.942	17.511	13.431
1 al 31 Agosto 2011		2.929	5.278	13.484	13.904	4.804	26.915	16.833	10.082
1 al 30 Septiembre 2011		1.592	3.686	11.300	13.206	2.898	21.382	14.798	6.584
01 al 31 Octubre 2011		3.211	475	5.848	8.238	508	12.432	11.449	983
01 al 30 Noviembre 2011		317	158	4.418	5.336	(410) ¹³	5.401	5.653	(252)
01 al 31 Diciembre 2011		148	10	3.720	1.307	2.003	3.468	1.455	2.013
Saldo al 1 de Enero 2012	10			2.003			2.013		

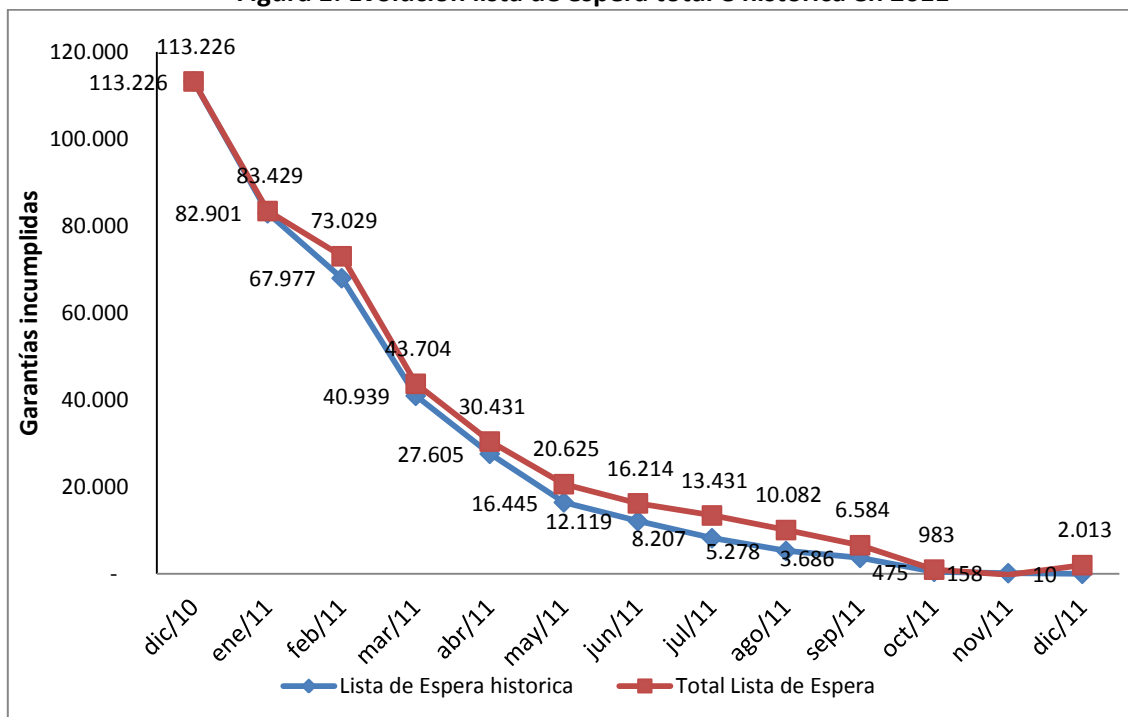
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos "Consolidado 2011", de los registros del SIGGES, proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

La Figura siguiente grafica la evolución, tanto de la lista de espera histórica, como de la lista de espera total o agregada durante el año 2011.

¹² Cabe mencionar, que para el período comprendido entre el 1 y el 31 de enero de 2011, se registraron 30.325 salidas de la lista de espera histórica, de las cuales 4.396 correspondían a garantías resueltas con anterioridad al 1 de enero de 2011, pero que se consideraron como parte de la lista de espera histórica, según la información provista por FONASA, por lo cual las salidas efectivas del período señalado, correspondieron a 25.929.

¹³ En el mes de noviembre se generó una lista de espera negativa que se debe a errores en los registros de información.

Figura 1: Evolución lista de espera total e histórica en 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos "Consolidado 2011", de los registros del SIGGES, proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

En resumen, a la lista de espera histórica de 113.226 garantías incumplidas se le agregaron 164.443 nuevas garantías incumplidas durante 2011, originando un universo de 277.669 garantías a resolver. De este total, se le dio resolución 275.656 garantías que se encontraban como incumplidas, restando una lista de espera de 2.013 garantías incumplidas al 1 de enero de 2012, de las cuales 10 pertenecían a la lista histórica.

Tabla 10: Ingresos y egresos de la lista de espera total entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2011

Concepto	N°
Lista de espera al 1 de enero de 2011 (lista de espera histórica)	113.226
Garantías entrantes entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011 (lista de espera de garantías incumplidas incorporadas en 2011)	164.443
Garantías salientes entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011	275.656
Lista de espera al 1 de enero de 2012	2.013

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos "Consolidado 2011", de los registros del SIGGES, proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

3.4. Causales de egreso de la lista de espera

Como se mencionó anteriormente, las salidas de la lista de espera se deben a resoluciones a través de los Servicios de Salud, derivaciones (bonos AUGE y reclamos) y fallecidos. La tabla siguiente detalla los motivos de egreso o salida de las garantías incumplidas de la lista de espera histórica, de la lista de garantías incumplidas incorporadas en 2011, y de la lista de espera total del año 2011.

Tabla 11: Causales de salida de la lista de espera histórica, de garantías incumplidas incorporadas durante 2011 y total, durante 2011

Causales de salida de la lista de espera	Lista de espera histórica		Lista de espera de garantías incumplidas incorporadas en 2011		Lista de espera total	
	N°	Porcentaje (%)	N°	Porcentaje (%)	N°	Porcentaje (%)
Servicios de Salud	104.585	92,4	159.275	98,1	263.860	95,7
Derivaciones: Bonos AUGE	2.219	2,0	1.325	0,8	3.544	1,3
Derivaciones: Reclamos	272	0,2	1.339	0,8	1.611	0,6
Derivaciones	2.491	2,2	2.664	1,6	5.155	1,9
Fallecidos	6.138	5,4	501	0,3	6.639	2,4
Sin información	2	0,0		0,0	2	0,0
Total Resoluciones 2011	113.216	100,0	162.440	100,0	275.656	100,0
Resoluciones en 2012	10		2.003		2.013	
Total Resoluciones	113.226		164.443		277.669	

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos "Consolidado 2011", de los registros del SIGGES, proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

Se constata que la mayoría, esto es, un 95,7% de los casos totales (263.680 casos), fueron resueltos por los Servicios de Salud. El 1,9% (5.155 casos) egresó producto de las derivaciones, es decir, resoluciones a través de bonos AUGE y reclamos (1,3% y 0,6% respectivamente), mientras que el fallecimiento del asegurado representó un 2,4% de los casos salientes de la lista de espera total (6.639 casos).

Respecto a la lista de espera histórica, la causal que más impactó en su disminución fue la resolución a través de los Servicios de Salud, con un 92,4% del total de casos resueltos. Las derivaciones a través de bonos AUGE representaron un 2,0% y los reclamos un 0,2%. Por su parte, los fallecidos explicaron un 5,4% del total de salidas. Adicionalmente, se consideraron dos casos sin información.

Para las garantías incumplidas incorporadas durante 2011, el patrón de las causas de egreso es similar al de la lista histórica. Las resoluciones a través de los Servicios de Salud representaron un

98,1% de los casos salientes, las derivaciones un 1,6%, mientras que las salidas producto del fallecimiento del asegurado representaron un 0,3% de los casos.

Se puede observar en la siguiente tabla respecto de la lista de espera histórica, que las patologías que más utilizaron derivaciones en valor absoluto como vía de resolución fueron cataratas (863), colecistectomía preventiva (555) y vicios de refracción (461). En general todas las patologías fueron atendidas en un 90% o más por los Servicios de Salud.

Tabla 12: Causas de reducción de la lista de espera histórica por patología (1)

Patología	Derivaciones				Servicios de Salud		Fallecidos		Total	
	Bono	Reclamo	Total (N°)	Porcentaje (%)	N°	Porcentaje (%)	N°	Porcentaje (%)	N°	Porcentaje (%)
Vicios de refracción	445	16	461	2,2	19.466	92,9	1.033	4,9	20.960	100,0
Cataratas	759	104	863	4,1	18.605	89,2	1.395	6,7	20.863	100,0
Retinopatía diabética	75	55	130	1,6	7.770	94,2	352	4,3	8.252	100,0
Colecistectomía preventiva	495	60	555	10,6	4.640	88,8	31	0,6	5.226	100,0
Depresión	11		11	0,2	4.512	98,5	59	1,3	4.582	100,0
Estrabismo	81	7	88	2,0	4.282	97,9	5	0,1	4.375	100,0
Ortesis				0,0	3.126	79,5	806	20,5	3.932	100,0
Cáncer cervicouterino	16		16	0,5	3.161	97,7	59	1,8	3.236	100,0
Diabetes mellitus tipo 2	5		5	0,2	2.896	95,0	149	4,9	3.050	100,0
Accidente cerebrovascular		1	1	0,0	2.228	81,3	513	18,7	2.742	100,0
Otros	332	29	361	1,0	33.899	94,2	1736	4,8	35.996	100,0
Total	2.219	272	2.491	2,2	104.585	92,5	6.138	5,3	113.214 (1)	100,0

(1): Se consideraron únicamente garantías resueltas durante 2011, exceptuando 2 casos sin información. Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos "Consolidado 2011", de los registros del SIGGES, proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

En la tabla siguiente, se puede observar para la lista de espera de garantías incumplidas incorporadas durante 2011, que las patologías que más utilizaron las derivaciones como vía de resolución fueron cataratas (702), vicios de refracción (481) y retinopatía diabética (202). Al igual que en la lista de espera histórica, fue en los Servicios de Salud donde se resolvieron la mayor parte de las garantías incumplidas incorporadas durante 2011 (98,1%).

Tabla 13: Causas de reducción lista de espera de garantías incumplidas incorporadas durante 2011 por patología

Problema de Salud	Derivaciones				Servicios de Salud		Fallecidos		Total	
	Bono	Reclamo	Total (N°)	Porcentaje (%)	N°	Porcentaje (%)	N°	Porcentaje (%)	N°	Porcentaje (%)
Vicios de refracción	375	106	481	1,5	31.407	98,2	85	0,3	31.973	100,0
Cataratas	349	353	702	4,8	13.782	94,7	70	0,5	14.554	100,0
Cáncer cervicouterino	6	2	8	0,1	13.151	99,9	2	0,0	13.161	100,0
Infección respiratoria aguda			0	0,0	9.648	100,0	0	0,0	9.648	100,0
Displasia luxante de caderas		2	2	0,0	8.280	100,0	0	0,0	8.282	100,0
Cáncer de mama	18	19	37	0,5	7.575	99,4	6	0,1	7.618	100,0
Retinopatía diabética	115	87	202	2,8	6.989	96,9	25	0,3	7.216	100,0
Ortesis	6	2	8	0,1	5.829	97,9	117	2,0	5.954	100,0
Depresión	3	2	5	0,1	5.231	99,9	1	0,0	5.237	100,0
Accidente cerebrovascular	1		1	0,0	4.967	99,2	41	0,8	5.009	100,0
Otros	452	766	1.218	2,3	52.416	97,4	154	0,3	53.788	100,0
Total	1.325	1.339	2.664	1,6	159.275	98,1	501	0,3	162.440	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos "Consolidado 2011", de los registros del SIGGES, proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

Por último, es importante destacar que considerando las derivaciones tanto de la lista de espera histórica, como la de garantías incumplidas incorporadas durante 2011, un porcentaje mayoritario (alrededor de un 56,8%, equivalente a 2.927 derivaciones) se concentró en cuatro patologías oftalmológicas. Estas patologías corresponden a vicios de refracción, cataratas, retinopatía y estrabismo.

3.5. Tiempos de espera

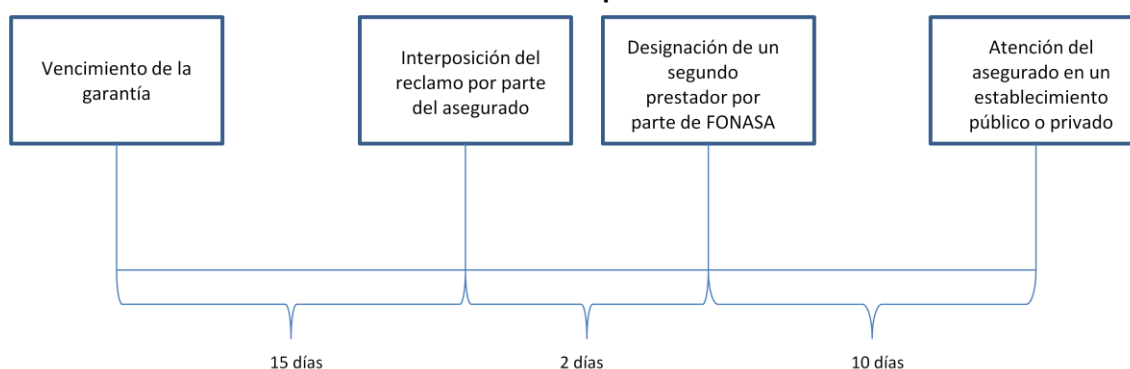
El análisis de los tiempos de espera del proceso de resolución de las garantías incumplidas, se basa en el artículo 11 del Decreto Supremo 1 de 2010 del Ministerio de Salud. Según éste, los hitos y plazos máximos¹⁴ que definen las etapas del proceso para dar solución a una garantía de oportunidad incumplida son los siguientes:

- **Vencimiento de la garantía de oportunidad:** Es la fecha que se define a partir de los plazos establecidos en el artículo 1 del Decreto Supremo 1 de 2010 del Ministerio de Salud, y que se calcula a partir del hito definido para cada patología y tipo de intervención.

¹⁴ Los plazos de días se establecen en días corridos, prorrogándose hasta el día siguiente hábil en caso de que los plazos se cumplan días sábado, domingo o festivos.

- **Interposición del reclamo por parte del asegurado:** Corresponde a la fecha en que el usuario, por sí o por un tercero, recurre a FONASA. De acuerdo a lo establecido en la ley¹⁵, este trámite debe llevarse a cabo dentro de los 15 días corridos siguientes al vencimiento de la de oportunidad. No obstante, en la práctica, FONASA igualmente consideró aquellos reclamos interpuestos después de los 15 días, a pesar de que de acuerdo a la ley, no existía obligatoriedad.
- **Designación de un segundo prestador por parte de FONASA:** Fecha en que FONASA designa un nuevo prestador. De acuerdo a la ley, FONASA debe designar un nuevo prestador dentro de 2 días desde la fecha del reclamo. Este prestador puede ser el mismo establecimiento donde se encontraba consignada la garantía u otro que debe cumplir con similares características al prestador designado originalmente, pudiendo ser un establecimiento público o privado, de acuerdo a la disponibilidad existente en éstos para brindar la atención dentro de los 10 días siguientes.
- **Atención del asegurado en un establecimiento público o privado:** Es la fecha en que el asegurado, recibe la atención por parte del prestador público o privado. Toda vez que se haya designado un prestador, de acuerdo a la ley, éste cuenta con un plazo de 10 días corridos para dar cumplimiento a la garantía incumplida desde la designación.

Figura 2: Hitos y plazos máximos asociados al proceso para dar solución a una garantía AUGE incumplida



Fuente: Elaboración propia a partir de lo establecido en el artículo 11 del Decreto Supremo 1 de 2010 del Ministerio de Salud

Para analizar los tiempos de espera se consideraron dos fuentes de información: la primera, correspondió a las bases de datos facilitadas por FONASA¹⁶ para analizar los plazos transcurridos entre los hitos del proceso. Y la segunda, los informes de fiscalización de la Superintendencia de Salud.

¹⁵ Según artículo 1 del Decreto Supremo 1 de 2010 del Ministerio de Salud.

¹⁶ Se consideraron la base de datos "Consolidado 2011", proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012 y la base de datos de "Derivaciones", proporcionada por FONASA el 9 de octubre del 2012.

Se estipula que no se pudo acceder a toda la información de las fechas de los hitos en las bases de datos entregadas por FONASA. En particular, no se contó con la fecha de interposición del reclamo por parte del asegurado, ni con la fecha de designación de un segundo prestador en los casos de aquellos asegurados atendidos en el sistema público. Tampoco se contó con la fecha de atención del asegurado en un establecimiento privado (derivaciones). Esto ocurre porque la información se registra en distintos sistemas que no están integrados entre sí y por lo tanto dificultan la consolidación de la información.

Considerando los problemas de registro señalados anteriormente se optó por analizar el plazo transcurrido entre:

- El vencimiento de la garantía y designación de un segundo prestador por parte de FONASA en el caso de las derivaciones.
- El vencimiento de la garantía y fecha de atención en un establecimiento de salud público registrada en el SIGGES, en el caso de quienes resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud.

Se debe señalar que tanto la fecha de designación de un segundo prestador por parte de FONASA, en el caso de las derivaciones, como la fecha de atención registrada en el SIGGES, para quienes resolvieron su garantía en los Servicios de Salud, fueron consideradas por FONASA como las fechas de egreso o resolución de la garantía.

3.5.1. Tiempo de espera desde el vencimiento de la garantía hasta la designación o la atención en los Servicios de Salud

De acuerdo a la base de datos facilitada por FONASA, el tiempo de espera promedio entre el vencimiento de la garantía y la designación de un establecimiento de salud privado o la atención en los Servicios de Salud, fue para la lista de espera histórica de 21,7 meses, siendo este indicador de 16,9 meses en el caso de aquellas personas atendidas vía derivaciones y de 21,8 meses, en el caso de aquellas atendidas en los Servicios de Salud. Por otro lado, en el caso de la lista de espera de garantías incumplidas incorporadas durante 2011, este indicador ascendió a 1,4 meses promedio, con 2,6 meses promedio de espera en el caso de las derivaciones y 1,34 meses en el caso de aquellas personas atendidas en los Servicios de Salud.

Tabla 14: Meses promedio de espera desde el vencimiento de la garantía hasta la designación de un prestador privado o la atención en los Servicios de Salud (1)

Lista de Espera	Derivaciones		Servicios de Salud		Total	
	N°	meses de espera	N°	meses de espera	N°	meses de espera
Histórica	2.491	16,9	104.585	21,8	107.076	21,7
Garantías incumplidas incorporadas durante 2011	2.664	2,6	159.275	1,3	161.939	1,4

(1): Se consideraron únicamente garantías incumplidas resueltas durante 2011 por la vía de derivaciones y Servicios de Salud. No se consideraron fallecidos y casos sin información. Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos "Consolidado 2011", de los registros del SIGGES, proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

En la tabla siguiente, se muestran los tiempos de espera para las 10 patologías más frecuentes para la lista de espera histórica. Como se observa, la patología que registra la mayor cantidad de meses de espera entre el vencimiento y la designación o atención corresponde al estrabismo con 24,1 meses en promedio, mientras que en el extremo inferior se encuentra la diabetes mellitus tipo 2, con 15,7 meses promedio.

Tabla 15: Meses promedio de espera desde el vencimiento de la garantía hasta la designación de un prestador privado o la atención en los Servicios de Salud para 10 patologías más frecuentes de la lista de espera histórica

Patología	Derivaciones		Servicios de Salud		Total	
	N°	Meses de espera	N°	Meses de espera	N°	Meses de espera
Estrabismo	88	19,0	4.282	24,2	4.370	24,1
Accidente cerebrovascular	1	38,2	2.228	23,6	2.229	23,6
Cataratas	863	17,2	18.605	23,9	19.468	23,6
Depresión	11	35,1	4.512	22,9	4.523	22,9
Colecistectomía preventiva	555	15,8	4.640	23,2	5.195	22,4
Vicios de refracción	461	17,7	19.466	20,4	19.927	20,3
Retinopatía diabética	130	18,1	7.770	19,7	7.900	19,7
Cáncer Cervicouterino	16	14,2	3.161	18,4	3.177	18,4
Ortesis			3.126	17,0	3.126	17,0
Diabetes Mellitus Tipo 2	5	18,4	2.896	15,7	2.901	15,7
Otros	361	15,3	33.899	22,5	34.260	22,5
Total	2.491	16,9	104.585	21,8	107.076	21,7

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos "Consolidado 2011", de los registros del SIGGES, proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

En el caso de las 10 patologías más frecuentes de la lista de espera garantías incumplidas incorporadas durante 2011, los mayores tiempos promedio de espera entre el vencimiento y la designación o atención corresponden a la Retinopatía diabética y Vicios de Refracción, con 2,4 meses en ambos casos. En el extremo inferior, por otro lado, se encontró la Infección respiratoria aguda con 0,2 meses promedio de espera.

Tabla 16: Meses promedio de espera desde el vencimiento de la garantía hasta la designación de un prestador privado o la atención en los Servicios de Salud para 10 patologías más frecuentes de la lista de espera de garantías incumplidas incorporadas durante 2011

Patología	Derivaciones		Servicios de Salud		Total	
	N°	Meses de espera	N°	Meses de espera	N°	Meses de espera
Retinopatía diabética	202	3,8	6.989	2,4	7.191	2,4
Vicios de refracción	481	3,5	31.407	2,4	31.888	2,4
Cataratas	702	2,7	13.782	1,8	14.484	1,8
Ortesis	8	2,4	5.829	1,1	5.837	1,1
Cáncer de mama	37	2,4	7.575	0,9	7.612	0,9
Depresión	5	3,6	5.231	0,9	5.236	0,9
Displasia luxante de caderas	2	0,1	8.280	0,9	8.282	0,9
Accidente cerebrovascular	1	0,6	4.967	0,6	4.968	0,6
Cáncer cervicouterino	8	0,5	13.151	0,5	13.159	0,5
Infección Respiratoria Aguda			9.648	0,2	9.648	0,2
Otros	1.218	2,0	52.416	1,1	53.634	1,2
Total	2.664	2,6	159.275	1,3	161.939	1,4

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos "Consolidado 2011", de los registros del SIGGES, proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

3.5.2. Tiempo de espera desde la interposición del reclamo por parte del asegurado hasta la designación de un segundo prestador privado por parte de FONASA

Para este análisis se consideraron los informes mensuales publicados por la Superintendencia de Salud denominados "Designación segundo prestador"¹⁷, cuya finalidad es verificar el cumplimiento de la designación de un segundo prestador, específicamente de prestadores privados, dentro del segundo día desde la interposición del reclamo, con motivo de una garantía de oportunidad incumplida por el prestador público. Estos informes son elaborados por la entidad fiscalizadora sobre la base de la inspección en terreno en las sucursales del FONASA visitadas, verificando los antecedentes y respaldos puestos a disposición por el personal de las mismas.

¹⁷ Informe de Fiscalización N°27 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Febrero de 2011"; Informe de Fiscalización N°42 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Marzo de 2011"; Informe de Fiscalización N°48 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Abril de 2011"; Informe de Fiscalización N°67 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Mayo de 2011"; Informe de Fiscalización N°72 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Junio de 2011"; Informe de Fiscalización N° 73 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Julio de 2011"; Informe de Fiscalización N°82 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Agosto de 2011"; Informe de Fiscalización N°98 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Septiembre de 2011"; Informe de Fiscalización N°106 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Octubre de 2011"; Informe de Fiscalización N°110 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Noviembre de 2011"; Informe de Fiscalización N°2 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Diciembre de 2011". Obtenidos de la página web de la Superintendencia de Salud.

La tabla siguiente muestra los resultados de estos informes. Como se puede observar, durante el periodo fiscalizado (febrero a diciembre del año 2011), el 94,8% de los casos evaluados cumplió con el plazo máximo determinado en la ley.

Cabe destacar que del 5,2% de los casos de no cumplimiento, un 2,9% correspondió a personas que interpusieron un reclamo después de los 15 días después de vencida la garantía de oportunidad, por lo cual FONASA no estaba obligada a realizar la designación de un segundo prestador.

Tabla 17: Cumplimiento en la designación de un segundo prestador privado dentro de los 2 días siguientes a la interposición del reclamo

Resultado	Nº	Porcentaje (%)
Cumple plazos	2.365	94,8
No cumple plazos	129	5,2
Total	2.494	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes "Designación segundo prestador", de febrero a diciembre 2011, Superintendencia de Salud.

3.5.3. Tiempo de espera desde la designación de un segundo prestador por parte de FONASA hasta la atención del asegurado en un establecimiento privado

Para este análisis se revisaron los informes emitidos entre febrero y diciembre de 2011 por la Superintendencia de Salud "Cumplimiento en prestadores designados"¹⁸. Éstos tienen la finalidad verificar el cumplimiento de la garantía de oportunidad de 10 días por parte del prestador privado designado por FONASA, en el caso específico de las derivaciones¹⁹. Su metodología consiste en una fiscalización en terreno a los prestadores designados por el FONASA. Durante el periodo en cuestión, se fiscalizaron un total de 2.145 derivaciones.

¹⁸ Informe de Fiscalización N°28 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Febrero de 2011"; Informe de Fiscalización N°43 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Marzo de 2011"; Informe de Fiscalización N°49 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Abril de 2011"; Informe de Fiscalización N°66 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Mayo de 2011"; Informe de Fiscalización N°68 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Junio de 2011"; Informe de Fiscalización N°74 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Julio de 2011"; Informe de Fiscalización N°83 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Agosto de 2011"; Informe de Fiscalización N° Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Septiembre de 2011"; Informe de Fiscalización N°107 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Octubre de 2011"; Informe de Fiscalización N°111 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Noviembre de 2011"; Informe de Fiscalización N°3 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Diciembre de 2011": Presente en la web de la Superintendencia de Salud.

¹⁹ Artículo 11 del Decreto Supremo N° 1 de 2010.

En la tabla siguiente se observa que de las derivaciones fiscalizadas, un 84,1% cumplió con la atención dentro de los 10 días que estipula la ley, un 13,6% se clasificó como “fuera de plazo”, y un 2,4% como “sin prestación con plazo vencido”. Donde “fuera de plazo” corresponde a las atenciones entregadas en un plazo mayor a 10 días corridos desde la designación del prestador privado por FONASA, mientras que “sin prestación con plazo vencido”, corresponde a casos que no tendrían atenciones a la fecha de la fiscalización, habiendo pasado los 10 días.

De acuerdo al informe, tanto los casos clasificados como “fuera de plazo” así como los “sin prestación con plazo vencido” correspondían en su totalidad a garantías de oportunidad reclamadas con un retraso mayor a 15 días posterior a su vencimiento, por lo que FONASA no habría tenido la obligación administrativa para realizar la designación de un segundo prestador.

Tabla 18: Cumplimiento en la atención en un establecimiento de salud privado dentro de los 10 días siguientes a la designación del prestador por parte de FONASA

Cumplimiento del prestador designado por FONASA con la atención dentro de los 10 días desde su designación	Nº	Porcentaje (%)
Dentro del plazo	1.803	84,1
Fuera de plazo	291	13,6
Sin prestación con plazo vencido	51	2,4
Total	2.145	100,0

Fuente: elaboración propia en base a los informes “Cumplimiento en Prestadores Designados” de la Superintendencia de Salud, correspondiente al período febrero 2011 a diciembre 2011

4. ANÁLISIS 2: IMPLEMENTACIÓN Y ANÁLISIS DE CAUSALIDAD

El análisis 1 de resultados agregados de la implementación, da cuenta de una reducción de la lista de espera de garantías AUGE incumplidas durante el año 2011, la cual fue impulsada principalmente por los Servicios de Salud. Sin embargo, estas cifras por si solas, no permiten comprender cómo el proceso se llevó a cabo y qué finalmente incidió en la obtención de estos resultados.

En este capítulo, el análisis se enfoca en ahondar en la implementación del programa Bono AUGE, así como el proceso global de reducción de la lista de espera de garantías AUGE incumplidas y de esta manera se intenta establecer las causas que llevaron a los resultados antes identificados.

4.1. Análisis desde la perspectiva de los Servicios de Salud: Entrevistas individuales y grupales a equipos GES

Con el objetivo de indagar sobre el proceso de implementación y de operación del Bono AUGE, se realizaron 8 entrevistas grupales a equipos GES de los Servicios de Salud de aquellas regiones del país que agruparon la mayor cantidad de bonos AUGE emitidos al 1 de Junio del 2011²⁰, a saber:

- Servicio de Salud Metropolitano Occidente
- Servicio de Salud Metropolitano Oriente
- Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
- Servicio de Salud Metropolitano Sur
- Servicio de Salud Metropolitano Central
- Servicio de Salud Metropolitano Norte
- Servicio de Salud Valparaíso/San Antonio
- Servicio de Salud Concepción

Cabe señalar que inicialmente, la propuesta metodológica contemplaba realizar *focus groups* con participantes de distintos Servicios de Salud en una misma ronda. Sin embargo, dada las dificultades horarias y de desplazamiento de sus integrantes, se priorizó la obtención de los relatos a través de entrevistas grupales con miembros de un mismo equipo de trabajo.

