

MPRA

Munich Personal RePEc Archive

Ges or not ges? That is the question.

René Fernández Montt

Universidad de Santiago

December 2006

Online at <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/2524/>

MPRA Paper No. 2524, posted 4. April 2007

¿GES O NO GES? ESA ES LA CUESTIÓN.

GES OR NOT GES? THAT IS THE QUESTION

Fernández Montt René A.

Universidad de Santiago de Chile
Superintendencia de Valores y Seguros



Resumen

Introducción y Objetivo: El presente trabajo se enmarca en una evaluación de la reforma al sistema de salud iniciada en el período del Ex Presidente Ricardo Lagos (Ley 19.996). En el presente trabajo se ha buscado determinar la probabilidad de que un paciente opte por el sistema AUGE GES, (que consiste principalmente en que el Estado de Chile, garantiza el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera para un número de patologías) para atender alguna de las patologías tipificadas en él. Los datos obtenidos corresponden a dos importantes prestadores privados.

Métodos: Se utilizaron dos Modelos estadísticos multivariados para determinar la incidencia de las distintas variables en la decisión final de acceder o rechazar la atención vía AUGE GES.

Resultados: Las Patologías de alto costo, dentro de las que se encuentran los tratamientos oncológicos, tienen mayor probabilidad de ser atendidas vía AUGE GES. En cambio, las atenciones ambulatorias, como por ejemplo algunas afecciones respiratorias, donde los beneficios del GES no tienen una incidencia monetaria tan significativa poseen una mayor probabilidad de no ser atendidas vía AUGE GES. Se observó un mayor nivel de aceptación al existir signos de un menor nivel socioeconómico en el paciente a través de la variable IDH (Índice de Desarrollo Humano).

Conclusiones: Desde el punto de vista de la salud pública, esta metodología sirve para identificar las características de quienes están accediendo a las garantías estatales y quienes están quedando voluntariamente al margen de estas garantías.

Palabras Clave: AUGE, GES, libre elección, reforma sanitaria chilena

Abstract

Introduction and Objective: This paper presents an evaluation of the health system's reform initiated during the period of the former President Ricardo Lagos (Law 19.996). In this paper we assess the probability that a given patient selects the system AUGE GES, (that mainly consists on a guarantee offered by the State of Chile on the access, the quality, the opportunity and the financial protection of a number of pathologies) in order to receive treatment for any of the pathologies typified in the system. The information was obtained from two important private health services entities.

Methods: Two Multichanged Statistical Models were used to determine the effect of the different variables on the final decision to accept or reject the attention under AUGE GES.

Results: The pathologies of high cost, such as oncologic treatments, exhibit a greater probability of being provided through the AUGE GES health network. On the contrary, primary care services, including respiratory disorders have a lower likelihood of being treated via the AUGE GES, since those services have a relatively lower economic impact. Likewise, it was observed that patients from a lower socio-economic status exhibit a higher demand of AUGE health services. This fact was identified by using the Human Development Index (HDI).

Conclusions: As far as public health is concerned, this methodology may be useful to identify the characteristics of those patients voluntarily accepting or refusing the health care coverage from the AUGE GES.

Key words: AUGE, GES, freedom of choice, Chilean health reform

Rev Esp Econ Salud 2006;5(6):361-368

INTRODUCCIÓN

La principal reforma a la salud de los últimos años en Chile comenzó con la implementación del AUGE¹ el 1 de julio del 2005. Este sistema incluía 25 patologías que debían ser cubiertas con costos mínimos para los pacientes si accedían al prestador que recibió la asignación de dicha patología. Como un segundo paso de dicha reforma, se implementa GES², que agrega 15 patologías, mientras se planea cubrir 56 patologías en el 2007 y 80 en el 2010. En este estudio se determinará la probabilidad de utilización del sistema, tema sumamente interesante desde el punto de vista de proyectar utilidades para las ISAPRES³ y la incidencia para cada prestador de su red. Por otro lado, para el paciente tiene consecuencias en la disminución de los tiempos de espera en un importante número de prestaciones de salud.

Se utilizó los métodos PROBIT BINOMIAL y LOGIT BINOMIAL en los que, se analizó la probabilidad que existe para que un paciente acceda al sistema de salud AUGE GES o en su defecto lo rechace.⁴ Es importante señalar que los pacientes que requieran tratamiento para una patología especificada como AUGE GES deben ser informados de dicha opción por el médico tratante. Con posterioridad a ello, el paciente o sus familiares tienen la facultad de renunciar y por consecuencia acceder al tratamiento de su problema de salud mediante cuenta abierta⁴.

