



SERIE DE RESULTADOS CASEN

ACCESO A SALUD EN LA POBLACIÓN CHILENA

ENCUESTA CASEN 2022

Junio de 2024
(versión revisada: febrero de 2025)



**Observatorio
Social**



Serie de Resultados Casen

Acceso a Salud en la población chilena. Encuesta Casen 2022.

Junio de 2024 (versión revisada: febrero de 2025)

División Observatorio Social

Subsecretaría de Evaluación Social

Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Participaron en la elaboración de este documento: Maritza España, David López y Jenny Encina, con el apoyo de las y los profesionales del equipo de la División Observatorio Social, la jefatura de división y el gabinete de la Subsecretaría de Evaluación Social.

Introducción

La serie de documentos de *Resultados Casen* tiene por objeto profundizar en el análisis de la información de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen), poniendo énfasis en aquellos datos que resultan relevantes para la evaluación y diseño de políticas públicas. Cada documento de la serie presenta una selección acotada de indicadores, los que tienen como complemento numerosos cuadros estadísticos publicados por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia en formato Excel y dedicados a los distintos sectores y grupos de interés para la política social. Estos cuadros, así como toda la documentación vinculada a la Encuesta Casen 2022 y versiones anteriores, incluyendo bases de datos, libros de código, documentos metodológicos, cuestionarios, entre otros, se encuentran disponibles en el sitio web del Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social y Familia: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen>

La serie de documentos *Resultados Casen* presenta la evolución de indicadores incluidos en la encuesta Casen entre 2006 y 2022, período para el cual la serie de estimaciones de pobreza por ingresos es comparable. Los documentos ponen especial énfasis en las tres últimas versiones de la encuesta, correspondientes a Casen 2017, Casen 2020 en Pandemia y Casen 2022. Esto permite analizar la evolución de algunos de los principales indicadores sociales del país antes del inicio de la pandemia de COVID-19, durante su período más álgido y durante la fase de recuperación. De esta manera, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia busca aportar a la evaluación de la magnitud y persistencia de los impactos sociales y económicos de dicha crisis sobre los hogares.

La pandemia y las medidas de reducción de la movilidad adoptadas por la autoridad para controlarla tuvieron consecuencias sobre múltiples dimensiones del bienestar de los hogares y las personas. A las consecuencias directas e indirectas sobre la salud de las personas y el sistema sanitario en general, se sumó un impacto transversal en el sistema educacional; una fuerte caída en los ingresos de los hogares, especialmente de los ingresos del trabajo en los grupos más vulnerables; cambios en las dinámicas internas de los hogares; modificaciones en las brechas de género; entre otras.

A las consecuencias propias de la pandemia se han sumado otros fenómenos sociales, de alcance internacional, que han impactado la realidad local en los últimos años, como el rápido aumento de los precios de los alimentos y otros productos y la intensificación y cambio cualitativo, en los últimos años, de los flujos migratorios en América Latina. Todos estos fenómenos han afectado de manera transversal a la sociedad chilena. Sin embargo, dada su condición de mayor vulnerabilidad, algunos grupos sociales poseen menos herramientas para lidiar con sus efectos. Estos grupos son, por ello, prioritarios para la política social: niños, niñas y adolescentes; personas mayores; personas en pobreza; personas pertenecientes a pueblos indígenas; personas dependientes o con discapacidad; personas migrantes, entre otros. La serie de encuestas Casen es una herramienta particularmente valiosa para ilustrar y comprender estos fenómenos.

El presente documento tiene por objeto describir y analizar el acceso a la salud de la población chilena, con base en el módulo de Salud de Casen 2022. Es importante recalcar que los análisis aquí presentados no agotan las temáticas cubiertas por Casen en materia de salud. El documento presenta, primero, una descripción general de la encuesta Casen, junto con algunos antecedentes del sector salud. Se analiza luego los datos de adscripción a los sistemas de salud previsional, así como la necesidad, demanda y utilización de servicios de salud de la población en el país. El documento concluye con una sección de comentarios finales.

Encuesta Casen

La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, Casen, ha sido implementada desde el año 1987, con una periodicidad bianual o trianual. La encuesta, a cargo del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, tiene por objetivo:

- Conocer la situación de pobreza por ingresos y multidimensional de las personas y los hogares, así como la distribución del ingreso de los hogares.
- Identificar las carencias de la población en áreas como educación, salud, vivienda y entorno, trabajo, cohesión social, entre otras.
- Evaluar brechas de ingresos y carencias entre distintos grupos de la población, como niños, niñas y adolescentes; jóvenes; personas mayores; mujeres y hombres; personas pertenecientes a pueblos indígenas; personas migrantes, entre otros.
- Evaluar brechas de ingresos y carencias entre las áreas urbana y rural y entre las dieciséis regiones del país.
- Estimar cobertura, focalización y distribución de los principales subsidios monetarios de alcance nacional, según el nivel de ingreso y otras características de los hogares, para evaluar el impacto de este gasto público en la pobreza y en el nivel y distribución de los ingresos de los hogares.

En particular, el módulo de Salud de Casen permite caracterizar la situación de salud de la población, especialmente con referencia a la cobertura previsional de salud y la atención frente a enfermedad o accidente, además de la cobertura AUGE-GES, a través del monitoreo en el tiempo de indicadores prioritarios para el sector. Asimismo, la encuesta produce información relevante para formular y evaluar políticas públicas en el ámbito de la salud, según el nivel socioeconómico y pertenencia a grupos prioritarios de la política social.

Actores e instituciones participantes en la producción de Casen

La realización de la Encuesta Casen es un esfuerzo en el cual participan distintas instituciones y actores que, desde sus distintos roles, garantizan la calidad de los datos obtenidos. Estas son:

- El **Ministerio de Desarrollo Social y Familia**, que está a cargo del proyecto y la supervisión directa de la encuesta en todas sus etapas.
- Un **Panel de Expertos y Expertas**, integrado por personas de la academia y sociedad civil, que acompaña y supervisa todas las etapas del desarrollo de la encuesta.
- El **Instituto Nacional de Estadísticas (INE)**, a cargo del diseño, selección y enumeración de la muestra y cálculo de los factores de expansión.
- Un proveedor externo, contratado mediante licitación pública, que aplica el cuestionario en las viviendas y elabora la base de datos. En 2022, correspondió al **Centro de Microdatos de la Universidad de Chile**.
- Un proveedor externo, contratado mediante licitación pública, que supervisa la capacitación, trabajo operativo, y recolección de datos. En 2022, correspondió a **Cadem S.A.**
- La **Comisión Económica para América Latina (CEPAL)**, que genera la estimación oficial del indicador de pobreza por ingresos, aplicando la metodología oficial de medición.
- El **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)**, que realiza el cálculo de carencias y el índice de pobreza multidimensional, a partir de la metodología oficial.

Características de la Encuesta

El objeto de estudio de la Encuesta Casen 2022 está definido por los hogares y la población residente en viviendas particulares ocupadas del país, exceptuando aquella población residente en algunas áreas especiales previamente definidas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

La entrevista es realizada cara a cara a un informante por hogar, designado como informante idóneo. Generalmente, este corresponde a la jefatura de hogar, pero, en su defecto, puede corresponder a cualquier persona de 18 años o más residente habitual del hogar que esté en condiciones de responder el cuestionario.

A través del reporte de la persona informante, se recolectan datos de todas las personas integrantes del hogar que son residentes habituales de la vivienda¹.

El trabajo de campo de la encuesta Casen 2022 se realizó entre el 1 de noviembre de 2022 y el 2 de febrero de 2023, completando una muestra

de 72.056 hogares, que ocupan 70.751 viviendas en 335 comunas de las 16 regiones del país, obteniendo información respecto de 202.231 personas. La información obtenida es representativa a nivel nacional, para las zonas geográficas urbana y rural, y a nivel de cada una de las regiones.

Tras la versión 2020 de Casen en pandemia, la Encuesta se volvió a realizar en modalidad presencial en hogares y, por primera vez, se aplicó mediante dispositivos móviles (modalidad CAPI, por su sigla en inglés). Para ello se utilizó el software *Survey Solutions*, desarrollado por el Banco Mundial para la recolección de información.

Toda la documentación vinculada a la Encuesta Casen 2022 y a las versiones anteriores, incluidos estos y otros detalles metodológicos, se encuentra disponible en:

<https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen>

¹ Con la excepción de las preguntas del módulo de identidad de Género y Orientación Sexual, que fue aplicado de manera directa a las personas mayores de 18

años presentes al momento de la entrevista, en modalidad autoaplicada, mediante el dispositivo electrónico utilizado para las entrevistas.

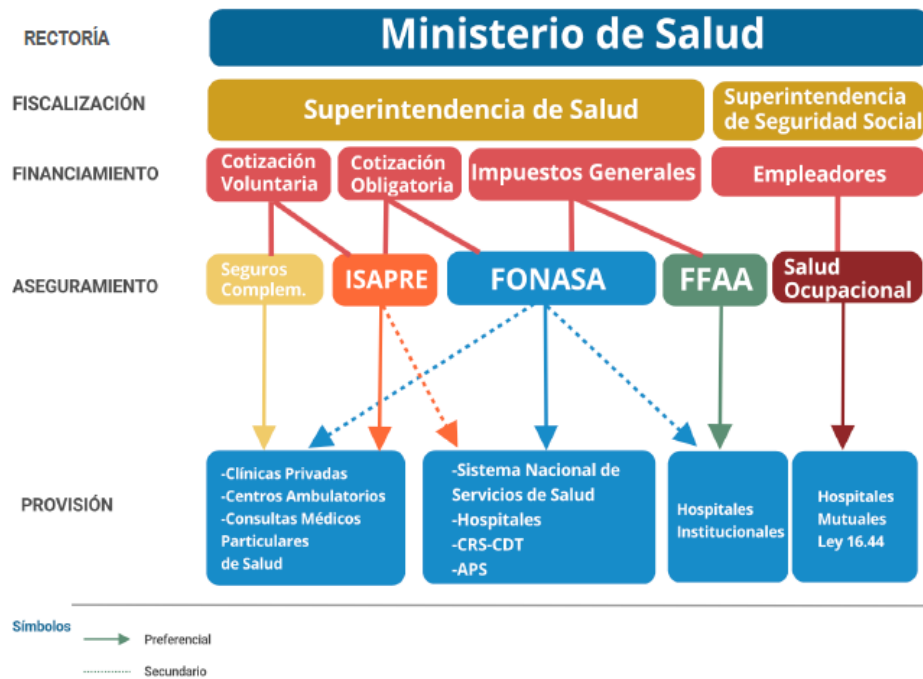
Antecedentes del sector

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019), la evidencia indica que un buen estado de salud de la población requiere no solo de acceso a servicios de atención, sino también a medidas que actúen sobre sus determinantes sociales, pues existe una relación estrecha entre las características sociodemográficas y económicas de la población, la equidad en el acceso y el estado de salud de las personas, lo que debe ser incorporado en el diseño integral de las políticas públicas en esta área.