Al mismo tiempo, en 3 Servicios de Salud y, dada las dificultades ya mencionadas, sólo se pudo realizar entrevistas individuales a Encargados GES, no al equipo en su totalidad. Estos servicios fueron de los siguientes:

- Servicio de Salud Viña del Mar/Quillota
- Servicio de Salud Talcahuano
- Servicio de Salud Biobío

²⁰ Base de datos 1 entregados por FONASA el 27 de Julio 2011.

El listado de los Servicios de Salud corresponde a los servicios de las 3 principales regiones donde se hizo uso del Bono AUGE, según la información provista por FONASA, actualizada a Junio del 2011²¹. Específicamente, las entrevistas se llevaron a cabo en las regiones V, VIII y Metropolitana, que de acuerdo a la información entregada concentraba, a la fecha señalada, aproximadamente el 70% de los beneficiarios del Programa a nivel nacional.

El trabajo de campo se realizó entre el 15 de Diciembre 2011 y el 6 de Enero 2012. Cabe mencionar que el entrevistador, tanto para las entrevistas grupales – con un promedio de 2,9 entrevistados - como para las individuales, contaba con guías que cubrían las principales dimensiones del análisis a tratar, esto es: gestión de la lista de espera de garantías AUGE incumplidas, implementación del Bono AUGE y mejoras en la implementación del Bono AUGE. Cada una de estas dimensiones permite entender cómo fue el proceso de implementación del Bono y también de qué forma se redujo la lista de espera AUGE durante este proceso.

Para el análisis de los datos obtenidos a través de las entrevistas, el equipo consultor tomó notas y grabó cada una de ellas en un registro fonográfico. Estos registros fueron escuchados y transcritos, para luego leerlos y organizar los datos de manera tal que permitieran realizar el análisis cualitativo para construir el informe, donde los aspectos centrales del proceso de implementación del Bono AUGE y los aspectos relacionados con la disminución de las listas de espera AUGE, se expusieron en áreas temáticas junto con extractos de las transcripciones (citas) representativas de los conceptos e ideas expresadas por los entrevistados.

4.1.1. Caracterización de los entrevistados

De un total de 26 participantes, 23 en entrevistas grupales y 3 entrevistas individuales, el 80,8% de ellos, correspondían a personas del sexo femenino, mientras que un 19,2% correspondía a personas de sexo masculino.

Tabla 19: Distribución por sexo de los participantes de las entrevistas grupales e individuales

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	21	80,8
Masculino	5	19,2
Total	26	100

Fuente: Elaboración propia

La distribución por profesión de los entrevistados se presenta a continuación:

²¹ Base de datos “Bonos emitidos año 2011 al 16 de Junio” proporcionada por FONASA.

Tabla 20: Distribución por profesión de los participantes de las entrevistas grupales e individuales

Profesión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Asistente Social	2	7,7
Enfermera	12	46,2
Obstetra	2	7,7
Medico	6	23,1
Químico farmacéutico	1	3,8
Tecnólogo medico oftalmológico	1	3,8
Técnico	1	3,8
Otro	1	3,8
Total	26	100

Fuente: Elaboración propia

Para efectos del presente informe se considerará Encargado GES a todo aquel que lidera los procesos GES en su respectivo equipo, del mismo modo se considerarán profesionales del equipo GES a todos aquellos que pertenecen al equipo y no tienen la responsabilidad de liderar. La distribución de estas dos categorías es la siguiente:

Tabla 21: Distribución por funciones de los participantes de las entrevistas grupales e individuales

Función	Frecuencia	Porcentaje (%)
Encargados GES Servicio	10	38,5
Profesionales del equipo GES	16	61,5
Total	26	100

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, en el siguiente cuadro se detalla la distribución de los entrevistados por Servicio de Salud:

Tabla 22: Distribución por Servicio de Salud de los participantes de las entrevistas grupales e individuales

Servicio de Salud	Frecuencia	Porcentaje (%)
Metropolitano Central	2	7,7
Metropolitano Occidente	3	11,5
Metropolitano Oriente	5	19,2
Metropolitano Sur	2	7,7
Metropolitano Norte	2	7,7
Metropolitano Sur Oriente	2	7,7
Concepción	3	11,5
Bío-Bío	1	3,9
Talcahuano	1	3,9
Valparaíso/San Antonio	4	15,4
Viña/Quillota	1	3,9
Total	26	100

Fuente: Elaboración propia

4.1.2. Respecto a la gestión de lista de espera de garantías AUGE incumplidas

4.1.2.1. Bases de datos y registro

Para facilitar el seguimiento del GES en los establecimientos del sector público, el año 2005 se formuló una herramienta tecnológica denominada SIGGES²². El objetivo de esta herramienta, era monitorear el cumplimiento de las garantías de oportunidad establecidas por las GES, de modo que ésta, sirviera de apoyo a la gestión local de los Servicios de Salud y a la generación de información secundaria para la gestión sanitaria en los ámbitos subregional, regional y central (Subsecretaría de Salud, 2009).

En este sistema de información se registran las garantías retrasadas que permiten realizar la gestión de la lista de espera. Al momento de dar inicio al piloto del Bono AUGE durante el año 2010, los Servicios de Salud recibieron información sobre las garantías incumplidas provenientes del SIGGES. La totalidad de los participantes de los Servicios entrevistados, encontró al menos un tipo de problemas con los registros:

*“Supongamos que tenían 1200 personas de las cuales **26% estaban mal digitados**”*

²² Sistema de Información de Apoyo a la Gestión de las Garantías Explícitas de Salud.

*“(...) de nuestra lista de espera (...) tenemos la absoluta certeza de que **el 80% o un poco más eran errores de registro**, no a prestaciones o falta de prestaciones.”*

*“(...) a nosotros hasta el último corte que hicimos el 30 de noviembre [2010] que era la nomina oficial que había enviado FONASA **encontramos errores** (...)”*

De acuerdo a los entrevistados, el principal problema de los registros tuvo relación con la falta de actualización de la información, lo que incluye subregistro de los casos y problemas con la codificación de los mismos²³. Un ejemplo de esto, es que según señalaron los entrevistados, existieron personas en la lista de espera que no debían estar en la nómina, pues sus garantías ya habían sido resueltas:

*“Pero si eran kilos de registros o de **déficit de registros**.”*

*“(...) falta de registro [EN SIGGES], también nos dimos cuenta que muchos de los pacientes que estaban en lista de espera **no estaban actualizados** en los registros y que sí habían recibido su prestación, pero como faltaba el registro, en el SIGGES **aparecía como pendiente...**”*

*“este sistema informático tenía una gran brecha o **adolecía de mantener los registros al día** (...) Otro tema, que probablemente haya tenido errores de registro (...) un paciente puede haber estado con las garantías no retrasadas...”*

*“(...) registrado pacientes que no correspondía, que no se habían registrado... principalmente **subregistros...**”*

Los errores en los registros, en opinión de algunos entrevistados, tienen directa relación con los procesos de digitación de los datos, ya que el sistema permite ingresar la información sin realizar validaciones:

*“Ahora ojo... de la cantidad que aparecían como garantía vencidas... no significaba que estaban vencidas (...) Había muchos pacientes que aparecían como vencidos, pero había problemas de registro, **problemas de digitación**”*

“(...) yo le puedo colocar una prestación a un hombre de cáncer cérvico uterino y el sistema te lo toma ¿me entiendes? entonces la gente tiene que estar muy pendiente de los errores”

*“(...) el sistema, tampoco te dice “oye está mal el orden lógico de esto metiste esto con esta fecha y esto, esto otro”... **si tú te equivocas en un número el sistema te lo toma aunque sea la cosa más inverosímil posible.**”*

²³ El problema de registros como se verá más abajo es un tema recurrente para el año 2011 – fecha en que comenzó a “limpiarse” la base de datos -, aunque se reconoce que ha habido esfuerzos por mejorarlos.

Al mismo tiempo, esto se relaciona con que, según los entrevistados, el sistema permite distintos parámetros para un mismo paciente y su patología:

*“(...) un RUT estaba **asociado a 4 distintos** nombres ... en vez de Juanita le habían puesto Juanin, cosas de ese estilo, pero asociado al [MISMO] RUT.”*

Al menos un tercio de los entrevistados, mencionan que una de las dificultades que tuvieron que enfrentar, es la accesibilidad y problemas con el software para actualizar la información en el SIGGES. El sistema parece saturarse después de cierta cantidad de usuarios, lo que hace que al querer extraer información, el sistema arroje errores siendo complejo de actualizar la información, lo que a su vez influye en la precisión del registro:

*“(...) que haya estado **tanto tiempo inoperativo**, no se imaginan **el impacto que tiene a nivel local**... yo quería hacer el monitoreo de las [GARANTIAS] vencidas y llegue temprano para tener el dato y sabes que fue imposible, habían más de 2000 usuarios en ese minuto. Entonces, me arrojaba **error, error**...”*

*“El SIGGES tenía... **muchos de problemas de manejo de software**, porque ese software la red lo aprendió a ensayo y error, a ensayo y error...”*

Los entrevistados hicieron notar la interdependencia entre el sistema de información y la gestión que ellos realizan. Comentaron que el sistema no sólo afecta la administración de la lista de espera AUGE, sino también impacta en la gestión financiera de la red de salud y en la gestión de recursos humanos:

*“El SIGGES se puede ver en todo Chile de Arica a Punta Arenas, pero **si ese sistema está mal alimentado**, no está actualizado... **difícilmente** tu puedes tener un insumo para poder hacer una buena herramienta de **gestión**”*

*“(...) pero eso [PROBLEMAS CON LOS REGISTROS] **nos dificulta mucho nuestra gestión** o sea y no sólo para la parte monitoreo sino también para lo que es **facturación PPV, PPI²⁴**, todo. O sea **tiene un impacto bien importante cuando el sistema falla tanto** (...) y eso también dificultaba porque había que **nuevamente organizar horas extras** (...) de un día para otro nos avisaban no [VA A FUNCIONAR EL SISTEMA] “a partir de hoy a las 6 hasta el domingo” entonces tenían de repente un programa de acción solamente para digitar y tenían que suspenderlo porque no iba a haber sistema...”*

A pesar de los inconvenientes observados por los entrevistados en el sistema de información y registro, se mencionaron también mejoras. En particular, de los entrevistados señaló que su Servicio fue dotado con mayor cantidad de computadores, mientras que otros entrevistados

²⁴ Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) y al Programa de Prestaciones Institucionales (PPI).

indicaron que el SIGGES ha ido evolucionando de acuerdo a los requerimientos y dificultades que se han detectado en el transcurso de los años.

4.1.2.2. Gestión de la lista de espera de garantías AUGE incumplidas

En distintas áreas, todos los entrevistados percibieron una mejora en la gestión en sus Servicios de Salud, tanto de los pabellones, recursos humanos y como del sistema informático. La gestión es considerada, entonces, como un elemento clave en la disminución de la lista de espera.

La mayor parte de los entrevistados, señalaron haber concretado instancias de capacitación, monitoreo y/o contratación de digitadores en sus Servicios de Salud, con el objetivo de mejorar la calidad de los registros y, al mismo tiempo, indicaron haber capacitado al personal a cargo de las listas de espera en cuanto al sistema en términos generales.

Los entrevistados de los distintos Servicios de Salud también mencionaron haber realizado un esfuerzo en mejorar la gestión interna. Los equipos se organizaron de acuerdo a las demandas del Ministerio de Salud para disminuir las listas de espera y los desafíos enfrentados en la práctica. Uno de estos desafíos enfrentados durante el año 2010 fue actualizar el registro de garantías vencidas y los entrevistados indicaron haber trabajado en ello:

*“(...) lo primero que nosotros hicimos fue **trabajar con esta base de datos** grande de lista de espera... la primera mirada fue tomar las garantías que habían vencido el año 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, hicimos un corte hasta 2009, un análisis de las garantías (...) **descubrimos que un 26% de garantías de ese grupo eran un problema de parametrizaciones** del registro, listo. Se sacó un grupo de esos y se pudo arreglar el sistema corroborando esa información con la ficha clínica del paciente para ver si realmente estaban atendidos o no.”*

*“(...) primero se hizo una **limpieza del estado real de los pacientes**, muchos de ellos **habían fallecido**, había **cambio de domicilio**, cambio de previsión. Factores que de alguna manera podían provocar que su garantía fuera cerrada por condiciones del paciente (...)*”

Como algunos entrevistados mencionaron, esto permitió mejorar la gestión de información, la coordinación de pabellones y la estimación de los recursos humanos y horas para disminuir la lista de espera AUGE, para lo cual los equipos GES comenzaron a modificar los sistemas internos de control de la lista:

*“O sea empezamos... cuando nos dieron la indicación de que había que reducir la lista y que había un plazo para reducir la lista de espera, empezamos a **hacer monitoreo** primero quincenales, después cuando vimos que seguían apareciendo muchas garantías o faltas de registro, semanal y después diario.”*

Otros testimonios también señalaron haber experimentado una mejor gestión de los procesos y generación de nuevas estrategias:

*“(...) nosotros lo que empezamos a hacer era a **gestionar de otra manera**, porque nosotros empezamos a gestionar los retrasos reales, a **mejorar procesos**.”*

*“(...) entonces hicimos algunas **estrategias**, **empezamos a ordenar**, **tener equipos más estables**...”*

*“(...) **reorganizando su atención**. Dentro de las **estrategias que se establecen**, nuestros hospitales, específicamente los de mayor complejidad, hacen y desarrollan **convenios internos**, en el sentido que hacen **extensiones horarias**, utilizan los **pabellones en horarios no hábiles** y estrategias como intervenciones quirúrgicas día sábado o domingos localmente”*

*“También, como el tema está más en el tapete, **los directivos se comprometen**, están siendo más monitoreados y exigidos de que cumplan. Está dentro de los convenios de desempeño de los directores”*

4.1.3. Implementación del Bono AUGE

4.1.3.1. Protocolo de implementación

Algunos entrevistados mencionaron que al iniciar la implementación del Bono AUGE, no existió un protocolo para que ellos trabajaran en la derivación al Programa, ya que de acuerdo a su conocimiento, la implementación del Bono AUGE es de responsabilidad de FONASA. No obstante, hubo entrevistados que manifestaron que una mayor información de cómo proceder al respecto, podría haber influido en la utilización del Programa:

*“(...) [DESINFORMACION] puede haber **dificultado que el impacto de esto fuera mayor**, es que hemos tenido súper poca información respecto a cómo opera el sistema.”*

*“Se hizo también un taller hace poco y ahí también se consensuaron roles o funciones, pero **no está como estandarizado** para todo el país y no está en un documento formal”*

*“Cuando... nosotros instalamos el Bono, **nadie nos dijo como nos teníamos que organizar**...”*

*“(...) es que lo que pasa es que el **Bono GES no es de nosotros**, es de FONASA. Nosotros no tenemos que hacer nada.”*

4.1.3.2. **Gestión de los reclamos**

Como se mencionó anteriormente, el primer paso para la obtención del Bono AUGE es realizar el reclamo. El asegurado con una garantía vencida debe acercarse a las sucursales de FONASA, llamar al *call center* o utilizar la página web de FONASA e interponer su reclamo. De existir incumplimiento, FONASA tramita el Bono AUGE.

Según el relato de los encargados GES, en una primera instancia, y para hacer más operativa la implementación del Bono, FONASA contactó a los pacientes directamente, no esperando que fueran éstos quienes realizaran el reclamo:

*“En un primer momento **FONASA empezó a llamar a los pacientes** y cuando se hizo más público que existía el Bono AUGE, los pacientes empezaron a reclamar el Bono.”*

En una primera instancia, según los relatos, un Servicio **gestionó en conjunto** con FONASA los bonos necesarios para cumplir con las garantías vencidas:

*“Entonces ahí nosotros solicitamos a FONASA... el Bono AUGE **para 16 pacientes**, para entrega de lentes, nada más que por eso, digamos, esa fue la única vez que hemos pedido así por lo menos de aquí a conciencia, digamos, que se sugirió de aquí (...)”*

Sin embargo, esta gestión se observa como una excepción en relación a las entrevistas realizadas a los Servicios.

Algunos de los entrevistados mencionaron haber acordado con FONASA, otras instancias para disminuir la lista de espera de garantías incumplidas, como por ejemplo, la compra de urgencia:

*“bueno y yo comencé con **negociaciones con FONASA**... ellos tienen un asunto de una **compra de urgencia**, FONASA la puede hacer. Entonces yo le hice la solicitud y la mandaron a Santiago la autorización y dijeron “ya compren los vicios de refracción”, me acuerdo que revisamos una lista como de 1.000 personas y compramos 700 y tantas atrasadas y los resolvimos todos en los hospitales en la red.”*

4.1.3.3. **Difusión del Programa**

En cuanto a la difusión del Bono AUGE, los entrevistados coincidieron que ésta fue realizada a través de medios masivos, tales como: televisión, radio, periódicos, volantes y los sitios web institucionales de FONASA y del MINSAL, y que este proceso estuvo a cargo de FONASA. Al menos uno de los encargados GES mencionó que no hubo una solicitud expresa a los Servicios de Salud para que ellos se hicieran cargo de la difusión.

Ciertos entrevistados señalaron que de acuerdo a su punto de vista, la difusión habría tenido un mayor impacto si se hubieran utilizado otros canales como son los Centros de Salud Primaria, que

son los establecimientos que se relacionan directamente con ellos, e incluso podría haberse utilizado el Instituto de Previsión Social (IPS) o las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS).

4.1.3.4. Coordinación entre FONASA y los Servicios de Salud

La coordinación entre los actores involucrados en la implementación del Bono AUGE fue un elemento de análisis del proceso de administración del Programa. Así lo manifestaron gran parte de los entrevistados, quienes señalaron que existió descoordinación en algunos ámbitos.

Uno de estos problemas de descoordinación tiene relación con la transferencia de la información clínica de los pacientes, lo que significó, por ejemplo, que algunos de los asegurados hayan recibido el Bono, no siendo aptos para el tratamiento de su patología o teniendo garantías exceptuadas²⁵ o garantías vigentes, problema que se habría producido, por la desactualización de los registros en el SIGGES:

*“(..) en muchas oportunidades ocurrió eso de que hay una descoordinación... estaba ya determinado [POR EL SERVICIO DE SALUD] que el paciente **no se podía** operar de una determinada patología y llegaba por el Bono AUGE [A UN PRESTADOR PRIVADO] y el examen clínico encontraba absolutamente lo mismo: “a este paciente no lo podemos operar tenemos que exceptuar esta garantía”*

*“es importante **averiguar los antecedentes previos** [DEL ASEGURADO] (...)un paciente con diabetes, está con su glicemia alta y no tiene el pase del endocrinólogo para la intervención quirúrgica y por eso se ha hecho la **excepción de garantía**, pero FONASA llama al paciente y le ofrece que lo van a operar mañana más o menos, pero sin saber los antecedentes previos de los pacientes”*

*“**no hay una integración, coordinación** de ese tema, como que cada uno tiene que cumplir un rol...”*

*“si, ha ocurrido un par de casos que las personas han ido a reclamar ellos por su cuenta y se les ha otorgado el Bono y al momento de citarlos acá a que vengan a hacerse su prestación se enteran de que la persona [TENIA UNA]... **Garantía vigente**”*

Respecto a esta aparente descoordinación en el flujo de información sobre los pacientes, algunos entrevistados señalaron la importancia de compartir con FONASA la ficha clínica del paciente y con ello mejorar los sistemas de registro existentes, principalmente SIGGES:

²⁵ Las garantías exceptuadas se refieren a aquellas que no fueron cumplidas dentro del plazo, pero que no se consideran incumplidas por alguna de las siguientes razones: indicación médica, inasistencia del beneficiario, rechazo del prestador designado, otra causa (debidamente justificada).

*“(…) antes de entrar a contactar a los pacientes debí [REFIRIENDOSE A FONASA] **haber hecho el análisis** de lo que tenía como antecedente previo, pensando en que este sistema [DE REGISTRO] **no estaba bien**”*

Algunos entrevistados de los equipos GES señalaron que existió la necesidad de retroalimentación sobre el estado de los pacientes de forma sistematizada, incluso estandarizada en cuanto al lenguaje:

*“(…) es que ahora está funcionando con un título de segundo prestador, los correos **no me llegan con título Bono AUGE**, por eso es que yo **estoy confundida**. No se la semana pasada empezaron a llegar con título que dice se asigna **segundo prestador**, no dice se asigna prestador para BONO AUGE y la palabra **Bono AUGE no está**”*

Pero la descoordinación no se produjo en todos los Servicios. En 2 de los Servicios de Salud donde se realizaron entrevistas, los entrevistados aseguraron que no tuvieron problemas de coordinación con FONASA e incluso su relación con la institución fue vista como una fortaleza para disminuir las listas de espera.

4.1.3.5. Coordinación entre los Servicios de Salud y los prestadores privados

De acuerdo a lo señalado en las entrevistas, para los equipos GES, uno de los elementos importantes para mejorar la gestión de la lista de espera AUGE al interior de la red de salud, fue profundizar en la coordinación de los asegurados con garantías incumplidas entre los Servicios de Salud y los prestadores privados.

En palabras de algunos entrevistados, existió desconocimiento de las acciones realizadas por los prestadores externos lo que dificultó la gestión de los pacientes:

“(…) lo que generó algún grado de dificultad, yo diría, en los procesos de gestión tiene que ver con los registros de las acciones realizadas por los prestadores externos, que en algún momento se nos informó que iban a ser hechas desde FONASA en el SIGGES”

“Si ni siquiera sabemos a qué pacientes se operó por otro lado... No nos llega una retroalimentación tampoco para saber si el paciente solucionó su problema o no.”

También se observó una descoordinación en el ámbito de la gestión de la información y confusión en cuanto a las tareas y responsabilidades asignadas:

“Entonces ahí hubo como un cierto, yo diría, malentendido o desacuerdo, en el sentido de la información de quién tenía que ingresar el dato de la prestación realizada, porque en algún minuto se nos planteó que iba a ser ingresada centralmente por FONASA (...) posteriormente empezó a llegar la información y nosotros dijimos “no, no hay que registrar porque FONASA dijo que iba a registrar” y después tuvimos que tratar de empezar a

registrar en los establecimientos las prestaciones que habían realizado los prestadores externos”

“Lo que ocurrió con los Bonos AUGE en la parte privada, esa información no nos llegó nunca y tampoco ellos se preocuparon de ingresarla a su propio sistema que es el SIGGES”

En este sentido, algunos encargados GES mencionaron que los prestadores privados no registraban, ni informaban sobre las atenciones, lo que dificultó conocer el estado del paciente en relación a la prestación, información importante para realizar el seguimiento y control del estado del paciente:

“(…) claro, el Bono es emitido, pero no se sabe si acaso efectivamente fue utilizado de forma efectiva.”

“[REGISTROS] no se ha implementado en los prestadores privados cuando trabajan con nosotros, inclusive en el Bono AUGE, porque no utilizan esos documentos. Ha costado mucho eso, hay que estar cateteando [PARA QUE EL REGISTRO SE HAGAN]”

Al menos un entrevistado mencionó que se presentaron algunas descoordinaciones entre los prestadores y los Servicios de Salud a los cuales pertenecen los pacientes. Al parecer existieron prestadores privados que preguntaron sobre pacientes que no estaban siendo tratados por el Servicio de Salud en cuestión, es decir pacientes pertenecientes a otros Servicios de Salud.

4.1.3.6. Coordinación entre los asegurados, Servicios de Salud y FONASA

Para hacer uso del Bono AUGE, los asegurados deben estar al tanto que su garantía está incumplida y que pueden solicitar a FONASA el bono. Todos los entrevistados de los Servicios de Salud mencionaron que el proceso por el cual se les informó a los asegurados que sus garantías estaban vencidas presentó un desafío para la coordinación del proceso:

“(…) empezaron [FONASA] a contactar a los pacientes, por vía telefónica (...) y muchos de ellos probablemente hayan estado atendidos dentro de la red. Y ahí se nos empezaron a generar los conflictos a nosotros porque los pacientes empezaban a tener esta dualidad de información: “Como si a mi señorita me atendieron ya en el hospital el mes pasado ¿por qué me están llamando para que me atienda por un Bono AUGE?”

“(…) habían muchos pacientes que se habían atendido por Bono AUGE y se iban enterando las personas de los consultorios cuando llamaban a los pacientes para citarlos, decían no yo... a mi me llegó un Bono a la casa por AUGE ²⁶ y ahí quedaban con la sorpresa, el establecimiento no sabía que el paciente se había atendido.”

²⁶ Este testimonio no coincide con lo que inicialmente indicó FONASA, que el Bono debe ser retirado por el beneficiario.

Algunos de los entrevistados señalaron que existían asegurados en la lista de espera AUGE con garantías incumplidas, que aparentemente ya habían recibido la atención para su patología al interior de la red de salud:

“Luego bajó la coordinación desde FONASA a avisarnos (...) a los distintos establecimientos de la red, que se emitía un Bono y nosotros ahí al hacer el estudio e indagar un poquito más en qué situación estaba el paciente nos dábamos cuenta que efectivamente el paciente a lo mejor fue atendido (...)”

Se señaló que la ubicación espacial de los prestadores privados en relación a los lugares de residencia de los pacientes, también presentó un problema para que éstos últimos hicieran uso del Bono AUGE:

“(...) muchos pacientes se complican mucho por viajar”

“Nos hemos encontrado con varias respuestas en algunos minutos de gente que dicen “fue citado pero el usuario no vino”. Porque de repente nadie entiende nada entonces como que le citan que vayan a algún lugar que habitualmente es lejano del municipio”

4.1.3.7. Eficiencia

Dado el requerimiento del MINSAL para disminuir las listas de espera de garantías AUGE incumplidas, los entrevistados de los Servicios manifestaron que realizaron análisis de la situación y resolvieron gestionar sus recursos, tanto humanos como económicos, entre otros, y en los distintos puntos de la red como, por ejemplo, unidades de atención primaria.

“Se ha hecho todo tipo de modelos de gestión en términos de utilizar mejor el recurso existente.”

Los entrevistados señalaron que en vez de esperar que el Bono AUGE resolviera todas las garantías incumplidas, primero destinaron esfuerzos en ubicar a los especialistas en cada patología y derivar los casos para que éstos fueran atendidos al interior de la red de salud pública:

“(...) empezamos a generar capacidad de prestación (...) por ejemplo, sacamos el problema de estrabismo ... que antes se atendía en el Hospital (...), que ahí estaba el especialista en estrabología. Entonces lo pescamos y se fueron los niños a atender al (...) y de aquí en adelante nunca más se van a atender aquí, sino que se van a atender allá”

Desde una perspectiva administrativa, los entrevistados manifestaron haber ordenado los registros que existían, para lo cual algunos mencionaron que se revisaron las fichas clínicas y se contactó a los pacientes por diversas vías. Uno de los cambios mencionados fue el aumento en la planificación de los pabellones, reprogramándolos de forma más eficiente y utilizando las horas ociosas de la infraestructura, siendo usados incluso sábados y domingos. Estos cambios, según los

entrevistados de todos los Servicios, fueron acompañados de acuerdo a necesidades específicas de cada Servicio con contratación recursos humanos (algunas veces contratación de más horas de los mismos médicos del Servicio), mejor uso de los pabellones, o algún otro tipo de mejora en la gestión, como por ejemplo, más comunicación al interior de la Red de Salud local, para cumplir con los sobrecupos planificados y lograr el aumento de capacidad.

Otro aspecto relevante señalado es el impacto a nivel organizacional que el uso del Bono AUGE tuvo en los equipos GES:

“el impacto real del BONO, yo creo que va por el tema de la presión que ejerce el Bono que estén atendiendo a los pacientes también en otra red ... la presión hacia los establecimientos que pueda ejercer el Bono en un establecimiento que tenga claro que por paciente está recibiendo cierto dinero desde FONASA(...) los establecimientos mejoraron la gestión”

Dos equipos mencionaron que el Bono AUGE les sirvió para disminuir la lista de Espera AUGE, porque hoy existe un mayor compromiso del equipo.

“(...) [EL BONO AUGE] fue como una inyección del orgullo, una cosa así. Porque en el fondo es mostrarte que tu no pudiste hacer las cosas y en desmedro de tu usuario.”

“[COMPROMISO DEL EQUIPO EN LA ORGANIZACIÓN INTERNA] ... eso es un poco lo que impactó, derechamente, en este porcentaje de vencimientos reales, en los cuales la organización interna del establecimiento logro satisfacer más que el BONO AUGE.”