Para trabajar con variables dicotómicas y discretas existen varios métodos de estimación de este tipo de modelos. Para este estudio en particular se han determinado los Métodos mencionados con anterioridad y se introdujo una variable latente (No observable), la cual es continua. La llamaremos Y_1^* .

El demandante de atención para patologías AUGE GES buscará la maximización de su satisfacción. Es así, como el demandante de salud, — que también podría ser llamado paciente o incluso cliente,— en búsqueda de la maximización de su utilidad personal elegirá aceptar alguna de las alternativas que le propone tanto su ISAPRE como FONASA⁵ para el tratamiento de las patologías AUGE GES.

En pos de la maximización de la utilidad los pacientes Afiliados a ISAPRE optarán por la alternativa que maximice el nivel de satisfacción individual. Si la decisión que estuviéramos analizando se tratase de un COMMODITY sería lógico estimar que el demandante eligiese el bien de menor valor. Sin embargo, la elección de una alternativa en salud es una decisión compleja. El paciente considerará el

precio, es cierto, pero existirán ocasiones que ante un precio demasiado bajo optará por la opción de mayor valor, pues pudiera el paciente asociar menor precio con menor calidad de los insumos administrados o incluso menor prestigio del Médico tratante.

Variables que debiesen influir en la decisión de aceptar o rechazar el tratamiento con cobertura AUGE GES y que serán validadas en el modelo son el género del paciente, la comuna de origen del paciente, a través del IDH⁶, la ISAPRE, el estado civil, el Diferencial de cobertura⁷ y la edad.

Es posible entender entonces que el problema es buscar la mejor opción de salud al menor precio.

MATERIAL Y MÉTODO

El tema del AUGE es relativamente nuevo. A nivel nacional los trabajos sobre este tema son los generados en los Departamentos de Estudios de las respectivas ISAPRE, médicos pertenecientes a alguno de los prestadores o de algún organismo regulador como la Superintendencia de Salud.

Para explicar algunas incidencias del ámbito de la salud en Chile, es recomendable leer en la Revista Médica de Chile V. 131 n.5 Santiago, donde se señala que la implementación del AUGE en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) genera mayores listas de espera entre todos los usuarios en la salud pública.

En cambio, después del inicio del Plan AUGE, en el sistema privado de salud la elección está limitada por la existencia de prestadores preferenciales, los que pueden o no estar entre los prestadores con que una determinada ISAPRE trabaja, obligando al paciente a optar. Si el paciente opta por un prestador distinto al definido como preferencial deberá asumir los costos de su atención; si opta por el prestador preferencial lo hace renunciando a su libertad de elección.

En búsqueda del perfeccionamiento del sistema GES para los privados, es posible considerar un estudio realizado por la Superintendencia de Salud con un censo en relación a la implementación de AUGE GES en el período julio a diciembre del 2005, donde se señala que la gran mayoría de los usuarios del AUGE pertenecen a FONASA, sin embargo puesto que en los prestadores de nuestro estudio la gran mayoría de los pacientes pertenecen a alguna ISAPRE, consideramos que este estudio aporta en especificar aún más el perfil de este tipo de pacientes. Los pacientes pertenecientes a alguna ISAPRE se encuentran menos condicionados a acceder al sistema AUGE GES, de ello la importan-

Correspondencia:

René A. Fernández Montt.
Alameda 1449, Piso 12
Santiago de Chile
Teléfono: 56-9-82612748
Correo electrónico:
Rene_ingenieria@hotmail.com

⁴ Para mayor detalle del momento en que el paciente debe optar por atenderse cobijado en la Garantía estatal (GES) o basado en su plan privado de salud, remitirse a Anexos al final de este trabajo.

cia de ver la probabilidad de renunciar a dicha cobertura para estos pacientes, asunto que será abordado en el presente estudio.

Los ingresos para las ISAPRES, como para los prestadores serán diferentes de acuerdo a la decisión de acceder al GES o rechazar dicha cobertura. Además, el costo para el paciente también dependerá de esa decisión fundamental.

Los datos que se utilizaron para este estudio corresponden a todos los pacientes que accedieron a tratamiento para alguna de las patologías especificadas como AUGE GES entre julio del 2005 y mayo del 2006 en dos de los más importantes prestadores privados de salud. Es importante por ello, asumir que existe un sesgo en los resultados que obtendremos, sin embargo consideramos que esta metodología puede replicarse en otros prestadores privados de salud.

