

Resumen Ejecutivo

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.

1. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA¹

El propósito del programa Bono AUGE es reducir el número de personas en listas de espera por garantías incumplidas de patologías que establece el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), a través de la asignación de un prestador alternativo frente a un reclamo por incumplimiento de una garantía de oportunidad, definida en el Decreto 1 del Ministerio de Salud (DIPRES, 2011).

Es importante recalcar que el Programa se hace cargo únicamente de la prestación vinculada a la garantía incumplida y no necesariamente de la solución final del problema de salud del asegurado.

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 perdidos².

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

La población potencial del programa está compuesta por todos los asegurados FONASA que cumplen con los requisitos para ser beneficiado GES³ y que no hayan recibido alguna prestación de salud dentro de los plazos que establece la garantía de oportunidad. El Programa no cuenta con criterios de focalización, por lo que la población objetivo corresponde a la definida como potencial.

Para acceder al Bono, las personas que cumplen con los requisitos deben presentar el reclamo correspondiente ante FONASA, quien designa un prestador público o privado, dependiendo de la disponibilidad. En el caso de no existir disponibilidad en establecimientos de la red de salud pública, se designa un prestador privado, caso en el cual, el asegurado se considera como beneficiario del Bono AUGE.

¹ El programa no cuenta con un documento oficial que de cuenta del diseño del programa. La que se presenta fue construida a partir de las bases de licitación del presente estudio (DIPRES. 2011), de la revisión de los antecedentes provistos por FONASA y aquellos de carácter público como la web de dicha institución, y del Decreto 1 de 2010 del Ministerio de Salud y de las entrevistas realizadas a actores clave que operan el Programa.

² Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, 2010.

³ 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 determinada por FONASA.

El programa Bono AUGE tiene un componente: el bono, que es el instrumento a través del cual el asegurado de FONASA 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 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*. Para efectos del presente estudio, la suma de bonos más reclamos se entenderán como *derivaciones*.

Para hacer uso del Bono, el asegurado de FONASA debe 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, en la práctica, se aceptaron 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). Si efectivamente existe un incumplimiento de acuerdo a los plazos establecidos, FONASA debe designar, en un plazo no mayor a 2 días corridos, un segundo prestador, el cual debe tener similares características al prestador original. 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 corridos⁴ después de la asignación, FONASA designa 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 (no así en el caso de los reclamos). En este último caso, es donde se realiza la derivación a través del programa Bono AUGE, la cual es del costo de FONASA, no teniendo el asegurado que desembolsar dinero por la prestación reclamada⁵.

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 podrá 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.

⁴ De acuerdo a lo señalado en el Decreto 1 de MINSAL, éste 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 Decreto de MINSAL fuese inferior, caso en el cual el plazo máximo, será el que allí se establece.

⁵ Este mismo criterio aplica en el caso de que FONASA designe a un prestador público.

2. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS DE LA EVALUACIÓN

El principal objetivo de este estudio es analizar 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 aspectos del diseño y algunos resultados a nivel de producto del programa.

Se estableció como horizonte de evaluación el periodo comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2011. La metodología para abordar el estudio se diseñó considerando las particularidades del Programa. 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, lo que impide la aplicación de técnicas de evaluación de impacto tradicional.

Una posible alternativa para enfrentar este problema habría sido proyectar la evolución de la lista de espera sin Bono AUGE, para después compararla 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 que se requieren para realizar este tipo de estimaciones.

Considerando lo anterior, el equipo consultor definió una estrategia con un enfoque más cualitativo y que ahonda en aspectos descriptivos, que permite entender cómo se llevó a cabo el proceso de reducción de la lista de espera de garantías AUGE incumplidas.

El estudio se organiza en tres grandes análisis: el primero, corresponde a los resultados del Bono AUGE sobre la lista de espera, que se denomina “Resultados de la implementación”. Se 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 las reuniones sostenidas con el equipo de FONASA, 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. Así 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, se centra en la implementación y entrega de servicios, que se denomina “Implementación y modelo de causalidad”, cuyo objetivo es aportar información adicional que permite entender las razones que explican los resultados del primer análisis. Para ello, se realizaron 3 entrevistas individuales y 8 grupales a profesionales que tuvieron responsabilidad sobre el Programa y que pertenecen a los Servicios de Salud con mayor número de Bonos AUGE

emitidos⁶. Como es sabido, aunque no es posible obtener conclusiones a partir de entrevistas, si entregan valiosa información que permite profundizar en los procesos asociados al programa Bono AUGE. Además, se realizaron dos encuestas⁷: 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.