4.1.3.8. Recursos Humanos

En cuanto a los recursos humanos necesarios en el proceso, se mencionó que inicialmente una de las dificultades enfrentada por los equipos fue no contar con personal suficiente, capacitado y disponible para registrar correctamente los datos de los pacientes en el SIGGES:

*“(...) eso significa un **recurso humano** aparte que sepa digitar en SIGGES, digamos que este también siendo parte del equipo del Bono AUGE”*

*“(...) en cada establecimiento hay un **digitador**, si ese digitador sale con vacaciones, si sale con licencia **no se reemplaza**”*

“si, o sea puntualmente hubo que programar cirugías fuera de horario hacer estrategias de atención que significaban recursos extra”

Algunos de los entrevistados señalaron que se observaron dificultades en cuanto al recurso humano, los cuales están relacionados con la fuga de especialistas hacia la red privada, presentándose la compra de este servicio, como una solución a las listas de espera:

“(...) se ha dado que muchos especialistas han renunciado a la red pública para irse a la red privada”

“(...) hay comunas que no tienen oftalmólogos, que no quieren... hay 20 oftalmólogos a lo mejor en la comuna pero ninguno trabaja pal sector público, ¡porque no les conviene! Por lo tanto, la única manera que esa gente acceda es a través del Bono AUGE...”

“(...) contratar el recurso humano, que esa es una vía enorme de solución en forma interna, que en el fondo dicen bueno “si FONASA nos paga tanto por esto bueno sacando esto lo otro bueno no perdemos y podemos solucionar”

4.1.3.9. Recursos Económicos

Diversos entrevistados hicieron mención a los cambios en la forma de gestionar el presupuesto con los Servicios de Salud durante el año 2011. El cambio consistió en que los Servicios de Salud se comprometieron a realizar prestaciones de salud para el año 2011 en el marco de los recursos que establece la Ley de presupuestos. Cada hospital debió individualizar sus propios presupuestos, lo cual fue monitoreado mensualmente por FONASA, de manera tal de pagar lo que correspondía a las actividades efectivamente realizadas a beneficiarios FONASA, debidamente identificados, según la programación acordada con los Servicios sobre la base de sus capacidades de oferta. El pago fue realizado a través del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), estableciendo de esta manera un componente de ingreso variable de acuerdo a la producción de prestaciones del servicio. Esto permitió a los Hospitales implementar estrategias tales como contratar mayores horas médicas y gestionar de manera flexible su presupuesto con el objeto de resolver garantías incumplidas y recibir un mayor ingreso por el aumento de producción.

Más de un tercio de los Servicios de Salud entrevistados reconocen que se destinó recursos económicos a la contratación de horas adicionales o extraordinarias de personal médico y administrativo:

“Horas extra, si, horas extra... es como una compra de servicios en el fondo, o se les ofrece una cantidad de plata para que ellos saquen (...) pero más que nada médicos, no paramédicos, ni otros funcionarios.”

“Así es que se trabajó bastante acá con el uso del recurso que nosotros teníamos reasignación de horas, horas extraordinarias, compra de servicios a los mismo médicos que estaban acá.”

“(...) como FONASA cambió el sistema de financiamiento de un año a otro, en el sentido que hay un traspaso de recursos mensualmente en cuanto a la facturación GES, eso permite ir sosteniendo e ir resolviendo temas que, desde el punto de vista de la demanda y de la infraestructura que tenemos...”

“[MÁS] recursos económicos... tengo entendido que sí, que supongamos la hernia vale \$700.000.- por PPV y FONASA a una determinada cantidad de hernia de núcleo pulposo paga un millón, entonces ese delta permite que se contrate, se utilice pabellón, se contrate anestésista, se mejore la oferta en horario extra (...)”

También dos entrevistados señalaron que en sus Servicios se realizaron transferencia de recursos económicos al interior de la red de salud pública para satisfacer la demanda de recursos humanos:

“(...) con los recursos que vienen destinados a resolver las patologías de oftalmología se hizo una redistribución de los mismos dineros en estos establecimientos [MUNICIPALES] (...) son unidades de atención primaria oftalmológicas que están contratadas por los municipios y lo que nosotros [SERVICIO DE SALUD] estamos haciendo es transferirles el precio que FONASA paga por realizar esa atención (...) nosotros le hemos dicho “aparte de hacer eso [LA ATENCION HABITUAL] le podemos pagar esto [DINERO POR LA ATENCION DE ASEGURADOS CON GARANTIAS VENCIDAS] que es lo mismo que cuesta la prestación si ustedes resuelven estos problema.”

4.1.3.10. Reducción en la lista de espera

Al menos tres entrevistados señalaron que el Bono AUGE no generó de manera directa un impacto significativo en la disminución de las listas de espera. Los entrevistados coincidieron en que el trabajo de los equipos GES y una mejor gestión, contribuyó directamente en la disminución de la lista.

“(...) como la puerta abierta del Bono AUGE es el reclamo, en general nuestros establecimientos, en su propia gestión son capaces de resolver antes que eso ocurra.”

Algunos entrevistados señalaron que el Bono AUGE, a pesar de existir desde el inicio del programa GES, no impactó fuertemente en la disminución de la lista, debido a que sólo hasta fines del 2010 se realizaron todos los convenios con los prestadores privados:

“[AL INICIO] FONASA no tenía convenios. Entonces estábamos, es decir, cero posibilidades de resolver, a no ser que la institución, en forma interna, comenzara a hacer convenios con los médicos... el Bono AUGE parte cuando FONASA licita todos los convenios... Porque podía decir hay Bono AUGE, pero lo que yo te explicaba antes, no tenía todos los convenios...”

“Por eso el Bono AUGE es una herramienta más, no es la óptima por cómo está expresado, pero se puede mejorar. Pero es una herramienta más, no es la solución.”

En lo que respecta al año 2011, al menos para dos de los entrevistados de Servicios de Salud distintos, el Bono sí representó una solución:

“nosotros nos hemos dado cuenta, en la mayoría de los Servicios de Salud no quieren el Bono y nosotros no entendemos por qué no lo quieren, para nosotros nos soluciona la vida.”

“Y si en algún momento dado, los establecimientos de atención público no podemos satisfacer toda la demanda, está bien que el asegurador se maneje con alternativas, como el caso del Bono AUGE, en el extra sistema.”

Al analizar la emisión de los Bonos AUGE, se observa que un porcentaje importante de estos fueron usados para resolver garantías por patologías oftalmológicas²⁷ y la mayoría de los entrevistados coincidieron en este análisis.

4.1.4. Mejoras en la implementación del Bono AUGE

4.1.4.1. Coordinación

Los entrevistados manifestaron, como uno de los aspectos primordiales, la necesidad de mejorar la coordinación entre las instituciones involucradas y mejorar los procesos de retroalimentación entre las mismas:

“(...) creo que el impacto [del Bono AUGE] pudiera ser mucho mayor si lo coordináramos, si lo informáramos adecuadamente, si pudiéramos a lo mejor planearlo un poquito más en conjunto, porque de repente se ven distintas las cosas cuando se miran desde otro lugar (...) podríamos tener opinión de cómo hacerlo mejor. Yo creo que una buena cosa podría ser que los consultorios de atención primaria estuvieran bien informados y pudieran orientar a los usuarios respecto de por qué se hace esto, porque lo están mandando a tal lugar.”

“(...) que FONASA hablara con nosotros más distendidamente, mejoráramos esos canales de comunicación.”

“...yo creo que ahí hay que mejorar la coordinación, por que se han otorgado a usuarios que no están con garantías retrasadas ni reclamantes, sino que a algunos usuarios que están con garantías exceptuada, por algún motivo, por inasistencia de ellos mismos en ocasiones e incluso algunas vigentes...”

En palabras de los encuestados, parece ser que la creación de un protocolo respecto del Bono AUGE podría, no sólo mejorar la comunicación y la retroalimentación entre FONASA, los prestadores privados y los Servicios de Salud, sino también, permitiría mejorar la gestión de la listas de espera al interior de los Servicios y sus redes:

²⁷ Ver en este informe punto 1.3.4 Tiempos de Espera

“(...) para nosotros mismos también mejorar nuestra gestión en base a informar a nuestros equipos, a los pacientes, es como conocer la efectividad, los flujos (...) pero de que haya algo así como oficial, un flujo establecido, un protocolo”

“(...) primero, que se le otorgara a las personas que corresponda, a las personas que no se le ha cumplido la garantía y que presentan reclamo. En segundo lugar, que mejore la coordinación entre FONASA y los prestadores, para que estemos informados y no se pierdan recursos, que eso es importante”

Se señala que la retroalimentación le permitiría a los Servicios de Salud y a su red, evaluar su gestión, y al mismo tiempo, llevar un registro acabado de las prestaciones que el sistema público da a sus usuarios, para que estos hagan un mejor uso de sus garantías:

“Yo creo que también esta falta como de retroalimentación (...) si finalmente se resolvió o no la garantía, tampoco nos permite hacer como una evaluación (...).”

“Creo que hay problemas de coordinación que están dificultando que el impacto sea muy positivo, porque creo que si la coordinación fuera buena probablemente los usuarios entenderían mucho más también y haría mejor uso.” (SSMS)

“Para la gente tampoco es la solución, porque antes de eso uno tiene que informarle a la gente y eso yo creo que también es una falencia tremendamente importante de los equipos (...)”

“Y lo otro el sistema de licitación, porque también se pierden muchas horas con inasistencias, porque nuestros sistemas a veces no están muy interconectados o las comunicaciones, de modo que las citaciones lleguen con la premura a los pacientes y ahí también perdemos.”

4.1.4.2. Bases de datos y registros

Una de las mejoras sugeridas por los entrevistados es que a los Servicios de Salud se les entregue una nómina de pacientes que ha recibido el Bono AUGE y han recibido la prestación en el sector privado, en vez de recibir un email con la información de estos pacientes uno a uno. De esta manera, resulta más fácil para ellos, llevar un registro preciso, y por ende, realizar un apropiado seguimiento de dichos pacientes.

El proceso debería contemplar a lo menos la confirmación y el tratamiento y si es posible el incluir el seguimiento.

4.1.4.3. Aspectos de cobertura

Según la opinión de los entrevistados, conocer de forma más detallada la ubicación geográfica y las dificultades asociadas de los pacientes, como por ejemplo el traslado, podría mejorar la cobertura, en cuanto número de beneficiarios del Bono AUGE:

“Creo que el tema de considerar la distancia y las formas de movilización para el traslado también son relevantes. La gente que ha preguntado o que ha reclamado a nosotros ha sido porque no tienen locomoción para llegar al lugar donde la han mandado ni conocen dónde es, sobre todo cuando los mandan”

“Primero que sea completo, que no se preocupe solamente de la garantía, sino que sea integral.”

Dos actores involucrados en el proceso de reducción de la lista de espera AUGE, sugirieron una solución integral del problema de salud o mejorar la conexión entre garantías relacionadas con algunas patologías que requieren otras necesidades médicas:

“(…) paciente resuelve la garantía de una confirmación, pero te queda la siguiente garantía que es la garantía de tratamiento...”

Sin embargo, al menos 2 entrevistados de Servicios de Salud distintos señalaron que el Bono AUGE resultó ser una solución integral para algunas patologías. Señalan como ejemplo de esto, la patología de cáncer, donde junto con la confirmación de su enfermedad, los pacientes también recibieron las garantías de tratamientos de las quimioterapias y cirugías, y con eso pudieron ser intervenidos de manera global.

4.1.4.4. Gestión de recursos

Tres de los entrevistados señaló que tanto los recursos económicos como los humanos deberían ser potenciados, como una estrategia de mejora en la atención:

“[NECESITAMOS] camas, especialistas, plata”

“Yo creo que hay gente que aún le queda mística y quiere hacer gestión, el mismo funcionario, mejorar la gestión intrahospital. Yo creo que hay que apoyar a esos funcionarios para que cunda.”

“(…) compromiso, yo creo que el compromiso de la gente, para mí eso es fundamental. Y el conocimiento de lo que estás haciendo, porque o sea no sé, yo pienso que uno tiene que ser quizás hasta un poco aprensivo con tus pacientes, responsabilizarse por ellos digamos”

4.1.4.5. Control de gestión

Como en todo programa público, el control y la gestión resultan ser elementos clave para mejorar positivamente en el impacto que estos programas tienen en la población, y así lo manifestaron algunos de los entrevistados:

“(…) yo creo que reglamentaría mucho más el tipo, la forma de trabajar de las personas. Cada hecho tiene un procedimiento y eso lo estandarizaría, cosa de que no hay en un servicio X se procede de tal forma y en este otro para la misma situación se procede de otra o no hacen nada…”

“(…) hay que meterse a la ficha clínica, las fiscalizaciones que siguen tienen que verse en las fichas clínicas si se están cumpliendo las guías, los protocolos…”

4.2. Análisis desde la perspectiva de los usuarios: Encuestas aplicadas a beneficiarios del Bono AUGE y aquellos que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Como parte del trabajo, se aplicaron 2 encuestas: una a beneficiarios del Bono AUGE y otra a usuarios que resolvieron su garantía incumplida a través de los Servicios de Salud.

4.2.1. Objetivo de las encuestas

4.2.1.1. Encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

El objetivo de la encuesta fue conocer las principales características de los afiliados de FONASA que estuvieron en la lista de garantías incumplidas AUGE durante 2011 y recibieron el Bono AUGE, y comprender como operó el Programa en cada caso. Además, la encuesta buscó medir la satisfacción de los usuarios AUGE con el Programa.

4.2.1.2. Encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

En el caso de quienes resolvieron su garantía incumplida a través de los Servicios de Salud, el objetivo de la encuesta fue conocer las principales características de los afiliados FONASA con garantías incumplidas y que se atendieron en los Servicios de Salud públicos durante el año 2011 y las razones por las cuales no ocuparon el Bono AUGE. Además, la encuesta buscó medir la satisfacción de los usuarios en la resolución de sus garantías incumplidas.

4.2.2. Unidades de análisis

4.2.2.1. Encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Para el caso de los beneficiarios del Programa, la unidad de análisis es el beneficiario que recibió el Bono AUGE.

4.2.2.2. Encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

En el caso de la encuesta aplicada a quienes resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud, la unidad de análisis se define como el usuario que se atendió en los Servicios de Salud durante el año 2011 y que estando en la lista de espera de garantías AUGE incumplidas, no ocupó el Bono AUGE.

4.2.3. Representatividad

4.2.3.1. Encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

La encuesta se realizó en las 3 principales regiones donde se entregó el Bono AUGE, según la información provista por FONASA actualizada a Junio del 2011²⁸. Estas regiones correspondieron a la V, VIII y la Región Metropolitana. En ellas, se seleccionó una muestra aleatoria, siendo la encuesta representativa de los beneficiarios del Bono AUGE en las 3 regiones.

4.2.3.2. Encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

La encuesta se llevó a cabo en las regiones V, VIII y la Región Metropolitana con una muestra que fue construida de manera tal que permitiera la comparación con la muestra de los beneficiarios del Bono AUGE. Del grupo anterior, se tomó una muestra aleatoria, manteniendo la misma distribución que en el caso del Bono AUGE²⁹.

²⁸ Esta base de datos de beneficiarios, recibida el 16 de Julio desde FONASA, daba cuenta de 3.478 Bonos emitidos a nivel nacional. Esta fue la base sobre la cual se tomó la muestra para realizar la presente encuesta.

²⁹ El procedimiento utilizado fue el siguiente: Primero, del universo de beneficiarios con garantías incumplidas se extrajeron solamente los que solucionaron sus garantías en los Servicios de Salud. Del grupo anterior se eliminaron los fallecidos y todos aquellos cuya razón da baja había sido por motivos administrativos. Luego, del grupo anterior se dejó sólo a los usuarios de las regiones Metropolitana, V y VIII. Posteriormente se consideraron sólo aquellos usuarios, cuyas patologías asociadas fueron las más recurrentes en la base de datos de los beneficiarios del Bono AUGE. Finalmente, del grupo anterior, se escogen aleatoriamente 2000 registros y se solicitó una distribución por región idéntica a la de los Bono AUGE (57% Metropolitana, 32% V y 11% VIII).

4.2.4. Tamaños muestrales

4.2.4.1. Encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Para el cálculo del tamaño muestral, se consideró un margen de error de 5%. Con esto, el tamaño de la muestra se fijó en 400 individuos, distribuidos entre las regiones V, VIII y Metropolitana. Adicionalmente, se consideró un sobredimensionamiento de la muestra de un 50%, para compensar la posible pérdida de muestra producto del tiempo³⁰ y complejidad de levantamiento.

A continuación se detalla la distribución de la muestra por región:

Tabla 23: Distribución de la población y muestra de beneficiarios del Bono AUGE por región

Región	Población	Muestra	Sobredimensión
Quinta	1.001	127	64
Metropolitana	1.349	227	112
Octava	96	46	24
Total	2.446	400	200

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos provista por FONASA del 16 de julio 2011

4.2.4.2. Encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

En el caso de la muestra de los usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud, se mantuvo el tamaño muestral y distribución de la muestra de beneficiarios del Bono AUGE.

Tabla 24: Distribución de la población y muestra de usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud por región

Región	Población	Muestra	Sobredimensión
Quinta	8.218	127	64
Metropolitana	24.228	227	112
Octava	1.051	46	24
Total	33.497	400	200

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos provista por FONASA durante junio 2012

³⁰ Se fijó un plazo de 12 días corridos para el trabajo en terreno.

4.2.5. Descripción de los formularios

4.2.5.1. Encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

El formulario aplicado a los beneficiarios del Bono AUGE se acordó después de diversas revisiones con profesionales de FONASA, la contraparte técnica del estudio y el equipo de trabajo. En estas reuniones, y producto de la aplicación del pre test³¹, se realizaron las mejoras para llegar a la encuesta definitiva. Los criterios utilizados fueron: eliminar las preguntas redundantes, mejorar la redacción de otras que los entrevistados del pre test tuvieron dificultades para comprender, cambiar preguntas abiertas por cerradas con las alternativas que se infirieron después de tener la información del pre test, y finalmente agregar preguntas que eran consideradas importantes para la contraparte técnica. Es preciso señalar que los módulos de características sociodemográficas (educación, ingreso y salud) están contruidos siguiendo los estándares de encuestas de amplio uso en Chile (como la encuesta CASEN y la de Protección Social), pero adaptadas al contexto particular. En cambio, los módulos relativos al Bono AUGE y la satisfacción de los beneficiarios son nuevos y responden a la propuesta del equipo consultor en conjunto con los comentarios de la contraparte técnica.

El formulario de la encuesta aplicada constó de 9 módulos: los módulos I, V, VI, VII, VIII y IX se refieren a características generales de los encuestados: educación, ingresos, ocupación y salud, mientras que los módulos II, III y IV son específicos al AUGE y Bono AUGE, respectivamente. La descripción de los módulos es la siguiente:

- **Módulo I. Información general:** Tiene por objetivo rescatar información general del encuestado.
- **Módulo II. Conocimiento AUGE y Bono AUGE:** Contiene preguntas para establecer el conocimiento de los beneficiarios respecto al Bono AUGE y su relación con el AUGE.
- **Módulo III. Uso del Bono AUGE:** Contiene preguntas relativas al uso del Bono AUGE, otorgamiento del Bono AUGE y otros.
- **Módulo IV. Nivel de satisfacción del servicio otorgado:** Contiene preguntas sobre el nivel de satisfacción del encuestado respecto del servicio otorgado en las oficinas de FONASA o *call center*, el servicio recibido en el prestador privado, así como del programa en general.
- **Módulo V. Salud:** Contiene preguntas referidas a la afiliación en el Fondo Nacional de Salud.
- **Módulo VI. Composición del Hogar:** Establece características de los miembros del hogar del encuestado tales como, sexo, edad, estado civil, entre otros.
- **Módulo VII. Educación:** Se pregunta por nivel de educación aprobado de los miembros del hogar del encuestado.
- **Módulo VIII. Ingresos:** Contiene preguntas sobre los ingresos familiares.

³¹ Aplicado a una muestra de 45 beneficiarios Bono AUGE.

- **Módulo IX. Ocupación:** Registra la ocupación del encuestado.

Para más detalle sobre los módulos del formulario, se puede acceder a ellos, en el anexo que contiene los formularios de encuesta.

4.2.5.2. Encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Se utilizó el mismo formato de encuesta aplicado a los beneficiarios del Bono AUGE, adecuado a las particularidades de este grupo de usuarios. Los módulos que presentaron variaciones, respecto de la versión aplicada al grupo de beneficiarios, fueron:

- **Módulo III. No uso del Bono AUGE:** Contiene preguntas relativas al no uso del Bono AUGE y la resolución en los Servicios de Salud.
- **Módulo IV. Nivel de satisfacción del servicio otorgado:** Contiene preguntas sobre el nivel de satisfacción del encuestado respecto del servicio otorgado en las oficinas de FONASA o *call center* para dar solución a la garantía AUGE incumplida, el servicio recibido en el Servicio de Salud, así como del programa en general. También incluye preguntas relativas a la percepción de cambios en los tiempos de espera y calidad de la atención en los Servicios de Salud durante 2011.

4.2.6. Cronograma de actividades

4.2.6.1. Encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

El cronograma de actividades ejecutadas para el levantamiento de la encuesta a beneficiarios del Bono AUGE fue el siguiente:

- Levantamiento de la encuesta pre test, entre el 27 y 30 de Noviembre de 2011.
- Preparación y definición del formulario para la aplicación de la encuesta, entre el mes de diciembre de 2011 y primeros días de enero de 2012.
- Capacitación encuestadores en las distintas regiones, entre los días 5, 6 y 7 de enero del 2012.
- Comienzo del trabajo en terreno, día viernes 6 de enero de 2012.
- Supervisión del trabajo en terreno, a contar del día 9 de enero de 2012³².
- Digitación de las encuestas, a partir del día 10 de enero de 2012.
- Validación de la base de datos, a partir del día 11 de enero de 2012.

32 La supervisión se realizó después de tres días iniciado el trabajo de terreno, con el fin de detectar las dificultades en forma temprana y de esta manera corregir errores sistemáticos en que pudiera incurrir el encuestador. El proceso comenzó con la revisión del jefe de grupo, quien revisa el llenado del cuestionario. Luego se elige al azar y a aquellas encuestas que tengan algún error en la primera etapa de revisión, fueron enviadas nuevamente a terreno o fueron corroboradas telefónicamente. Una vez corregidas las encuestas, se transfirieron al equipo de digitación.

- Codificación de las preguntas abiertas, a partir del día 15 de enero de 2012.

4.2.6.2. Encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

El cronograma de actividades ejecutadas para la realización de esta encuesta fue el siguiente³³:

- Capacitación de los encuestadores, los días 6, 7 y 13 de julio de 2012.
- Comienzo del trabajo en terreno, día viernes 6 de julio de 2012.
- Supervisión del trabajo en terreno, a contar del día 7 de julio de 2012.
- Digitación de las encuestas, a partir del día 13 de julio de 2012.
- Validación de la base de datos, a partir del día 13 de julio de 2012.
- Codificación de las preguntas abiertas, a partir del día 20 de julio 2012.

4.2.7. Descripción del trabajo de campo

4.2.7.1. Encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Se visitaron 536 personas incluidas en la muestra, lográndose 400 encuestas³⁴.

El proceso de levantamiento de información se llevó a cabo sin contratiempos. Los 12 días dispuestos para ello, fueron suficientes para recoger la cantidad requerida de encuestas. La muestra fue distribuida en grupos de aproximadamente 25 encuestas por encuestador, todas ellas pertenecientes a comunas cercanas. A cada encuestador se le entregó el conjunto de hojas de ruta, con los antecedentes para identificar al encuestado y los formularios respectivos. También se les encomendó la tarea de realizar el primer contacto con el encuestado y de realizar inmediatamente la encuesta. Cuando esto no fue posible, se concertó una cita para una hora acorde a la disponibilidad del encuestado o para el día posterior.

A los 2 días siguientes al levantamiento, se procedió a hacer retiro del material ocupado. Se acordó para ello una reunión en la que se les pidió hacer entrega de la totalidad de las hojas de ruta ya visitadas³⁵. Se revisó uno a uno los cuestionarios completos y luego se procedió a chequear el llenado de las hojas de ruta considerando lo siguiente:

³³ Es importante mencionar que los meses de diferencias entre la aplicación de la encuesta a los beneficiarios del Bono AUGE y la aplicación de la encuesta a los usuarios que solucionaron su garantía incumplida en los Servicios de Salud, se debió a que no se contó con la información de contacto de los encuestados, en un mismo periodo.

³⁴ La tasa de respuesta fue de un 74,6%, siendo la razón más importante para no lograr realizar encuesta, que la persona no se encontraba disponible.

³⁵ El proceso de verificación de los datos fue realizado por el jefe de grupo, quien recibió los cuestionarios y las hojas de ruta. Al momento de ingresar los datos en formato electrónico realizó una revisión comparando la información de la hoja de ruta con respecto a los antecedentes generales solicitados al encuestado y que están en la primera hoja del formulario.

- Registro del resultado de cada visita realizada a la dirección encomendada, anotando nombre del encuestador, fecha, hora de la visita y resultado obtenido.
- Actualización de la dirección visitada si el caso lo ameritaba, señalando claramente la dirección donde fue aplicada la encuesta.

4.2.7.2. Encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Se visitaron 527 personas incluidas en la muestra, hasta lograr las 400 encuestas programadas³⁶.

El proceso de levantamiento de información se llevó a cabo sin contratiempos y cuando no fue posible realizar la encuesta, operaron los remplazos hasta completar las 400 encuestas previstas. La muestra fue distribuida en grupos de aproximadamente 20 encuestas por entrevistador, todas ellas pertenecientes a comunas o sectores cercanos entre sí.

Luego del levantamiento, se procedió a hacer retiro del material ocupado. Se acordó para ello una reunión en la que se les pidió hacer entrega de la totalidad de las hojas de ruta ya visitadas³⁷. Se revisó uno a uno los cuestionarios completos y luego se procedió a chequear el llenado de las hojas de ruta considerando los mismos puntos mencionados en el caso de la encuesta a beneficiarios del Bono AUGE.

4.2.8. Caracterización de las muestras

4.2.8.1. Encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

A partir de la información disponible, se presenta en la tabla siguiente la distribución de los encuestados por región. El 56,8% corresponde a beneficiarios Bono AUGE residentes en la Región Metropolitana³⁸, un 31,8% reside la V región³⁹ y un 11,4% en la VIII⁴⁰.

³⁶ La tasa de respuesta fue de 75,9%. La razón principal de no haber realizado las encuestas fue que la persona visitada no estaba disponible.

³⁷ El proceso de verificación de los datos fue realizado por el jefe de grupo, quien recibió los cuestionarios y las hojas de ruta. Al momento de ingresar los datos en formato electrónico realizó una revisión comparando la información de la hoja de ruta con respecto a los antecedentes generales solicitados al encuestado y que están en la primera hoja del formulario.

³⁸ Las comunas incluidas fueron: Buin, Calera De Tango, Cerrillos, Cerro Navia, Colina, Conchalí, El Bosque, Estación Central, Huechuraba, Independencia, Isla De Maipo, La Cisterna, La Florida, La Granja, Lampa, Lo Espejo, Macul, Maipú, Paine, Pedro Aguirre Cerda, Peñaflo, Puente Alto, Quilicura, Quinta Normal, Recoleta, Renca, San Bernardo, San Joaquín, San Miguel, San Ramón, Santiago Y Talagante.

³⁹ Las comunas incluidas fueron: Casablanca, Concón, La Ligua, Limache, Nogales, Olmué, Puchuncaví, Quillota, Quilpué, Quintero, San Antonio, Valparaíso, Villa Alemana y Viña Del Mar.

⁴⁰ Las comunas incluidas fueron: Chiguayante, Concepción, Coronel, Hualqui, Pitrufquen, San Pedro De La Paz y Talcahuano.

Tabla 25: Distribución de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados por región

		Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Región	13. Metropolitana	227	56,8	56,8
	5. Quinta	127	31,8	88,6
	8. Octava	46	11,4	100,0
	Total	400	100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

A su vez, como muestra la siguiente tabla, el total de personas que componían el hogar⁴¹ de los beneficiarios Bono AUGE era en promedio de 3,3 personas y donde el mínimo y el máximo fue de 1 y 12 personas respectivamente, con una desviación estándar de 1,9.

Tabla 26: Personas que componen el hogar de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados

¿Cuántas personas integran su hogar?	
Nº de Hogares	400
Promedio de personas que componen el hogar	3,3
Desviación Estándar	1,9
Nº Mínimo de personas que componen el hogar	1
Nº Máximo de personas que componen el hogar	12

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

En la siguiente tabla se observa la distribución de los encuestados por sexo y edad. En cuanto al género, el 37,8% (151 casos) de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados eran hombres y el 62,2% mujeres (249 casos). El promedio de edad de los encuestados fue de 66 años, siendo de 67 años para los hombres y de 66 para las mujeres. En su mayoría los encuestados (68,1% del total encuestado) tenía 65 años o más (105 hombres y 167 mujeres), mientras sólo un 1,5% (4 niños y 2 niñas) de ellos era menor de edad al momento de la encuesta. En el caso de los menores de edad, éstos no fueron entrevistados directamente, sino que algún integrante del grupo familiar, mayor de 18 años y responsable por el menor fue quien respondió por ellos.