Para evaluar la probabilidad de acceso al sistema AUGE GES, los datos se clasificaron en torno a la variable dependiente (Y_1^*) en "GES" o "No GES", según hayan acogido este plan o lo hayan rechazado.

Los datos utilizados corresponden a 332 pacientes de los cuales, 83 rechazaron tratar su patología por AUGE GES, accediendo por ello a su plan individual de salud.

Las variables que fueron consideradas en este estudio fueron determinadas en base a la importancia explicativa que poseían en la variable dependiente. Así, el Sexo del paciente (X_1), el IDH como X_2 . La institución de Salud Provisional (ISAPRE) de los pacientes (X_3). El Estado Civil de los pacientes fue considerado en la variable (X_4). La tipificación utilizada fue C: Casado; D: Divorciado; S: Soltero y V: Viudo. El Diferencial de Cobertura fue considerado en la Variable X_5 y la edad los pacientes ha sido considerada en la Variable X_6 .

De las variables anteriormente descritas, existen dos que debiesen tener un alto nivel explicativo para el comportamiento decisional de los pacientes:

a) IDH (Índice de Desarrollo Humano) (X_2): Se obtuvo la Comuna de residencia de cada uno de los pacientes presentes en este estudio, pero el considerar una gran cantidad de datos cualitativos (50 comunas) dificultaría determinar su aporte al comportamiento de la variable dependiente. Por ello, se consideró el Índice de Desarrollo Humano mencionado con anterioridad. Este índice fue obtenido de la investigación "Las trayectorias del Desarrollo Humano en las comunas de Chile (1994.2003)" realizada por el MIDEPLAN y el PNUD.

b) Diferencial de Cobertura (X_5). Esta variable corresponde a la diferencia entre el arancel cubierto por la ISAPRE en el plan particular de cada uno de los pacientes y lo que cubriría o efectivamente cubrió GES para dicha canasta. Esta variable consideró un valor en pesos chilenos por cada paciente.

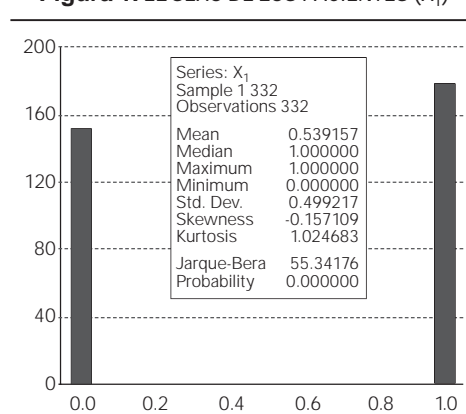
RESULTADOS

El Histograma y algunas estadísticas básicas para algunas de las variables que se han considerado en este estudio se presentan a continuación.

La variable dependiente (Y_1^*)

La variable dependiente (Y_1^*) considera 83 pacientes que rechazaron tratar su patología por AUGE GES, accediendo por ello a pago de acuerdo a su plan individual de salud. Por el contrario, 249 pacientes decidieron tratar su problema de salud por la cobertura GES.

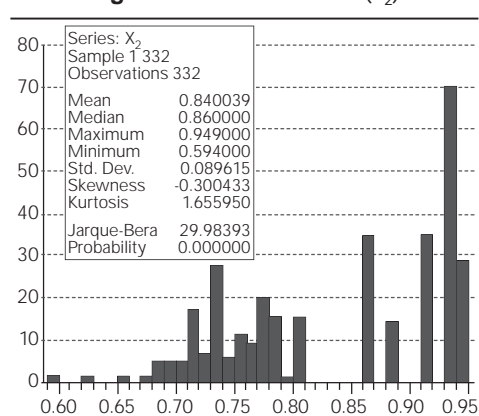
Figura 1. EL SEXO DE LOS PACIENTES (X_1)



El Sexo de los pacientes (X_1)

Para la variable X_1 que contiene los datos de género de los pacientes del estudio y que por ello fue considerada una variable Dummy⁷ que señala 0,0 en el caso de que el Sexo del paciente sea masculino, mientras que considera 1,0 si fuese femenino. Así, podemos observar que la población femenina es mayoría, resultado que es consecuente con la composición genérica del país.