El actual sistema de salud en Chile es producto de la reforma de seguridad social implementada en el año 1981, que significó pasar de un sistema nacional de salud con cobertura universal pública, a un modelo mixto, público y privado (Figura 1). Este

modelo combina un esquema de seguridad social solidario y público, con un sistema de seguros privados, con base en empresas aseguradoras llamadas Isapre (Institución de Salud Previsional) (Miranda 1994). Toda persona puede acceder a alguno de los seguros vigentes, sin embargo, existen diferencias en su funcionamiento: entre otras, el seguro público (Fonasa) funciona bajo una lógica colectiva e independiente de los riesgos de salud de las personas, en tanto el seguro privado (Isapre) funciona con planes que se tarifican en base a los riesgos de la población. Asimismo, el seguro público es universal, mientras que las aseguradoras privadas pueden negar la cobertura de ciertas prestaciones (por ejemplo, por preexistencias) o negar afiliación.

Figura 1. Estructura Sistema de Salud vigente en Chile



Fuente: Cuenta Pública 2021, Ministerio de Salud. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/04/Cuenta-Pu%CC%81blica-Final-2021.pdf>

A partir del año 2000 se inició un proceso de reforma de la salud, cuyo objetivo fue rediseñar el sistema a fin de mejorar la salud de la población y la equidad en el acceso, para lo cual se propuso un modelo de atención basado en la promoción, prevención y acceso oportuno a los servicios de salud, con énfasis en la atención primaria (Sandoval, 2004).

El eje de esta reforma fue el Régimen Nacional de Garantías Explícitas en Salud (Ley N° 19.966 de 2004), que establece garantías de acceso (elegibilidad), oportunidad (tiempos máximos de espera), calidad (atención por prestadores institucionales acreditados y profesionales certificados) y financiamiento (copagos máximos y deducibles), para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un listado priorizado de problemas de salud, para los beneficiarios de Fonasa e Isapre. El número de problemas de salud con garantías explícitas ha aumentado gradualmente a lo largo de los años, comenzando con 25 patologías cubiertas en 2005, hasta llegar a 87 en la actualidad.

En el contexto de una nueva década y de los nuevos desafíos con que se enfrenta el país, entre los que se cuenta el avance hacia la cobertura universal, un mejor acceso y calidad de las prestaciones y las reducción de las barreras en el financiamiento y la oferta, el Ministerio de Salud ha establecido los Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030, que consideran los lineamientos provenientes de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas al 2030², así como el respectivo Plan Nacional de Salud, el que presenta como **principios rectores** el **asegurar los derechos en salud, alcanzar cobertura universal y reducir las inequidades sanitarias** presentes en la población, siendo el fin último el de alcanzar altos niveles de salud para todas

las personas. De esta manera, se amplía la mirada respecto de la salud y su integralidad, resaltando la importancia del bienestar y la transversalización del enfoque de **equidad**, la perspectiva de **curso de vida**, el modelo de **salud integral** y la **intersectorialidad**.

En el ámbito de la **equidad**, se considera establecer mecanismos para evitar diferencias injustas y evitables entre personas y grupos poblacionales, así como desigualdades particulares asociadas al territorio, las condiciones socioeconómicas y el género, además de establecer mecanismos cultural y étnicamente pertinentes. Respecto de **curso de vida**, contempla promover condiciones de salud y bienestar a lo largo de la vida. En cuanto al **modelo de salud integral**, incluye propender al cuidado integral, centrado en las personas y con continuidad en la red de salud, de manera de generar condiciones para satisfacer las necesidades y expectativas de las personas de mantenerse saludables, sanas, y de mejorar su estado de salud actual en caso de enfermedad. Respecto a la **intersectorialidad**, propone una forma de trabajo transdisciplinaria, que permita vincular a los distintos actores, sectores e instituciones, estableciendo estrategias colaborativas e integrales.

Respecto de las percepciones de la población respecto del sistema de salud, destacan los resultados publicados de la Primera Encuesta de Bienestar Social (EBS) 2021, que muestran que el 22,7% de la población adulta (18 años o más) manifiesta estar insatisfecha con su estado de salud, un 43,1% señala haber tenido problemas para acceder a una atención de salud con un médico especialista, el 38,3% para pagar sus medicamentos debido a sus altos costos, y el 36,7% para agendar una operación. En el estudio destaca también que

² En particular, el tercer objetivo, sobre salud y bienestar, que consiste en “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” y en que se incluye explícitamente una meta sobre cobertura universal de salud (Indicador 3.8) que señala: “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección

contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. Más información en:

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

la población de menores ingresos y la población con discapacidad son los grupos más desfavorecidos en esta área. Adicionalmente, el 51,4% de la población se siente desprotegida financieramente ante un eventual problema de salud, percepción que se incrementa por sobre el 60% en la población en condición de pobreza, en aquellos que manifiestan no tener sistema previsional de salud y en las personas con discapacidad.

A partir de estos antecedentes, el presente informe presenta un análisis amplio sobre la equidad en el acceso a salud de la población que habita el territorio nacional, utilizando el

módulo de salud de la encuesta Casen 2022. Los objetivos específicos de este análisis son:

1. Caracterizar la adscripción a los sistemas de salud previsional de la población.
2. Describir y analizar la necesidad, demanda y utilización de los servicios de salud por parte de la población.
3. Describir brechas en el acceso a atención de salud entre grupos poblacionales, con foco en género, nivel socioeconómico y sistema de previsión de salud.

Principales Resultados, 2022³

La pandemia por Covid-19 tuvo grandes consecuencias sobre los sistemas de salud a nivel mundial, generando la interrupción o el aplazamiento de prestaciones de salud esenciales, como las consultas por enfermedades crónicas, el acceso a servicios preventivos y de detección de patologías, los tratamientos de especialidad, cirugías, entre otros. Adicionalmente, durante la crisis sanitaria se observó un incremento en los problemas de salud mental de la población. De ahí que dos de los desafíos para el sistema público en el actual período son, en primer lugar, hacerse cargo del impacto de la crisis sanitaria sobre el sistema de salud, especialmente asociado a la postergación de las atenciones y, segundo, transitar hacia la universalización de la Atención Primaria de Salud (APS) en el mediano plazo, dando cobertura a toda la población nacional, de manera que se instaure la salud como un derecho.

Para dar cuenta de la situación de la cobertura en salud en el período postpandemia, es necesario contar con un diagnóstico de la equidad en el acceso en la atención de salud. En esta sección se analizan los datos de la Encuesta Casen en tres ámbitos: a) adscripción a los sistemas previsionales de salud; b) necesidad de atención como consecuencia de un problema de salud; y c) cobertura AUGE-GES.

Cabe destacar que todas las diferencias entre estimaciones que se presentan a lo largo del documento son estadísticamente significativas al 95% de confianza, a menos que se indique explícitamente lo contrario.

Adscripción a los sistemas previsionales de salud

En Chile el Sistema de Salud provee de derechos a los trabajadores y sus cargas o beneficiarios no cotizantes, ante las contingencias que se producen en su estado de salud y durante el embarazo. Como se mencionó en la sección anterior, se trata de un sistema mixto, que incluye a entidades del ámbito público y privado. El sistema de salud cuenta, además de los ingresos por cotizaciones de los beneficiarios, con financiamiento proveniente de impuestos generales (Figura 1). Si bien el diseño del sistema está concebido para garantizar el acceso universal a atención de salud, este no está exento de problemas.

Desde la perspectiva de la pobreza multidimensional, la primera barrera que se advierte en atención de salud corresponde a la población que no cuenta con un sistema previsional de salud, situación que les clasifica en situación de carencia, puesto que se encuentran en una posición de vulnerabilidad para enfrentar gastos imprevistos que podrían

³ Los factores de expansión de la encuesta, contruidos por el INE, se actualizaron en dos sentidos. Primero, consideran las proyecciones de población realizadas por el INE a partir del Censo 2017. Adicionalmente, se utiliza una nueva metodología de calibración (Raking), que permite expandir a los totales poblacionales tomando en cuenta características demográficas de la población (sexo y grupo etario). Por esta razón, los valores de las series aquí presentadas pueden diferir levemente de las estimaciones publicadas en versiones previas de Casen.

Los factores de expansión contruidos con las proyecciones de población a partir del Censo 2017 y con la metodología Raking están disponibles para cada año de la encuesta entre 2006 y 2022 en el sitio web del Observatorio Social, en la sección "Base de datos". Más antecedentes se pueden revisar en el documento "Nota técnica N°8: Resultados de Nueva Metodología de Calibración por Raking de los Factores de Expansión de la Encuesta Casen", disponible en el siguiente enlace: https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2020/Nota_tecnica8_Nueva_metodologia_Calibracion.pdf

limitar su acceso a atención de salud. En 2022, el 4,9% de los hogares del país presentaban carencias en el indicador de adscripción al sistema de salud.

Los datos de Casen 2022 muestran que 78,9% de la población se declara afiliado al sistema público de salud Fonasa (más de 15 millones 690 mil personas) y 15,3% al sistema de Isapre (aproximadamente 3 millones de personas). Casi el 3,0% de la población declara no tener sistema de previsión, sin ser indigentes; 1,7% pertenecen al sistema de las Fuerzas Armadas y de Orden; 0,3% manifiesta estar adscrito a otro sistema de salud, principalmente a seguros de salud obtenidos en el extranjero, y 0,8% manifiesta no saber a qué sistema previsional de salud se encuentra adscrito. Respecto a la adscripción a sistemas de salud, para una mayor simplicidad en la exposición de los datos, en algunos gráficos y tablas de las siguientes secciones del informe se hará referencia sólo a las categorías sistema público (Fonasa), sistema privado (Isapre) y una categoría residual “Otros”, que incluye al resto de los sistemas de salud y a la población que no declara ningún sistema de salud, pero no eran indigentes al momento de la entrevista.