⁴¹ La definición de hogar fue la utilizada en la encuesta CASEN: "Grupo de personas, parientes o no, que habitan la misma vivienda y tienen presupuesto de alimentación común o personas que viven solas. Puede ocurrir que uno o más hogares habiten una vivienda; sin embargo, un hogar no puede habitar más de una vivienda"

Tabla 27: Distribución de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados por edad y sexo

Edad	Sexo								
	Hombre			Mujer			Total		
	Frecuencia	Edad promedio	Porcentaje (%)	Frecuencia	Edad promedio	Porcentaje (%)	Frecuencia	Edad promedio	Porcentaje
0 - 17 años	4	8	2,6	2	8	0,8	6	8	1,5
18 - 24 años			0	3	22	1,2	3	22	0,7
25 - 34 años	1	30	0,7	2	28	0,8	3	29	0,7
35 - 44 años	14	40	9,3	23	40	9,2	37	40	9,3
45 - 54 años	12	49	7,9	32	48	12,9	44	48	11
55 - 59 años	7	57	4,6	8	57	3,2	15	57	3,7
60 - 64 años	7	63	4,6	8	62	3,2	15	62	3,7
65 - 70 años	22	68	14,6	39	68	15,7	61	68	15,3
71 - 79 años	52	75	34,4	83	75	33,3	135	75	33,8
80 y más años	31	84	20,5	45	84	18,1	76	84	19
No responde	1		0,7	4		1,6	5		1,3
Total	151	67	100	249	66	100	400	66	100

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Como se observa en la siguiente tabla, respecto de la ocupación principal de los beneficiarios un 60,5% de ellos indicó estar jubilado, montepiado o pensionado (242 casos). A su vez, un 17,5% señaló estar trabajando y un 17% se dedicaba a los quehaceres del hogar. Un porcentaje menor de los beneficiarios señaló ser estudiante (2,2%), encontrarse desempleado (1,3%) o tener una enfermedad crónica o invalidez (1%).

Tabla 28: Distribución de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados por actividad principal desempeñada

¿Cuál es su actividad principal?			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Jubilado, montepiado, pensionado	242	60,5	60,5
Trabaja	70	17,5	78,0
Quehaceres del hogar	68	17,0	95,0
Estudiante	9	2,2	97,2
Desempleado	5	1,3	98,6
Enfermedad crónica o invalidez	4	1,0	99,5
No responde	2	0,5	100,0
Total	400	100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

De los encuestados que indicaron encontrarse trabajando (70 casos), se les consultó sobre la labor que desempeñaban en su trabajo. La tabla siguiente muestra que la mayor parte de estos eran empleados u obreros en el sector privado (47,1%) o personas que trabajaban por cuenta propia (34,3%). Mientras que un número menor indicó que trabaja como empleado u obrero en el sector público (7,1%), o también en empresas públicas (1,4%) o que pertenecían a las F.F.A.A. y de orden (1,4%).

Tabla 29: Distribución de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados por labor desempeñada en su lugar de trabajo

En su ocupación principal, usted trabaja como:					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Empleado u obrero del sector privado	33	47,1	47,1	8,3	8,3
Trabajador cuenta propia	24	34,3	81,4	6,0	14,3
Servicio doméstico	6	8,6	90,0	1,5	15,8
Empleado u obrero del sector público	5	7,1	97,1	1,3	17,0
Empleado u obrero de empresas públicas	1	1,4	98,6	0,3	17,3
FF.AA. y del Orden	1	1,4	100,0	0,33	17,5
Total casos válidos	70	100,0			
No trabaja o no responde	330			82,5	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

En lo referente al nivel educacional de los encuestados, la siguiente tabla muestra que el 2,5% declaró no tener educación formal, el 39,7% tenía algún nivel de educación básica/preparatoria, y el 46,2% tenía algún nivel de enseñanza media/humanidades/media técnico profesional. A su vez, un porcentaje menor, correspondiente a un 8,3% declaró haber cursado estudios superiores completos o incompletos (técnicos o universitarios).

El caso de los cónyuges de los beneficiarios Bono AUGE (236 casos), un 2,1% declaró no tener educación formal, el 45,3% declaró tener algún nivel educación básica/preparatoria, y el 47% cursó al menos algún nivel de educación media/humanidades. Finalmente, al igual que los beneficiarios Bono AUGE, un número reducido de sus cónyuges declaró poseer algún nivel de estudios superiores, alcanzando el 4,7%.

Tabla 30: Distribución de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados y sus cónyuges o parejas por nivel educacional

Nivel educacional	Beneficiario		Cónyuge o pareja	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin educación formal	10	2,5	5	2,1
Preescolar o parvulario	1	0,3		
Básica incompleta	40	10	26	11
Básica completa	21	5,3	17	7,2
Preparatoria incompleta (sistema antiguo)	71	17,8	43	18,2
Preparatoria completa (sistema antiguo)	25	6,3	21	8,9
Media incompleta	43	10,8	24	10,2
Media completa	59	14,8	44	18,6
Humanidades incompleta (sistema antiguo)	38	9,5	19	8,1
Humanidades completa (sistema antiguo)	35	8,8	17	7,2
Media Técnica Profesional incompleta	3	0,8	1	0,4
Media Técnica Profesional completa	6	1,5	6	2,5
Técnica Superior incompleta	5	1,3	3	1,3
Técnica Superior completa	12	3	2	0,9
Educación Universitaria incompleta (sin título)	4	1	1	0,4
Educación Universitaria completa (con título)	12	3	5	2,1
No responde, no sabe	15	3,3	2	0,9
Total	400	100	236	100

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

La siguiente tabla muestra a los encuestados, beneficiarios Bono AUGE, distribuidos por sistema previsional al cual pertenecían al momento de la encuesta. La mayor parte de los beneficiarios Bono AUGE encuestados se concentraban en los Grupos A y B de FONASA con un 67,5% del total, los cuales, a su vez, pertenecen a los tres primeros quintiles de la población en Chile. Un 11,5% de los encuestados señaló no saber a qué grupo pertenecía.

Tabla 31: Distribución de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados por tramo de FONASA al que pertenecen

¿A qué sistema previsional de salud pertenece Ud.?			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Sistema Público Grupo A (Indigente) ⁴²	115	28,8	28,8
Sistema Público Grupo B	155	38,7	67,5
Sistema Público Grupo C	36	9,0	76,5
Sistema Público Grupo D	48	12,0	88,5
No sabe el grupo	46	11,5	100,0
Total	400	100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Respecto al nivel de ingreso percibido por beneficiario Bono AUGE, el ingreso líquido promedio del total de los encuestados que declararon percibir ingresos correspondía a \$159.137⁴³, excluyendo de esta cifra a aquellos que declararon no percibir ingresos (el 26,5% de los encuestados)⁴⁴. La siguiente tabla muestra la distribución de las rentas de los 400 encuestados.

⁴² Grupo A. Personas que tiene tarjeta de gratuidad otorgada por el consultorio por ser definidos como carentes de recursos; Grupo B: Se define como afiliados a este grupo a las personas cuyo ingreso imponible mensual es igual o menor a \$ 165.000 (CASEN 2009); Grupo C: Personas cuyo ingreso imponible mensual es mayor a \$165.000 y menor o igual a \$240.900. Si una persona dentro de este tramo de ingresos cuenta con más de tres cargas familiares pasa al Grupo B; Grupo D: Personas cuyo ingreso imponible mensual es mayor a \$240.900. Si una persona dentro de este tramo de ingresos cuenta con más de tres cargas familiares pasa al grupo C.

⁴³ En la encuesta se les consultó por el Ingreso Líquido percibido descontado de las asignaciones familiares. Este no se relaciona con el ingreso Autónomo que es un concepto más amplio, según definición de la Encuesta CASEN, es el Ingreso por concepto de sueldos y salarios, ganancias provenientes del trabajo independiente, autoprovisión de bienes producidos por el hogar, bonificaciones, gratificaciones, rentas, intereses, así como jubilaciones, pensiones, montepíos y transferencias entre privados.

⁴⁴ Dos consideraciones sobre las personas que declaran no recibir ingresos. La primera es que se trata de una declaración de ingresos y, segundo, que la cifra es coherente con el dato que el 28,8% pertenecía a FONASA A, es decir, se consideran indigentes.

Tabla 32: Distribución de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados por ingreso líquido percibido

Rango ingreso líquido percibido por el beneficiario	Frecuencia	Ingreso promedio (\$)	Mínimo (\$)	Máximo (\$)	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
IL ≤ 50000	4	44.750	40.000	50.000	1,0	1,0
50.000 < IL ≤ 100.000	68	83.115	56.000	100.000	17,0	18,0
100.000 < IL ≤ 150.000	78	124.422	103.000	150.000	19,5	37,5
150.000 < IL ≤ 200.000	57	181.719	151.000	200.000	14,2	51,7
200.000 < IL ≤ 300.000	30	263.233	220.000	300.000	7,5	59,2
IL > 300.000	15	420.800	310.000	700.000	3,8	63,0
No Sabe o No responde	42				10,5	73,5
No recibe Ingreso	106	-	0	0	26,5	100
Total	400	159.138	40.000	700.000	100	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Finalmente, en relación al nivel de ingresos por hogar del beneficiario, el ingreso promedio ascendió a \$250.715⁴⁵. La siguiente tabla muestra la distribución de ingresos por hogar de los 400 encuestados, donde un 15% no sabía o no respondió la pregunta.

Tabla 33: Distribución de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados por ingreso líquido percibido en el hogar

	Frecuencia	Ingreso promedio (\$)	Mínimo (\$)	Máximo (\$)	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
IL ≤ 75000	11	62.102	123	75.000	2,8	2,8
75.000 < IL ≤ 150.000	77	118.590	76.000	150.000	19,2	22,0
150.000 < IL ≤ 250.000	119	204.785	152.000	250.000	29,7	51,7
>250.000 < IL ≤ 350.000	78	305.973	251.600	350.000	19,5	71,2
>350.000 < IL ≤ 450.000	33	401.343	360.000	450.000	8,3	79,5
IL > 450.000	22	634.045	451.000	1.400.000	5,5	85,0
No Sabe o No responde	60				15,0	100
No recibe Ingreso	0				0	
Total	400	250.715	123	1.400.000	100	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

⁴⁵ No incluye asignaciones familiares.

4.2.8.2. Encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

En la tabla siguiente se muestra la distribución de los encuestados por región. El 56,8% corresponde a residentes de la Región Metropolitana, un 31,7% residía la V región y un 11,5% en la VIII. Distribución idéntica a la obtenida a la encuesta aplicada al Bono AUGE y que permite realizar comparaciones⁴⁶.

Tabla 34: Distribución de usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud por región

		Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Región	13. Metropolitana	227	56,8	56,8
	5. Quinta	127	31,7	88,5
	8. Octava	46	11,5	100,0
	Total	400	100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

La siguiente tabla muestra el número de personas que componían el hogar de los encuestados, alcanzando un promedio de 3,2 personas, donde el mínimo y máximo correspondía a 1 a 11 personas respectivamente, con una desviación estándar de 1,8 personas.

Tabla 35: Personas que componen el hogar de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

¿Cuántas personas integran su hogar?	
N° de Hogares	400
Promedio de personas que componen el hogar	3,2
Desviación Estándar	1,8
Nº Mínimo de personas que componen el hogar	1
Nº Máximo de personas que componen el hogar	11

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

En la siguiente tabla se muestra la distribución de los encuestados por sexo y edad. En cuanto al género, el 37,25% (149 casos) de encuestados eran hombres y un 62,75% mujeres (251 casos). El promedio de edad de los encuestados fue similar para ambos sexos, alcanzando los 71 años en el caso de los hombres y los 72 para las mujeres. La mayoría de los encuestados (81,9% del total encuestado) tenía 65 años y más (119 hombres y 209 mujeres), mientras que sólo un 3% de ellos

⁴⁶ Las comunas seleccionadas son las mismas que las de la encuesta aplicada a los beneficiarios del Bono AUGE.

era menor de edad al momento de la encuesta. Al igual que en el caso de la encuesta anterior, los menores de edad no fueron encuestados directamente, sino que algún integrante del grupo familiar, mayor de 18 años y responsable por el menor⁴⁷ fue quien respondió por ellos.

⁴⁷ A los informantes se les solicitó establecer el parentesco con el menor (padre, madre, hermano, abuelos u otro).

Tabla 36: Distribución de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud por edad y sexo

Edad	Sexo								
	Hombre			Mujer			Total		
	Frecuencia	Edad promedio	Porcentaje (%)	Frecuencia	Edad promedio	Porcentaje (%)	Frecuencia	Edad promedio	Porcentaje (%)
0-17 años	6	5	4	6	8	2,4	12	6	3
18-24 años	1	23	0,7	1	20	0,4	2	22	0,5
25-34 años	3	29	2	3	31	1,2	6	30	1,5
35-44 años	4	39	2,7	13	40	5,2	17	39	4,2
45-54 años	6	48	4	7	49	2,8	13	49	3,3
55-59 años	4	58	2,7	5	57	2	9	57	2,3
60-64 años	4	62	2,7	4	61	1,6	8	62	2
65-70 años	17	68	11,4	38	68	15,1	55	68	13,7
71-79 años	49	75	32,9	74	76	29,5	123	75	30,7
80 y más años	53	85	35,6	97	84	38,6	150	84	37,5
No responde	2		1,3	3		1,2	5		1,3
Total	149	71	100	251	72	100	400	72	100

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

La siguiente tabla registra la ocupación principal de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud, en la que un 77% de ellos indicó estar jubilado, montepiado o pensionado (308 casos). Un 10,5% se dedicaba a los quehaceres del hogar y un 8% señaló estar trabajando. El 1,5% se identificó como estudiante, desarrolla otras actividades un 1,5%, tiene una enfermedad crónica o invalidez un 0,8% y estaba desempleado un 0,8%.

Tabla 37: Distribución de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud por actividad principal desempeñada

¿Cuál es su actividad principal?			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Jubilado, montepiado, pensionado	308	77,0	77,0
Quehaceres del hogar	42	10,5	87,5
Trabaja	32	8,0	95,5
Estudiante	6	1,5	97,0
Otra actividad	6	1,5	98,5
Enfermedad crónica o invalidez	3	0,8	99,3
Desempleado	3	0,8	100
Total	400	100	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

De los encuestados que declararon encontrarse trabajando (32 casos), la mayor parte declaró ser empleado u obrero en el sector privado (37,5%). Luego, un 15,6%, se declaró como patrón o empleador, trabajador por cuenta propia y empleado u obrero en el sector público. Finalmente, un número menor indicó trabajar en servicio doméstico (9,4%), o como empleado u obrero del sector público (3,1%) u otros (3,1%).

Tabla 38: Distribución de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud por labor desempeñada en su lugar de trabajo

En su ocupación principal, usted trabaja como:					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Empleado u obrero del sector privado	12	37,5	37,5	3,0	3,0
Patrón o empleador	5	15,6	53,1	1,3	4,3
Trabajador por cuenta propia	5	15,6	68,7	1,3	5,6
Empleado u obrero de empresas públicas	5	15,6	84,3	1,3	6,9
Servicio doméstico	3	9,4	93,7	0,7	7,6
Empleado u obrero del sector público	1	3,1	96,9	0,2	7,8
Otro	1	3,1	100,0	0,2	8,0
Total casos válidos	32	100		8,0	
No trabaja	368			92,0	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Respecto al nivel educacional de los encuestados, la siguiente tabla muestra que el 6% declaró no tener educación formal, el 55,9% cursó algún nivel de educación básica/preparatoria, y el 27,6% tenía algún nivel de enseñanza media/humanidades. A su vez, un 6% había cursado estudios superiores completos o incompletos (técnicos o universitarios).

El caso de los cónyuges de los beneficiarios (214 casos) la situación es parecida: 3,3% no tenía educación formal, el 52,7% tenía algún nivel de educación básica/preparatoria, y el 35,1% cursó al menos algún nivel de media/humanidades. Finalmente, un número reducido de cónyuges poseía algún nivel de estudios superiores, alcanzando el 4,7%.

Tabla 39: Distribución de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud y sus cónyuges o parejas por nivel educacional

Nivel educacional	Beneficiario		Cónyuge o pareja	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin educación formal	24	6,0	7	3,3
Preescolar o parvulario	4	1,0		
Educación especial o diferencial	1	0,2		
Básica incompleta	93	23,2	45	21
Básica completa	30	7,5	23	10,7
Preparatoria incompleta (sistema antiguo)	66	16,5	27	12,6
Preparatoria completa (sistema antiguo)	30	7,5	18	8,4
Media incompleta	23	5,7	20	9,3
Media completa	36	9,0	32	15
Humanidades incompleta (sistema antiguo)	28	7,0	12	5,6
Humanidades completa (sistema antiguo)	13	3,3	4	1,9
Media Técnica Profesional incompleta	3	0,8		
Media Técnica Profesional completa	7	1,8	7	3,3
Técnica Superior incompleta	1	0,2	1	0,5
Técnica Superior completa	7	1,8	3	1,4
Educación Universitaria incompleta (sin título)	5	1,3	1	0,5
Educación Universitaria completa (con título)	9	2,2	5	2,3
Postgrado	2	0,5		
No responde, no sabe	18	4,5	9	4,2
Total	400	100	214	100

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

La siguiente tabla muestra a los encuestados, distribuidos por sistema previsional al que pertenecían. La mayor parte se concentraba en los Grupos A y B de FONASA con un 56% del total, los cuales, a su vez, pertenecen a los tres primeros quintiles de la población en Chile. Cabe destacar que un 27,7% de los encuestados señaló no saber a qué grupo pertenecía.

Tabla 40: Distribución de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud por tramo de FONASA al que pertenecen

¿A qué grupo FONASA pertenece Ud.?			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Sistema Público Grupo A (Indigente)	80	20,0	20,0
Sistema Público Grupo B	144	36,0	56,0
Sistema Público Grupo C	28	7,0	63,0
Sistema Público Grupo D	37	9,3	72,3
No sabe el grupo	111	27,7	100,0
Total	400	100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Respecto al nivel de ingreso percibido por usuarios, el ingreso líquido promedio del total de los encuestados correspondía a \$186.831⁴⁸, excluyendo de esta cifra a aquellos que declararon no percibir ingresos (el 27,5% de los encuestados). La siguiente tabla muestra la distribución de las rentas de los 400 encuestados.

Tabla 41: Distribución de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud por ingreso líquido percibido

En los últimos tres meses, ¿cuál fue su ingreso líquido promedio?						
Categoría de Ingreso Líquido percibido por el Beneficiario	Frecuencia	Ingreso promedio (\$)	Mínimo (\$)	Máximo (\$)	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
IL <= 50000	3	36.000	28.000	40.000	0,8	0,8
50.000 < IL ≤ 100.000	71	83.643	60.000	100.000	17,7	18,5
100.000 < IL ≤ 150.000	94	129.777	102.000	150.000	23,5	42,0
150.000 < IL ≤ 200.000	52	179.327	152.000	200.000	13,0	55,0
200.000 < IL ≤ 300.000	32	260.813	210.000	300.000	8,0	63,0
IL > 300.000	14	431.429	330.000	900.000	3,5	66,5
No Sabe o No responde	24				6,0	72,5
No recibe Ingreso	110				27,50	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Finalmente, en relación al nivel de ingresos por hogar del beneficiario, el ingreso promedio asciende a \$284.946⁴⁹. La siguiente tabla muestra la distribución de ingresos por hogar de los 400 encuestados, donde un 40,3% no sabe o no responde la pregunta.

⁴⁸ En la encuesta se les consultó por el Ingreso Líquido percibido descontado de las asignaciones familiares. Este no se relaciona con el ingreso Autónomo que es un concepto más amplio, según definición de la Encuesta CASEN, es el Ingreso por concepto de sueldos y salarios, ganancias provenientes del trabajo independiente, autoprovisión de bienes producidos por el hogar, bonificaciones, gratificaciones, rentas, intereses, así como jubilaciones, pensiones, montepíos y transferencias entre privados.

⁴⁹ No considera asignaciones familiares.

Tabla 42: Distribución de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud por ingreso líquido percibido en el hogar

En los últimos tres meses, ¿cuál fue el Ingreso líquido promedio del hogar?						
	Frecuencia	Ingreso promedio (\$)	Mínimo (\$)	Máximo (\$)	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
IL ≤ 75.000	6	66.167	28.000	75.000	1,50	1,5
75.000 < IL ≤ 150.000	61	123.000	77.000	150.000	15,3	16,8
150.000 < IL ≤ 250.000	75	203.533	156.000	250.000	18,7	35,5
250.000 < IL ≤ 350.000	50	309.600	256.000	350.000	12,5	48,0
350.000 < IL ≤ 450.000	25	405.348	360.000	450.000	6,2	54,2
IL > 450.000	22	602.030	475.000	1.500.000	5,5	59,7
No Sabe o No responde	161				40,3	100,0
No recibe Ingreso					0,00	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

4.2.9. Resultados: Respecto al conocimiento del AUGE y Bono AUGE

4.2.9.1. Encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Al preguntarles a los encuestados, beneficiarios Bono AUGE, si conocían o habían escuchado del AUGE, un 92,8% declaró conocerlo, mientras que un 7,2% declaró no conocerlo, aun cuando fueron beneficiarios del mismo.

Tabla 43: Conocimiento del AUGE por parte de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados

¿Conoce o ha escuchado acerca del AUGE?			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Sí	371	92,8	92,8
No	29	7,2	100,0
Total	400	100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Entre aquellos beneficiarios Bono AUGE que declararon conocer o haber escuchado del AUGE (371 casos), un 51,5% manifestó conocer cuáles son sus beneficios, mientras que un 48,5% no los declaró no conocerlos, según se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 44: Conocimiento de los beneficios del AUGE por parte de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados

¿Conoce Ud. cuáles son los beneficios que otorga el AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Sí	191	51,5	51,5	47,8	47,8
No	180	48,5	100,0	45,0	92,8
Total casos válidos	371	100,0		92,8	
No aplica	29			7,3	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Al grupo que declaró conocer los beneficios del AUGE (191 casos), se les preguntó que explicitaran cuáles eran éstos. Dentro de este grupo, más de un 90% consideró los siguientes beneficios: atención médica gratuita (47,6%), cobertura de enfermedades, tratamientos y cirugías (28,3%), atención más rápida (7,3%), y finalmente atención para la tercera edad (7,3%)⁵⁰.

⁵⁰ De estos encuestados, 8 de ellos señalaron un segundo beneficio, es decir, mencionaron dos beneficios que el programa otorga: 4 encuestados mencionaron atención gratuita (consulta, tratamiento, cirugía u otro) del AUGE, 2 encuestados señalaron prioridad o rapidez de atención, un encuestado mencionó el derecho a atenderse en el sector público o privado y un encuestado la cobertura de enfermedades catastróficas.

Tabla 45: Declaración de los beneficios del AUGE por parte de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados

¿Cuáles son los beneficios que otorga el AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Atención gratuita (consulta, tratamiento, cirugía u otro) del AUGE	91	47,6	47,6	22,8	22,8
Cobertura de enfermedades, tratamientos y cirugías	54	28,3	75,9	13,5	36,3
Prioridad o rapidez de atención	14	7,3	83,2	3,5	39,8
Cobertura de atención para la tercera edad	14	7,3	90,6	3,5	43,3
Atención en el sector privado	6	3,1	93,7	1,5	44,8
Poder elegir donde atenderse (sector público o privado)	3	1,6	95,3	0,8	45,5
Derecho a atenderse en el sector público o privado	5	2,6	97,9	1,3	46,8
Cobertura enfermedades catastróficas	3	1,6	99,5	0,8	47,5
Atención buena, de primera calidad	1	0,5	100,0	0,3	47,8
Total casos válidos	191	100,0		47,8	
No aplica	209			52,3	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Al analizar la tabla anterior, se constata que no todos los encuestados que declararon conocer los beneficios del AUGE, realmente los conocían. Para determinar quiénes de los encuestados identificaron correctamente los beneficios, se comparó con los enunciados registrados en el sitio web de FONASA. Un 62,8% de los encuestados que declararon conocer sus beneficios argumentó correctamente al menos uno de los beneficios del AUGE⁵¹. Los resultados se observan en la siguiente tabla:

⁵¹ Los ítems correctos eran: atención gratuita del AUGE, prioridad o rapidez de la atención, atención en el sector privado, poder elegir donde atenderse, derecho a atenderse en el sector público o privado, cobertura de enfermedades catastróficas, atención de buena calidad.

Tabla 46: Validación del conocimiento de los beneficios que entrega el AUGE por parte de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados

¿Cuántos encuestados señalan correctamente los beneficios del AUGE?		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Encuestados que indican erróneamente los beneficios del AUGE	71	37,2
Encuestados que indican correctamente los beneficios del AUGE	120	62,8
Total	191	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Además del AUGE, se les preguntó a los encuestados, acerca de su conocimiento sobre el Bono AUGE. En la tabla siguiente se observa que del total de encuestados, un 72,5% declara haber escuchado o conocer el Bono AUGE, mientras que un 27,5% no lo conoce, aunque todos ellos fueron beneficiarios del Programa.

Tabla 47: Conocimiento del Bono AUGE por parte de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados

¿Conoce o ha escuchado acerca del Bono AUGE?			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Sí	290	72,5	72,5
No	110	27,5	100,0
Total	400	100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Para obtener más detalles acerca del conocimiento que los encuestados tenían sobre el Bono AUGE, se les consultó a quienes declararon conocer o haber escuchado acerca del Bono AUGE, si conocían los beneficios que otorga el bono. Un 41,4% declaró conocer sus beneficios, mientras que un 58,6% no los conocía.

Tabla 48: Conocimiento de los beneficios del Bono AUGE por parte de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados

¿Conoce Ud. cuáles son los beneficios que otorga el Bono AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Sí	120	41,4	41,4	30,0	30,0
No	170	58,6	100,0	42,5	72,5
Total casos válidos	290	100,00		72,5	
No aplica	110			27,5	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Al grupo que declaró conocer sus beneficios, se les solicitó que explicitarán cuales eran los beneficios otorgados por el Bono AUGE. Los encuestados indicaron principalmente 4 categorías: un 45,8% señaló que el beneficio es atención médica gratuita, mientras que un 25% destacó cobertura de enfermedades tratamientos y cirugías, un 14,2% prioridad o rapidez en la atención y un 7,5% mencionó la atención en el sector privado⁵².

Tabla 49: Declaración de los beneficios del Bono AUGE por parte de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados

¿Cuáles son los beneficios que otorga el Bono AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos	Porcentaje acumulado casos válidos	Porcentaje total casos	Porcentaje acumulado total casos
		(%)	(%)	(%)	(%)
Atención gratuita (consulta, tratamiento, cirugía u otro) del AUGE	55	45,8	45,8	13,8	13,8
Cobertura de enfermedades, tratamientos y cirugías	30	25,0	70,8	7,5	21,3
Prioridad o rapidez de atención	17	14,2	85,0	4,3	25,6
Atención en el sector privado	9	7,5	92,5	2,2	27,9
Poder elegir donde atenderse (sector público o privado)	7	5,8	98,3	1,7	29,5
Atención buena, de primera calidad	2	1,7	100,0	0,5	30,0
Total casos válidos	120	100,0		30,0	
No aplica	280			70,0	100,0
Total casos	400			100	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Como se puede desprender de la tabla anterior (y se observa de forma resumida en la siguiente tabla), casi la totalidad de los beneficiarios Bono AUGE encuestados que señalaron conocer los beneficios del bono (120 casos, es decir, el 98,3%), indicaron en forma correcta cuáles eran éstos⁵³.

⁵² De estos encuestados, 6 de ellos señalaron un segundo beneficio. La distribución de las respuestas fue: un encuestado mencionó cobertura de enfermedades, tratamientos y cirugías, un segundo encuestado señala como beneficio la prioridad o rapidez de atención, tres encuestados señalan atención en el sector privado y finalmente un encuestado mencionó poder elegir donde atenderse (sector público o privado).

⁵³ Los ítems correctos eran: Atención gratuita del AUGE, prioridad o rapidez de la Atención, Atención en el sector privado, Poder elegir donde atenderse, Derecho a atenderse en el sector público o privado, Cobertura de enfermedades catastróficas, Atención de buena calidad.