Figura 2. EL IDH COMUNAL (X_2)



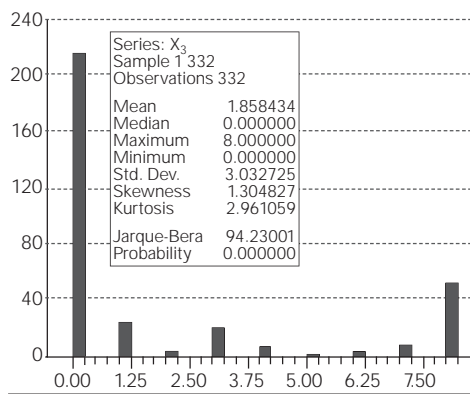
El IDH Comunal (X_2)

La variable X_2 corresponde al IDH de la comuna de cada uno de los pacientes considerados para este estudio. Es posible observar que los 72 pacientes de Las Condes poseen un IDH elevado y son un porcentaje importante (22,36%) del total de pacientes. Es importante consignar que se utilizó el IDH promedio para las variable ingreso, salud y educación, pues poseía un mayor poder explicativo sobre la variable dependiente.

La ISAPRE (X_3)

Esta variable agrupa a los pacientes de acuerdo a la ISAPRE de cada uno de los pacientes. Así, la gran mayoría de los pacientes pertenecen a BANMÉDICA⁹ y a Vida Tres. Estas ISAPRE poseen asignadas una importante cantidad de patologías GES a los prestadores de salud estudiados y es por ello que una gran cantidad de los pacientes pertenecen a ellas.

Figura 3. LA ISAPRE (X_3)



El Estado Civil (X_4)

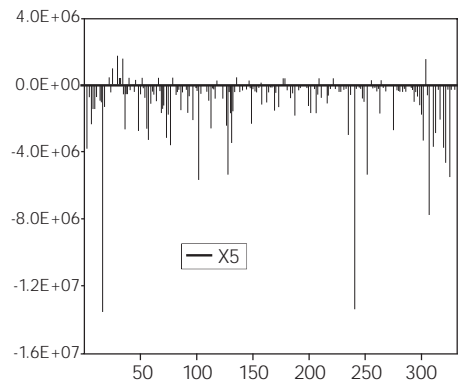
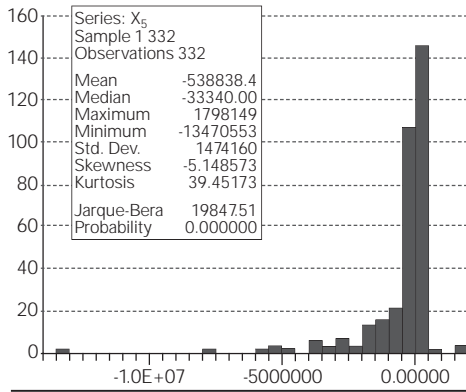
La variable X_4 agrupa a los pacientes de acuerdo su Estado Civil. El 50,9% de los pacientes son casados, mientras que el 45,65% son solteros. El porcentaje restante se divide entre los pacientes divorciados o viudos.

El Diferencial de Cobertura (X_5)

La variable X_5 se ha denominado Diferencial de cobertura. Posee un alto nivel explicativo sobre la variable dependiente. Lo anterior es absolutamente lógico, pues esta variable considera la diferencia monetaria (en pesos chilenos) entre el valor cobrado al paciente y lo que hubiese pagado si hubiese optado por la otra opción. Entendiéndose que un paciente rechazó la cobertura GES, el Diferencial de Cobertura se calculará entre el costo real y lo que hubiese pagado con la cobertura GES. Ahora, para el caso de un paciente que fue tratado como

paciente GES, la diferencia se calculó entre el costo real y lo que hubiese pagado por cuenta abierta.

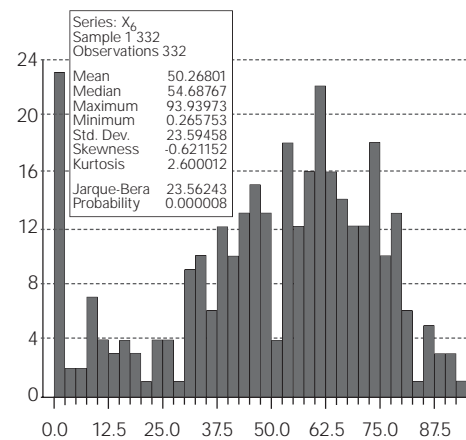
Figura 4. EL DIFERENCIAL DE COBERTURA (X_5)



La edad de los pacientes (X_6)

La variable X_6 considera la edad de los pacientes. Así podemos ver como el paciente con mayor edad posee más de 93 años y el menor posee algo más de 3 meses. La edad promedio es superior a los 50 años.