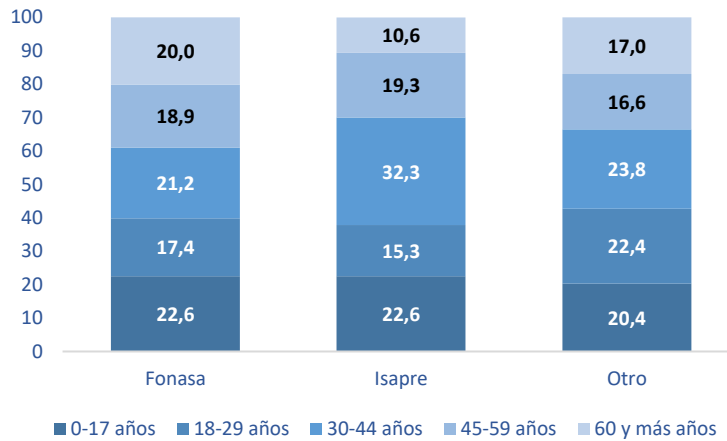
El análisis por sexo de los datos de adscripción a los distintos sistemas de salud muestra que el 81,2% de las mujeres depende del sistema público de salud, Fonasa, un 13,8% está inscrita en una Isapre, un 1,5% al sistema de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y un 2,6% declara no estar afiliada a un sistema de salud. En el caso de los hombres, 76,6% de

ellos está adscrito a Fonasa, 16,8% depende de una Isapre, 2,0% está en el sistema castrense y 3,4% no pertenece a ningún sistema de salud.

Lo anterior se traduce en que, entre quienes están adscritos a Fonasa, 52,1% son mujeres y 47,9% son hombres. En el caso de las Isapre, los afiliados son en su mayoría (54,2%) hombres, patrón que se repite en el caso de las FF.AA. y de Orden (56,8%) y entre quienes no están adscritos a un sistema de salud (56,5% hombres). En la categoría “Otro sistema” no se advierten diferencias entre mujeres y hombres.

La distribución de la adscripción al sistema previsional de salud por tramos etarios (Gráfico 1) muestra diferencias a lo largo del ciclo de vida, especialmente al momento de pasar de la edad laboralmente activa a la edad de jubilación. En efecto, mientras en Fonasa uno de cada cinco personas afiliadas (20%) está en el tramo de 60 y más años, su presencia en el sistema de Isapre se reduce al 10,6% de las personas afiliadas. Por otra parte, mientras un 21,2% de las personas afiliadas a Fonasa tienen entre 30 y 44 años, lo mismo es cierto para casi un tercio (32,3%) de quienes están afiliados en el sistema de Isapre. En este tramo etario es más probable que las personas estén ocupadas y presenten mejor estado de salud. Como resultado de este patrón, 86,1% de las personas en el tramo de 60 y más años depende del sistema público de salud, mientras 8,8% está afiliado a una Isapre.

Gráfico 1. Distribución de la población según sistema previsional de salud y tramos de edad (2022)
(porcentajes)



Notas: Categoría Otro incluye FFAA y de Orden, Ninguno y Otro sistema.

Cálculos y estimaciones excluyen categoría "No sabe/No responde".

A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre tramos etarios para las tres categorías de sistemas de salud, excepto en la categoría "Otro", entre los tramos 18-29 y 30-44, y 45-59 y 60 años y más.

Fuente: Encuesta Casen 2022.

Otro dato relevante es la situación de adscripción a sistemas de salud según quintiles de ingreso, donde se observa que la proporción de personas afiliadas al sistema Fonasa supera el 90% en los dos quintiles de menores ingresos de la población, proporción que disminuye a 37,9% de las personas pertenecientes al quintil de mayores ingresos. Como contracara, en el primer quintil de ingresos sólo el 1,9% de las personas están adscritas a una Isapre, en tanto que en el quintil de mayores ingresos esta proporción llega a 58,0% (Gráfico 2). Esta estratificación socioeconómica se observa tanto en el caso de los hombres como entre las mujeres.

Respecto a la adscripción a sistemas de salud de grupos de población específicos (Gráfico 2), se observa que tanto la población perteneciente a pueblos indígenas como la que se encuentra en situación de discapacidad⁴ presentan aproximadamente el

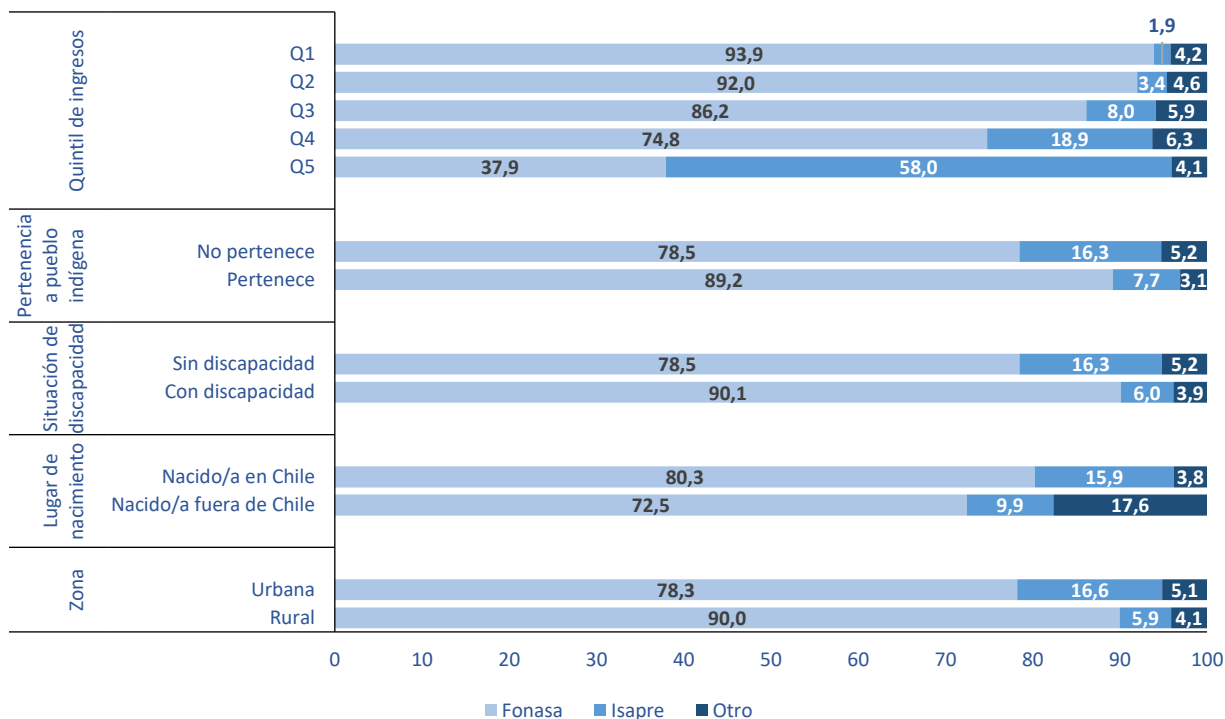
90% de su población afiliada al sistema de salud Fonasa. En cuanto a la población nacida fuera de Chile, también se observa una concentración de su población en el sistema de salud Fonasa, aunque en una proporción menor (72,5%). Destaca, en el caso de este grupo poblacional, que 17,6% se clasifica en la categoría "otro", lo que se explica principalmente por la proporción de la población nacida fuera de Chile que no se encuentra afiliada a ningún sistema de salud (16,6%).

Desde una perspectiva territorial, tanto en la zona urbana como rural la adscripción a sistemas de salud se concentra en Fonasa, con una proporción de personas afiliadas de 78,3% y 90,0%, respectivamente. Como contracara, el 16,6% de la población urbana declaró estar afiliada en este sistema versus el 5,9% observado en el territorio rural.

⁴ Persona en situación de discapacidad, corresponde a personas de 5 años y más que se encuentran en situación de mayor riesgo que la población general de

experimentar limitaciones en su participación social debido a su estado de salud. La medición se realiza con el set corto de preguntas del Grupo de Washington.

Gráfico 2. Distribución de la población según perfil y sistema previsional de salud (2022)
(porcentajes)



Notas: Categoría Otro incluye las categorías “FF.AA. y de Orden”, “Otro sistema” y “Ninguno”.
Cálculos y estimaciones excluyen categoría “No sabe/No responde”.

A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los distintos sistemas de salud para población indígena, personas con discapacidad, nacido(a) fuera de Chile, urbana, rural y quintiles de ingreso.