El tercer análisis, aborda la eficiencia en el uso de los recursos en el proceso de implementación y provisión del bono en su ejecución 2011, que se denomina “Análisis de eficiencia”. Su metodología, se basa en una cuantificación de los gastos. Para ello, se identifican las actividades que forman parte del proceso de transformación y las unidades que las implementan⁸, para posteriormente cuantificar el gasto incurrido en cada una de ellas. Finalmente se elaboran indicadores de gastos unitarios y otros de gestión económica y financiera del programa, para compararlos con estándares y precios del sector público.

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, se aborda con supuestos dados por el Equipo Consultor, que son discutidos en la sección correspondiente a cada análisis.

⁶ Los Servicios de Salud fueron: Metropolitano Occidente, Metropolitano Oriente, Metropolitano Sur Oriente, Metropolitano Sur, Metropolitano Central, Metropolitano Norte, Valparaíso/San Antonio y Concepción.

⁷ Las encuestas de ambos grupos se realizaron en las 3 principales regiones donde se hizo uso del Bono AUGE, según datos provistos por FONASA al 16 de Junio del 2011, esto es, en las regiones V, VIII y Región Metropolitana que concentraron cerca del 66,5% de los beneficiarios del Programa. El tamaño muestral en cada caso se fijó en 400 individuos, distribuidos de manera proporcional a su peso relativo dentro de las 3 regiones. Se consideró un margen de error de 5%.

⁸ Este levantamiento se realizó a partir de la revisión de antecedentes provistos por FONASA, de la web institucional y del Decreto 1 de 2010 de MINSAL. Adicionalmente, se realizaron entrevistas con actores clave que operaron el Programa y se realizaron visitas a sucursales. Con todo esto, se construyó un flujo de procesos, el que fue validado por FONASA.

3. ANÁLISIS 1: RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN

3.1. Antecedentes

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 garantías⁹.

Ya para el año 2011, la base de datos recibida de FONASA con los registros en lista de espera, y 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, en un análisis posterior, realizado por el equipo consultor, se detectaron 21.220 casos con algún tipo de inconsistencia de información, por lo que no fueron considerados en el análisis¹⁰.

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.

Es importante hacer notar que de los 21.220 registros no considerados en el análisis, 1.494 casos figuraban como derivaciones. Con esto, el número de derivaciones totales, previo la eliminación de registros inconsistentes, ascendía 6.649.

⁹ 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.

¹⁰ Corresponden a registros que si bien fueron clasificados por FONASA, en la base de datos proporcionada, 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 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 los análisis posteriores.

3.2. Caracterización de la lista de espera histórica

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.

Por patología, 10 problemas concentraron 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%).

Por tipo de intervención sanitaria¹¹, la mayor frecuencia de incumplimientos 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%.

¹¹ Corresponde a una clasificación de la atención asociada a la garantía, de acuerdo a la etapa en que se encuentra el beneficiario, 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 1: 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", proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

En cuanto a su distribución por ubicación geográfica, un 82,4% del total de las garantías incumplidas de la lista de espera histórica se concentró en los Servicios de Salud de 4 regiones: Metropolitana (38,3%), V (17,3%), VI (14,5%) y IV (12,3%). Además 5 Servicios de Salud explicaron 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 fueron los de Ñuble (0,04%) y Talcahuano (0,06%)¹².

¹² Estas cifras 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 AUGE totales administradas por cada Servicio, por lo que no es posible emitir juicios al respecto.

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

De los 164.443 casos de la lista de espera de garantías incumplidas incorporadas durante 2011, 10 patologías concentraron el 66,7% de los casos. 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 ocupó 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%). Patologías adicionales, que no se encontraban dentro de las 10 patologías más frecuentes en la lista de espera histórica, fueron: Infección respiratoria aguda (5,9%), displasia luxante de caderas (5,1%) y cáncer de mama (4,7%).

A diferencia de la lista histórica, la categoría “tratamiento” tuvo 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 2: 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		

En cuanto a la distribución por región y servicio de Salud donde se estableció el origen de la garantía incumplida, se constató que un 71,1% se concentró en los Servicios de Salud de 4 regiones: Metropolitana (43,6%), V (13%), VIII (8,3%) y VII (6,1%). 5 servicios de Salud, que explicaron la mayor parte de la lista de espera, se repiten respecto de la lista histórica el Servicio Metropolitano Sur (10,0%), Metropolitano Occidente (8,4%) y Viña del Mar – Quillota (7,3%), agregándose 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%).