Tabla 50: Validación del conocimiento de los beneficios que entrega el Bono AUGE por parte de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados

¿Cuáles son los beneficios que otorga el Bono AUGE?		
Beneficios BONO AUGE	Frecuencia	Porcentaje (%)
Encuestados que argumentan correctamente los beneficios del Bono AUGE	118	98,3
Encuestados que argumentan erróneamente los beneficios del Bono AUGE	2	1,7
Total	120	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Finalmente, se preguntó a los beneficiarios Bono AUGE si conocían los requisitos para recibir el bono. La tabla siguiente destaca que de 290 encuestados, el 71% del total de éstos declaró no conocer estos requisitos, mientras que sólo un 29% declaró conocer los requisitos. El detalle de las respuestas de los encuestados se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 51: Conocimiento de los requisitos para recibir el Bono AUGE por parte de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados

¿Conoce cuáles son los requisitos para recibir el Bono AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Sí	84	29,0	29,0	21,0	21,0
No	207	71,0	100,0	51,5	72,5
Total casos válidos	291	100,0		72,5	
No aplica	110			27,5	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Entre los requisitos señalados por los encuestados, la mayoría (70,2%) indicó 4, a saber: que los beneficiarios deben tener una enfermedad perteneciente al AUGE (un 19% de los casos) y que se debe estar en lista de espera (un 19% de los casos); los beneficiarios deben pertenecer o ir a un consultorio (17,9% de los casos); finalmente un 14,3% de los encuestados dijo que debe tener la edad permitida para la cobertura⁵⁴.

54 Solo esta errada la de tener la edad permitida.

Tabla 52: Declaración de los requisitos para recibir el Bono AUGE por parte de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados

¿Cuáles son los requisitos para recibir el Bono AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos	Porcentaje acumulado casos válidos	Porcentaje total casos	Porcentaje acumulado total casos
		(%)	(%)	(%)	(%)
Tener enfermedad perteneciente al AUGE	16	19,0	19,0	4,0	4,0
Estar en lista de espera	16	19,0	38,1	4,0	8,0
Pertenecer o ir al consultorio	15	17,9	56,0	3,8	11,8
Tener la edad en la que cubre (adulto mayor)	12	14,3	70,2	3,0	14,8
Estar o pertenecer a FONASA	11	13,1	83,3	2,8	17,5
Ser de bajos recursos y/o pertenecer al quintil más bajo	7	8,3	91,7	1,8	19,3
Que lo derive el médico tratante	3	3,6	95,2	0,8	20,0
Tener enfermedad catastrófica	2	2,4	97,6	0,5	20,5
Presentar antecedentes necesario y hacer la solicitud	2	2,4	100,0	0,5	21,0
Total casos válidos	84	100,0		21,0	
No aplica	316			79,0	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

4.2.9.1. Encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Al preguntarles a los encuestados si conocían o habían escuchado del AUGE, un 90,3% declaró conocerlo, mientras que un 9,7% declaró no conocerlo.

Tabla 53: Conocimiento del AUGE por parte de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

¿Conoce o ha escuchado acerca del AUGE?			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Sí	361	90,3	90,3
No	39	9,7	100
Total	400		

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Entre aquellos usuarios que declararon conocer o haber escuchado del AUGE (361 casos), un 54% manifestó conocer cuáles eran sus beneficios, mientras que un 46% no los conocía al momento de la encuesta, según se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 54: Conocimiento de los beneficios del AUGE por parte de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

¿Conoce Ud. cuáles son los beneficios que otorga el AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Sí	195	54,0	54,0	48,8	48,8
No	166	46,0	100,0	41,5	90,3
Total casos válidos	361	100		90,3	
No aplica	39			9,7	100,00
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Al grupo que declaró conocer los beneficios del Bono AUGE (195 casos), se les preguntó que explicitaran cuáles eran éstos. Dentro de este grupo, más de un 98% consideró los siguientes beneficios: atención médica gratuita (61,5%), cobertura de enfermedades, tratamientos y cirugías (31,3%), atención más rápida (1,6%), y finalmente atención para la tercera edad (1,6%)⁵⁵.

⁵⁵ De estos encuestados, 24 de ellos señalaron un segundo beneficio, es decir, mencionaron 2 beneficios que el programa otorga: 8 encuestados mencionaron atención gratuita (consulta, tratamiento, cirugía u otro) del AUGE, 7 encuestados la cobertura de enfermedades tratamientos y cirugías, 4 encuestados señalaron sobre la cobertura de atención para la tercera edad, 3 encuestados señalaron prioridad o rapidez de atención, un beneficiario señaló sobre una atención en el sector privado y un beneficiario señaló atención buena, de primera calidad.

Tabla 55: Declaración de los beneficios del AUGE por parte de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

¿Cuáles son los beneficios que otorga el AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Atención gratuita (consulta, tratamiento, cirugía u otro) del AUGE	120	61,5	61,5	30,00	30,00
Cobertura de enfermedades, tratamientos y cirugías	61	31,3	92,8	15,3	45,3
Prioridad o rapidez de atención	3	1,6	94,4	0,8	46,1
Cobertura de atención para la tercera edad	3	1,6	95,9	0,8	46,9
Atención en el sector privado	2	1,0	96,0	0,5	47,4
Poder elegir donde atenderse (sector público o privado)	2	1,0	97,0	0,5	47,9
Cobertura enfermedades catastróficas	3	1,5	99,5	0,8	48,6
Atención buena, de primera calidad	1	0,5	100,0	0,2	48,8
Total casos válidos	195	100,0		48,8	
No aplica	205			51,2	100,0
Total casos	400			100,00	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Al analizar la tabla anterior, se constató que no todos los encuestados que declararon conocer los beneficios del AUGE respondieron correctamente. En efecto, puede verificarse en el cuadro siguiente que solo un 32,8% de los que declararon conocer al menos uno de sus beneficios lo hicieron correctamente si se consideran los beneficios enunciados en el sitio web de FONASA⁵⁶.

Tabla 56: Validación del conocimiento de los beneficios que entrega el AUGE por parte de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

¿Cuántos encuestados señalan correctamente los beneficios del AUGE?		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Encuestados que indican correctamente los beneficios del AUGE	64	32,8
Encuestados que indican erróneamente los beneficios del AUGE	131	67,2
Total	195	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

⁵⁶ Sitio web www.fonasa.cl.

También se les preguntó a los encuestados, acerca de su conocimiento sobre el Bono AUGE. En la tabla siguiente se observa que el 13,3% del total de encuestados declaró haber escuchado o conocer el Bono AUGE, mientras que un 86,7% no lo conocía. Este aspecto es relevante, pues en el caso de los beneficiarios que ejercieron el Bono, el 72,5% de ellos, reportaron conocer la existencia del Bono AUGE. Se puede inferir que el atributo “conocimiento del Bono AUGE” fue un factor importante para que muchos usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud, no ejercieran su derecho a Bono AUGE, pues nunca supieron de su existencia.

Tabla 57: Conocimiento del Bono AUGE por parte de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

¿Conoce o ha escuchado acerca del Bono AUGE?			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Sí	53	13,3	13,3
No	347	86,7	100,00
Total	400	100,00	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Para obtener más detalles acerca del conocimiento que los encuestados tenían sobre el Bono AUGE, se les consultó a quienes declararon conocer o haber escuchado acerca del Bono AUGE, si conocían los beneficios que otorgaba el Bono. Un 43,4% declaró conocer sus beneficios, mientras que un 56,6% no los conocía.

Tabla 58: Conocimiento de los beneficios del Bono AUGE por parte de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

¿Conoce Ud. cuáles son los beneficios que otorga el Bono AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Sí	23	43,4	43,4	5,7	5,7
No	30	56,6	100,0	7,5	13,2
Total casos válidos	53	100,00		13,2	
No aplica	347			86,8	100,0
Total casos	400			100,00	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Al grupo que declaró conocer sus beneficios, se les solicitó que explicitarán cuales eran los beneficios otorgados por el Bono AUGE. Los encuestados indicaron principalmente 4 categorías: un 47,8% señaló que el beneficio era la atención médica gratuita, un 39,1% destacó la atención en el sector privado, un 8,7% mencionó cobertura de enfermedades tratamientos y cirugías y un 4,4%

señaló poder elegir donde atenderse⁵⁷. Cabe señalar que la totalidad de estas respuestas son correctas.

Tabla 59: Declaración de los beneficios del Bono AUGE por parte de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

¿Cuáles son los beneficios que otorga el Bono AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos	Porcentaje acumulado casos válidos	Porcentaje total casos	Porcentaje acumulado total casos
		(%)	(%)	(%)	(%)
Atención gratuita (consulta, tratamiento, cirugía u otro) del AUGE	11	47,8	47,8	2,5	2,7
Atención en el sector privado	9	39,1	86,9	2,3	5,0
Cobertura de enfermedades, tratamientos y cirugías	2	8,7	95,6	0,5	5,5
Poder elegir donde atenderse (sector público o privado)	1	4,4	100,0	0,3	5,8
Total casos válidos	23	100,0		5,8	
No aplica	377			94,2	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Finalmente, se preguntó a los encuestados si conocían los requisitos para recibir el bono. La tabla siguiente destaca que de 53 encuestados, el 77,4% del total de éstos declaró no conocer estos requisitos, mientras que sólo un 22,6% declaró conocerlos. El detalle de las respuestas de los encuestados se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 60: Conocimiento de los requisitos para recibir el Bono AUGE por parte de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

¿Conoce cuáles son los requisitos para recibir el Bono AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Sí	12	22,6	22,6	3,0	3,00
No	41	77,4	100,0	10,3	13,3
Total casos válidos	53	100,0		13,3	
No aplica	347			86,7	100,00
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

⁵⁷ De estos encuestados, 6 de ellos señalaron un segundo beneficio. La distribución de las respuestas fue: un encuestado mencionó cobertura de enfermedades, tratamientos y cirugías, un segundo encuestado señaló como beneficio la prioridad o rapidez de atención, tres encuestados señalaron atención en el sector privado y finalmente un encuestado mencionó poder elegir donde atenderse (sector público o privado).

Entre los requisitos para recibir el Bono AUGE señalados por los encuestados, la mayoría señaló que deben *pertenecer o ir a un consultorio* (33,3% de los casos); le sigue que *no se cumplan los plazos de atención* (25% de los casos); y, que se debe *tener una enfermedad perteneciente al AUGE* (un 16,7% de los casos).

Tabla 61: Declaración de los requisitos para recibir el Bono AUGE por parte de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados

¿Cuáles son los requisitos para recibir el Bono AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos	Porcentaje acumulado casos válidos	Porcentaje total casos	Porcentaje acumulado total casos
		(%)	(%)	(%)	(%)
Pertenecer o ir al consultorio	4	33,3	33,3	1,0	1,0
Que no se cumplan los plazos de atención	3	25,0	58,3	0,8	1,8
Tener enfermedad perteneciente al AUGE	2	16,7	75,0	0,5	2,3
Tener enfermedad catastrófica	1	8,3	83,3	0,3	2,5
Tener la edad en la que cubre (adulto mayor)	1	8,3	91,7	0,3	2,8
Presentar antecedentes necesario y hacer la solicitud	1	8,3	100,0	0,3	3,0
Total casos válidos	12	100,0		3,0	
No aplica	388			97,0	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

4.2.10. Resultados: Respecto al uso o no uso del Bono AUGE

4.2.10.1. Encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Ante la pregunta de si efectivamente los encuestados habían recibido el Bono AUGE, un 89,7% declaró efectivamente haberlo recibido, mientras que un 10,3% declara que no.

Tabla 62: Declaración respecto a la recepción efectiva del bono por parte de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados

Tenemos información de que usted recibió el Bono AUGE, es decir que desde FONASA le fue emitido un bono para atenderse en un establecimiento de salud por una garantía AUGE vencida, lo que no implica necesariamente que usted haya hecho uso de este ¿es efectivo que usted recibió el Bono?			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Sí	359	89,7	89,7
No	41	10,3	100,0
Total	400	100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

El recibir el bono no significa haber hecho uso de él necesariamente, pues los beneficiarios de éste, pueden haber sido exceptuados por no tener una autorización médica para recibir la atención, por ejemplo, someterse a una operación.

Para aquellos encuestados que declararon haber recibido el Bono AUGE (359 casos), se les consultó cuál es el problema de salud por el cual recibieron dicho Bono⁵⁸. Más de un 60% respondió que por problemas a la vista (Cataratas 31,2%, Vicios de refracción 29,2%, Estrabismo 2,2%, Desprendimiento de retina 0,6%). Otros problemas con mayor frecuencia fueron los cálculos a la vesícula con un 17,3%, artrosis con un 7,2% y retinopatía diabética con un 3,6%. A su vez, enfermedades más graves como cáncer a la próstata, marcapaso, insuficiencia renal, cáncer de mama, cáncer de útero, problemas al corazón, párkinson, diabetes tuvieron una frecuencia baja dentro de los encuestados.

⁵⁸ Esta pregunta es opcional. Los encuestados que respondieron lo hicieron en conocimiento de que su respuesta era voluntaria.

Tabla 63: Patologías por las cuales los beneficiarios del Bono AUGE encuestados declararon haber recibido el bono

¿Cuál es el problema de salud por el que Ud. recibió el Bono AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Cataratas	112	31,2	31,2	28,0	28,0
Vicios de refracción	105	29,2	60,4	26,3	54,3
Cálculo vesícula o colecistectomía preventiva	62	17,3	77,7	15,5	69,8
Artrosis de cadera y/o rodilla	26	7,2	85,0	6,5	76,3
Retinopatía diabética	13	3,6	88,6	3,3	79,5
Estrabismo	8	2,2	90,8	2,0	81,5
Hernia lumbar	5	1,4	92,2	1,3	82,8
Hiperplasia de próstata	4	1,1	93,3	1,0	83,8
Depresión	3	0,8	94,2	0,8	84,5
Cáncer de próstata	3	0,8	95,0	0,8	85,3
Marcapaso	3	0,8	95,8	0,8	86,0
Desprendimiento de retina	2	0,6	96,4	0,5	86,5
Insuficiencia renal	2	0,6	96,9	0,5	87,0
Escoliosis	2	0,6	97,5	0,5	87,5
Problemas al corazón	2	0,6	98,1	0,5	88,0
Cáncer de mama	1	0,3	98,3	0,3	88,3
Cáncer al útero	1	0,3	98,6	0,3	88,5
Cáncer de testículo	1	0,3	98,9	0,3	88,8
Diabetes Mellitus	1	0,3	99,2	0,3	89,0
Operación al pulmón	1	0,3	99,4	0,3	89,3
Tratamiento del párkinson	1	0,3	99,7	0,3	89,5
Asma crónica	1	0,3	100,0	0,3	89,8
Total casos válidos	359	100,0		89,8	
Declaran no haber recibido el Bono	41			10,2	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Respecto al tipo de prestación que recibieron los beneficiarios Bono AUGE puede constatarse en la tabla siguiente que más de la mitad tuvo una cirugía (51%) y un 34,3% fue atendido en Consulta por un especialista. Los tratamientos y exámenes médicos no llegan al 5%.

Tabla 64: Tipos de prestaciones por las cuales los beneficiarios del Bono AUGE encuestados declararon haber recibido el bono

¿Para qué tipo de atención de salud usted recibió atención por garantía incumplida AUGE?			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Cirugía	204	51,0	51
Consulta especialista	137	34,3	85,3
Tratamiento	11	2,8	88
Examen médico	7	1,8	89,8
Declaran no haber recibido el Bono	41	10,2	100
Total general	400	100	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

También, se les consultó a los beneficiarios Bono AUGE que declararon haber recibido el Bono, si es que al momento de la encuesta habían recibido la atención médica por la cual fue emitido el Bono. En la siguiente tabla se observa que de los 359 encuestados que declararon haber recibido el Bono, el 87,5% (314 casos) habían recibido la atención, mientras que un 12,5% (45 casos) declaró no haber recibido la atención médica al momento de contestar la encuesta (Enero 2012).

Tabla 65: Declaración respecto a la utilización efectiva del bono por parte de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados

¿Hizo uso del Bono AUGE?, es decir, ¿recibió la atención por la cual fue emitido el Bono AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Sí	314	87,5	87,5	78,5	78,5
No	45	12,5	100,0	11,3	89,8
Total casos válidos	359	100,0		89,8	
Declararon no haber recibido el bono	41			10,2	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

A los 45 beneficiarios Bono AUGE de la tabla anterior, que declararon no haber recibido la atención por la cual fue emitido el Bono, se les consultó las razones por las cuales no se hizo uso de éste. Como se observa en la tabla siguiente, un 20% declara que no tenía las condiciones de salud necesarias para ser operado, un 15,6% señala que al momento de la encuesta aún no había sido llamado, un 11,1% indica que el diagnóstico inicial estaba equivocado o que no necesitaba aún la operación.

Otras razones entregadas, pero de menor frecuencia, fueron que se complicó el diagnóstico y no puede ser atendido u operado o que se atendieron en otro lugar, entre otras.

Tabla 66: Razones por las cuales los beneficiarios del Bono AUGE encuestados declararon no haber utilizado el bono

¿Por qué razón no hizo uso del Bono AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
– No tenía las condiciones de salud necesarias para ser operado	9	20,0	20,0	2,3	2,3
– Aún no lo han llamado	7	15,6	35,6	1,8	4,0
– El diagnóstico inicial estaba equivocado	5	11,1	46,7	1,3	5,3
– No necesitaba aún la operación o la enfermedad debe madurar	5	11,1	57,8	1,3	6,5
– Se complicó el diagnóstico y no puede ser atendido u operado	4	8,9	66,7	1,0	7,5
– Se atendió en otro lugar, solucionó su problema	3	6,7	73,3	0,8	8,3
– No lo atendieron por falta de exámenes o exámenes muy caros	3	6,7	80,0	0,8	9,0
– Le informaron que la enfermedad no estaba en el AUGE	3	6,7	86,7	0,8	9,8
– El Bono venció o caducó	2	4,4	91,1	0,5	10,3
– El lugar de atención le quedaba muy lejos	2	4,4	95,6	0,5	10,8
– Ya lo llamaron, está esperando ser atendido	1	2,2	97,8	0,3	11,0
– Le quitaron el Bono	1	2,2	100,0	0,3	11,3
Total casos válidos	45	100,0		11,3	
Declaran no haber recibido el Bono	41			10,2	21,5
Declaran haber recibido atención por el Bono	314			78,5	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

A los Beneficiarios Bono AUGE que indicaron no haber recibido la atención por el Bono (45 casos), se les consultó si es que fueron contactados por FONASA para saber las razones por las que el beneficio aún no se había hecho efectivo. Como se muestra en la tabla siguiente, el 93,3% de ellos (42 casos), señaló que FONASA no los contactó. Tres casos (6,7%), indicaron que FONASA si los contactó, de hecho, a dos de ellos, se les ofreció una alternativa para recibir la atención en otro establecimiento o fueron reprogramados para recibir la atención.

Tabla 67: Beneficiarios del Bono AUGE encuestados que declararon haber sido contactados por FONASA por no haber utilizado el bono

¿Fue contactado por FONASA para saber por qué no hizo uso del Bono?			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Sí	3	6,7	6,7
No	42	93,3	100,0
Total	45	100.0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Se les consultó también a los 314 Beneficiarios del Bono AUGE que declararon haber recibido la atención por la cual fue emitido el Bono, cuánto tiempo de espera transcurrió desde que recibieron el Bono, hasta que fueron atendidos. En la tabla siguiente se puede observar que un 71% de los casos válidos declararon haber recibido la atención durante los primeros 3 meses desde la recepción del Bono. Un 9,9% los casos válidos señala haber esperado entre 3 meses y 6 meses; y un 10,2% de los casos válidos entre 6 meses y un año. Sin embargo, se debe hacer presente que 19 casos de los válidos (6,1%) indicaron que pasó más de un año entre que le Bono fue emitido y que recibieron la atención médica. Estas cifras, relativas a los tiempos de espera, en principio son inconsistentes con la información que se dispone al respecto en los Informes de gestión realizados por la Superintendencia de Salud durante el año 2011⁵⁹. En efecto, los prestadores privados cuentan con 10 días para entregar estas prestaciones y dicho informe señala que entre febrero y diciembre del año 2011, el 94,8% de los casos cumplió con esta exigencia.

⁵⁹ Informe de Gestión: “Designación 2ºPrestador” y “Bono AUGE en FONASA. Cumplimiento en Prestadores Designados”. <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-propertyvalue-3758.html>

Tabla 68: Periodo declarado por los beneficiarios del Bono AUGE encuestados entre el recibimiento del Bono AUGE y la atención en el prestador privado

Desde que recibió el Bono AUGE, ¿cuánto tiempo tuvo que esperar para ser atendido?					
Tiempo Transcurrido	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Entre 1 día y 1 semana	68	21,7	21,7	17,0	17,0
Entre 1 y 2 semanas	54	17,2	38,9	13,5	30,5
Entre 2 semanas y 1 mes	50	15,9	54,8	12,5	43,0
Entre 1 y 3 meses	51	16,2	71,0	12,8	55,8
Entre 3 y 6 meses	31	9,9	80,9	7,8	63,5
Entre 6 meses y un año	32	10,2	91,1	8,0	71,5
Más de un año	19	6,1	97,1	4,8	76,3
No se acuerda	9	2,9	100,0	2,3	78,5
Total casos válidos	314	100,0		78,5	78,5
Declaran no haber recibido el Bono o haberlo recibido, pero no haber recibido la atención	86			21,5	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

La siguiente tabla muestra el medio por el cual los Beneficiarios Bono AUGE se informaron de su derecho a recibir el Bono AUGE. La principal fuente de información fueron: el propio médico tratante (un tercio de los encuestados) y el personal administrativo de una institución médica (otro tercio de los encuestados). Un porcentaje menor (5,6%) se enteró por los medios de comunicación masivos.

Tabla 69: Medios por el cual los beneficiarios del Bono AUGE encuestados declararon haberse informado de su derecho a recibir el bono

¿A través de qué medio se informó sobre su derecho a recibir el Bono AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Por el médico tratante	119	33,1	33,1	29,8	29,8
Por el personal administrativo de una institución médica (hospital, centro médico, clínica, etc.	109	30,4	63,5	27,2	57,0
Por el personal de FONASA	57	15,9	79,4	14,3	71,3
A través de los medios masivos de comunicación (Prensa, Televisión, Radio)	20	5,6	85,0	5,0	76,3
A través de internet	2	0,6	85,6	0,5	76,8
Por amigos o familiares	9	2,5	88,1	2,2	79,0
Otro	31	8,6	96,7	7,7	86,7
No sabe/No se acuerda	12	3,3	100,0	3,0	89,7
Total casos válidos	359	100,0		89,7	
Declaran no haber recibido el Bono	41			10,3	100,0
Total casos	400			100	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

La tabla siguiente muestra que para solicitar el Bono AUGE, los beneficiarios Bono AUGE encuestados que declararon haberlo recibido, mayoritariamente se dirigieron a una sucursal de FONASA (53,2%). Otro grupo importante fue contactado telefónicamente por personal de FONASA (24.8%) y un 14.8% declaró haber solicitado el Bono a través de otro medio, como por ejemplo, utilizando el *call center*.

Tabla 70: Medio por el cual los beneficiarios del Bono AUGE encuestados declararon haber solicitado la emisión del bono

¿A través de qué medio solicitó la emisión del Bono AUGE?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Me dirigí a la Sucursal de FONASA	191	53,2	53,2	47,8	47,8
Fui contactado telefónicamente por FONASA	89	24,8	78,0	22,3	70,0
Otro medio	53	14,8	92,8	13,3	83,3
Llamé al Call Center de FONASA	25	7,0	99,7	6,3	89,5
Realicé una solicitud a través de la Página Web	1	0,3	100,0	0,3	89,8
Total casos válidos	359	100,0		89,8	
Declararon no haber recibido el bono	41			10,2	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

En la tabla siguiente se observa que de los beneficiarios encuestados que indicaron haber recibido el Bono, un 59,9% declaró no haber elegido el lugar de atención para recibir la prestación garantizada, siendo FONASA quien designó el prestador.

Tabla 71: Declaración respecto a la elección del lugar de atención por parte de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados

Cuando se le entregó el Bono AUGE, ¿elegió usted el lugar de atención?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Sí, yo elegí entre varias alternativas	144	40,1	40,1	36,0	36,0
No, el establecimiento fue designado por FONASA	215	59,9	100,0	53,8	89,8
Total casos válidos	359	100,0		89,8	
Declaran no haber recibido el Bono	41			10,2	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

En el caso de aquellos Beneficiarios Bono AUGE, que indicaron haber elegido el lugar de atención, las razones principales por las cuales señalaron haber escogido el establecimiento fueron: cercanía con el lugar en que vive (38,2%), prestigio de la institución (24,3%), recomendación de amigos (13,2%) u otra (24,3%). Dentro del ítem otra razón, se les consultó cuál era, y la mayoría respondió que por confianza o seguridad en el lugar; porque ya conocía el establecimiento o por la calidad de atención del mismo.

Tabla 72: Razones por las cuales los beneficiarios del Bono AUGE encuestados declararon haber escogido un determinado lugar para ser atendidos

	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje sobre casos totales (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Cercanía del lugar que vive	55	38,2	38,2	13,8	13,8
Prestigio de la institución	35	24,3	62,5	8,8	22,6
Recomendación de amigos o familiares	19	13,2	75,7	4,7	27,3
Otra razón	35	24,3	100	8,7	36,0
Total casos válidos	144	100		36,0	
No eligieron el lugar o declararon no haber recibido el Bono	256			64,0	100
Total casos	400			100	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

4.2.10.1. Encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Ante la pregunta de si efectivamente los encuestados resolvieron su garantía AUGE incumplida dentro del sistema público de salud durante el año 2011, un 69,5% declaró efectivamente haberlo resuelto⁶⁰, mientras que un 30,5% declaró que no.

Tabla 73: Declaración respecto a la recepción efectiva de la atención por la garantía AUGE incumplida por parte de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Según los registros de FONASA, usted tuvo una garantía AUGE incumplida, la cual fue resuelta dentro del sistema público de salud durante el año 2011 ¿es esto efectivo?			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Sí	278	69,5	69,5
No	122	30,5	100,0
Total	400	100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Se realizó una pregunta de verificación, esto es, si los usuarios nunca fueron atendidos por un problema de salud AUGE con garantía atrasada en algún hospital público durante el año 2011. De

⁶⁰ El haberla resuelto hace referencia que recibieron la atención con la garantía incumplida sin que necesariamente hayan resuelto su problema de salud.

aquellos usuarios que al inicio habían contestado que su garantía AUGE incumplida no fue resuelta, el 85,2% indicó que sí fueron atendidos por un problema de salud AUGE⁶¹.

Tabla 74: Verificación de la declaración respecto a la recepción efectiva de la atención por la garantía AUGE incumplida por parte de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Entonces, nunca fue atendido por un problema de salud AUGE con garantía atrasada en algún hospital público durante el año 2011?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos	Porcentaje acumulado casos válidos	Porcentaje total casos	Porcentaje acumulado total casos
		(%)	(%)	(%)	(%)
Sí, ahora recuerdo que fui atendido	104	85,2	85,2	26,0	26,0
No, jamás fui atendido	18	14,8	100,0	4,5	30,5
Total casos válidos	122	100,0		30,5	
No aplica	278			69,5	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Por lo tanto, en la siguiente tabla se observa que un 95,5% de los encuestados declararon haber recibido atención (382 casos) en un establecimiento público durante el 2011 por una garantía AUGE incumplida y un 4,5% (18 casos) que declararon no haber recibido la atención de su garantía AUGE incumplida a la fecha en que se realizó la encuesta (Julio 2012).

Tabla 75: Usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud que declararon haber resuelto su garantía en los Servicios de Salud

Tenemos información de que usted tuvo una garantía AUGE incumplida, la cual fue resuelta dentro del sistema público de salud ¿es esto efectivo?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	382	95,5
No	18	4,5
Total	400	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

A los encuestados que declararon haber recibido la atención de salud, se les consultó sobre el problema de salud (patología) por el cual recibieron dicha atención. Las patologías mayormente

⁶¹ Existe un posible sesgo en ésta pregunta por parte de los usuarios que pudieran no distinguir entre una atención "normal" del servicio de una correspondiente a una garantía incumplida.

reportadas correspondieron a cataratas con un 19,1%, hipertensión con un 15,1%, vicios de refracción con un 14,6% y diabetes mellitus con un 14,1%⁶².