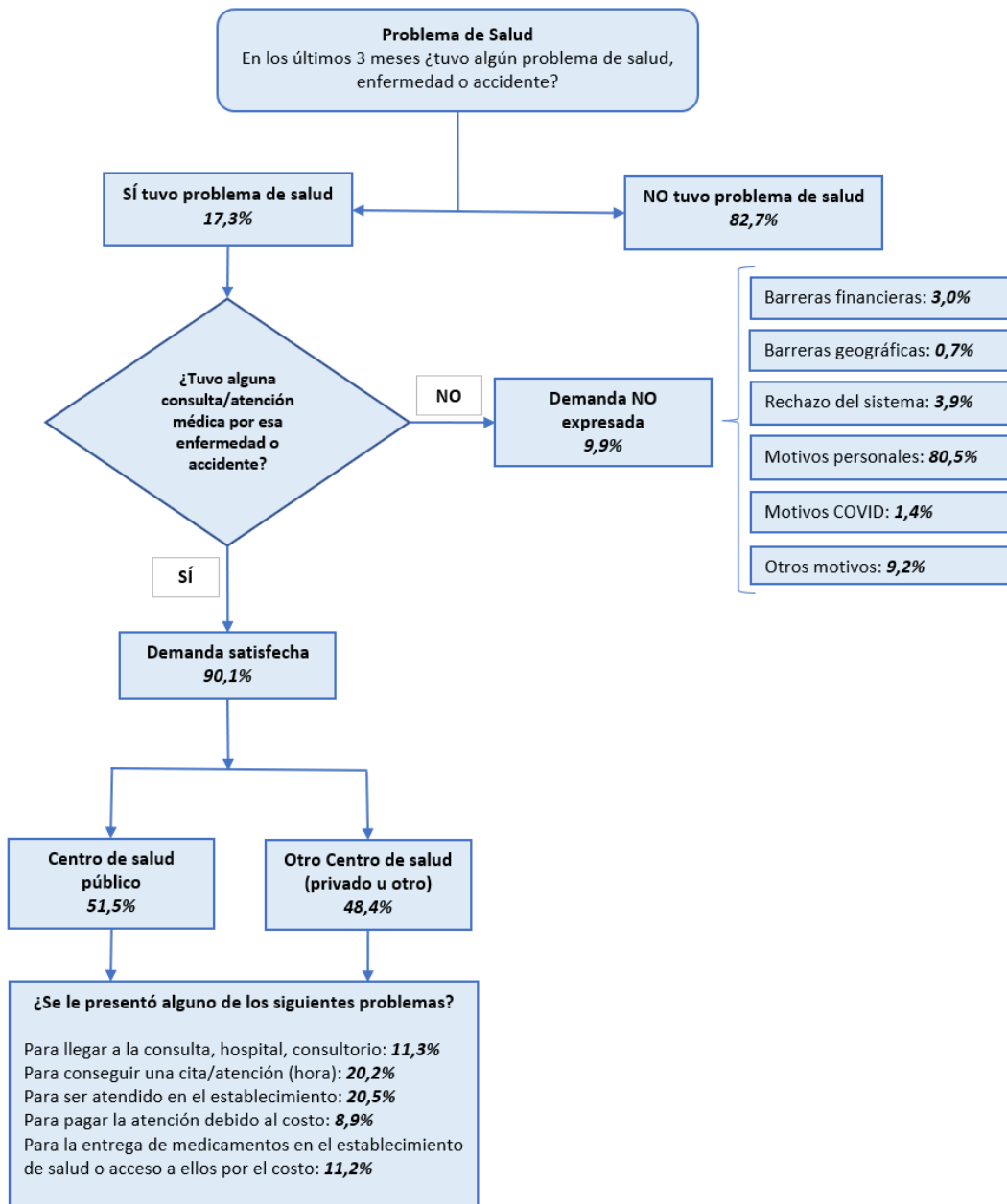
Fuente: Encuesta Casen 2022.

Necesidad de atención ante un problema de salud

La cobertura de atención de los servicios de salud representa el grado de interacción entre el servicio sanitario y la población a la que está destinado, sin que esta interacción se limite a un aspecto en particular de la provisión del servicio propiamente tal (Tanahashi 1978).

Para el análisis de la equidad en el acceso a atención de salud, la Figura 2 presenta la secuencia de análisis que se utiliza en este documento para describir y caracterizar la satisfacción de la demanda de la población ante la necesidad de atención debido a un problema de salud, enfermedad o accidente en los últimos 3 meses.

Figura 2. Problema de salud en la población y satisfacción de la demanda



Notas: Cálculos y estimaciones excluyen categoría “No sabe/No responde”.

Glosario de demanda no expresada:

- **Barrera financiera:** Pensó en consultar, pero no tuvo dinero.
- **Barrera geográfica:** Pensó en consultar, pero le cuesta mucho llegar al lugar de atención.
- **Rechazo del sistema:** Pidió hora, pero no la obtuvo.
- **Motivos personales:** No lo consideró necesario (no hizo nada, tomó remedios caseros); decidió tomar sus medicamentos habituales; prefirió consultar en farmacia; prefirió consultar medicina alternativa/indígena/natural u homeopática; pensó en consultar, pero no tuvo tiempo; consiguió hora, pero no la utilizó.
- **Motivos COVID:** Prefirió no consultar por temor al contagio COVID-19; consulta o atención postergada o cancelada por emergencia COVID-19.
- **Otros motivos:** Consiguió hora, pero todavía no le toca, u otros motivos

Fuente: Elaboración con base en Jadue et. al (2004) y datos de la Encuesta Casen 2022.

La necesidad de atención en servicios de salud se construye a partir de la pregunta: “En los últimos 3 meses, ¿tuvo algún problema de salud, enfermedad o accidente?”, resultando que el 17,3% de la población el año 2022 identificó algún evento de salud, siendo

mayor la necesidad de atención en mujeres que en hombres (18,6% versus 16,1%), comportamiento que se da en todos los tramos de edad, excepto en el tramo de menores de 18 años (Tabla 1).

Tabla 1. Necesidad de atención de salud en los últimos 3 meses por sexo y edad (porcentajes)

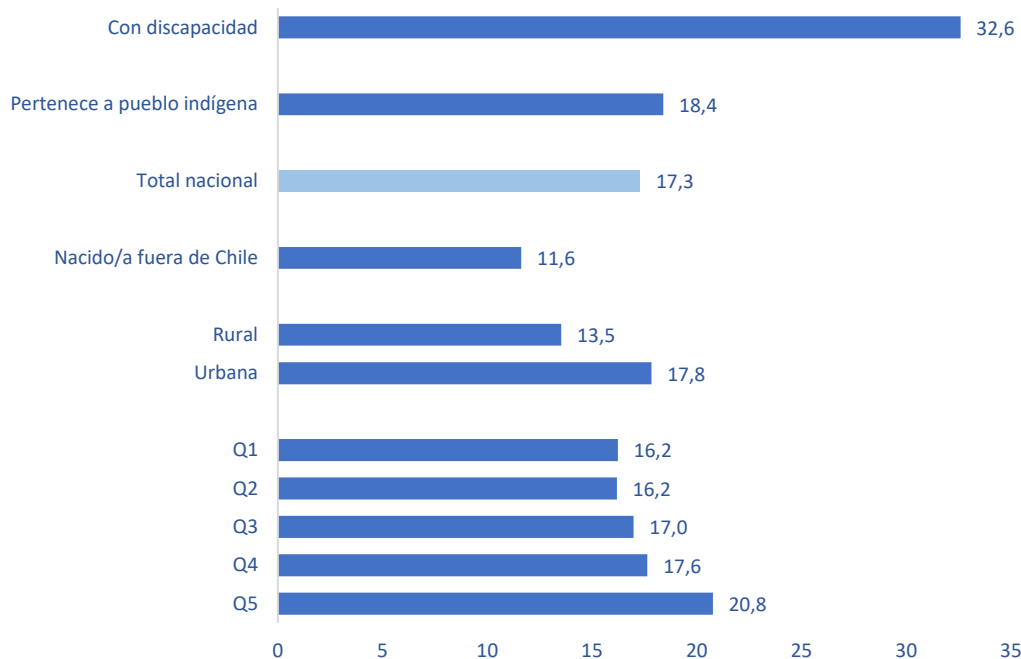
Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
0-17 años	18,0	82,0	16,9	83,1	17,4	82,6
18-29 años	10,8	89,2	12,7	87,3	11,7	88,3
30-44 años	13,4	86,6	16,3	83,7	14,8	85,2
45-59 años	16,5	83,5	21,1	78,9	18,9	81,1
60 y más	22,6	77,4	25,5	74,5	24,2	75,8
Total	16,1	83,9	18,6	81,4	17,3	82,7

Notas: Cálculos y estimaciones excluyen categoría “No sabe/No responde”.

A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en todos los tramos de edad, excepto en el tramo de menores de 18 años.

Fuente: Encuesta Casen 2022.

Gráfico 3. Población, según perfil, que tuvo necesidad de atención de salud debido a un problema de salud, enfermedad o accidente en los últimos 3 meses (2022) (porcentajes)



Nota: Cálculos y estimaciones excluyen categoría “No sabe/No responde”.

A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas: (i) entre los grupos de población prioritarios (personas con discapacidad, pueblos indígenas y nacidos/as fuera de Chile) y el total nacional; (ii) entre la población urbana y la rural, y (iii) entre los quintiles de ingreso autónomo del hogar, excepto entre Q1 y Q2, Q1 y Q3, Q2 y Q3, y Q3 y Q4.

Fuente: Encuesta Casen 2022.

A nivel de quintiles de ingresos (Gráfico 3) la necesidad de atención de salud fue similar, en términos estadísticos para los cuatro quintiles de menores ingresos. Por su parte, en el quintil de mayores ingresos, el 20,8% de la población manifestó haber tenido un problema de salud, enfermedad o accidente.

Respecto de los grupos de población, los que presentaron una menor proporción de problemas de salud es la población nacida fuera de Chile (11,6%). Por otra parte, destaca el 32,6% de población con discapacidad que presentó una necesidad de atención de salud. En el ámbito territorial, el área urbana presenta una cifra similar a la nacional, mientras que quienes habitan en el área rural presenta un porcentaje bajo (13,5%).

Para avanzar en el análisis, el grupo de población que presentó necesidad de atención producto de un problema de salud (17,3%), se dividió en 2 grupos. El primero de ellos se denominó “**Demanda satisfecha**” y correspondió al 90,1% de ese universo que tuvo la necesidad de atención debido a un problema de salud, solicitaron hora para consulta o atención médica en el sistema de salud tradicional, y la obtuvieron.

El segundo grupo corresponde a la “**Demanda No Expresada**”, que es el 9,9% de la subpoblación que tuvo la necesidad de atención por un problema de salud, pero cuya población no consideró necesario consultar su dolencia “por falta de tiempo”, “por temas económicos”, “por distancia”, “por temor de contagio”, porque decidió “automedicarse”,

entre otros motivos. A continuación, se describen los resultados para cada uno de estos grupos de población.

En relación al grupo de población cuya **demanda NO fue expresada** (que, como se mencionó, corresponde al 9,9% de la población que tuvo algún problema de salud), las razones para no solicitar atención ni consulta por el problema de salud ya sea por enfermedad o accidente (Figura 2), se concentran principalmente en motivos personales (80,5%), seguidas por otros motivos (9,2%). Por su parte, 3,9% reporta un rechazo del sistema, el 3,0% señaló tener una barrera financiera, el 1,4% prefiere no atenderse por motivos asociados al COVID y sólo el 0,7% manifiesta una barrera geográfica⁵.