Figura 5. LA EDAD DE LOS PACIENTES (X_6)



Estimación del Modelo

Se ha considerado la utilización de los métodos PROBIT BINOMIAL y LOGIT BINOMIAL. Estos métodos son los adecuados para el tratamiento de la información que se ha recolectado en las dependencias de los prestadores en cuestión y facilitan el análisis de las variables que inciden en la decisión de aceptar o rechazar la cobertura AUGE GES, mediante la variable dependiente binomial Y_1^* .

Las variables independientes que, en principio, se han considerado en la especificación del modelo PROBIT y LOGIT estimados han sido: Género del paciente, IDH Comunal, ISAPRE del paciente, Estado civil, Diferencial de Cobertura y la Edad.

Dado las variables definidas con anterioridad la ecuación a estimar mediante los Métodos PROBIT y LOGIT es:

$$Y_1^*(\text{GES}) = \beta_0 + \beta_1 X_1(\text{Género}) + \beta_2 X_2(\text{IDH}) + \beta_3 X_3(\text{ISAPRE}) + \beta_4 X_4(\text{E.CIVIL}) + \beta_5 X_5(\text{Diferencial de Cobertura}) + \beta_6 X_6(\text{Edad})$$

Se estimaron las ecuaciones utilizando el programa EVIEWS 4.1 por medio de los métodos PROBIT y LOGIT. Ambos métodos han otorgado resultados similares. Así, al analizar las tablas que se encuentran a continuación tenemos que ninguna de las variables es no significativa y además las variables escogidas explican el comportamiento de la dependiente en un 71,39% según el Método PROBIT y en un 71,55% según el Método LOGIT.

PROBIT BINOMIAL: La tabla 1 muestra como la Probabilidad de cada una de las variables es menor a 0.05, por lo tanto, se encontrarían fuera del área de rechazo y se considerarían significativas para estimar el comportamiento de la variable dependiente (Y_1^*). También es posible observar como el McFadden R-squared indica un 71.39%, sinónimo de que las variables que hemos incluido en este modelo explican en ese porcentaje a Y_1^* . Es asombroso el alto nivel explicativo encontrado en la Variable X_2 (IDH).

Tabla 1. VARIABLE DEPENDIENTE Y_1^*

Method: ML - Binary Probit (Quadratic hill climbing) - Date: 07/24/06 Time: 01:05 - Sample: 1 332
Included observations: 332 - Convergence achieved after 12 iterations
Covariance matrix computed using second derivatives

Variable	Coefficient	Std. Error	z-Statistic	Prob.
C	-43.99989	9.661210	-4.554284	0.0000
X_1	0.679949	0.288194	2.359346	0.0183
X_2	48.46603	10.39609	4.661947	0.0000
X_3	0.111670	0.042332	2.637947	0.0083
X_4	-0.358637	0.153023	-2.343681	0.0191
X_5	-1.42E-06	5.68E-07	-2.500302	0.0124
X_6	-0.022710	0.008142	-2.789296	0.0053
Mean dependent var	0.250000	S.D. dependent var		0.433666
S.E. of regression	0.225389	Akaike info criterion		0.363929
Sum squared resid	16.51008	Schwarz criterion		0.444157
Log likelihood	-53.41216	Hannan-Quinn criter.		0.395924
Restr. log likelihood	-186.6953	Avg. log likelihood		-0.160880
LR statistic (6 df)	266.5662	McFadden R-squared		0.713907
Probability(LR stat)	0.000000			
Obs with Dep=0	249	Total obs		332
Obs with Dep=1	83			

Tabla 2. VARIABLE DEPENDIENTE Y_1^*

Method: ML - Binary Logit (Quadratic hill climbing) - Date: 07/24/06 Time: 01:07 - Sample: 1 332
Included observations: 332 - Convergence achieved after 12 iterations
Covariance matrix computed using second derivatives

Variable	Coefficient	Std. Error	z-Statistic	Prob.
C	-80.31174	18.30680	-4.386990	0.0000
X_1	1.206966	0.525029	2.298857	0.0215
X_2	88.33838	19.73633	4.475928	0.0000
X_3	0.210649	0.078449	2.685180	0.0072
X_4	-0.635932	0.270426	-2.351592	0.0187
X_5	-2.51E-06	1.02E-06	-2.473899	0.0134
X_6	-0.040081	0.014557	-2.753443	0.0059
Mean dependent var	0.250000	S.D. dependent var		0.433666
S.E. of regression	0.224063	Akaike info criterion		0.362136
Sum squared resid	16.31644	Schwarz criterion		0.442365
Log likelihood	-53.11456	Hannan-Quinn criter.		0.394131
Restr. log likelihood	-186.6953	Avg. log likelihood		-0.159984
LR statistic (6 df)	267.1614	McFadden R-squared		0.715501
Probability(LR stat)	0.000000			
Obs with Dep=0	249	Total obs		332
Obs with Dep=1	83			