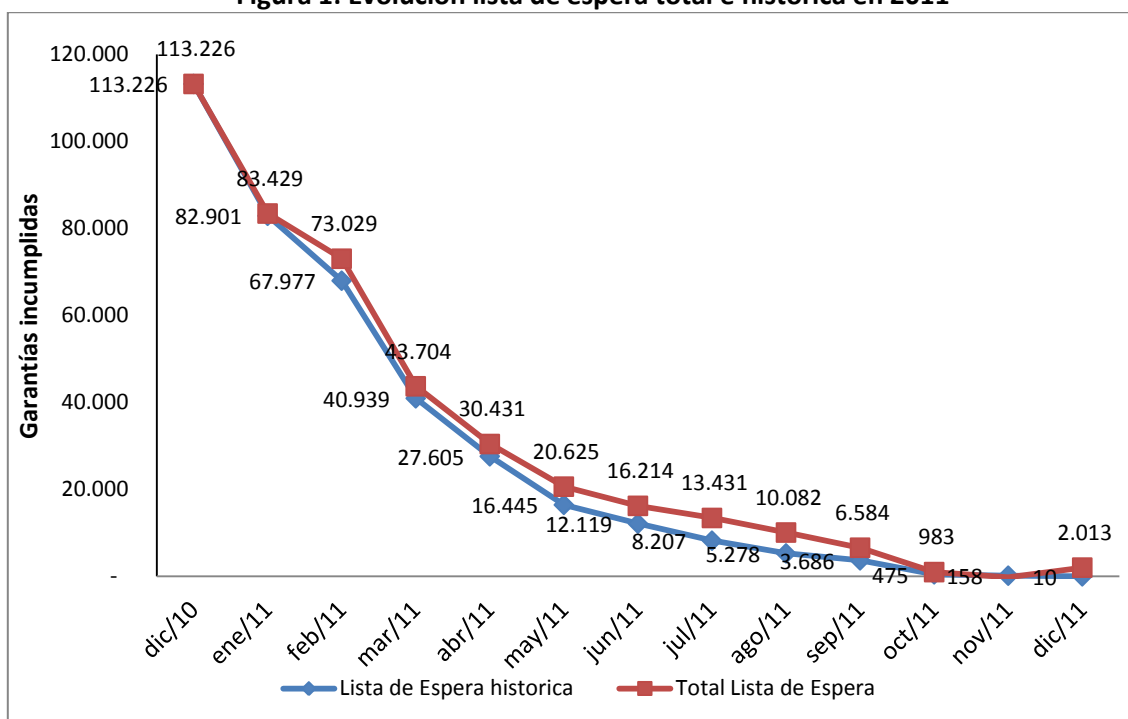
3.4. Evolución de la lista de espera

La figura siguiente 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).

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 podía no corresponder a la fecha en que 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).

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



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

Se observa que 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%.

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

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 3: 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", proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

3.5. Causales de egreso de la lista de espera

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. Se constata que la mayor parte de la lista de espera total, esto es, un 95,7% de los casos resueltos (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). 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.

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", proporcionada por FONASA el 3 de octubre del 2012

Al analizar las causales de egreso por patología, se observa que en prácticamente todas, un 90% o más de las resoluciones se llevaron a cabo por los Servicios de Salud, lo que da cuenta de un comportamiento similar al de la lista de espera total.

Ahora bien, como valor absoluto, las patologías de la lista de espera histórica que más utilizaron derivaciones fueron cataratas (863), colecistectomía preventiva (555) y vicios de refracción (461). Para el caso, de la lista de espera de garantías incumplidas 2011 las patologías que más utilizaron las derivaciones como vía de resolución fueron cataratas (702), vicios de refracción (481) y retinopatía diabética (202).