Tabla 76: Patologías por las cuales los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud declararon haber recibido atención

¿Cuál es el problema de salud por el que Ud. recibió atención por garantía incumplida AUGE durante el año 2011?					
Patologías	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Cataratas	73	19,1	19,1	18,2	18,2
Hipertensión	58	15,1	34,2	14,5	32,7
Vicios de refracción	56	14,6	48,8	14,0	46,7
Diabetes Mellitus	54	14,1	62,9	13,5	60,2
Artrosis de cadera y/o rodilla	22	5,7	68,6	5,5	65,7
Cálculo vesícula o colecistectomía preventiva	14	3,6	72,2	3,5	69,2
Problemas al corazón	9	2,3	74,5	2,2	71,4
Asma crónica	9	2,3	76,8	2,2	73,6
Cáncer de próstata	8	2,1	78,9	2,0	75,6
Hernia lumbar	8	2,1	81,0	2,0	77,6
Cáncer	6	1,6	82,6	1,5	79,1
Estrabismo	5	1,3	83,9	1,2	80,3
Problemas de oído	5	1,3	85,2	1,2	81,5
Operación al pulmón	4	1,1	86,3	1,0	82,5
Accidente vascular	4	1,1	87,4	1,0	83,5
Trombosis	4	1,1	88,5	1,0	84,5
Depresión	3	0,8	89,3	0,7	85,2
Escoliosis	3	0,8	90,1	0,7	85,9
Neumonía	3	0,8	90,9	0,8	86,7
Cáncer de mama	2	0,5	91,4	0,5	87,2
Problema dental ⁶³	2	0,5	91,9	0,5	87,7
Problema de tiroides	2	0,5	92,4	0,5	88,2
Alzheimer	2	0,5	92,9	0,5	88,7
Retinopatía diabética	1	0,3	93,2	0,3	89,0
Cáncer al útero	1	0,3	93,5	0,3	89,3
Cáncer de testículo	1	0,3	93,8	0,3	89,6
Nacimiento prematuro	1	0,3	94,1	0,3	89,9

⁶² Cabe recordar que, dada la forma en que fue obtenida la muestra para lograr comparabilidad con el Bono AUGE, la distribución de patologías acá descrita puede no ser necesariamente la misma que la de las atenciones AUGE incumplidas de los Servicios a nivel global.

⁶³ Las personas declaran el nombre según la dolencia planteada, pero no con el nombre específico de la patología. Esto explica por ejemplo, la aparición de la dolencia dental.

¿Cuál es el problema de salud por el que Ud. recibió atención por garantía incumplida AUGE durante el año 2011?					
Patologías	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Anemia	1	0,3	94,4	0,3	90,2
Aneurisma	1	0,3	94,7	0,3	90,5
Problemas a la columna	1	0,3	95,0	0,3	90,8
Cirrosis Hepática	1	0,3	95,3	0,3	91,1
No especifica, porque tiene varias enfermedades	1	0,3	95,6	0,2	91,3
Otras enfermedades	17	4,4	100	4,2	95,5
Total casos válidos	382	100,0		95,5	
Declaran no haber recibido atención por garantía incumplida	18			4,5	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

También, se les consultó a los encuestados, el tipo atención recibida. El 39,79% de los casos declararon haber accedido a la consulta de un especialista, un 33,8% de los casos a cirugía y un 26,4% se hicieron exámenes o recibieron tratamiento farmacológico. En la tabla siguiente se puede obtener un detalle completo.

Tabla 77: Tipos de prestaciones por las cuales los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud declararon haber recibido atención

¿Para qué tipo de atención de salud usted recibió atención por garantía incumplida AUGE durante el año 2011?					
Tipo de atención	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Consulta especialista	152	39,8	39,8	38,0	38,0
Cirugía	129	33,8	73,6	32,3	70,3
Examen de laboratorio e imágenes y exámenes en sala de procedimientos	62	16,2	89,8	15,5	85,8
Tratamiento farmacológico	31	8,1	97,9	7,7	93,5
Otro	8	2,1	100,0	2,0	95,5
Total casos válidos	382	100,0		95,5	
Declaran no haber recibido atención por garantía incumplida	18			4,5	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

La tabla siguiente muestra los medios a través del cual los encuestados que solucionaron su problema de salud, solicitaron la resolución del mismo. Mayoritariamente se dirigieron al establecimiento de salud (73,0%). Otros indican que se dirigieron a la sucursal de FONASA (8,4%) o fueron contactados telefónicamente por el establecimiento de salud (7,9%).

Tabla 78: Medio por el cual los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud declararon haber solicitado la resolución de su garantía AUGE incumplida

¿ A través de qué medio solicitó la solución para su problema de garantía AUGE incumplida durante el año 2011?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Me dirigí al Establecimiento de Salud	279	73,0	73,0	69,8	69,8
Me dirigí a la Sucursal de FONASA	32	8,4	81,4	8,0	77,8
Fui contactado telefónicamente por el Establecimiento de Salud	30	7,9	89,3	7,5	85,3
Otro	28	7,3	96,6	7,0	92,3
Fui contactado telefónicamente por FONASA	10	2,6	99,2	2,5	94,8
Llamé al Call Center de FONASA	3	0,8	100,0	0,75	95,5
Total casos válidos	382	100,0		95,5	
Declaran no haber recibido atención por garantía incumplida	18			4,5	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

En la tabla siguiente se observa que los usuarios que indicaron haber recibido información sobre su derecho a acceder al Bono AUGE y atenderse en un establecimiento de salud privado, corresponde sólo a un 9,4% de los encuestados con atención de garantía AUGE incumplida y que solucionaron su garantía incumplida en los establecimiento públicos de salud

Tabla 79: Declaración respecto a haber recibido información sobre su derecho a recibir el Bono AUGE por parte de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Cuando solicitó la resolución, ¿se le informó respecto a su derecho a recibir el Bono AUGE para atenderse en un establecimiento de salud privado?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Sí	36	9,4	9,4	9,0	9,0
No	346	90,6	100,0	86,5	95,5
Total casos válidos	382	100,0		95,5	
Declaran no haber recibido atención por garantía incumplida	18			4,5	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

La razón ampliamente mayoritaria por el cual los encuestados declararon no haber utilizado el Bono AUGE para atenderse en los establecimientos de salud privados es por falta de conocimiento de su derecho a recibir el Bono AUGE que alcanza al 93,5% de los casos válidos (“no sabía que tenía derecho”, 339 casos y se enteró cuando “ya había sido atendido en el establecimiento público” 18 casos). Este resultado es coherente con el resultado del cuadro anterior en que el 90,6% señaló no haber sido informado de su derecho a recibir el Bono AUGE. Los que sabiendo su derecho, optaron por el sistema público solo alcanzan al 4,5% del total de encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud.

Tabla 80: Razones por las cuales los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud declararon no haber ejercido su derecho a recibir el Bono AUGE

¿Por qué razón no ejerció el derecho para atenderse en un establecimiento privado con el Bono AUGE y se atendió en el sector público?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
No sabía que tenía derecho a recibir el Bono AUGE	339	88,7	88,7	84,75	84,8
Al momento de enterarme que tenía derecho a recibir el Bono AUGE, ya había sido atendido en el establecimiento público	18	4,7	93,5	4,5	89,3
Sabía que tenía derecho al Bono, sin embargo decidí atenderme en un establecimiento público	17	4,5	97,9	4,25	93,5
Otra razón ⁶⁴	8	2,1	100,0	2,0	95,5
Total casos válidos	382	100,0		95,5	
Declaran no haber recibido atención por garantía incumplida	18			4,5	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Se les consultó a los encuestados el lugar donde fueron atendidos y se constata en el cuadro siguiente que un 57,1% fueron atendidos en el mismo establecimiento de salud público donde se le diagnosticó su problema de salud, mientras que un 39,5% fueron atendidos en otros establecimientos de salud; y, un 3,4% no sabe o no responde. Asimismo, en las tres regiones mayoritariamente fueron atendidos en el mismo establecimiento donde se les diagnosticó su problema de salud. En efecto, en la Quinta Región un 56,3% se atendió en el mismo

⁶⁴ Las otras razones por la cual no se atendieron con el Bono AUGE fueron: 4 beneficiarios que solucionaron su problema en un establecimiento privado por cuenta propia, 2 beneficiarios que decidieron no seguir con el tratamiento o cirugía, 1 beneficiario que pidió una segunda opinión y le informaron que no era necesario la operación y 1 persona que pensó que tenía que pagar por falta de información.

establecimiento mientras que un 40,3% fue atendido en otro establecimiento. En la Octava Región estos porcentajes fueron de un 47,2% contra un 36,1%; y en la Región Metropolitana fueron de un 59% contra un 39,6%.

Tabla 81: Declaración respecto a si el lugar donde se recibió la atención correspondía al establecimiento de origen por parte de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

¿Usted fue atendido en el mismo establecimiento donde se le diagnosticó su problema de salud o en otro centro de salud?								
	Quinta Región		Octava Región		Región Metropolitana		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Fui atendido en el mismo establecimiento	67	56,3	17	47,2	134	59,0	218	57,1
Fui atendido en otro establecimiento	48	40,3	13	36,1	90	39,0	151	39,5
No sabe o No responde	4	3,4	6	16,7	3	1,3	13	3,4
Total casos válidos	119	100	36	100	227	100	382	100
Declara no haber recibido atención por garantía incumplida	8		10				18	
Total casos	127		46		227		400	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Cuando se consultó a los encuestados si ellos habían elegido el lugar de atención para resolver su garantía incumplida, un 29,3% indicó que tuvieron la posibilidad de escoger entre varias alternativas y el 70,7% indicó que fue FONASA o el establecimiento de salud quienes definieron el lugar.

Tabla 82: Declaración respecto a la elección del lugar de atención por parte de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Cuando se le entregó la solución por garantía incumplida AUGE durante el 2011, ¿ eligió usted el lugar de atención?					
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Porcentaje total casos (%)	Porcentaje acumulado total casos (%)
Sí, yo elegí entre varias alternativas	112	29,3	29,3	28,0	28,0
No, el establecimiento fue designado por FONASA/Establecimiento de salud	270	70,7	100,0	67,5	95,5
Total casos válidos	382	100,0		95,5	
Declaran no haber recibido atención por garantía incumplida	18			4,5	100,0
Total casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

En el caso de aquellos encuestados, que indicaron haber elegido el lugar de atención, las razones principales por las cuales señalaron haber escogido el establecimiento fueron: cercanía con el lugar en que vive (71,4%), prestigio de la institución (17,9%), recomendación de amigos (8%) u otra (2,7%).

Tabla 83: Razones por las cuales los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud declararon haber escogido un determinado lugar para ser atendidos

¿Por qué eligió atenderse en el establecimiento que escogió durante el año 2011?					
	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Porcentaje sobre casos totales	Porcentaje acumulado sobre casos totales
Cercanía del lugar que vive	80	71,4	71,4	20,0	20,0
Prestigio de la institución	20	17,9	89,3	5,0	25,0
Recomendación de amigos o familiares	9	8,0	97,3	2,3	27,3
Otro	3	2,7	100,0	0,7	28,0
Total Válidos	112	100,0		28,0	
Declaran no haber recibido atención por garantía incumplida o no eligieron el lugar de atención	288			72,0	100,0
Total Casos	400			100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

4.2.11. Resultados: Respeto a la satisfacción por el servicio recibido

4.2.11.1. Encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

4.2.11.1.1. Sobre el trámite para la obtención del Bono

Respecto del trámite para la obtención del Bono AUGE en sí⁶⁵, los Beneficiarios Bono AUGE se mostraron bastante conformes en general. La tabla siguiente muestra la calificación del trámite realizado, donde cerca de un 80% se mostró conforme con éste (desde “moderadamente satisfecho” hasta “muy satisfecho”) y sólo un 5,3% mostró disconformidad (incluyendo las categorías “muy insatisfecho” e “insatisfecho”).

Tabla 84: Evaluación otorgada por los beneficiarios del Bono AUGE encuestados al trámite para la obtención del bono en general

Trámite para la obtención del Bono AUGE en general			
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
Muy satisfecho	152	42,3	42,3
Satisfecho	82	22,8	65,2
Moderadamente satisfecho	51	14,2	79,4
Ni satisfecho ni insatisfecho	38	10,6	90,0
Moderadamente insatisfecho	16	4,5	94,4
Insatisfecho	13	3,6	98,1
Muy insatisfecho	6	1,7	99,7
No responde, no sabe	1	0,3	100,0
Total casos válidos	359	100,0	
Declaran no haber recibido el Bono	41		
Total casos	400		

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Las tablas siguientes muestran que en los tres aspectos respecto al servicio prestado a la hora de solicitar el Bono AUGE, los Beneficiarios Bono AUGE se mostraron conformes. Así en el primer aspecto sobre la facilidad para acceder al canal de atención para realizar la solicitud de emisión del Bono AUGE, el 79,9% se declaró desde “moderadamente satisfecho” hasta “muy satisfecho”; lo mismo ocurre con respecto al segundo aspecto sobre la amabilidad del personal del call center o

⁶⁵ Se entenderá por trámite para la obtención del Bono AUGE, el proceso que hace el asegurado para obtener el bono AUGE desde el reclamo por oportunidad de la garantía incumplida hasta que recibe el documento mismo. En el caso de la encuesta, se identificaron además aspectos específicos que atañe a este trámite, como la facilidad para acceder al canal de atención para realizar la solicitud de emisión del Bono AUGE, la amabilidad del personal y la calidad de la información en esos canales de atención.

de la sucursal de FONASA en que los usuarios declararon desde “moderadamente satisfecho” hasta “muy satisfecho” en un 83,3%; y, por último, sobre la calidad de la Información proporcionada el rango anterior que va desde “moderadamente satisfecho” hasta “muy satisfecho” equivale a un 85,5%.

Tabla 85: Evaluación otorgada por los beneficiarios del Bono AUGE encuestados a las etapas del trámite para la obtención del bono

	Facilidad para acceder al canal de atención como call center, oficina o internet, para realizar la solicitud de emisión del Bono AUGE			Amabilidad del personal del call center o del personal de la sucursal de FONASA que lo atendió			Calidad de la información proporcionada por el personal del call center o del personal de la sucursal de FONASA que lo atendió		
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
Muy satisfecho	151	42,1	42,1	163	45,4	45,4	176	49,0	49,0
Satisfecho	84	23,4	65,5	85	23,7	69,1	78	21,7	70,7
Moderadamente satisfecho	52	14,5	79,9	51	14,2	83,3	46	12,8	83,5
Ni satisfecho ni insatisfecho	37	10,3	90,3	25	7,0	90,3	25	7,0	90,5
Moderadamente insatisfecho	17	4,7	95,0	15	4,2	94,4	16	4,5	95,0
Insatisfecho	8	2,2	97,2	10	2,8	97,2	11	3,1	98,1
Muy insatisfecho	8	2,2	99,4	7	1,9	99,2	5	1,4	99,5
No responde, no sabe	2	0,6	100,0	3	0,8	100,0	2	0,5	100,0
Total casos válidos	359	100,0		5. 359	6. 100,0	7.	8. 359	9. 100,0	
Declaran no haber recibido el Bono	41			41			41		
Total casos	400			400			400		

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

En términos de las alternativas de establecimientos proporcionados por FONASA para realizar la atención médica, la tabla siguiente muestra que los Beneficiarios Bono AUGE se declararon conformes con el servicio. Primero evaluando la variedad de alternativas de establecimientos entregadas, donde un 47,1% declaró sentirse “muy satisfecho”. Finalmente, un 7,2% se mostró “insatisfecho” o “muy insatisfecho”. En segunda instancia, al evaluar la libertad para elegir la alternativa, se muestra un nivel de satisfacción similar a la categoría anterior, donde 48,2% de los Beneficiarios Bono AUGE señaló sentirse “muy satisfecho”, y 78,3% se mostró desde “moderadamente satisfecho” hasta “muy satisfecho”. Por último, un 8,6% se mostró “insatisfecho” o “muy insatisfecho”.

Tabla 86: Evaluación otorgada por los beneficiarios del Bono AUGE encuestados a la elección del establecimiento donde atenderse

	Variedad de alternativas entregadas de establecimientos donde atenderse			Libertad para elegir la alternativa que más le acomodaba		
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
Muy satisfecho	169	47,1	47,1	173	48,2	48,2
Satisfecho	75	20,9	68,0	71	19,8	68,0
Moderadamente satisfecho	37	10,3	78,3	37	10,3	78,3
Ni satisfecho ni insatisfecho	27	7,5	85,8	25	7,0	85,2
Moderadamente insatisfecho	23	6,4	92,2	21	5,8	91,1
Insatisfecho	19	5,3	97,5	23	6,4	97,5
Muy insatisfecho	7	1,9	99,4	8	2,2	99,7
No responde, no sabe	2	0,6	100,0	1	0,3	100,0
Total casos válidos	359	100,0		359	100,0	
Declaran no haber recibido el Bono	41			41		
Total casos	400			400		

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

También se evaluó el tiempo total involucrado en el trámite para la obtención del Bono AUGE, donde nuevamente los Beneficiarios Bono AUGE manifestaron estar satisfechos, pues el 77,2% se mostró desde “moderadamente satisfecho” hasta “muy satisfecho” y un 7,3% calificó como disconforme con este ítem, incluyendo las categorías “muy insatisfecho” e “insatisfecho”.

Tabla 87: Evaluación otorgada por los beneficiarios del Bono AUGE encuestados al tiempo total involucrado en el trámite de obtención del bono

	Tiempo total involucrado en el trámite de obtención del Bono AUGE		
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
Muy satisfecho	146	40,7	40,7
Satisfecho	90	25,1	65,7
Moderadamente satisfecho	41	11,4	77,2
Ni satisfecho ni insatisfecho	37	10,3	87,5
Moderadamente insatisfecho	19	5,3	92,8
Insatisfecho	16	4,5	97,2
Muy insatisfecho	9	2,5	99,7
No responde, no sabe	1	0,3	100,0
Total casos válidos	359	100,0	
Declaran no haber recibido el Bono	41		
Total casos	400		

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

9.1.1.1.1. Sobre el servicio recibido en la institución de salud

En términos generales los beneficiarios Bono AUGE estuvieron conformes con los servicios prestados por las instituciones de salud privadas, pues en cada ítem evaluado, más del 50% se mostró “muy satisfecho” con el servicio prestado. De hecho, como muestra la tabla siguiente, al evaluar la atención de salud otorgada por el Bono en general, un 90,1% le otorga una calificación desde “moderadamente satisfecho” hasta “muy satisfecho”, siendo esta última categoría la más frecuente con un 55,1%.

Tabla 88: Evaluación otorgada por los beneficiarios del Bono AUGE encuestados a la atención recibida por bono en general

Atención de salud otorgada con el Bono AUGE en general			
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
Muy satisfecho	173	55,1	55,1
Satisfecho	82	26,1	81,2
Moderadamente satisfecho	28	8,9	90,1
Ni satisfecho ni insatisfecho	10	3,2	93,3
Moderadamente insatisfecho	9	2,9	96,2
Insatisfecho	8	2,5	98,7
Muy insatisfecho	4	1,3	100,0
Total casos válidos	314	100,0	
Declaran no haber recibido el Bono o haberlo recibido, pero no haber recibido la atención	86		
Total casos	400		

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

A su vez, al evaluar el personal médico un 92,4% se mostraron algún grado de satisfacción con la amabilidad del personal en la atención prestada, estando un 64% “muy satisfecho” con este ítem. En cuanto al conocimiento que el personal médico posee respecto de la materia por la cual se atendió el beneficiario Bono AUGE, cerca de un 89% calificó este ítem desde “moderadamente satisfecho” hasta “muy satisfecho”.

Tabla 89: Evaluación otorgada por los beneficiarios del Bono AUGE encuestados al personal que brindó la atención por el bono

	Amabilidad del personal médico			Conocimiento del personal médico en la materia por la cual fue consultar		
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
Muy satisfecho	201	64,0	64,0	184	58,6	58,6
Satisfecho	72	22,9	86,9	70	22,3	80,9
Moderadamente satisfecho	17	5,4	92,4	25	8,0	88,9
Ni satisfecho ni insatisfecho	8	2,5	94,9	11	3,5	92,4
Moderadamente insatisfecho	7	2,2	97,1	6	1,9	94,3
Insatisfecho	3	1,0	98,1	11	3,5	97,8
Muy insatisfecho	6	1,9	100,0	7	2,2	100,0
Total casos válidos	314	100,0		314	100,0	
Declaran no haber recibido el Bono o haberlo recibido, pero no haber recibido la atención	86			86		
Total casos	400			400		

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

En relación a la solución que la atención médica le dio al problema por el cual el beneficiario Bono AUGE consultó, la mayor parte de los encuestados se declararon satisfechos con el servicio prestado. Un 58,6% de ellos, se mostró “muy satisfecho” y 19,7% “satisfecho”. Sin embargo, un 5,1% de los encuestados indicaron sentirse “muy insatisfechos”.

Tabla 90: Evaluación otorgada por los beneficiarios del Bono AUGE encuestados a la solución brindada por el personal que brindó la atención por el bono

Solución que la atención médica le dio al problema o enfermedad por el cual consultó			
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
Muy satisfecho	184	58,6	58,6
Satisfecho	62	19,7	78,3
Moderadamente satisfecho	24	7,6	86,0
Ni satisfecho ni insatisfecho	9	2,9	88,9
Moderadamente insatisfecho	12	3,8	92,7
Insatisfecho	7	2,2	94,9
Muy insatisfecho	16	5,1	100,0
Total casos válidos	314	100,0	
Declaran no haber recibido el Bono o haberlo recibido, pero no haber recibido la atención.	86		
Total Casos	400		

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

En cuanto a la evaluación física de las instalaciones de la institución de salud, ya sea en términos de la calidad del equipamiento y la ubicación del mismo, los beneficiarios Bono AUGE también lo evaluaron de manera positiva. Un 87,6% se mostró desde “satisfecho” hasta “muy satisfecho” con las instalaciones de la institución, y un 81,5% evaluó de la misma forma la ubicación del establecimiento de salud.

Tabla 91: Evaluación otorgada por los beneficiarios del Bono AUGE encuestados a las instalaciones y localización de la institución donde se brindó la atención por el bono

	Instalaciones del recinto médico para prestar la atención médica, como por ejemplo: instrumental médico, etc.			Ubicación del establecimiento de salud		
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos	Porcentaje acumulado casos válidos	Frecuencia	Porcentaje casos válidos	Porcentaje acumulado casos válidos
Muy satisfecho	211	67,2	67,2	164	52,2	52,2
Satisfecho	64	20,4	87,6	92	29,3	81,5
Moderadamente satisfecho	21	6,7	94,3	34	10,8	92,4
Ni satisfecho ni insatisfecho	6	1,9	96,2	13	4,1	96,5
Moderadamente insatisfecho	3	1,0	97,1	5	1,6	98,1
Insatisfecho	4	1,3	98,4	1	0,3	98,4
Muy insatisfecho	5	1,6	100,0	5	1,6	100,0
Total Válidos	314	100,0		314	100,0	
Declaran no haber recibido el Bono o haberlo recibido, pero no haber recibido la atención.	86			86		
Total Casos	400			400		

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

9.1.1.1.2. Sobre el Programa en general

En términos generales, el grupo de beneficiarios encuestados del Bono AUGE que recibieron el bono y también la atención médica correspondiente, evalúa positivamente el programa del Bono AUGE. A la hora de evaluar al Programa, se mostraron conformes, pues un 87% de los beneficiarios le otorgó una calificación satisfactoria (“moderadamente satisfecho” hasta “muy satisfecho”), con una mayoría declarando estar “muy satisfecho” con el programa (53,5%). Destaca el bajo porcentaje de disconformes con el programa, pues un 1% declaró sentirse “muy insatisfecho”. No obstante lo anterior, se debe notar que un 5,7% de los beneficiarios Bono AUGE calificó con indiferencia al Programa, declarándose “ni satisfecho ni insatisfecho”.

Tabla 92: Evaluación otorgada al Programa en general por los beneficiarios del Bono AUGE encuestados

Ahora, ¿qué nota del 1 al 7 le pondría al Programa Bono AUGE?			
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
Muy satisfecho	168	53,5	53,5
Satisfecho	67	21,3	74,8
Moderadamente satisfecho	38	12,1	86,9
Ni satisfecho ni insatisfecho	18	5,7	92,7
Moderadamente insatisfecho	13	4,1	96,8
Insatisfecho	7	2,2	99,0
Muy insatisfecho	3	1,0	100,0
Total casos válidos	314	100,0	
Declaran no haber recibido el Bono o haberlo recibido, pero no haber recibido la atención.	86		
Total casos	400		

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

Finalmente, al preguntar a los beneficiarios Bono AUGE encuestados, si es que se volverían atender en el establecimiento en el cual recibieron la atención médica, un 88,2% de ellos contestó que sí, mientras un 11,8% que no. Este porcentaje de descontento con el establecimiento en el cual se atendió, es consistente con el porcentaje que se declaró estar insatisfecho con la solución médica que recibió por la enfermedad que padecía.

Tabla 93: Declaración respecto a la intención de volver a atenderse en la institución donde se brindó la atención por el bono

¿Se volvería a atender en el establecimiento que se atendió?			
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
Sí	277	88,2	88,2
No	37	11,8	100,0
Total casos válidos	314	100,0	
Declaran no haber recibido el Bono o haberlo recibido, pero no haber recibido la atención.	86		
Total casos	400		

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a beneficiarios del Bono AUGE

9.1.1.1. Encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

9.1.1.1.1. Sobre el trámite para la obtención de la atención en los Servicios de Salud

Respecto del trámite para la obtención de la resolución de las garantías incumplidas AUGE a través de los establecimientos de salud pública, la tablas siguientes muestran que el 59,7% de los encuestados se declaró conforme con la facilidad para acceder a los canales de atención de los establecimientos de salud o FONASA (lo que incluye desde “muy satisfecho”, “satisfecho” hasta “moderadamente satisfecho”). Respecto a la amabilidad del personal del *call center* o del establecimiento de salud o de FONASA un 71,5% se declaró conforme. Finalmente, en cuanto a la calidad de la información proporcionada por el *call center* o el personal de las sucursales FONASA, cerca de un 57,1% de los usuarios se mostraron conformes.

Tabla 94: Evaluación otorgada por los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud al trámite para la obtención de la atención

	Facilidad para acceder al canal de atención como call center, oficina o internet, para realizar la solicitud de atención en el establecimiento de salud o FONASA			Amabilidad del personal del call center o del personal del establecimiento de salud o FONASA que lo atendió			Calidad de la información proporcionada por el personal del call center o del personal del establecimiento de salud o la sucursal de FONASA que lo atendió		
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
Muy satisfecho	62	16,2	16,2	81	21,2	21,2	55	14,4	14,4
Satisfecho	90	23,6	39,8	119	31,2	52,4	84	22,0	36,4
Moderadamente satisfecho	76	19,9	59,7	73	19,1	71,5	79	20,7	57,1
NI satisfecho ni insatisfecho	66	17,3	77,0	50	13,1	84,6	64	16,8	73,8
Moderadamente insatisfecho	28	7,3	84,3	18	4,7	89,3	37	9,7	83,5
Insatisfecho	19	5,0	89,3	16	4,2	93,5	25	6,5	90,1
Muy insatisfecho	26	6,8	96,1	25	6,5	100,0	38	9,9	100,0
No sabe, o no responde	15	3,9	100,0						
Total casos válidos	382	100,0		382	100,0		382	100,0	
Declaran no haber recibido atención por garantía incumplida	18			18			18		
Total casos	400			400			400		

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

En términos de las alternativas de establecimientos para realizar la atención médica, la tabla siguiente muestra que respecto de la variedad de alternativas, un 46,3% de los usuarios se mostró desde “moderadamente satisfecho” hasta “muy satisfecho”. En cambio, un 27,8% se mostró “insatisfecho” o “muy insatisfecho”.

Respecto de la libertad para elegir la alternativa, se muestra un nivel de satisfacción similar a la categoría anterior, donde el 44% se mostró desde “moderadamente satisfecho” hasta “muy satisfecho”. Por último, un 29,6% se mostró “insatisfecho” o “muy insatisfecho”.

Nuevamente la satisfacción es mayor en el caso de los beneficiarios del Bono AUGE, donde, respecto de la variedad de alternativas, un 78% se encontraba desde moderadamente satisfecho hasta muy satisfecho, y respecto de la libertad de elección, un 78% se encontraba también en la misma categoría de satisfacción.

Tabla 95: Evaluación otorgada por los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud a la elección del establecimiento donde atenderse

	Variedad de alternativas entregadas de establecimientos donde atenderse			Libertad para elegir la alternativa que más le acomodaba		
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
Muy satisfecho	35	9,2	9,2	30	7,9	7,9
Satisfecho	79	20,7	29,8	78	20,4	28,3
Moderadamente satisfecho	63	16,5	46,3	60	15,7	44,0
No satisfecho ni insatisfecho	55	14,4	60,7	58	15,2	59,2
Moderadamente insatisfecho	42	11,0	71,7	38	9,9	69,1
Insatisfecho	45	11,8	83,5	48	12,6	81,7
Muy insatisfecho	61	16,0	99,5	65	17,0	98,7
No responde, No sabe	2	0,5	100,0	5	1,3	100,0
Total casos válidos	382	100,0		382	100,0	
Declaran no haber recibido atención por garantía incumplida	18			18		
Total casos	400			400		

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

9.1.1.1.2. Evaluación general de satisfacción sobre la atención recibida

En términos generales, el grupo de usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud, evaluaron conforme la atención recibida en los establecimientos de salud públicos. A la hora de evaluar el proceso de solución, estos usuarios se mostraron conformes, pues un 75,9% le otorgó una calificación satisfactoria (“moderadamente satisfecho” hasta “muy

satisfecho”), donde los “muy satisfechos” y los “satisfechos” representaron el 53,1%. Los que declararon algún nivel de insatisfacción alcanzaron el 12,3%. Esta evaluación general es mejor en el caso de los beneficiarios Bono AUGE, quienes evaluaron conforme al programa Bono AUGE en un 86%, con un 74,8% evaluando “satisfecho” o “muy satisfecho” el Programa, y con un 7,3% que se declaró disconforme, es decir desde “moderadamente insatisfecho” hasta muy insatisfecho”.