Dentro de las razones de no consulta, particularmente en la categoría de “Motivos personales”, las explicaciones dadas por las personas encuestadas se concentran en tres categorías: i) No lo consideró necesario, así que no hizo nada; ii) No lo consideró necesario y tomó remedios caseros; y iii) Decidió tomar sus medicamentos habituales. Asimismo, se pudo observar que para la población el temor al contagio o postergaciones por COVID (1,4%) ya no tienen la relevancia que se le asignó en el periodo de la pandemia como razón para no realizar consultas médicas: en Casen en Pandemia 2020, 41,3% de las personas que tuvieron una necesidad de una atención de salud manifestó no haberla realizado por alguna razón asociada a COVID⁶.

⁵ **Barrera financiera:** Pensó en consultar, pero no tuvo dinero; **Barrera geográfica:** Pensó en consultar, pero le cuesta mucho llegar al lugar de atención. Esta barrera presenta menos de 50 casos muestrales; **Rechazo del sistema:** Pidió hora, pero no la obtuvo; **Motivos personales:** No lo consideró necesario (no hizo nada, tomó remedios caseros), decidió tomar sus medicamentos habituales, prefirió consultar en farmacia, prefirió consultar medicina alternativa/indígena/natural u homeopática, pensó en

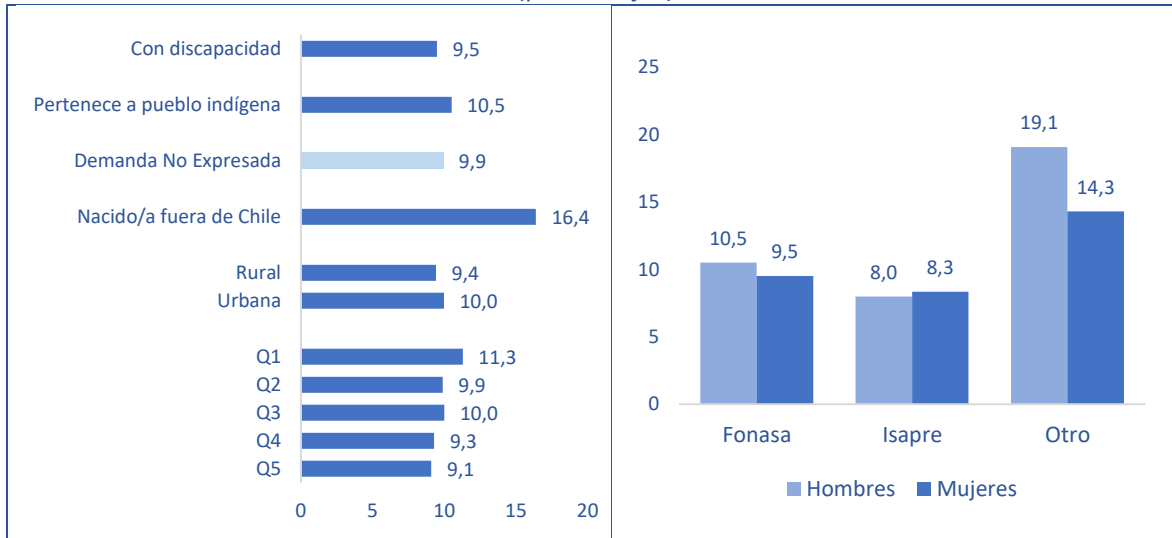
consultar, pero no tuvo tiempo, consiguió hora, pero no la utilizó; **Motivos COVID:** Prefirió no consultar por temor al contagio COVID-19, Consulta o atención postergada o cancelada por emergencia COVID-19; **Otros motivos:** Consiguió hora, pero todavía no le toca, Otros motivos

⁶ Prefirió no consultar por temor al contagio de COVID-19; No contaba con permiso para asistir a la consulta pues su comuna estaba en cuarentena; Su consulta o

En cuanto al perfil de la población que ante un problema de salud en los últimos 3 meses no manifiesta la necesidad de atención, no se observan diferencias significativas con respecto al dato nacional entre los grupos de población más vulnerables de la política pública (Gráfico 4), con excepción de la

población nacida fuera de Chile (16,4%), cuya atención de salud pudiera estar siendo limitada por ser el grupo de población que tiene el mayor porcentaje de población sin cobertura de ningún sistema de salud, como se mostró en la sección anterior.

Gráfico 4. Población, según perfil y sistema previsual de salud, que tuvo un problema de salud en los últimos 3 meses, pero NO expresa su necesidad de atención de salud (2022)
(porcentajes)



Notas: Cálculos y estimaciones excluyen categoría “No sabe/No responde”.

A un 95% de confianza **NO** se encuentran diferencias estadísticamente significativas: (i) entre el total nacional (categoría “Demanda No Expresada”) y los grupos de población (“personas con discapacidad” y “pertenece a pueblos indígenas”), excepto con “nacido/a fuera de Chile”; (ii) entre la población urbana respecto a la rural; (iii) entre los quintiles de ingreso autónomo del hogar, excepto entre Q1 y Q4, y Q1 y Q5 y (iv) entre hombres y mujeres en todos los sistemas de salud.

Fuente: Encuesta Casen 2022.

Respecto a características del grupo de población con “**Demanda satisfecha**”, se puede señalar que, según edad y sexo, hubo una demanda similar entre hombres y mujeres en todas las edades, excepto en el tramo etario de 45 a 59 años, donde se advierte una brecha entre mujeres y hombres, con proporciones de 90,9% y 86,9%, respectivamente (Tabla 2). Según adscripción al sistema previsual de salud

(Gráfico 5), el 90,0% de la población afiliada a Fonasa expresó demanda de atención, en tanto en el sistema privado Isapre fue de 91,8%, siendo esta diferencia pequeña pero significativa. En este ámbito se advierte la vulnerabilidad del grupo de población que no pertenece a ningún sistema de salud, que tiene solo un 73% de demanda satisfecha ante sus necesidades de salud.

atención fue cancelada debido a la emergencia del Covid-19; El especialista o establecimiento de salud no estaba atendiendo debido a cuarentena.

Tabla 2. Demanda expresada de necesidad de atención de salud en los últimos 3 meses por sexo y edad (porcentajes)

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
0-17 años	94,1	5,9	94,5	5,5	94,3	5,7
18-29 años	88,1	11,9	88,4	11,6	88,3	11,7
30-44 años	86,4	13,6	89,1	10,9	87,9	12,1
45-59 años	86,9	13,1	90,9	9,1	89,2	10,8
60 y más	90,1	9,9	89,2	10,8	89,6	10,4
Total	89,6	10,4	90,5	9,5	90,1	9,9

Notas: Cálculos y estimaciones excluyen categoría "No sabe/No responde".

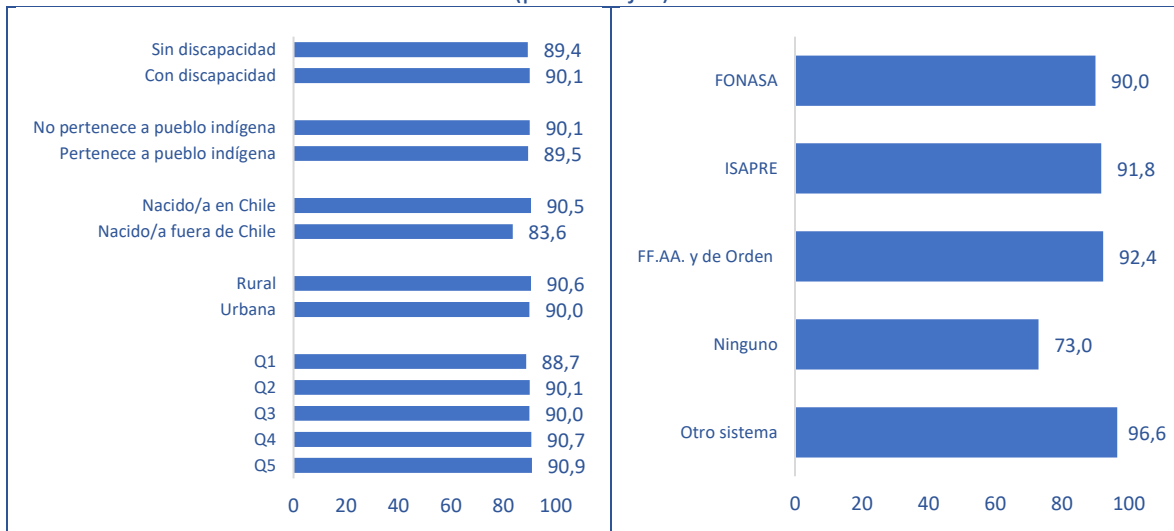
A un 95% de confianza NO se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en todos los tramos de edad en la categoría "Sí", excepto en el tramo de 45 a 59 años.

Fuente: Encuesta Casen 2022.

Según quintil de ingreso (Gráfico 5), se observa un comportamiento similar, excepto por la brecha estadísticamente significativa que se observa entre los quintiles de los extremos de la distribución, que presentan tasas de 88,7% (quintil I) y 90,9% (quintil V). De los grupos de población, destaca

nuevamente la menor demanda satisfecha de la población nacida fuera de Chile respecto de la población nacida en Chile (83,6% versus 90,5%, respectivamente). En los otros grupos prioritarios analizados no se advierten diferencias respecto del resto de la población en la satisfacción de la demanda de atención.

Gráfico 5. Población, según perfil y sistema previsional de salud, que tuvo un problema de salud en los últimos 3 meses y expresa su demanda de atención de salud (2022) (porcentajes)



Notas: Cálculos y estimaciones excluyen categoría "No sabe/No responde".

A un 95% de confianza NO se encuentran diferencias estadísticamente significativas: (i) entre los grupos de población prioritarios (personas con discapacidad y pertenecientes a pueblos indígenas) y las personas que no pertenece a cada uno de esos grupos, excepto entre "nacido/a fuera de Chile" y "nacido/a en Chile"; (ii) entre la población urbana respecto a la rural; y (iii) entre los quintiles de ingreso autónomo del hogar, excepto entre Q1 y Q4, y Q1 y Q5.

A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas según adscripción a los distintos sistemas de salud, excepto entre quienes están en Fonasa y FFAA y de Orden, e Isapre y FFAA y de Orden.

Fuente: Encuesta Casen 2022.