3.6. Tiempos de espera

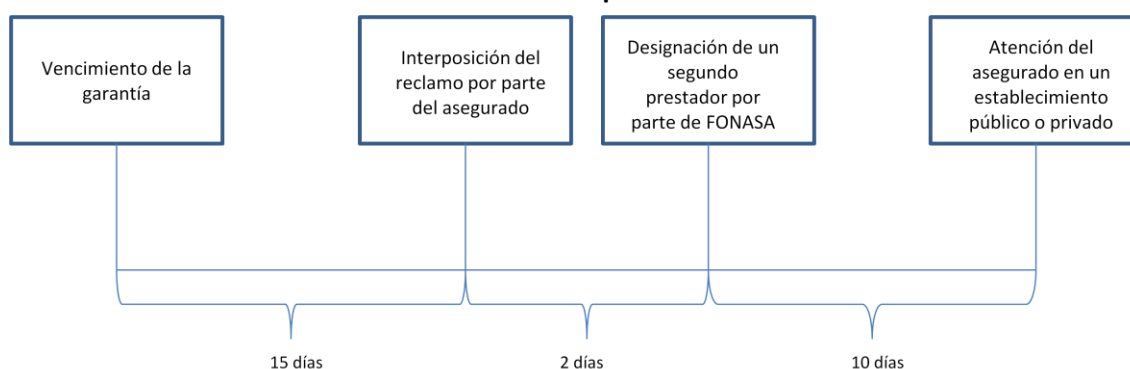
El análisis de los tiempos de espera del proceso de resolución de las garantías incumplidas, se basa en el artículo 11 del Decreto Supremo 1 de 2010 del Ministerio de Salud. Según éste, los hitos y plazos máximos¹³ que definen las etapas del proceso para dar solución a una garantía de oportunidad incumplida 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.

¹³ 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 ley¹⁴, 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 las bases de datos facilitadas por FONASA¹⁵ y los informes de fiscalización de la Superintendencia de Salud.

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

¹⁴ Según artículo 1 del Decreto Supremo 1 de 2010 del Ministerio de Salud.

¹⁵ 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.

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.

Los resultados del análisis se presentan a continuación:

- **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.
- **Tiempo de espera desde la interposición del reclamo por parte del asegurado hasta la designación de un segundo prestador privado por parte de FONASA:** De acuerdo a los informes “Designación segundo prestador”, publicados mensualmente entre febrero y diciembre de 2011 por la Superintendencia de Salud, el 94,8% de los casos evaluados cumplió con el plazo máximo determinado en la ley, esto es, la designación se realizó dentro de los 2 días siguientes a la interposición del reclamo. 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.
- **Tiempo de espera desde la designación de un segundo prestador por parte de FONASA hasta la atención del asegurado en un establecimiento privado:** De acuerdo a los

informes “Cumplimiento en prestadores designados”, publicados entre febrero y diciembre de 2011 por la Superintendencia de Salud, un 84,1% de las derivaciones fiscalizadas 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.

4. ANÁLISIS 2: IMPLEMENTACIÓN Y MODELO DE CAUSALIDAD

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

De un total de 26 participantes, 23 en entrevistas grupales y 3 entrevistas individuales, un 38,5% correspondió a encargados GES en sus respectivos Servicios y un 61,5% a otros profesionales relacionados con el GES. Para efectos del presente informe se considera Encargado GES a todo aquel que lidera los procesos GES en su respectivo equipo, del mismo modo se consideran profesionales del equipo GES a todos aquellos que pertenecen al equipo y no tienen la responsabilidad de liderar.

Algunos de los principales temas que se levantaron de los *focus groups* fueron los siguientes:

- **Bases de datos y registro:** Todos los entrevistados señalaron al menos un tipo de problemas con los registros del SIGGES¹⁶, siendo el principal la falta de actualización de la información, lo que incluye subregistro de los casos y problemas con la codificación de los mismos. Un ejemplo de esto, es que según sus testimonios, existieron personas en la lista de espera que no debían estar en la nómina, pues sus garantías ya habían sido resueltas. Los errores en los registros, en opinión de algunos entrevistados, tenían directa relación con los procesos de digitación de los datos y problemas de software, ya que el sistema permite ingresar la información sin realizar validaciones y en algunas ocasiones se saturaba.

¹⁶ Para facilitar el seguimiento del GES en los Servicios de Salud, el año 2005 se formuló una herramienta tecnológica denominada Sistema de Información de Gestión de Garantías en Salud (SIGGES) con el objetivo de monitorear el cumplimiento de las garantías de oportunidad establecidas por las GES. En este sistema de información se registran las garantías retrasadas que permiten realizar la gestión de la lista de espera.

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

A pesar de los inconvenientes observados, se mencionaron también mejoras como la mayor dotación de computadores y que el mejoramiento del SIGGES de acuerdo a los requerimientos y dificultades que se han detectado en el transcurso de los años.