LOGIT BINOMIAL: La tabla 2 muestra como la Probabilidad de cada una de las variables es menor a 0.05, por lo tanto, se encontrarían fuera del área de rechazo y se considerarían significativas para estimar el comportamiento de la variable dependiente (Y_1^*). También es posible observar como el McFadden R-squared indica un 71.55%, sinónimo de que las variables que hemos incluido en este modelo explican en ese porcentaje a Y_1^* . Nuevamente, observamos el alto nivel explicativo de la Variable X_2 (IDH), variable clave y quizás uno de los mayores aportes de nuestro trabajo.

DISCUSIÓN.

El plan AUGE GES se encuentra en etapa de expansión y la demanda es influida obviamente por el aumento de las patologías cubiertas en cada prestador, pues se basa en una decisión netamente técnica. La ley obliga a todos los médicos a informar al paciente que posee una patología contemplada por el plan AUGE GES.

Las Patologías de alto costo, dentro de las que se encuentran los tratamientos oncológicos, tienen mayor probabilidad de ser atendidas vía AUGE GES, pues son necesarias varias y costosas sesiones de quimioterapia como tratamiento. Es por ello que la variable Diferencial de Cobertura es significativa y el obtener los datos para su cálculo implica una gran dificultad. Esta variable debiese ser un gran aporte al estudio de la demanda hospitalaria.

En cambio, las atenciones ambulatorias, como por ejemplo algunas afecciones respiratorias, donde los beneficios del GES no tienen una incidencia monetaria tan significativa poseen una mayor probabilidad de NO en la variable Y_1^* (GES).

Otra variable sumamente interesante es la correspondiente al IDH. Esta variable es sumamente significativa y explica en gran medida la decisión del paciente en cuanto a acceder a la cobertura GES o de rechazarla y acceder a la cuenta abierta, mientras mayor es el IDH mayor es la probabilidad de rechazar el GES. Un IDH alto supone que el paciente tendrá un nivel alto de ingresos, de salud y de educación.

Las variables analizadas en esta investigación explican en más del 71% el comportamiento de la variable dependiente. Si bien es cierto, este porcentaje tiene relación con los prestadores estudiados y no necesariamente con los resultados que se obtendría en el país, creemos que la metodología empleada puede ocuparse en otras instituciones con diferentes enfoques:

- Desde el punto de vista de la salud privada, es un tema importante, pues en base al perfil de sus pacientes, podrán calcular quienes se atenderán vía AUGE GES (lo que implica un menor ingreso, pues la cobertura estatal obliga a las instituciones privadas a cobrar un arancel de referencia menor al privado) versus quienes se atenderán por su plan individual de salud (asunto que implicaría un mayor ingreso, pero un mayor riesgo por incobrabilidad para los mismos prestadores privados.)
- Desde el punto de vista de la salud pública, esta metodología sirve para apreciar con mayor detalle las características de quienes están accediendo a las garantías estatales y apreciar con mayor precisión quienes están quedando descubiertos voluntariamente de estas garantías.

Aunque el porcentaje señalado en el párrafo precedente es alto, existe aún un poco menos del 29% de la variable dependiente por explicar. Entendiendo que es una decisión compleja y que dos individuos con idénticas características consideran y ponderan los factores en distinta medida, debido por ejemplo a una apreciación dispar para los distintos prestadores, sería interesante realizar algún estudio en esa línea de investigación.