Respecto de las formas de satisfacer la demanda expresada, en la encuesta Casen 2022 se registra el establecimiento de salud donde cada uno de los integrantes del hogar tuvo su última consulta o atención, incluyendo los establecimientos del sistema público⁷, los del sistema privado⁸ y una categoría residual que agrupa atención en otro tipo de establecimientos⁹. Para efectos del análisis de la demanda satisfecha por tipo de establecimiento, esta clasificación se agrupa sólo en dos categorías de establecimientos: públicos y otros (que agrupa establecimientos privados y de otro tipo). Esta clasificación busca resaltar el desafío actual del sistema de salud chileno, principalmente asociado a la universalización de la Atención Primaria de Salud¹⁰, a través de la entrega de un servicio oportuno y de calidad a toda la población de acuerdo con sus necesidades de atención, independiente de su previsión de salud.

Para determinar el uso de los establecimientos, se contabiliza todos los tipos de atenciones consultadas en Casen 2022¹¹, excluyendo sólo exámenes de laboratorio y de rayos X o radiografías, así como la hospitalización o intervención quirúrgica. Los primeros corresponden a exámenes que en general se derivan de una atención o consulta médica y el último porque corresponde a atención de alta complejidad (nivel terciario) y no de atención primaria, que es el objeto de este apartado.

Analizando la satisfacción de la demanda expresada según tipo de establecimiento donde se realiza la atención de salud, los

datos revelan (Gráfico 6) que el 51,6% de la población que tuvo atención por problemas de salud, enfermedad o accidente en los últimos tres meses, se atendió en establecimientos del sistema público. El restante 48,4% lo hizo en otro tipo de establecimiento. Al desagregar por sexo se observa que el 48,8% de los hombres recibió tratamiento en establecimientos públicos, proporción que llega al 53,8% en el caso de las mujeres. Con relación a características de la población que se atiende principalmente en establecimientos del sistema público, los datos Casen 2022 indican que a estos establecimientos accede, en general, la población más vulnerable en el país, como lo es el 64,3% de las personas mayores, el 68,2% de las personas con discapacidad, el 63,5% de la población perteneciente a pueblos indígenas y el 51% de las personas nacidas fuera de Chile.

Respecto a la satisfacción de la demanda dependiendo del tipo de establecimiento utilizado en la atención y el sistema de previsión de salud de la población atendida, se observa que el 63,9% de la población adscrita a Fonasa se atiende en establecimientos del sistema público y el restante 36,1% lo realiza en algún otro tipo de establecimiento, en tanto que la población adscrita al sistema de Isapre acude a atenderse a establecimientos públicos en una proporción muy menor (2,5%), optando por atención en establecimientos del sistema privado o de otro tipo (97,5%). Por último, solo un tercio de la población adscrita a otros sistemas de salud (33,5%) se atiende en establecimientos del sistema público.

⁷ La categoría incluye: Consultorio general o municipal, CESFAM, posta rural o municipal, CRS o CDT o consultorio de especialidades, Hospital público.

⁸ La categoría incluye: Consulta, centro médico, clínica u hospital privado.

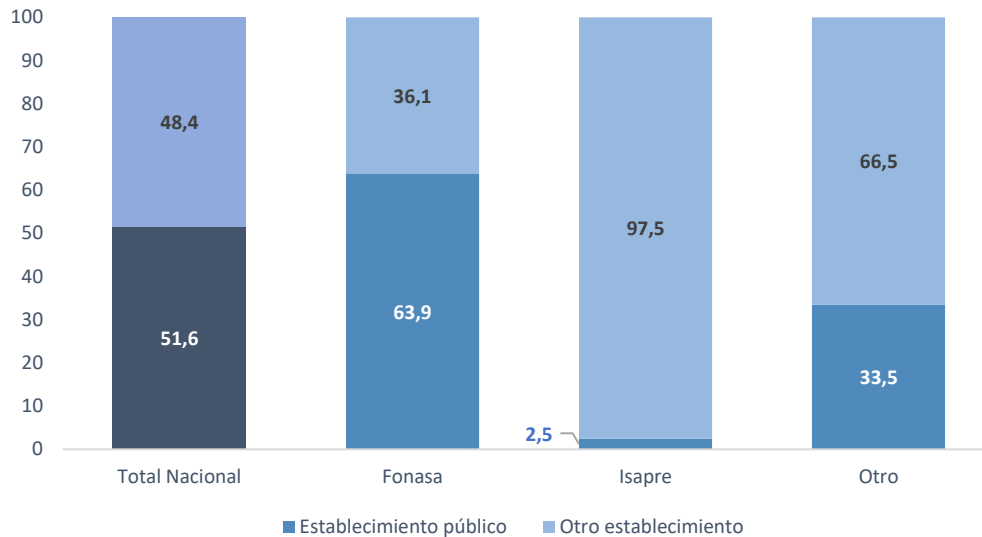
⁹ La categoría incluye atención en escuelas de medicina u odontología, atención en centros de salud fuera del país, además de considerar atención en establecimiento de salud perteneciente a alguna rama de las Fuerzas Armadas y de Orden.

¹⁰ Más información sobre el proceso de APS universal se puede consultar en:

<https://saludresponde.minsal.cl/universalizacion-de-la-atencion-primaria-de-salud/>

¹¹ Consulta médica general (pregunta s20 en el cuestionario Casen), consulta de urgencia (s21), atención de salud mental (s22), consulta de especialidad (s23), atención dental (s24), y controles de salud (s26).

Gráfico 6. Distribución de la población que tuvo atención de salud en los últimos 3 meses, según adscripción a sistema previsional de salud y tipo de establecimiento en el que se atendió (2022) (porcentajes)



Notas: Cálculos y estimaciones excluyen categoría “No sabe/No responde”.

A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas (i) entre el tipo de establecimiento utilizado en la consulta, para cada sistema previsional de salud, y (ii) entre tipos de sistema previsional de salud, para cada tipo de establecimiento.

Fuente: Encuesta Casen 2022.

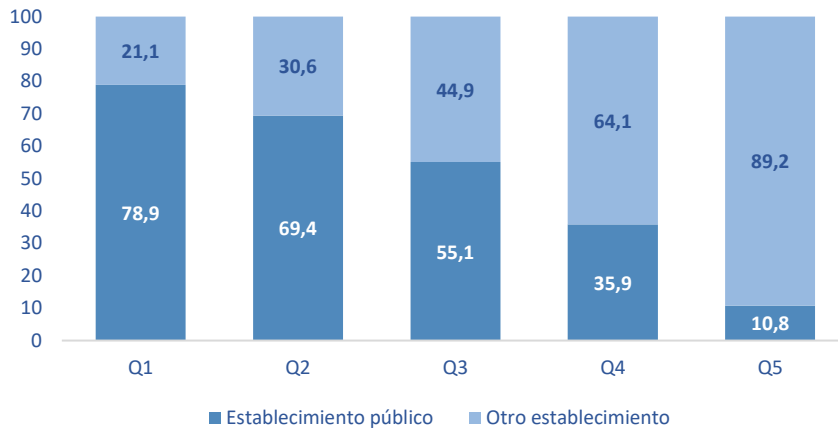
Las cifras de demanda satisfecha según quintiles de ingreso (Gráfico 7), muestra que la demanda de atención en el sistema público va descendiendo a medida que se avanza hacia los quintiles de mayores ingresos: mientras en el quintil de menores ingresos el 78,9% de la población que se atendió lo hizo en establecimientos del sistema público, esta proporción disminuye a 10,8% en el quintil de mayores ingresos. El análisis realizado muestra que los establecimientos del sistema público cubren a la población más vulnerable en términos sociales y económicos, así como a la población con mayor riesgo en su condición de salud, como lo son la población de personas mayores y personas con discapacidad.

El gráfico 8 muestra, entre la población que fue atendida por distintos tipos de consulta,

qué proporción de cada tipo de atención se realizó en establecimientos públicos de salud. Destacan las consultas de urgencia, con 81,3% de las atenciones de este tipo realizadas en establecimientos públicos. Le siguen los controles de salud (59,9% realizados en establecimientos públicos), las atenciones por consulta general (58,0%), las consultas por salud mental (49,8%) y las consultas por temas dentales y de especialidad, con 39,7% y 38,1%, respectivamente.

El análisis de estas atenciones de salud según quintil de ingresos, dan cuenta de que la estratificación socioeconómica del uso de establecimientos públicos se da en todos los tipos de atenciones, y es especialmente marcada en consultas de especialidad y de salud dental.

Gráfico 7. Distribución de la población que tuvo atención de salud en los últimos 3 meses, según quintil de ingresos autónomos per cápita del hogar y tipo de establecimiento en el que se atendió (2022)
(porcentajes)

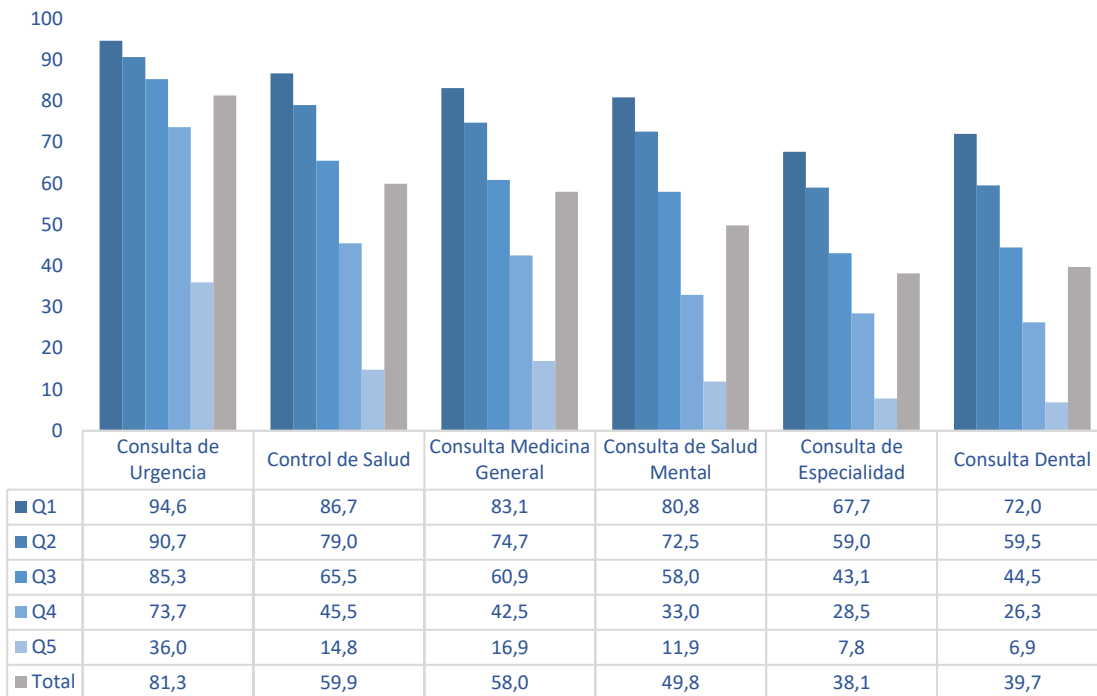


Notas: Cálculos y estimaciones excluyen categoría “No sabe/No responde”.