Tabla 96: Evaluación otorgada por los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud al proceso de resolución de las garantías AUGE incumplidas en general

Ahora, ¿Qué nota le pondría usted a todo el proceso de solución durante el año 2011 de su garantía AUGE incumplida?			
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
Muy satisfecho	88	23,0	23,0
Satisfecho	115	30,1	53,1
Moderadamente satisfecho	87	22,8	75,9
Ni satisfecho ni insatisfecho	45	11,8	87,7
Moderadamente insatisfecho	15	3,9	91,6
Insatisfecho	21	5,5	97,1
Muy insatisfecho	11	2,9	100,0
Total casos válidos	382	100,0	
Declaran no haber recibido atención por garantía incumplida	18		
Total casos	400		

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Finalmente, al preguntar a los encuestados, si es que se volverían atender en el establecimiento en el cual recibieron la atención médica, un 86,4% de ellos contestó que sí. Los que no se volverían a atender en el mismo establecimiento alcanzaron un 13,6%. Resultado bastante similar al encontrado para el caso del Bono AUGE. Lo cual podría implicar que, independiente de que la calidad en el servicio recibida con el Bono que fue evaluada de mejor manera que la otorgada en los Servicios de Salud, al final del día, lo que valoran los usuarios es solucionar su garantía incumplida.

Tabla 97: Declaración respecto a la intención de volver a atenderse en la institución donde se brindó la atención por la garantía AUGE incumplida por parte de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

¿Se volvería a atender en el establecimiento que se atendió?			
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
Sí	330	86,4	86,4
No	52	13,6	100,0
Total casos válidos	382	100,0	
Declaran no haber recibido atención por garantía incumplida	18		
Total casos	400		

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

Por otra parte, un 28,8% de los encuestados indicaron que percibieron una disminución del tiempo de espera de la atención en los Servicios de Salud en 2011 respecto a años anteriores y un 33,2% indicó que percibió aumento la calidad de atención en aspectos como amabilidad, rapidez, facilidad para ser atendido, infraestructura, entre otros, en los establecimientos de salud públicos.

Tabla 98: Percepción de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud sobre cambios en los tiempos de espera y calidad de la atención en los Servicios de Salud durante 2011

	Comparación tiempo de espera para recibir la atención de salud			Calidad en la atención de los establecimientos de salud		
	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)	Frecuencia	Porcentaje casos válidos (%)	Porcentaje acumulado casos válidos (%)
Disminuyó	110	28,8	28,8	43	11,3	11,3
No cambió	196	51,3	80,1	212	55,5	66,8
Aumentó	76	19,9	100,0	127	33,2	100,0
Total casos válidos	382	100,0		382	100,0	
Declaran no haber recibido atención por garantía incumplida	18			18		
Total casos	400			400		

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud

5. ANÁLISIS 3: ANÁLISIS DE EFICIENCIA

El objetivo del análisis de eficiencia es establecer el gasto en que incurrió el Programa en su ejecución 2011 e indagar si los recursos fueron utilizados de manera eficiente. El análisis se llevó a cabo a partir de las siguientes etapas:

- Identificación de las actividades que forman parte del proceso de transformación y las unidades que las implementaron.
- Identificación y asignación de los recursos utilizados en las actividades del proceso, y cálculo del gasto total del programa.
- Elaboración de indicadores de gastos unitarios y otros de gestión económica y financiera del programa y benchmarking.

La identificación de las actividades relacionadas a la gestión, emisión y seguimiento del Bono AUGE, así como las unidades a cargo de ellas, se realizó a partir de la revisión de los antecedentes provistos por FONASA y aquellos de carácter público, obtenidos, por ejemplo, de la web de la institución y del Decreto 1 de 2010 del Ministerio de Salud. Adicionalmente, se realizaron entrevistas con actores clave que operaron el Programa. En particular, se entrevistó al jefe del Subdepartamento de Gestión de Clientes, a la encargada de la Red de Sucursales, a la jefa de la sucursal Morandé y al personal de atención de público de la misma sucursal. También se levantó información a través de observación directa en sucursales. Con todo esto, se construyó un flujo de procesos, el que fue validado con la jefa del Departamento de Comercialización de FONASA.

Posteriormente, a las actividades identificadas, se le asignaron los recursos utilizados de acuerdo a información entregada por FONASA, estableciendo los gastos directos y los indirectos que soportaron la ejecución y de esta manera, el gasto total del Programa.

Luego se elaboraron indicadores de gastos unitarios, como gasto por derivación, y otros de gestión económica y financiera del Programa, como el porcentaje de gastos administrativos, los que luego fueron comparados con estándares de gasto e información de gasto de programas similares.

Adicionalmente, se contrastaron los precios promedio por prestación vía derivación con precios de intervenciones sanitarias establecidas por FONASA, específicamente los valores establecidos en el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV). La comparación fue realizada para las 10 patologías de mayor importancia en el gasto de prestaciones del Programa. Cabe mencionar, que el análisis anterior presenta algunas limitaciones. En particular, se estableció, en base a lo señalado por el Departamento de Comercialización de FONASA, que en la base de datos de gastos del programa, un nombre o código asociado a una atención recibida por una garantía incumplida, podía representar una o más prestaciones. Esto significa, por ejemplo, que una derivación asociada a una intervención sanitaria podía tener valores distintos debido a que la canasta incluía

prestaciones diversas. Aún así, se compararon los precios promedios de prestaciones con los del PPV, debido a la inexistencia de valores históricos de referencia (recordar que se trata de un programa que comenzó a operar a partir de 2011), ni tampoco de estándares de gasto por prestaciones en la institución.

Cabe mencionar, que para este análisis se consideraron el total de las derivaciones (bonos y reclamos) ejecutados durante 2011, es decir, derivaciones asociadas a atenciones efectivamente entregadas en los establecimientos de salud privados y que, por lo tanto, tienen asociado un pago efectivo o futuro al prestador por parte de FONASA⁶⁶. Por lo anteriormente expuesto, el número de derivaciones consideradas para este análisis no es el mismo que el revisado en el análisis 1.

5.1. Identificación de las actividades del Programa

A continuación, se realiza una descripción del proceso operativo del programa Bono AUGE, donde se identifican las distintas actividades y las unidades que participaron en su implementación.

Primero, es importante destacar que para la puesta en marcha del Programa, fue necesario implementar nuevas actividades a nivel central de FONASA, necesarias para la gestión de las garantías AUGE incumplidas y el aseguramiento de las prestaciones en los establecimientos de salud privados. Dentro de ellas, las principales actividades tuvieron que ver con las licitaciones, necesarias para la consecución de los convenios marco con los prestadores privados, las cuales fueron llevadas a cabo por el Departamento de Comercialización (DECOM) en conjunto con la Unidad de Fiscalía de FONASA, y las actividades de gestión de la lista de espera de garantías AUGE incumplidas, tarea llevada a cabo por personal de DECOM. Adicionalmente, se implementó una campaña publicitaria, con el objetivo de dar a conocer el beneficio a la población objetivo del Programa. La publicidad se realizó principalmente a través de medios masivos (radio, televisión y diarios).

Una vez que se contó con el soporte anterior, se procedió a ejecutar el Programa. Para ello, y según se mencionó anteriormente, los asegurados con una garantía de oportunidad AUGE incumplida debían interponer un reclamo ante un ejecutivo FONASA en cualquiera de sus sucursales, en el call center o vía web. Una vez ingresado el requerimiento al sistema de información de reclamos de FONASA, éste era revisado por el ejecutivo que gestionaba el reclamo en el SIGGES para conocer la situación de la garantía AUGE del asegurado.

En el caso que la garantía se encontrara incumplida, el ejecutivo de FONASA ingresaba el requerimiento en el sistema de información de reclamos, con la que el Departamento de Comercialización (DECOM) de FONASA le daba seguimiento. Para ello el DECOM se procedía a contactar con el Servicio de Salud de origen de la garantía incumplida, priorizando resolverla a

⁶⁶ Recordar que la sola derivación, no implica necesariamente la atención del asegurado en el establecimiento de salud privado. En este último proceso inciden, por ejemplo, el estado de salud del asegurado, la vigencia de los exámenes o si el asegurado concurrió en la fecha designada para la prestación, entre otras.

través de un prestador público como primera opción, lo que se define como resolución a través del Sistema Público. Este prestador podía ser del mismo Servicio u otro, de acuerdo al nivel de complejidad, capacidad y disponibilidad en la red asistencial.

Si la garantía incumplida no podía ser resuelta a través del Sistema Público de Salud dentro de los plazos descritos en la Ley⁶⁷, el asegurado contaba con una segunda opción para que su garantía le sea cumplida: una derivación a un prestador privado o Bono AUGE.

El ejecutivo de FONASA informaba al paciente sobre las opciones de prestadores privados en convenio existentes para la prestación requerida. Así, el beneficiario podía escoger al prestador privado de su preferencia dentro de la oferta disponible. Tras emitir el Bono, la información se ingresaba al SIGGES como Bono AUGE emitido, realizándose posteriormente su seguimiento por parte del DECOM.

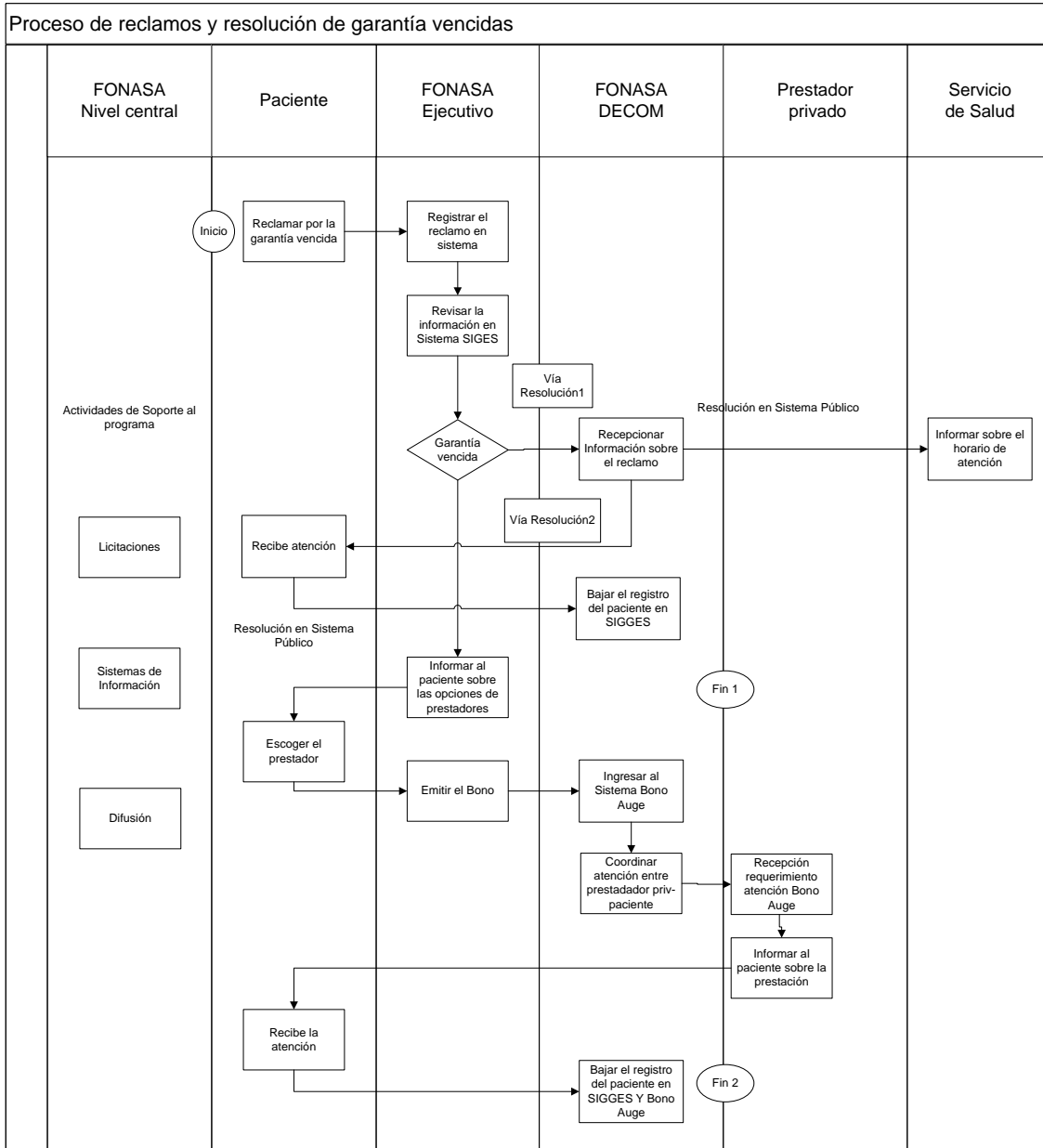
El Departamento Comercial de FONASA es el encargado de coordinar las actividades para la atención del paciente con el prestador privado. Este último, al momento de recibir el requerimiento de atención Bono AUGE, se contactaba con el usuario y entregaba la prestación correspondiente.

Finalmente, el DECOM verificaba con el beneficiario y con el prestador designado si la atención había sido efectuada, para luego informar al Servicio de Salud de origen, quien es el encargado de registrarlo en el SIGGESS.

A continuación, se presenta un flujograma del proceso de emisión del Bono AUGE, que se inicia con el reclamo del usuario hasta la entrega de la prestación y su posterior seguimiento.

⁶⁷ Decreto 1 de 2010 del Ministerio de Salud

Figura 3: Flujoograma del proceso Bono AUGE



Fuente: elaboración propia, a partir de la información proporcionada por FONASA y del levantamiento de antecedentes obtenido por los consultores en terreno

5.2. Fuentes de financiamiento del Programa

En este apartado se identifican los recursos utilizados y fuentes de financiamiento del Programa Bono AUGE.

El Bono AUGE cuenta con dos fuentes de financiamiento: la asignación de recursos para el Programa Bono AUGE contenida en la Ley de Presupuestos 2011, y el presupuesto institucional de FONASA.

El presupuesto inicial del Programa Bono AUGE para el año 2011, de acuerdo a la Ley 20.481 de Presupuestos para el Sector Público del mismo año, fue de M\$6.269.428, cifra que no experimentó cambios durante el período. Este presupuesto se encuentra contenido en la asignación presupuestaria del subtítulo 24, ítem 02, asignación 036 del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV).

El presupuesto del Programa Bono AUGE no considera diferenciación por subtítulo u otra tipificación contable de las partidas del gasto. De acuerdo a la información proporcionada por FONASA, al presupuesto del Programa sólo se le imputan las transferencias por pagos de las derivaciones; es decir, las prestaciones para resolver las garantías incumplidas a través de los contratos con la red de prestadores privados.

Como se observa en la siguiente tabla, la ejecución presupuestaria respecto del presupuesto final fue al segundo trimestre de 49%, alcanzando al final del cuarto trimestre un 99,7%, lo que es equivalente a M\$6.250.487.

Tabla 99: Ejecución trimestral del programa Bono AUGE

Moneda Nacional - Miles de Pesos - Monto Devengado

2011	Presupuesto inicial	Presupuesto vigente	Ejecución acumulada	Porcentaje de ejecución marginal (%)	Porcentaje de ejecución acumulado (%)
Primer trimestre	6.269.428	6.269.428	0	0,0	0,0
Segundo trimestre	6.269.428	6.269.428	3.071.560	49,0	49,0
Tercer trimestre	6.269.428	6.269.428	3.071.560	0,0	49,0
Cuarto trimestre	6.269.428	6.269.428	6.250.487	99,7	99,7

Fuente: Elaboración propia, a partir del Informe de Ejecución Presupuestaria 2011 de DIPRES. Revisado a octubre de 2012

De acuerdo a lo informado por el Subdepartamento de Contabilidad y Tesorería de FONASA, de los M\$6.250.487 devengados al 31 de diciembre de 2011, M\$1.894.820 fueron pagados durante el mismo año, mientras que los M\$4.355.667 restantes, quedaron pendientes de pago por no encontrarse finalizada o sancionada la tramitación de los convenios con los prestadores privados, con su correspondiente toma de razón por parte de la Contraloría. En base a lo anterior, FONASA determinó que al cierre del ejercicio 2011 los gastos se devengarán en base a una provisión⁶⁸.

⁶⁸ Al respecto, el Departamento de Contabilidad y Tesorería de FONASA, señaló en una minuta elaborada para dar cuenta de este hecho lo siguiente: "este Fondo Nacional de Salud, decidió provisionar dicho gasto, considerando como base el principio contable del Devengado, principio que establece que "la contabilidad registra todos los recursos y

En mayo de 2012, FONASA, luego de analizar y fiscalizar las prestaciones otorgadas por los prestadores privados en 2011, detectó que de los M\$4.355.667 pendientes por pagar, existían derivaciones anuladas y/o no ejecutadas, producto de pacientes no atendidos, ya fuera por su condición clínica o patología descartada, o bien por falta de antecedentes a la hora de efectuar la provisión. En específico, de las 6.649 derivaciones consideradas al momento del devengo, 1.365 fueron anuladas y/o no ejecutadas, con lo que el número de derivaciones pagadas o por pagar ascendió a 5.284. Todo lo anterior, implicó que la ejecución efectiva ascendiera a M\$4.462.648⁶⁹.

Al respecto, con fecha 21 de diciembre de 2012, mediante Ordinario 4.1E/N° 18293 del 24/11/2012, la DIPRES solicitó a la Contraloría General de la República, autorización para efectuar ajuste al asiento de apertura 2011, regularización que afectaría al Subtítulo 34 Servicio a la Deuda. No obstante, al 31 de diciembre de 2012 no fue posible obtener la autorización desde la Contraloría General de la República, reflejándose nuevamente dicho saldo.

Mediante Oficio N°6738 de fecha 30 de enero de 2013, la Contraloría General de la Republica, dio su autorización a FONASA para efectuar la regularización correspondiente, ajuste que FONASA realizó en el mes de Febrero 2013⁷⁰.

Con todo, cabe mencionar, que los M\$4.462.648 difieren de los M\$4.331.935 que se obtienen al analizar y sumar las prestaciones de la base de datos de derivaciones valoradas (5.284 derivaciones), siendo esta última, la cifra utilizada por los consultores para hacer los cálculos del gasto del Programa⁷¹. Considerando lo anterior, la ejecución efectiva corregida del Programa durante 2011, correspondería a un 69,1%.

Respecto a los gastos incurridos por el Programa, financiados a través del presupuesto institucional de FONASA, éstos se vinculan a los subtítulos 21 y 22, correspondientes a gastos de personal, y bienes y servicios de consumo respectivamente. El cálculo de los gastos del Programa asociados a estos subtítulos, se presenta en la siguiente sección.

5.3. Gasto total del Programa

Para el análisis, se ha considerado como gasto directo aquellos que están vinculados al componente, que en este caso, corresponde al pago de prestadores privados por derivaciones y el

obligaciones en el momento que se generen, independiente de que éstos hayan sido o no percibidos o pagados". Por otro lado se considero adicionalmente la normativa dictada por la CGR sobre la materia (dictamen N° 12612/2010)." (Minuta Bono AUGE, Departamento de Contabilidad y Tesorería de FONASA, 11/10/2012).

⁶⁹ Cabe mencionar que de esta cifra, M\$241.303 estaban pendientes de pago al 30/09/2012.

⁷⁰ Según lo informado por FONASA, a partir del año 2012 los devengos y pagos se realizan en base a las facturas presentadas a cobros por los prestadores, pagos realizados mediante la fiscalización de prestaciones efectivamente otorgadas. Por otro lado, se tomaron las medidas necesarias para efectuar los trámites administrativos para sancionar en los plazos establecidos todos los contratos.

⁷¹ Se considera la base de datos de prestaciones valoradas dado que es la base de datos que permite realizar el análisis al contener toda la información necesaria.

gasto de difusión necesario para la generación de las mismas. Mientras que los gastos indirectos se refieren a los recursos consumidos por las unidades de apoyo de FONASA destinadas al Programa.

A modo de resumen, se presentan los resultados agregados de los componentes del gasto.

Tabla 100: Estructura de gasto del programa Bono AUGE

Clasificación	Componente de gasto	Total (\$)	Porcentaje (%)
Gasto Directo	Prestaciones	4.331.935.433	87,4
	Difusión	422.802.000	8,5
Total gasto directo		4.754.737.433	95,9
Gasto Indirecto	Sistema de Información	6.696.164	0,1
	Personal de Atención FONASA	153.168.000	3,1
	Call Center	3.070.148	0,1
	Personal DECOM puesta en marcha del Programa	8.937.102	0,2
	Personal Fiscalía	2.971.016	0,1
	Personal DECOM gestión del Programa	26.992.258	0,5
Total gasto indirecto		201.834.688	4,1
Gasto total		4.956.572.121	100

Fuente: Elaboración propia, a partir de antecedentes proporcionados por FONASA

De acuerdo a la tabla anterior, el gasto total del Programa durante 2011 ascendió a M\$4.956.572. Se puede apreciar que el gasto directo explica un 95,9% del gasto total, o en otras palabras, los gastos indirectos o de administración representan un 4,1% del valor del Programa. Cabe destacar, que de acuerdo a análisis realizados por DIPRES y el Ministerio de Desarrollo Social (MDS), un rango de gastos administrativos considerado razonable para Programas como el Bono AUGE, los que se caracterizan por realizar transferencias directas al beneficiario o ejecutor, con baja carga administrativa, es del orden del 1% al 7%, encontrándose el Bono AUGE dentro de ese rango.

A continuación se proporciona el detalle del cálculo del gasto total del Programa.

5.3.1. Gasto en prestaciones

Se obtuvo de sumar las prestaciones de la base de datos de derivaciones valoradas durante 2011 (5.284 derivaciones). Ascendió a M\$4.331.935.

5.3.2. Gasto en difusión

La campaña Bono AUGE en 2011 tuvo un gasto total de M\$422.802, siendo la difusión en medios masivos (radio, televisión y diarios) la de mayor cuantía, representando un 68% del gasto total de difusión.

Tabla 101: Gasto en difusión campaña Bono AUGE 2011

Actividades gasto	M\$
Producción Comercial de TV y fotografías	39.604
Difusión a través de medios masivos de comunicación	288.177
Otros ⁷²	95.021
Total	422.802

Fuente: FONASA, Departamento de Comercialización

5.3.3. Gasto en sistemas de información

De acuerdo a los antecedentes entregados por el Departamento de Tecnología de Información y Procesos, la plataforma del sistema de información (SIGGES) se encuentra externalizada. FONASA contrata un paquete integrado para el buen funcionamiento del sistema que considera: el equipamiento central (servidores, *storage*, balanceadores de carga, data center, seguridad), la administración del mismo, el equipamiento PC en los establecimientos de salud, la conectividad en consultorios, la incorporación de mejoras y el licenciamiento, entre otros. El presupuesto aproximado destinado a este servicio es de M\$3.400.000 al año.

Parte del gasto anual de este paquete, ha sido imputado al Programa Bono AUGE de acuerdo a la proporción generada por el inductor "cantidad de casos GES registradas durante el año 2011". Con ello, los M\$3.400.000 se dividen por los 2.682.957 casos GES durante el 2011, lo que entrega una cifra unitaria de \$1.267,3 por caso GES, lo que multiplicado por las 5.284 derivaciones por garantías incumplidas, genera un gasto de \$6.696.194 imputable al Bono AUGE.

5.3.4. Gasto en personal de atención FONASA

El gasto de personal de atención en las sucursales de FONASA para el año 2011 fue de M\$3.063.360. Esta cifra considera a los Jefes de Sucursales y los ejecutivos de atención de acuerdo al reporte del Sistema de Información de Recursos Humanos de FONASA (SIRH)⁷³. De ellos, se imputaron al Programa M\$153.168, considerando que un 5% de las horas trabajadas por el personal fue destinado a reclamos ciudadanos que dieron origen a derivaciones enmarcadas en el Programa Bono AUGE. Este supuesto fue proporcionado por el Subdepartamento de Estudios de FONASA.

⁷² Se considera la impresión de afiches, desarrollo de video, comisión de agencia de publicidad y el impuesto de IVA del gasto de campaña,

⁷³ Información entregada por Subdepartamento de Estudios de FONASA.

5.3.5. Gasto en *call center*, personal DECOM y fiscalía

Estos gastos se componen de los recursos consumidos por otras unidades que entregan soporte en la prestación de algún servicio o la realización de alguna tarea para el Programa Bono AUGE. La información y estimaciones fueron proporcionadas por el DECOM de FONASA.

Los gastos de personal del DECOM asociados a la puesta en marcha del Programa ascendieron a \$8.937.102, los que consideraron 5 profesionales con jornada completa y 4 con jornadas parciales durante todo el período de implementación (4 semanas) según la información provista por FONASA. Por otra parte, para la gestión del Programa durante el año, se requirió de un profesional y un administrativo a jornada completa, lo que significó un gasto de \$26.992.258.

Respecto al personal de Fiscalía, requerido para las labores relacionadas con la licitación de las prestaciones a los prestadores privados, se estimó, en base a lo señalado por FONASA, que el Programa requirió un 17% de la jornada de un profesional del departamento. Con esto, el gasto anual asociado al Programa ascendió a \$2.971.016.

Respecto al *call center* de FONASA, éste representó durante 2011 un gasto de \$485.897.000, realizando durante el mismo año, un total de 836.273⁷⁴ atenciones, relacionadas tanto a temas AUGE como otras atenciones. Las cifras anteriores permiten estimar un gasto promedio por atención de \$581, que multiplicado por las 5.284 derivaciones por garantías incumplidas, implicó un gasto para el Programa de \$3.070.148.

5.4. Gasto unitario

Si se considera el gasto total del Programa y el número de derivaciones efectivas realizadas durante 2011, se tiene que el unitario por derivación asciende a \$938.034, de los cuales \$899.837 corresponden a gasto directo, y \$ 38.196 a gastos indirectos o administrativos.

Se presenta a continuación una tabla resumen del cálculo del gasto unitario por derivación.

⁷⁴ Cifras entregadas por el Departamento de Gestión de Clientes de FONASA.

Tabla 102: Gasto unitario por derivación del programa Bono AUGE

Componente de gasto	Gasto unitario (\$)
Prestaciones	819.821
Difusión	80.016
Total Gasto Directo	899.837
Sistema de Información	1.267
Atención Presencial	28.987
<i>Call center</i>	581
Personal DECOM puesta en marcha del Programa	1.691
Personal Fiscalía	562
Personal DECOM gestión del Programa	5.108
Total Gasto Indirecto	38.196
Gasto Total	938.034

Fuente: Elaboración propia, a partir de información proporcionada por FONASA

5.5. Análisis de gasto promedio por prestación según patología

A continuación, se presenta un resumen de los gastos asociados al pago de prestaciones para las 10 patologías con mayor importancia relativa en el gasto del Programa Bono AUGE.

Tabla 103: Gasto total de prestaciones según patología

Patología	Gasto total (\$)	Gasto acumulado (%)	Derivaciones (N°)
Colecistectomía preventiva	1.302.499.564	30,1	1.231
Cataratas	712.116.974	46,5	1.531
Endoprótesis de cadera	618.969.681	60,8	166
Hernia del núcleo pulposo lumbar	347.344.485	68,8	305
Escoliosis	306.464.282	75,9	40
Tumores primarios del sistema nervioso	264.104.086	82,0	70
Hiperplasia de próstata	217.159.202	87,0	236
Retinopatía diabética	76.580.719	88,8	332
Cáncer gástrico	75.461.566	90,5	41
Cáncer de próstata	71.312.721	92,2	40
Otros	339.922.153	100,0	1.292
Total	4.331.935.433		5.284

Fuente: Elaboración propia, a partir de la base de datos "Derivaciones valorizadas"

Como se puede observar en la tabla anterior, 10 patologías concentraron el 92% del gasto total del Programa, siendo la colecistectomía preventiva la que representó un mayor porcentaje del gasto ejecutado, con un 30,1%.

En términos de gasto unitario, se realizó un ejercicio consistente en comparar el gasto promedio por prestación para las mismas 10 patologías con los valores de referencia del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), que corresponden a los pagos realizados por FONASA a los Servicios de Salud por las actividades realizadas en la resolución de un problema de salud de un asegurado. Se debe considerar que el PPV se basa en los aranceles FONASA, los que no necesariamente son representativos del costo final en que incurren los Servicios de Salud para entregar las prestaciones. De hecho, un estudio realizado por la Pontificia Universidad Católica en 2012, cuyo objetivo era obtener una estimación del costo promedio de un listado de 130 prestaciones de salud, determinó que las estimaciones de costos realizadas con la información levantada en 28

establecimientos de salud públicos, eran en promedio más altas que los valores del Arancel Modalidad Atención Institucional (MAI)⁷⁵ vigentes para el año 2011, en cerca de un 84%.