- **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. La mayoría señaló haber concretado instancias de capacitación, monitoreo y/o contratación de digitadores en sus 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. Esta actualización según algunos habría permitido 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.
- **Protocolo de implementación del Bono AUGE:** 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.
- **Gestión de los reclamos:** 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.
- **Difusión del Bono AUGE:** 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.
- **Coordinación entre FONASA, Servicios de Salud y prestadores privados:** Una gran parte de los entrevistados señaló que hubo problemas de descoordinación relacionados 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 exceptuadas¹⁷ o garantías vigentes, problema que se habría producido, por la desactualización de los registros en el SIGGES.

¹⁷ 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).

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.

- **Eficiencia:** Dado el requerimiento del MINSAL para disminuir las listas de espera de garantías AUGE incumplidas, los entrevistados 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. También 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.

Se señaló haber realizado una 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), 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.

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.

- **Impacto del Bono AUGE en la reducción de la lista de espera:** Algunos entrevistados señalaron que el Bono AUGE no generó de manera directa un impacto significativo en la disminución de las listas de espera, sin embargo, provocó que los equipos se sintieran desafiados profesionalmente a responder a los usuarios. Los entrevistados coincidieron en que el trabajo de los equipos GES y una mejor gestión, contribuyó directamente en la disminución de la lista.

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

Se realizaron dos encuestas, una a beneficiarios del Bono AUGE y otra a usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud con un tamaño muestral de 400 cada una, en las regiones RM, V y VIII.

En promedio la edad de los beneficiarios del Bono AUGE encuestados fue de 66 años. 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. En

cuanto su situación laboral, un 60,5% indicó estar jubilado, montepiado o pensionado, un 17,5% señaló estar trabajando y un 17% se dedicaba a los quehaceres del hogar. Un 67,5% pertenecían a los Grupos A y B de FONASA.

Por su parte, la edad promedio de los encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud fue de 72 años. El 6% declaró no tener educación formal, el 54,7% cursó algún nivel de educación básica/preparatoria, y el 27,5% tenía algún nivel de enseñanza media/humanidades/media técnico profesional. En cuanto a su situación laboral un 77% de ellos indicó estar jubilado, montepiado o pensionado y un 10,5% se dedicaba a los quehaceres del hogar y un 8% señaló estar trabajando. El sistema previsional predominante correspondió a los Grupos A y B de FONASA con un 56% del total.

Algunos de los principales resultados de estas encuestas, se muestran a continuación:

- **Conocimiento del AUGE y Bono AUGE:** Un 92,8% de los beneficiarios del Bono AUGE contestó que conocía o había escuchado del AUGE. De éstos (371 casos), un 51,5% manifestó conocer cuáles son sus beneficios, no obstante cuando se les pidió que los explicitaran, un 62,8% de quienes declararon conocerlos argumentó correctamente al menos uno de los beneficios del AUGE.

Por su parte, un 90,3% de los encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud señaló que conocía o había escuchado del AUGE. De éstos (361), un 54% manifestó conocer cuáles eran sus beneficios. De éstos (195 casos), los que señalaron correctamente al menos uno de los beneficios fue un 32,8%, porcentaje inferior al de los beneficiarios Bono AUGE.

Sobre el conocimiento del Bono AUGE, un 72,5% de los beneficiarios del Bono, declaró haber escuchado o conocer el Programa. De éstos, un 41,4% declaró conocer sus beneficios y prácticamente la totalidad de ellos argumentó correctamente sus beneficios. En el caso, de los encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud, un 13,4% declaró haber escuchado o conocer el Programa. De ellos, un 43,4% declaró conocer sus beneficios y respondió correctamente al consultárseles sobre sus beneficios.

- **Respecto al uso o no uso del Bono AUGE:** Más de un 60% de los beneficiarios del Bono AUGE que declararon haberlo recibido, respondió que lo recibieron por problemas a la vista, un 31,2% por cataratas y un 29,2% por vicios de refracción, siguiéndole los cálculos a la vesícula con un 17,3%, artrosis con un 7,2% y retinopatía diabética con un 3,6%. Respecto al tipo de prestación a la cual estaba asociada el Bono, más de la mitad señaló que a una cirugía (51%) y un 34,3% a una consulta por un especialista. Cabe consignar que de los 359 encuestados que declararon haber recibido el Bono, un 12,5% (45 casos) declaró no haber recibido la atención médica al momento de contestar la encuesta (Enero 2012), de éstos un 20% declaró que no tenía las condiciones de salud necesarias para ser operado, un 15,6% señaló que al momento de la encuesta aún no

había sido llamado, un 11,1% indicó 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 pudo ser atendido u operado, que se atendió en otro lugar, etc. A este grupo también 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, el 93,3% de ellos (42 casos), señaló que FONASA no los contactó.