A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas (i) entre el tipo de establecimiento utilizado en la consulta para cada uno de los quintiles de ingresos, y (ii) entre quintiles de ingreso autónomo para cada tipo de establecimiento utilizado en la consulta.

Fuente: Encuesta Casen 2022.

Gráfico 8. Población que utilizó establecimientos públicos de salud, según tipo de prestación recibida en los últimos 3 meses y quintil de ingresos autónomos per cápita del hogar (2022)
(porcentajes)



Notas: Cálculos y estimaciones excluyen categoría “No sabe/No responde”.

A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre todos los quintiles de ingreso para cada tipo de consulta realizada.

Fuente: Encuesta Casen 2022.

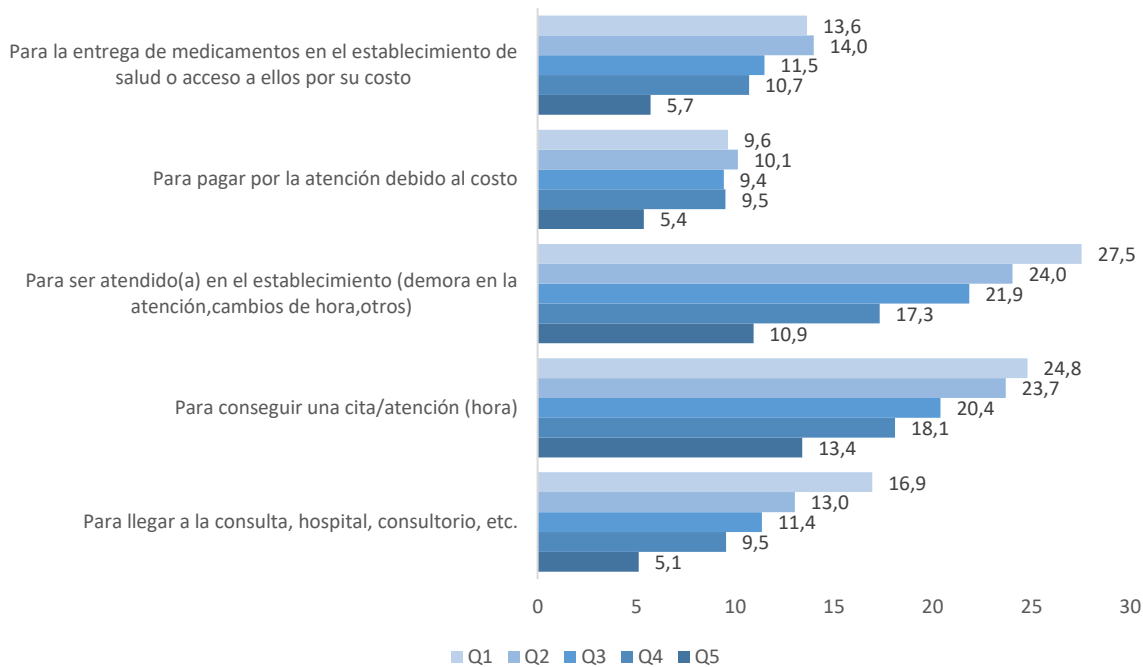
Al indagar respecto de los problemas que tuvo la población que accedió a atención de salud, se observa que, considerando todos los establecimientos de salud, el 37,8% de las personas encuestadas manifestó haber tenido algún tipo de problema en su consulta o atención médica por enfermedad o accidente, siendo los valores obtenidos los siguientes:

- 11,3% manifiesta problemas para llegar a la consulta, hospital o consultorio,
- 20,2% indica problemas para conseguir una hora de atención,
- 20,5% manifiesta problemas como demora en la atención, cambios de hora, entre otros.

- 8,9% presentó problemas para pagar la atención debido al costo asociado
- 11,2% manifestó problemas en la entrega de medicamentos en el establecimiento de salud o de acceso a ellos por su costo.

Por quintiles de ingreso (Gráfico 9) los problemas más frecuentes para la población atendida fueron “Problema para ser atendido/a en el establecimiento (demora en la atención, cambios de hora, otros)” y “Problema para conseguir una cita/atención (hora)”, siendo afectada principalmente la población de los quintiles de menores ingresos.

Gráfico 9. Población que recibió prestaciones de salud en los últimos 3 meses, pero presentó problemas en su atención, según tipo de problema y quintil de ingresos autónomos per cápita del hogar (2022)
(porcentajes)



Notas: Cálculos y estimaciones excluyen categoría “No sabe/No responde”.

A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre todos los quintiles de ingreso para cada tipo de problema en la atención de salud, excepto en (i) Problemas para conseguir una cita/atención (hora) entre Q1 y Q2; (ii) Problemas para pagar por la atención debido al costo entre Q1 y Q2, Q1 y Q3, Q1 y Q4, Q2 y Q3, Q2 y Q4, y Q3 y Q4; (iii) Problemas para la entrega de medicamentos en el establecimiento de salud o acceso a ellos por su costo entre Q1 y Q2, y Q3 y Q4.

Fuente: Encuesta Casen 2022.

Cobertura AUGE-GES

El plan de Garantías Explícitas en Salud, GES (ex AUGE) (en adelante AUGE-GES) es un sistema de derechos garantizados en salud, que obliga tanto a FONASA como a Isapre a entregar servicios y atenciones a todos sus afiliados que padezcan ciertos problemas de salud, bajo estándares de calidad preestablecidos y dentro de plazos determinados. La encuesta Casen 2022 indaga acerca de atenciones en AUGE-GES asociadas a 20 condiciones de salud¹², de las 87 vigentes por Decreto Supremo N°72 de 2022. El análisis presentado en esta sección se basa en información respecto de estas 20 condiciones de alta prevalencia (y no en el total de 87 garantías explícitas).

En particular, el análisis a continuación presenta la población en tratamiento que se encuentra cubierta por el sistema AUGE-GES debido a alguna de las 20 condiciones de salud consultadas. Luego se indaga en los motivos de aquella población que no se encuentra cubierta por el sistema de garantías explícitas. La pregunta que da inicio al flujo de análisis de la cobertura AUGE-GES es: “Durante los últimos 12 meses ¿ha estado en tratamiento médico por... [lista de 20 condiciones de salud]?”. De acuerdo con los datos entregados por Casen 2022, el 20,6% de la población entrevistada declara que han estado en

tratamiento médico en los últimos 12 meses por alguno de los 20 problemas de salud del sistema AUGE-GES consultados (Tabla 3), lo que representa del orden de 4 millones de personas. Como se ve en la Tabla 3, dos patologías concentran más del 60% de la población en tratamiento AUGE-GES: hipertensión arterial (42,8% del total de población en tratamiento AUGE-GES) y diabetes (24,7%). Asimismo, algunas de las condiciones de salud mencionadas en la Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030¹³, en específico las patologías de salud mental¹⁴ (incluyendo depresión y trastorno bipolar) y los distintos tipos de cáncer, presentan resultados de población en tratamiento del 11,5% y 3,4%, respectivamente.

Es relevante señalar que, en el ámbito de la salud mental, la condición de salud “Depresión” se ha convertido en una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, afectando globalmente a 264 millones de personas, con mayor prevalencia en mujeres. La relevancia de este tema se refleja en la Agenda 2030, específicamente en la meta 3.4, que señala “De aquí al 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar” (Minsal 2022).

¹² Hipertensión arterial, urgencia odontológica, diabetes, depresión, infarto agudo al miocardio, cataratas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, leucemia, asma bronquial moderada o grave, cáncer gástrico, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, cáncer de testículo, cáncer de próstata, colecistectomía preventiva, insuficiencia renal crónica terminal, accidente cerebral isquémico, cáncer colorrectal, trastorno bipolar, lupus.

¹³ En el Eje 2, de Estilos de vida, menciona el ámbito de salud mental, y el Eje 4 de Enfermedades crónicas no transmisibles y violencia, menciona explícitamente desafíos en los ámbitos del cáncer, diabetes y trastornos mentales.

¹⁴ La última Encuesta Nacional de Salud (2016-2017) mostró una prevalencia de síntomas depresivos del 16%.

Tabla 3. Población que ha estado en tratamiento médico en los últimos 12 meses según condición garantizada por el sistema AUGE-GES (número y porcentaje)

Condiciones de salud garantizadas	Población con la condición de salud (N)	Porcentaje sobre la población nacional total (%)	Porcentaje sobre el total de población en tratamiento AUGE-GES (%)
Hipertensión arterial	1.730.941	8,8	42,8
Urgencia odontológica	65.423	0,3	1,6
Diabetes	998.800	5,1	24,7
Depresión	421.124	2,1	10,4
Infarto agudo al miocardio	71.122	0,4	1,8
Cataratas	34.614	0,2	0,9
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	86.086	0,4	2,1
Leucemia	7.043	0,0	0,2
Asma bronquial moderada o grave	368.079	1,9	9,1
Cáncer gástrico	14.043	0,1	0,3
Cáncer cérvico uterino	24.663	0,1	0,6
Cáncer de mama	48.071	0,2	1,2
Cáncer de testículo	7.871	0,0	0,2
Cáncer de próstata	27.842	0,1	0,7
Colecistectomía preventiva	6.522	0,0	0,2
Insuficiencia renal crónica terminal	32.894	0,2	0,8
Accidente cerebral isquémico	24.187	0,1	0,6
Cáncer colorectal	7.389	0,0	0,2
Trastorno bipolar	44.789	0,2	1,1
Lupus	21.694	0,1	0,5
Otra condición de salud	1.937.885	9,9	*
No ha estado en tratamiento por ninguna condición de salud anterior	13.667.813	69,6	*
Total	19.648.895	100,0	100,0
Personas en tratamiento en últimos 12 meses por condición AUGE-GES	4.043.197		20,6

Notas: Son consultadas las condiciones de salud más prevalentes cuyo tratamiento puede ser cubierto por el sistema AUGE (20 condiciones). Se excluye categoría "No sabe/No responde".