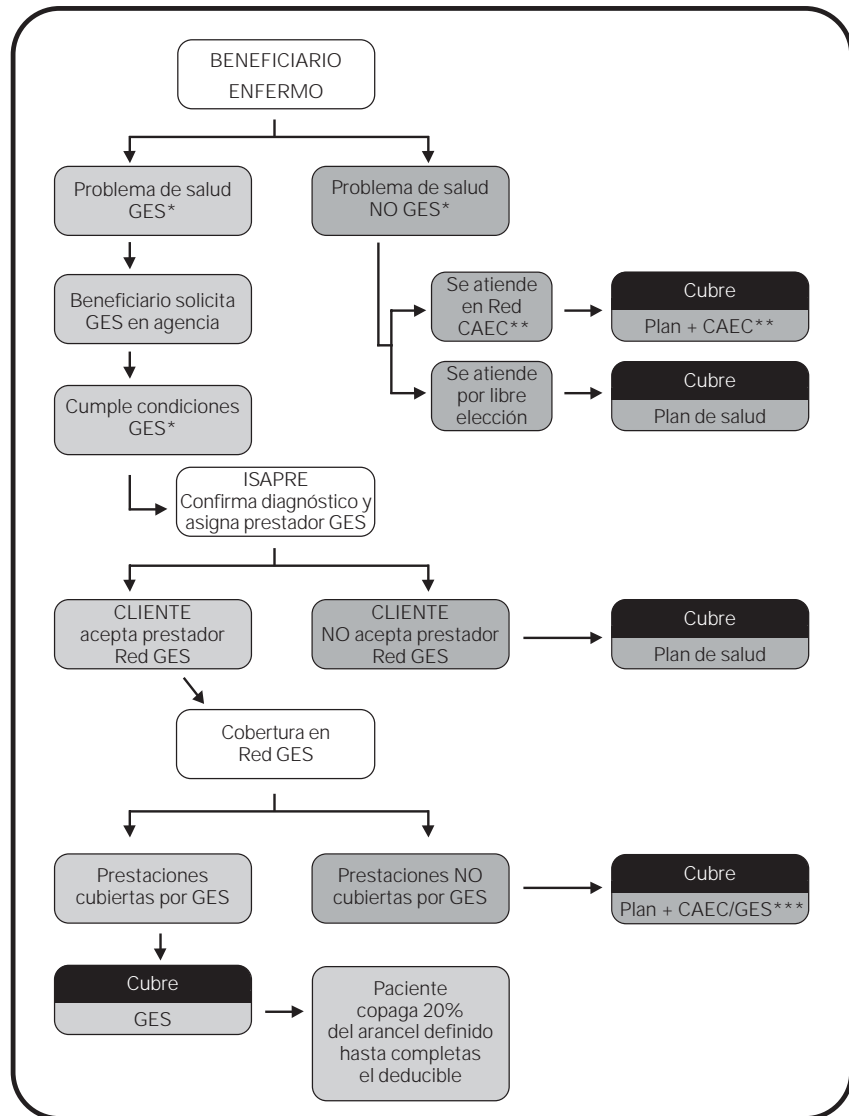
Un asunto que aún se encuentra en análisis legal de uno de los prestadores considerados para este estudio corresponde a la necesidad de informar al paciente que de renunciar a la cobertura GES se está renunciando implícitamente al CAEC¹⁰. De informarse este punto al paciente en el momento de la decisión, probablemente disminuiría el número de pacientes que rechacen la cobertura GES.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco los valiosos comentarios de Leonardo Letelier, Renzo Dapuetto y Vicente Lazen, así como el trabajo de Fabián Riveros en la obtención y procesamiento de la información. Agradezco también la posibilidad que me brindó la Clínica Santa María de realizar esta investigación. Cualquier error u omisión es de exclusiva responsabilidad del autor.

ANEXO. CÓMO OPERA LA COBERTURA G.E.S. (EX AUGE)

Si usted presenta un problema de salud, a continuación le indicamos cómo operan las coberturas de la Isapre



(*) Debe cumplir con las condiciones establecidas por GES para cada problema de salud.

(**) CAEC: Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

(***) CAEC/GES: Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas derivadas de prestaciones GES.