En cuanto a los usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud, un 95,5% de los encuestados (382 casos) declaró haber recibido atención en un establecimiento público durante el 2011 por una garantía AUGE incumplida a la fecha en que se realizó la encuesta (Julio 2012). El problema de salud por el que declararon haber recibido la atención de salud, se concentró en cuatro patologías con un 64% de las atenciones, a saber: problemas a la vista con un 35,08%, Hipertensión con un 15,1% y Diabetes Mellitus con un 14,1%. En cuanto al tipo de atención recibida, el 39,79% de los casos declararon haber accedido a la consulta de un especialista, un 33,8% a cirugía y un 26,4% se hicieron exámenes o recibieron tratamiento farmacológico.

Por otra parte, la principal fuente de información por medio de la cual los beneficiarios Bono AUGE declararon que se habrían informado de su derecho a recibirlo 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.

De los que solicitaron su resolución en los Servicios de Salud, sólo un 9,4% declaró haber recibido información sobre su derecho a acceder al Bono AUGE y atenderse en un establecimiento de salud privado.

Respecto al lugar de atención de atención para recibir la prestación garantizada de los que recibieron el Bono AUGE, un 59,9% declaró no haber elegido el lugar de atención, siendo FONASA quien designó el prestador. Entre los que lo eligieron 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%).

En el caso de quienes resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud, un 57,1% declaró haber sido atendido en el mismo establecimiento de salud público donde se le diagnosticó su problema de salud, mientras que un 39,5% en otros establecimientos de salud; y, un 3,4% no sabe o no responde. Por otra parte, un 29,3% indicó que tuvo la posibilidad de escoger entre varias alternativas y el 70,7% indicó que fue FONASA o el establecimiento de salud quienes definieron el lugar. Los que escogieron 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%).

De este último grupo, 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 alcanzó 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). Los que sabiendo su derecho, optaron por el sistema público sólo alcanzaron al 4,5% del total de encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud.

- **Respecto a la satisfacción por el servicio recibido:** Los Beneficiarios Bono AUGE se mostraron conformes con el servicio recibido. Respecto del trámite para la obtención del Bono AUGE en sí¹⁸, cerca de un 80% se mostró conforme con éste (desde “moderadamente satisfecho” hasta “muy satisfecho”¹⁹) y sólo un 5,3% mostró disconformidad (incluyendo las categorías “muy insatisfecho” e “insatisfecho”)²⁰. Respecto al servicio prestado a la hora de solicitar el Bono AUGE, en todo los aspecto se mostraron conformes: con un 79,9% en el aspecto de la facilidad para acceder al canal de atención para realizar la solicitud de emisión del Bono AUGE; un 83,3% la amabilidad del personal; y, un 85,5% sobre la calidad de la Información proporcionada.

En el caso de los usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud sus niveles de satisfacción son menores en todos estos ítems. Así en cuanto al trámite, el 59,7% se declaró conforme con la facilidad para acceder a los canales de atención de los establecimientos de salud o FONASA, un 71,5% se declaró conforme de la amabilidad del personal; y, un 57,1% estuvo conforme sobre la calidad de la información proporcionada.

En cuanto a las alternativas de establecimientos para realizar la atención médica, los beneficiarios del Bono AUGE se declararan en un 78,3% “muy satisfecho hasta moderadamente satisfecho”. Además, un 77,2% declara estar desde “muy satisfecho” hasta “moderadamente satisfecho” con los tiempos involucrados en el trámite de la obtención del Bono.

Sobre los servicios brindados por las instituciones de salud privadas, en términos generales los beneficiarios Bono AUGE estuvieron conformes, pues en cada ítem evaluado, más del 50% se mostró “muy satisfecho” con el servicio prestado. De hecho, al evaluar la atención de salud otorgada por el Bono en general, un 90,1% estuvo conforme, donde la categoría “muy satisfecho” es la más frecuente con un 55,1%.

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. Un 86,9% de los beneficiarios estuvo conforme 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”.

¹⁸ Se entiende 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.