Es importante destacar que los análisis se realizaron sobre la base de prestaciones y no derivaciones. Una prestación, corresponde al servicio específico “paquetizado” proporcionado por el prestador privado de salud, como por ejemplo: una cirugía, una consulta, un examen, etc., el cual tiene un precio asociado. Si bien, por diseño, el bono sólo cubre la prestación asociada a la garantía AUGE incumplida, en la práctica se dieron casos, en que por la naturaleza de la prestación, se requirió realizar prestaciones complementarias, como por ejemplo, en el caso de una confirmación diagnóstica, donde se requirió tanto de una consulta médica, como un examen adicional. Considerando lo anterior, una derivación, podía considerar la entrega de más de una prestación.

Adicionalmente, se debe destacar que no se contó con un gasto de referencia para todas las prestaciones. Asimismo, las codificaciones de las prestaciones en la base de datos entregada por FONASA, no eran homogéneas. Esto, debido a que la glosa, o en otras palabras, el campo codificado a través del cual se identifica el tipo de prestación asociada en la base de datos, no consideró un criterio uniforme para el ingreso de datos. Por ejemplo, la glosa “tratamiento” asociada a la colecistectomía preventiva, considera, en algunos casos, intervenciones quirúrgicas, y en otros, consultas médicas, exámenes, etc. Este problema pudo ser detectado, a partir de la revisión de los campos “prestación otorgada” y “diagnóstico” de la base de datos proporcionada por FONASA, los cuales permiten almacenar notas sobre los procedimientos médicos realizados.

Tomando en cuenta lo anterior, se realizó una recodificación de las prestaciones, considerando para ello, la información proporcionada en los campos mencionados, “prestación otorgada” y “diagnóstico”. Para permitir una mayor comparabilidad de precios, se optó por homologar las prestaciones al listado de prestaciones identificado en la lista de precios proporcionada para el PPV. Esto, dado que las categorías “tratamiento”, “confirmación diagnóstica” y “seguimiento” en la práctica, incluían diversos tipos de procedimientos, los que dado su heterogeneidad, podían inducir a errores. En definitiva, el ejercicio restringió el análisis sólo a aquellos casos para los cuales se tuvo certeza de su comparabilidad con la prestación identificada en el listado del PPV.

⁷⁵ Corresponde a las prestaciones que se otorgan a través de la red pública de salud y centros privados en convenio. Su acceso es a través de los Consultorios de Atención Primaria mediante inscripción, y en caso de requerir atenciones de mayor complejidad, los asegurados son derivados desde el consultorio hacia un establecimiento de la red. El gasto de la MAI se desagrega de acuerdo a las siguientes categorías:

- MAI- Atención Primaria de Salud (APS): corresponde al primer nivel de atención y considera a los asegurados FONASA inscritos en la red de consultorios que constituyen la Atención Primaria de Salud.
- MAI-Programa de Prestaciones Institucionales (PPI): corresponde al nivel secundario y terciario de atención, se compone del gasto histórico transferido desde FONASA a los Servicios de Salud, por asegurados derivados de la APS correspondiente.
- MAI Programa de Prestaciones Valoradas (PPV): corresponde al nivel secundario y terciario de atención y financia el gasto por prestaciones “paquetizadas” realizadas por los Servicios de Salud y por instituciones privadas en convenio con FONASA. Las PPV están contenidas por el AUGE o GES y por los programas NO GES.

La siguiente tabla, muestra un resumen con los resultados de este análisis.

Tabla 104: Resumen resultados de la comparación de los gastos unitarios promedio por prestaciones entregadas con Bono AUGE y PPV

Diferencia Bono AUGE y PPV (X)	Prestaciones (N°)	Porcentaje (%)	Promedio diferencia (%)
+10% < X	11	64,7	122,7
-10% ≤ X ≤ +10%	2	11,8	2,9
X ≤ -10%	4	23,5	-21,4
Total	17	100	74,7

Fuente: Elaboración propia, a partir de la base de datos "Derivaciones valorizadas" y listado de precios PPV provisto por FONASA

Como se observa en la tabla, se analizaron un total de 17 prestaciones, distribuidas en 10 patologías. De ellas, existieron prestaciones para las cuales se evidenciaron amplios márgenes de precios o varianza. Un ejemplo de ello es la confirmación diagnóstica de cataratas, donde el precio máximo observado fue más de 7 veces el precio mínimo.

Ahora bien, al comparar los precios de prestaciones pagados con el Bono AUGE con los precios de referencia del PPV, de las 17 prestaciones analizadas, en 11 (64,7%) los precios promedio pagados a los prestadores privados fueron mayores o iguales al 10% del precio de referencia del PPV, en 2 (11,8%) los precios promedio pagados a los prestadores privados se encontraron en un margen de entre ±10%, por lo que podrían considerarse dentro de un rango de precios similar (Intervención quirúrgica integral cataratas e intervención quirúrgica integral escoliosis idiopática), y en 4 (23,5%) prestaciones, los precios promedio desembolsados a los prestadores privados fueron menores o iguales en un 10% a los precios de referencia del PPV. Estos últimos correspondieron a intervención quirúrgica coleditiasis, recambio de prótesis de cadera, confirmación tumores primarios sistema nervioso central y vitrectomía retinopatía diabética.

En promedio, considerando la muestra seleccionada con los criterios descritos anteriormente, se concluye que los precios pagados a los prestadores privados fueron un 74,7% superiores a los precios de referencia del PPV, para dichas prestaciones.

6. CONCLUSIONES

6.1. Referidas a los resultados del programa

Lista de espera de garantías AUGE incumplidas resuelta. Un 95,7% de la resolución se llevó a cabo por los Servicios de Salud. Bono AUGE aportó un 1,9% a la reducción de la lista.

A la lista de espera histórica (garantías incumplidas al 1 de enero de 2011) de 113.226 garantías incumplidas se le agregaron durante 2011 las 164.443 nuevas garantías incumplidas, originando un universo de 277.669 garantías a resolver. De este total, se le dio resolución dentro del año a 275.656 garantías, restando una lista de espera de 2.013 garantías incumplidas al 1 de enero de 2012, de las cuales 10 pertenecían a la lista de espera histórica.

Cabe mencionar que para llegar a las cifras citadas en el párrafo anterior, el consultor debió realizar previamente un trabajo de eliminación de registros inconsistentes⁷⁶ en la base de datos provista por FONASA, producto del cual no se consideraron en el análisis 21.220 registros.

Las resoluciones o salidas de la lista de espera, se llevaron a cabo no sólo a través derivaciones (bonos más reclamos) a prestadores privados consideradas en el Bono AUGE, sino también a través de los Servicios de Salud. De hecho, los Servicios de Salud fueron los que tuvieron la mayor incidencia en la disminución de la lista de espera total con un 95,7% (263.680) del total de casos resueltos. Las derivaciones, representaron un 1,9% (lo que equivale a 5.155 derivaciones⁷⁷). Por su parte, los fallecidos explicaron un 2,4% (6.639) del total de salidas. Adicionalmente, 2 casos no presentaron información en la base de datos.

Cabe mencionar, que para efectos de determinar la fecha de resolución de la garantía incumplida se consideró, en el caso de las derivaciones, la fecha de emisión del Bono o la fecha de asignación de un prestador privado registrada en el SIGGES⁷⁸. Para el caso de las resoluciones realizadas por los Servicios de Salud, se consideró la fecha de baja de la lista de espera de garantías incumplidas en el SIGGES, la que podía no corresponder necesariamente a la fecha en que efectivamente el usuario fue atendido.

⁷⁶ Entre ellos, registros que si bien fueron clasificados por FONASA como ingresados en 2011 a la lista de espera de garantías AUGE incumplidas, no correspondían, ya que: su fecha de vencimiento de garantía (fecha en que ingresa a la lista de espera) efectivamente registrada en la base de datos, es anterior al 1 de enero de 2011 o posterior al 31 de diciembre del mismo año; registros sin fecha de vencimiento de la garantía imputados por FONASA al año 2011; registros con fecha de atención anterior al 1 de enero de 2011; registros de personas fallecidas antes del 1 de enero de 2011, atendidas o con fecha de emisión del Bono durante 2011.

⁷⁷ Como resultado del trabajo de eliminación de datos inconsistentes de la base de datos provista por FONASA, no se consideraron para el análisis 1.494 derivaciones, con las cuales la cifra total de derivaciones realizadas durante 2011 habría ascendido a 6.649 casos.

⁷⁸ Sistema de Información de Gestión de Garantías Explícitas en Salud.

Al analizar el comportamiento de la lista de espera histórica y de garantías incumplidas incorporadas durante 2011, éstas presentaron una distribución similar a la de la lista de espera total antes descrita.

En prácticamente todas las patologías, un 90% o más de las resoluciones se llevaron a cabo por los Servicios de Salud, y de las 10 patologías con mayor participación en la lista de espera histórica, sólo en la Colectomía Preventiva, se identificó una participación superior al 10% de las resoluciones vía derivaciones.

En cuanto al tiempo de espera promedio transcurrido entre el vencimiento de la garantía y la fecha de resolución, la cual se establece según el criterio descrito anteriormente, éste fue de 21,7 meses en el caso de la lista de espera histórica y 1,4 meses en el caso de la lista de espera de garantías incumplidas ingresadas en 2011. En el caso de la lista de espera histórica, de las 10 patologías más frecuentes, las con mayor tiempo de espera promedio entre el vencimiento y la resolución, fueron: estrabismo con 24,1 meses promedio, accidente cerebrovascular con 23,6 meses, cataratas con 23,6 meses, depresión con 22,9 meses y colectomía preventiva con 22,4 meses.

En la lista de espera de garantías incumplidas ingresadas durante 2011, la patología con mayor tiempo de espera promedio fue la retinopatía diabética con 2,4 meses.

Garantías asociadas a problemas oftalmológicos conformaron una parte importante de la lista de espera de garantías AUGE incumplidas, las cuales fueron resueltas principalmente por los Servicios de Salud. Aún así, la mayor parte de las derivaciones se concentraron en 4 patologías oftalmológicas.

De las 113.226 garantías incumplidas en la lista de espera histórica, esto es, de aquellas existentes al 1 de enero de 2011, 10 patologías concentraron el 68,2% de los casos. De ellas, un 48,1% correspondían a patologías asociadas a problemas oftalmológicos, siendo la patología Vicios de Refracción la que encabezó la lista, con un 18,5% de los casos, seguido por Cataratas con un 18,4% y por la Retinopatía Diabética con 7,3% de las garantías incumplidas. En el sexto lugar, de las patologías con más garantías incumplidas asociadas, se situó el Estrabismo con un 3,9% de los casos.

Ahora bien, si se considera la lista de espera de garantías incumplidas incorporadas durante 2011, la cual ascendió a 164.443⁷⁹, 10 patologías concentraron el 66,7% de los casos. Al igual que en la lista de espera histórica, las patologías asociadas a problemas oftalmológicos son las que acumularon mayor parte de los casos, con un 33,1% de ellos. Se repiten, respecto de los dos primeros lugares de la lista histórica, las patologías Vicios de Refracción (19,5%) y Cataratas (9,1%). La retinopatía diabética (4,5%) ocupó el sexto lugar.

⁷⁹ Cifra previamente corregida por el consultor, en base a la eliminación de registros inconsistentes de la base de datos provista por FONASA.

Esta predominancia sería consistente con el incremento generalizado a nivel país de las atenciones oftalmológicas, especialmente en el grupo etario correspondiente a los adultos mayores (que de acuerdo a las encuestas realizadas como parte de este estudio, representan una proporción importante de la población con garantías AUGE incumplidas), asociada con las mayores expectativas de vida de la población y a la posibilidad de recibir una rehabilitación visual, debido al desarrollo tecnológico de la especialidad y a la falta de especialistas⁸⁰.

Analizadas por tipo de intervención sanitaria, el 54,8% de los casos en lista de espera histórica, correspondían a Confirmaciones Diagnósticas, seguidos por los Tratamientos⁸¹, con un 43,6% de los casos y Seguimientos, con un 1,6%. Por otro lado, entre las garantías entrantes durante 2011, las más frecuentes fueron los tratamientos con el 51%, seguido por las confirmaciones diagnósticas con un 44,6%.

Por último, es importante destacar que considerando las derivaciones tanto de la lista de espera histórica, como la de garantías incumplidas incorporadas durante 2011, un porcentaje mayoritario (alrededor de un 56,8%, equivalente a 2.927 derivaciones) se concentró en cuatro patologías oftalmológicas. Estas patologías corresponden a vicios de refracción, cataratas, retinopatía y estrabismo.

El Programa habría incidido indirectamente sobre la productividad de los Servicios de Salud.

De acuerdo a información proporcionada por los encargados de listas de espera GES en los Servicios de Salud, durante 2011 hubo cambios que influyeron en el uso más eficiente de las instalaciones, entre ellas, los pabellones, y en la forma en que se administraron los recursos humanos y económicos.

Los equipos se sintieron desafiados profesionalmente a responder a los usuarios, aumentaron su capacidad de prestación de servicios, e incluso en algunos casos, se implementaron nuevos modelos de gestión y de manejo del presupuesto, lo que se tradujo en la posibilidad de destinar recursos económicos a la contratación de horas adicionales o extraordinarias de personal médico y administrativo, y en la transferencia de recursos económicos al interior de la Red de Salud Pública para satisfacer la demanda de recursos humanos.

Por lo tanto, se podría plantear la hipótesis que el Bono AUGE tuvo un efecto indirecto de aumentos en la productividad en los Servicios de Salud.

⁸⁰ Ver "Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile". 2009. Elaborado por el Banco Mundial.

⁸¹ Incluye tratamiento propiamente tal, como por ejemplo tratamiento kinesiológico, tratamiento de la depresión, etc., además de intervención quirúrgica y/o exámenes y hospitalización.

El 86,9% de los beneficiarios encuestados se declararon satisfechos con el Programa.

De acuerdo a la encuesta realizada, un 86,9% de los beneficiarios que declararon haber recibido y usado el bono (314 de 400 encuestados, equivalentes al 78,5% de los encuestados de la muestra de beneficiarios), señaló estar desde “moderadamente satisfecho” hasta “muy satisfecho” con el Programa. Respecto de los usuarios que declararon haber recibido la atención por garantía incumplida en los Servicios de Salud (382 de 400 encuestados, equivalentes al 95,5% de la muestra de usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud), un 75,9% señaló estar de “moderadamente satisfecho” hasta “muy satisfecho” con el proceso de solución de su garantía AUGE incumplida.

Precios promedio por prestación pagados a prestadores privados por el Programa mayores a los valores de referencia del PPV.

De acuerdo al análisis realizado, el gasto promedio por derivación, que considera únicamente el pago a prestadores privados a través del subtítulo 24, fue de M\$819,8, cifra que incorpora una diversidad de prestaciones de distinta complejidad, como Tratamiento, Consulta Diagnóstica e Intervención Quirúrgica.

Si se consideran las 10 patologías que representaron una mayor proporción del presupuesto del Programa, ellas acumularon un 92,2% del gasto total de prestaciones.

En promedio, considerando una muestra de 17 prestaciones de las patologías con mayor representación en el gasto ejecutado del Programa, se concluye que los precios pagados a los prestadores privados fueron un 74,7% superior a los montos de referencia del PPV, para dichas prestaciones. Cabe mencionar que el PPV se basa en los aranceles FONASA, los que no necesariamente son representativos del costo total en que incurren los Servicios de Salud para entregar las prestaciones.

6.2. Referidas a la gestión del programa

Existieron problemas en el sistema y manejo de los registros.

Según información provista por FONASA, al 1 de julio de 2010 existían 246.742 garantías incumplidas, las cuales disminuyeron a 113.226 al 1 de enero de 2011, lo que dio cuenta de una reducción en el período de 133.516 casos (54%).

De acuerdo a la información recopilada a través de reuniones con directivos de FONASA y con encargados de Servicios de Salud, dicho descenso se debió, en parte, al plan piloto del Programa, implementado durante el último trimestre de 2010 (el cual explicó 4.396 garantías), así como también a la ejecución por parte de los Servicios de Salud, actualización y corrección de errores de registro existentes en la base de datos de garantías AUGE incumplidas, como por ejemplo:

personas que ya habían sido atendidas, pero no eliminadas de la lista de espera; registros con cédula de identidad inexistente; personas ya fallecidas; entre otros⁸².

Cabe señalar que este proceso previo al 1 de enero de 2011, no está dentro del alcance de este estudio, cuyo objetivo es evaluar el desempeño del Bono AUGE sobre la lista de espera en el período comprendido entre enero (entrada en vigencia del Bono) y diciembre del 2011. No obstante lo anterior, se puede concluir que existía un problema en el manejo de los registros en los Servicios de Salud previo a la puesta en marcha del Bono AUGE y durante la ejecución de éste, el cual, de acuerdo a lo manifestado por encargados del Programa, fue abordado mediante la implementación de instancias de capacitación, monitoreo y/o contratación de digitadores, con el objetivo de mejorar la calidad de los registros.

Existieron problemas de coordinación entre FONASA, los Servicios de Salud y los Prestadores Privados.

De acuerdo a los entrevistados encargados de listas de espera GES, se produjeron problemas de coordinación entre los Servicios de Salud y FONASA al momento de comunicar erróneamente a ciertos usuarios que eran beneficiarios del Bono AUGE, sin que ello fuera efectivo. Muchos de ellos, tenían garantías exceptuadas⁸³ o bien correspondían a pacientes con garantías vigentes⁸⁴. En cuanto a los mecanismos de comunicación entre los Servicios de Salud y los prestadores privados, los entrevistados pertenecientes a los Servicios de Salud mencionaron no haber recibido información sobre las prestaciones y procedimientos efectuados a los beneficiarios en los establecimientos privados, lo que dificultó el seguimiento y control de los mismos.

El 13,3% de los usuarios que resolvieron su garantía de salud incumplida en los Servicios de Salud declaró conocer el Programa.

Un 92,8% de los beneficiarios del Bono AUGE y un 90,3% de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud, declararon conocer o haber escuchado del programa AUGE. De estos, un 51,5% de los beneficiarios del Bono AUGE y un 54% de los usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud declaró conocer los beneficios del programa AUGE.

Al pedirseles explicitar los beneficios otorgados, un 62,8% de los beneficiarios del Bono AUGE que declararon conocer los beneficios del AUGE, mencionó correctamente al menos uno de los

⁸² Esta información es consistente con lo planteado en las entrevistas realizadas a funcionarios de 11 Servicios de Salud, quienes señalaron que los servicios se dedicaron a actualizar y corregir inconsistencias en los registros generando una base de datos con casos vigentes.

⁸³ Se refiere a aquellas garantías que si bien no fueron cumplidas dentro del plazo, no se clasifican como tales, por diversas razones: indicación médica, inasistencia del beneficiario, rechazo del prestador designado u otra causa debidamente justificada.

⁸⁴ No incumplidas.

beneficios. Este resultado baja a un 32,8% en el caso de quienes declararon conocer los beneficios del AUGE y resolvieron su garantía incumplida a través de los Servicios de Salud.

Respecto al conocimiento sobre el Bono AUGE, un 72,5% de los beneficiarios del Bono AUGE declaró haber escuchado o conocer el Bono AUGE, mientras que un 13,3% de los usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud, lo conocían. De los que declararon haber escuchado o conocer el Bono AUGE, un 41,4% de los beneficiarios del Bono AUGE y un 43,4% de los usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud, declararon que conocían los beneficios que otorga el Bono AUGE. Todo lo anterior, indica que existe una brecha importante en términos del conocimiento real sobre el AUGE y el Programa Bono AUGE, especialmente del grupo que no fue beneficiario directo del Programa.

Cabe señalar que entre los beneficiarios que declararon haber recibido el Bono AUGE, los principales medios para informarse sobre su derecho a recibir este beneficio, fueron los médicos tratantes (un tercio de los encuestados) y el personal administrativo de los Servicios de Salud (otro tercio de los encuestados). Sólo un 5,5% de los encuestados que declararon haber recibido el Bono AUGE, se enteró por los medios de comunicación masivos e internet. Entre los usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud, sólo un 9,4% declaró haber recibido información sobre su derecho a acceder al Bono AUGE.

69,1% de ejecución.

De acuerdo a la Ley 20.481 de Presupuestos para el Sector Público, el presupuesto inicial del Programa Bono AUGE para 2011 (subtítulo 24, cuyo destino exclusivo es el pago de derivaciones), fue de M\$ 6.269.428, cifra que no experimentó cambios durante el 2011. De este monto, fueron devengados M\$ 6.250.487 durante 2011. Sin embargo, de acuerdo a lo informado por FONASA en el marco de esta evaluación, producto de la revisión de cuentas a las prestaciones otorgadas por los prestadores en el año 2012, se determinó que la ejecución efectiva ascendió a M\$4.331.935, lo que da cuenta de un 69,1% de ejecución efectiva respecto del Presupuesto Ley. La diferencia anterior, se produjo, dado que existieron derivaciones anuladas y/o no ejecutadas, producto de pacientes no atendidos, ya fuera por su condición clínica o patología descartada, o bien por falta de antecedentes a la hora de efectuar la provisión con la cual se realizó el devengo. En específico, de las 6.694 derivaciones entregadas, 5.284 fueron efectivamente utilizadas en los prestadores privados.

Gasto administrativo del 4,1%, razonable para el tipo de programa.

Se determinó que el gasto total del Programa para el año 2011 ascendió a M\$ 4.956.572, de los cuales M\$ 4.754.737 corresponden a gasto directo del Programa, que considera el pago de prestadores privados por derivaciones más el gasto de difusión, y M\$ 201.835 a gasto indirecto o de administración, que considera los gastos consumidos por las unidades de apoyo de FONASA. Con esto, el porcentaje de gastos administrativos se calculó en un 4,1% del gasto total del

Programa. De acuerdo los estándares de DIPRES y del Ministerio de Desarrollo Social (MDS), esta cifra se encuentra en un rango razonable para Programas como el Bono AUGE, que se caracterizan por realizar transferencias directas a beneficiarios o ejecutores.

7. RECOMENDACIONES

Mejorar el sistema que apoya el registro y gestión de la lista de espera.

Revisar los requerimientos del sistema de información que apoya las actividades del AUGE y del Programa (SIGGES), en términos de su contenido (por ejemplo: patologías, canasta de prestaciones, fecha de los hitos relevantes, tipos de prestaciones otorgadas, etc.), y una vez realizada esta labor, establecer criterios de validación para el ingreso de datos en el sistema (por ejemplo: utilización de códigos por patologías y tipos de prestaciones, fecha de atención posterior a fecha de ingreso, etc.). Todo lo anterior, debe ser complementado con un protocolo único de tratamiento de los datos y registros, el cual debiese ser informado oportunamente a los encargados de la gestión de las listas de espera en los Servicios de Salud, contemplando la capacitación de los funcionarios involucrados.

El mejoramiento del sistema y gestión de la información permitirá establecer un sistema de monitoreo, que entregue un adecuado soporte para la toma de decisiones respecto de la gestión de la lista de espera, como podría ser a través de la generación de alarmas ante la existencia de garantías incumplidas que permitan activar mecanismos específicos que resuelvan el problema, así como también el uso de los recursos económicos y humanos de manera más eficiente.

Fortalecer los mecanismos de comunicación entre FONASA, los Servicios de Salud y prestadores privados.

Establecer un protocolo de comunicación entre FONASA y los prestadores privados que permita mantener informado a FONASA y a los Servicios de Salud sobre las prestaciones recibidas por los usuarios en los establecimientos privados, y viceversa.

Potenciar los Servicios de Salud como entes educativos del AUGE y Bono AUGE.

Potenciar los Servicios de Salud en su rol de educar a los usuarios sobre la existencia de la garantía de oportunidad, qué hacer ante una garantía AUGE incumplida y el acceso al Bono AUGE.

8. BIBLIOGRAFÍA

Banco Mundial (2007). Estudio de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile. Informe Final. Banco Mundial- Gobierno de Chile.

CERC. (2007). Diseño y funcionamiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES): Diagnóstico y propuestas de mejoramiento. Vol. XVIII N°179 .

DIPRES. (2011). Resolución exenta 157. Bases administrativas y técnicas de licitación pública para realizar la evaluación de impacto del Bono AUGE del Fondo Nacional de Salud (FONASA) .

Gobierno de Chile (Subsecretaría de redes asistenciales) y Banco Mundial. (2010). Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Serie de cuadernos de redes N°31 .

Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. (2010). Decreto 1. Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general .

Subsecretaría de Salud. (2009). Manual de procedimientos Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud (SIGGES), cuarta versión.

Superintendencia de Salud. (2006). Conocimiento de nuestros usuarios sobre el GES. Periodo de consulta: 14 al 24 de noviembre de 2006. Obtenido de www.supersalud.cl/568/articulos-3257_recurso_9.pdf

Biblioteca Nacional del Congreso: 25 de Agosto 2011 < <http://www.bcn.cl/guias/plan-ges-ex-aug>>

Bitran y Asociados Ltda. (2009): Estudio de Verificación de Costos GES del año 2007 (EVC 2007)

Contraloría General de la República (2007). Informe final, Programa nacional de fiscalización de Garantías explícitas de Salud, REF 6.023/07.

Cassels Andrew (1995): Health Sector Reform: Key issues in less developed countries Journal of International Development. pp329-347

Ezekiel J, Emanuel (2005): Health Care Vouchers-A Proposal for Universal Coverage. The new England Journal of Medicine. pp.255-260

Galván, M., Medina, F. (1991): Imputación de datos: teoría y practica. CEPAL, Serie de estudios estadísticos y prospectivos.

Grele, R.J. (1991). La Historia y sus lenguajes en la entrevista de historia oral: Quién contesta a las preguntas de quién y por qué. Londres: Routledge.

Heitjan, D., Rubin, D.B. (1991): Ignorability and coarse data. *The Annals of Statistics*. 19, 2244-2253.

Instituto Libertad (2007), Comisión de Salud. Informe especial. Diseño y Funcionamiento de las garantías explícitas de Salud (GES): Diagnóstico y propuestas de Mejoramiento. Noviembre, 2007. Vol XVIII N° 179

Keats D. (1992) *La entrevista perfecta, manual para obtener toda la información necesaria para cualquier tipo de entrevista*. Editorial Pax, México.

Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2000). *Focus groups. A practical guide for applied research* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage.

Le Grand, Julia (1991): Quasi-Markets and Social Policy. *Economical Journal*. Pp1236-1267

Ministerio de Salud, Ley 19.966. 2004. Establece Régimen de Garantías de Salud.

Ministerio de Salud, Decreto Supremo N 1. Del 2010. Aprueba Garantías Explícitas de Salud del Régimen General de Garantías de Salud.

Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina (2011). Estudio de Costos de Prestaciones de Salud 2011.

Rodríguez J., Ferreras M., Núñez A. (1991). Inferencia Estadística, Niveles de Precisión y Diseño Muestral. Centro de Investigaciones Sociológicas. REIS. Revista N°54,

Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach* (7th Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage

Subsecretaría de Redes asistenciales. Gobierno de Chile – Banco Mundial. Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile. Serie cuadernos de redes N° 31. Enero 2010.

Superintendencia de Salud (2011). I.F./N# 2972, 3 de Mayo del 2011.

Superintendencia de Salud (2011). I.F./N# 3019, 4 de Mayo del 2011.

Superintendencia de Salud (2011). I.F./N# 2, 10 Enero del 2012.

Superintendencia de Salud (2011). I.F./N# 3, 19 Enero del 2012.

Superintendencia de Salud. Informe Nacional. “Conocimiento de nuestros usuarios sobre GES”. Período de consulta: 14 al 24 de noviembre de 2006 www.supersalud.cl/568/articulos-3257_recurso_9.pdf

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°27 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Febrero de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°42 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Marzo de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°48 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Abril de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°67 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Mayo de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°72 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Junio de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N° 73 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Julio de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°82 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Agosto de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°98 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Septiembre de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°106 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Octubre de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°110 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Noviembre de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°2 Bono AUGE en FONASA "Designación 2° Prestador Diciembre de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°28 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Febrero de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°43 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Marzo de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°49 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Abril de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°66 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Mayo de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°68 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Junio de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°74 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Julio de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°83 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Agosto de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N° Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Septiembre de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°107 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Octubre de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°111 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Noviembre de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°3 Bono AUGE en FONASA "Cumplimiento en Prestadores Designados Diciembre de 2011". Obtenido de la página web de la Superintendencia de Salud. www.supersalud.gob

Vázquez M.L., Ferreira M.R. (2006) Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Universidad Autónoma de Barcelona, España.

World Bank (2005). A Guide to Competitive Vouchers in Health.