BIBLIOGRAFÍA

- Página web de la Superintendencia de Salud www.superintendenciadesalud.cl
- Página web del Ministerio de Salud www.minsal.cl
- Página web del Fondo Nacional de Salud (FONASA) www.fonasa.cl
- Página web del Instituto de Salud Pública (ISP) www.ispch.cl
- "Telemedicine in Chile" de Beltrán Mena, José Badía, Marcelo Neira y Alejandro Ríos de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica.
- Scott, David H., (1994). "The Regulation and Supervision of Domestic Financial Conglomerates". Policy Research Working Paper 1329. The World Bank.
- Sundararajan, V., (2001). "Regulation of Financial Conglomerates: is unification of financial of financial sector supervision the answer". Presentation in IMF.Finanzas.
- GONZALEZ F., Fernando. Implementación del plan AUGE en pacientes con IRC. Rev. méd. Chile, mayo 2003, vol.131, no.5, p.545-551. ISSN 0034-9887.
- Manual para la aplicación del sistema AUGE en las Redes de Atención del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Gobierno de Chile. Santiago, julio de 2002.
- Anónimo. Evaluación: Directores de hospitales hacen buen balance de mini AUGE. El Mercurio de Santiago, Cuerpo C, 15 de enero de 2003.
- P. Zweifel y F. Breyer: Health Economics. Oxford: Oxford University Press, 1997, caps. 5 y 6.
- The World Bank: World Development Report 1993: Investing in Health. The World Bank, 1993. Overview y Cap. 1.
- D.W. Kalisch, T. Aman y L.A. Buchele: "Social and Health Policies in OECD Countries: A Survey of Current Programmes and Recent Developments", manuscrito, Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs, OECD, Julio 1998.
- H. Oxley y M. Macfarlan, "Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency", OECD Working Paper 149, OECD.
- P. Musgrove: "Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns", World Bank Discussion Paper 339, The World Bank, 1997.
- S. Folland, A.C. Goodman y M. Stano: The Economics of Health and Health Care. Prentice-Hall, 1993. Cap. 18: "Comparative Health Care Systems".
- M. Gaynor y D. Haas-Wilson: "Change, Consolidation, and Competition in Health Care Markets," Journal of Economic Perspectives 13 (1): 141-64, 1999.
- C. Aedo y C. Sapelli: "El Sistema de Salud en Chile: Rea-decuar el Mandato y Reformar el Sistema de Seguros", Estudios Públicos 75 (Invierno), 1999.
- D. Filmer, J. S. Hammer, y L. Pritchett: "Weak Links in the Chain: A Diagnosis of Health Policy in Poor Countries", World Bank Research Observer, 15 (2):199-224, 2000.
- D. Filmer, J. S. Hammer, y L. Pritchett: "A Prescription for Health Policy in Poor Countries", World Bank Research Observer, 17 (1):47-66, 2002
- O. Larrañaga: "Health Sector Reforms in Chile", en D. Leipziger y Guillermo Perry (eds.): op. cit, 1999.
- Edmundo Beteta O.: "Crecimiento del gasto en salud en Chile: ¿Estamos ante un problema?", Expansiva, serie en foco N° 13, ISSN 0717-9987.
- Marisol Concha: "Innovación tecnológica en salud", Expansiva, serie en foco N° 14, ISSN 0717-9987.
- Consuelo Espinoza M.: "Herramientas legales para mantener los costos en salud.", Expansiva, serie en foco N° 15, ISSN 0717-9987.
- C. Oyarzo y M. Vergara: "Reforma de la salud en Chile: lo logrado y lo pendiente.", Expansiva, serie en foco N° 42, ISSN 0717-9987.
- Manual para la aplicación del sistema AUGE en las Redes de Atención del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Gobierno de Chile. Santiago, julio de 2002.
- Anónimo. Evaluación: Directores de hospitales hacen buen balance de mini AUGE. El Mercurio de Santiago, Cuerpo C, 15 de enero de 2003.

REFERENCIAS

- Acceso Universal a Garantías Explícitas.
- Garantías Explícitas en Salud. Corresponde al nombre asignado a la segunda etapa del AUGE. Las Garantías Explícitas en Salud establecidas en el decreto supremo N°170, de 2004, del Ministerio de Salud que aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, de la ley N° 19.966, o las que establezca el decreto supremo que las modifique o reemplace. Dicho decreto las define en su artículo 2°, letra d) como aquellos derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud, determinados en el artículo 1° del referido decreto y que están obligados a asegurar a sus respectivos beneficiarios, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional. Se entenderá formar parte del artículo 1° del citado decreto supremo N° 170 el Anexo titulado "Listado de Prestaciones Específico", que se encuentra en la página Web del Ministerio de Salud (www.minsal.cl)
- Institución de Salud Previsional regulada en la ley N° 18.933.
- Por cuenta abierta se entiende el plan individual convenido en la ISAPRE.
- Fondo Nacional de Salud regulado en el decreto ley N° 2.763 del año 1979.
- Índice de Desarrollo Humano obtenido desde el estudio "Las Trayectorias del desarrollo humano en las comunas de Chile", investigación realizada por la División Social del Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) y el Equipo de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Diferencia monetaria obtenida del reproceso de las cuentas para los pacientes GES si hubiesen accedido a tratamiento vía Cuenta Abierta y de los pacientes que rechazaron el GES si lo hubiesen aceptado.
- Variable medida de modo no métrico, transformada en una variable métrica mediante una asignación de un valor 1 ó 0 a un sujeto, dependiendo de si posee o no una característica particular. www.estadistico.com
- El 64,16% de los pacientes considerados para este estudio pertenecen a la ISAPRE BANMÉDICA, lo anterior se sustenta en que el prestador pertenece a la red de esta ISAPRE para varias de las patologías GES.
- Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.