¹⁹ Cuando se utilice el concepto de conforme se entienden todas estas categorías.

²⁰ El concepto de disconformidad abarca todas estas categorías.

En el caso de los usuarios encuestados que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud, evaluaron conforme la atención recibida en los establecimientos de salud públicos, aunque en porcentajes menores que los beneficiarios Bono AUGE. Un 75,9% estuvo conforme al evaluar el proceso de solución. Los que declararon algún nivel de disconformidad alcanzaron el 12,3%.

Finalmente, los encuestados beneficiarios del Bono AUGE que se volverían atender en el establecimiento en el cual recibieron la atención médica, llegó a un 88,2%. En el caso de los beneficiarios de los Servicios de Salud este porcentaje es de un 86,4%. Los que no se volverían a atender en el mismo establecimiento alcanzaron un 11,8 en los beneficiarios Bono AUGE y a un 13,6% en los usuarios de los Servicios de Salud.

5. ANÁLISIS 3: ANÁLISIS DE EFICIENCIA

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 fue de M\$6.269.428, cifra que no experimentó cambios durante el período, siendo su ejecución presupuestaria al final del cuarto trimestre de un 99,7%.

En mayo de 2012, FONASA, luego de analizar y fiscalizar las prestaciones otorgadas por los prestadores privados en 2011, detectó que 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 con la cual se efectuó el devengo. En específico, de las 6.649 derivaciones consideradas, 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\$4.462.648.

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 Subtitulo 34 Servicio a la Deuda.

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 2013²¹.

²¹ 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.

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 Programa²². Considerando lo anterior, la ejecución efectiva corregida del Programa durante 2011, correspondería a un 69,1%.

En cuanto al gasto total del programa, 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 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.

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, donde 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.

²² 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.

Si se considera el gasto total del Programa y el número de derivaciones efectivas realizadas durante 2011, se tiene que el gasto unitario por derivación asciende a \$938.034, de los cuales \$899.837 corresponden a gasto directo, y \$ 38.196 a gastos indirectos o administrativos.

Ahora bien en términos de gasto por prestación²³, el cuadro siguiente presenta un resumen de los gastos asociados a éstas, para las 10 patologías con mayor importancia relativa en el gasto del Programa Bono AUGE.

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

²³ 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.

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)²⁴ vigentes para el año 2011, en cerca de un 84%.

La siguiente tabla, muestra un resumen con los resultados de este análisis.

Tabla 4: 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

²⁴ 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.

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 inconsistentes²⁵ 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 derivaciones²⁶). 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.

²⁵ 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.

²⁶ 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.

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 SIGGES²⁷. 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.

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.

²⁷ Sistema de Información de Gestión de Garantías Explícitas en Salud.

Ahora bien, si se considera la lista de espera de garantías incumplidas incorporadas durante 2011, la cual ascendió a 164.443²⁸, 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.

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 especialistas²⁹.

Analizadas por tipo de intervención sanitaria, el 54,8% de los casos en lista de espera histórica, correspondían a Confirmaciones Diagnósticas, seguidos por los Tratamientos³⁰, 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

²⁸ Cifra previamente corregida por el consultor, en base a la eliminación de registros inconsistentes de la base de datos provista por FONASA.

²⁹ Ver "Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile". (2009). Banco Mundial-Gobierno de Chile.

³⁰ Incluye tratamiento propiamente tal, como por ejemplo tratamiento kinesiológico, tratamiento de la depresión, etc., además de intervención quirúrgica y/o exámenes y hospitalización.

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.

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 otros³¹.

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 exceptuadas³² o bien correspondían a pacientes con garantías vigentes³³. 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%

³¹ 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.

³² 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.

³³ No incumplidas.

de los usuarios que resolvieron su garantía incumplida en los Servicios de Salud declaró conocer los beneficios del programa AUGE.

Al pedírseles 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 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.



ORD.3C/ N° 009218 01 JUL '13

ANT.: Su Ord. N° 0781 del 31 de mayo de 2013.

MAT.: Envía comentarios sobre el Informe Final de la Evaluación del Bono AUGE

**DE: PATRICIO MUÑOZ NAVARRO
DIRECTOR NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD**

**A: ROSANNA COSTA COSTA
DIRECTORA DE PRESUPUESTOS**

Junto con saludarle, tengo el agrado de informar los comentarios de la Institución que dirijo, respecto al informe final de la Evaluación del Bono AUGE.

En este contexto me parece importante destacar la labor realizada por Fonasa, donde ha quedado de manifiesto que el programa Bono AUGE significó un incentivo a los Servicios de Salud para evitar que se incumplan las garantías de oportunidad. Igualmente, parece interesante mencionar la eficiencia administrativa (sólo un 4,1% de gastos administrativos), y el alto grado de satisfacción de los usuarios del Bono AUGE, así como el cumplimiento del compromiso de Estado de resolver la lista de espera histórica de garantías de oportunidad incumplidas.

La evaluación da cuenta sobre los aspectos de resultados, gestión y eficiencia de la implementación del Bono AUGE y su operación durante el año 2011. Cabe señalar que el Bono AUGE fue concebido como un instrumento mediante el cual dar cumplimiento a las disposiciones legales en materia de las garantías de oportunidad incumplidas dentro de las Garantías Explícitas de Salud (GES).

Tal como señala el informe, el Bono AUGE entró en operación en octubre de 2010 a través de un piloto, y el 2011 fue su primer año de operación en régimen. A la fecha, se han incorporado diversas mejoras en el proceso.

A partir de abril del presente año se han implementado una serie de procedimientos que incorporan una visión de gestión integrada desde el otorgamiento del Bono AUGE hasta la atención de salud en el prestador asignado, y su posterior pago. De esta forma, se asegura la trazabilidad en el proceso, y es posible centrarse en el objetivo de fondo, que es resolver el problema de salud de nuestros asegurados.

Se ha implementado además el acceso al SIGGES a los ejecutivos de sucursales de Fonasa, de manera que cuenten con mayores herramientas en el punto de contacto con los asegurados, para resolver sus necesidades. De esta forma, se busca integrar la información contenida en el SIGGES con la emisión del Bono AUGE, impactando en la reducción del tiempo de respuesta en la emisión del bono y designación del segundo prestador. Adicionalmente, esto permite revisar en línea los antecedentes respecto a las garantías incumplidas, reduciendo de esta forma el número de bonos no ejecutados por condición clínica o patología descartada.



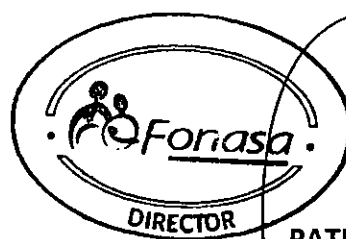
En relación a la gestión de las garantías de oportunidad incumplidas, me permito señalar que Fonasa monitorea constantemente, y publica actualizaciones semanales, en la página web institucional www.fonasa.cl, información respecto a las garantías incumplidas no reclamadas, y garantías en riesgo de incumplimiento, haciendo disponible una herramienta que permita la gestión temprana de las garantías de oportunidad.

Respecto a la diferencia de precios pagados a privados por algunas patologías con respecto al arancel PPV, cabe destacar que es esperable que así sea debido a que dicho arancel sólo representa parte del costo, y otra parte es financiada por la vía de presupuesto histórico. En el caso de los prestadores privados además se consideran elementos como el costo de capital, depreciación, inversión y el margen de operación, los cuales no existen en el sector público.

Finalmente, comentar que actualmente se encuentran por entrar a trámite de toma de razón en Contraloría General de la República, las bases de licitación de un nuevo sistema de información que reemplazará el SIGGES, para licitarse durante el año próximo. Este nuevo sistema incorporará mejoras respecto al actual sistema que van desde el registro de las garantías, hasta el financiamiento de las prestaciones otorgadas.

En Fonasa, nuestros colaboradores están comprometidos con la orientación hacia el asegurado, y en generarles una experiencia satisfactoria con su seguro público de salud, lo que se ve reflejado en las mejoras que se implementan día a día a través de toda la institución. Las mejoras implementadas desde el 2011 a la fecha en relación al Bono AUGE son una muestra de ello.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,



PATRICIO MUÑOZ NAVARRO
DIRECTOR NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD

[Handwritten signature]
FLVM/SMN/GOG/FDC/JMG

DISTRIBUCIÓN:

Directora de Presupuestos
Comité Ejecutivo, Fonasa
Archivo Subdepartamento de Estudios, Fonasa
Oficina de Partes Fonasa/

DIRECCION DE PRESUPUESTOS OFICINA DE PARTES	
01 JUL. 2013	
4	
-ENVIADO A: <i>Salud</i>	

OF DE PARTES DIPRES
01.07.2013 15:53