Fuente: Encuesta Casen 2022.

Respecto a la cobertura AUGE-GES de la población que en los últimos 12 meses estuvo en tratamiento por condiciones de salud garantizadas, los datos Casen 2022 muestran que alcanzó al 77,2%, advirtiéndose un aumento significativo con respecto al 58,8% reportado en el año 2009. Sin embargo, la cifra para el año 2022 no recupera tasas

prepandemia, donde se alcanzaba un 79,0% de cobertura AUGE-GES de acuerdo con la Encuesta Casen 2017. La diferencia entre ambos años es estadísticamente significativa. Por otro lado, se advierte en el mismo período un incremento de la población que está informada sobre el sistema de garantías explícitas: la población encuestada que

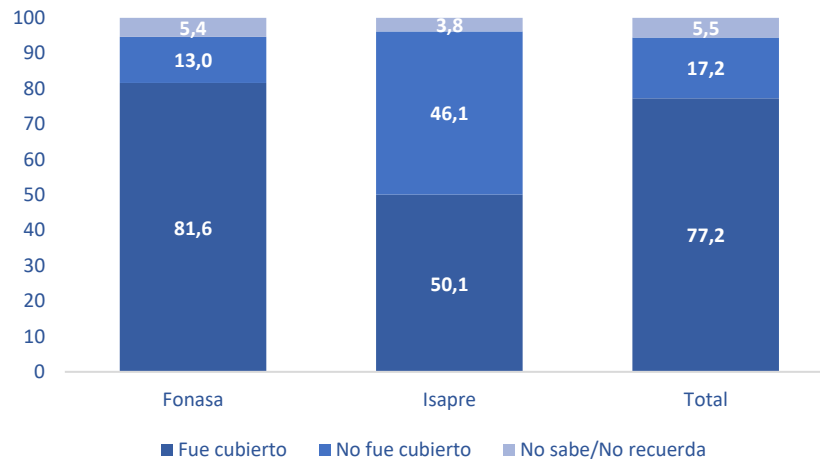
manifestó no saber o no recordar si su tratamiento fue cubierto por el sistema AUGE-GES, se redujo de 18,6% en el año 2009 a 5,5% en 2022.

Con relación con la distribución de la población que estuvo en tratamiento por condiciones de salud contempladas en el AUGE-GES, se observa en el Gráfico 10 una brecha en la cobertura del tratamiento según sistema previsional de salud: mientras en el sistema público Fonasa tiene una cobertura del 81,6% de su población afiliada en tratamiento, a nivel privado la cobertura de personas afiliadas a Isapre es de 50,1%. Destaca en este indicador la población con discapacidad, con una cobertura de 83,0%, la que contrasta con el

75,8% de cobertura de tratamiento AUGE-GES de las personas sin discapacidad.

El Gráfico 11 muestra cómo se distribuye la población con cobertura del sistema AUGE-GES según quintiles de ingresos y sistema previsional de salud. En la población afiliada al sistema público Fonasa, la población cubierta tiende a concentrarse desde el primer al tercer quintil, con solo un 5,0% de personas provenientes del quintil de mayores ingresos. Respecto a la distribución de la población afiliada al sistema privado Isapre que recibió tratamiento vía cobertura AUGE-GES, se observa una concentración en el quintil de mayores ingresos, con un 53,3%.

Gráfico 10. Distribución de la población en tratamiento por condiciones de salud garantizadas en los últimos 12 meses, según cobertura del tratamiento en el sistema AUGE-GES y sistema previsional de salud (2022)
(porcentajes)

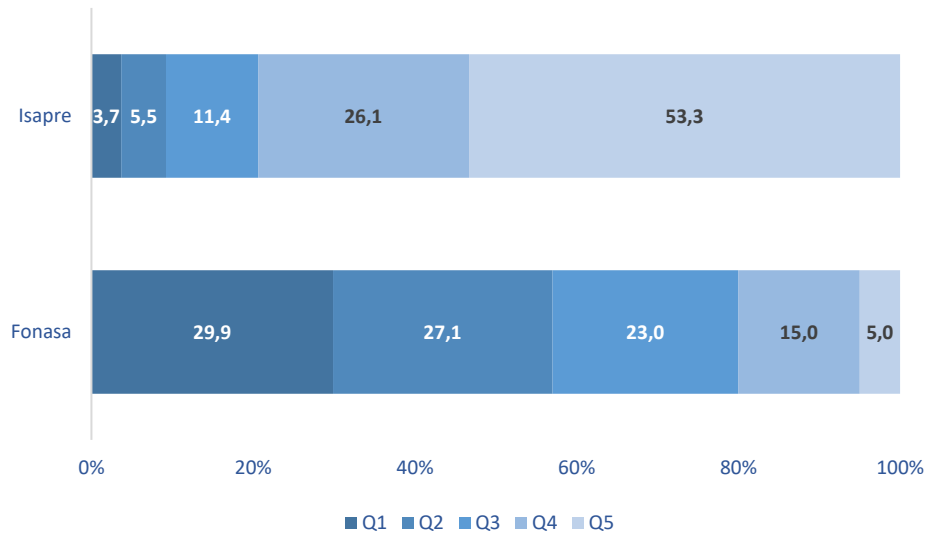


Notas: Solo se considera afiliados a Fonasa e Isapre.

A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la obtención de cobertura de tratamiento AUGE-GES en cada tipo de previsión de salud, excepto en Isapre entre “Fue cubierto” y “No fue cubierto”. Asimismo, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre sistemas previsionales de salud según la cobertura de tratamiento AUGE-GES, excepto entre Fonasa e Isapre en la categoría No sabe/No recuerda.

Fuente: Encuesta Casen 2022.

Gráfico 11. Distribución de la población en tratamiento por condiciones de salud garantizadas en los últimos 12 meses y que fue cubierta por el sistema AUGE-GES, según sistema previsional de salud y quintil de ingresos autónomos per cápita del hogar (2022)
(porcentajes)



Notas: Solo se considera afiliados a Fonasa e Isapre.

A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas (i) entre todos los quintiles de ingreso para cada sistema previsional de salud, y (ii) entre sistemas previsionales de salud para cada quintil de ingresos.

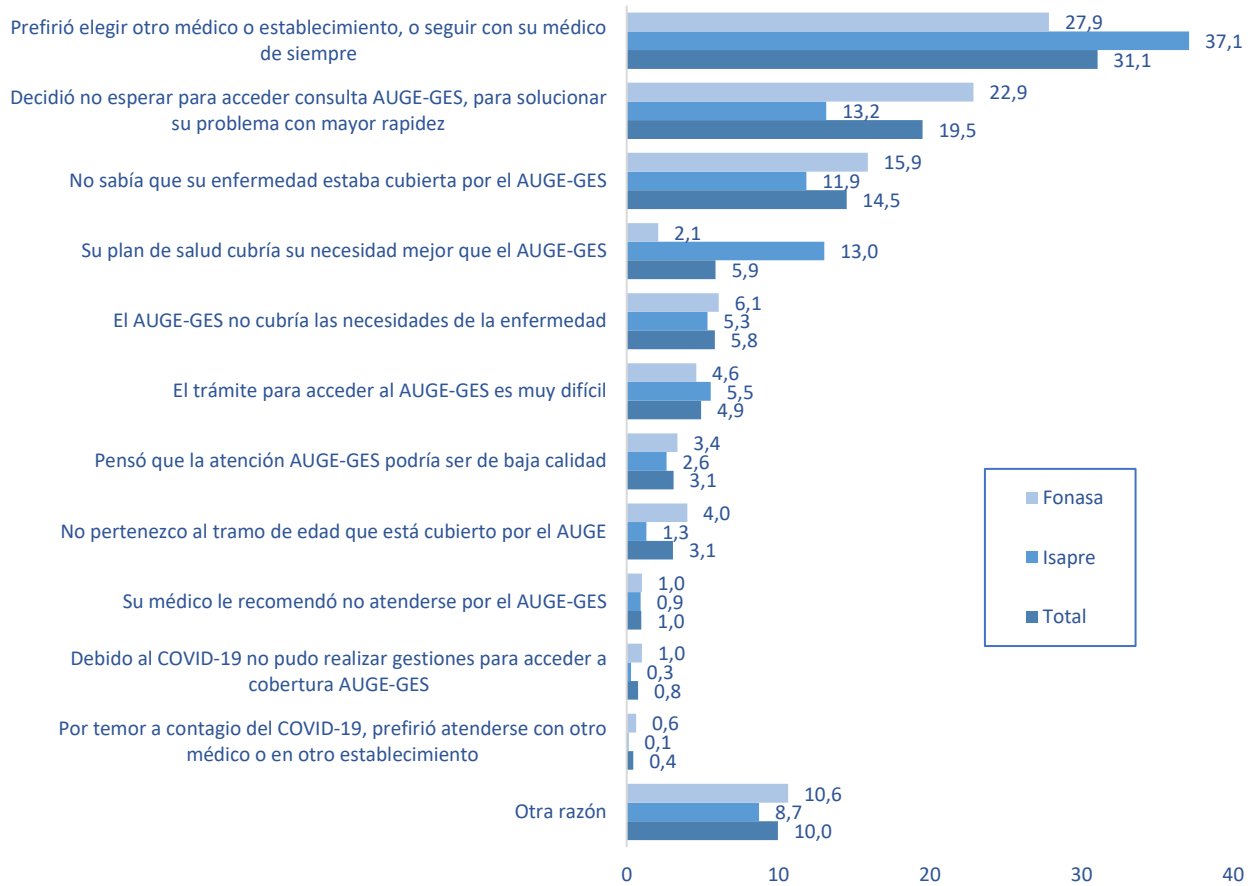
Fuente: Encuesta Casen 2022.

Como se observa en el Gráfico 12, al interior del grupo de población que en Casen 2022 manifestó **haber estado en tratamiento** en los últimos 12 meses por condiciones de salud garantizadas y que **no fue cubierta** por el sistema AUGE-GES, se menciona como razón principal que “Prefirió elegir otro médico o establecimiento, o seguir con su médico de siempre”, con el 31,1% de las menciones. Le siguen a distancia las siguientes razones: “decidió no esperar para acceder a consulta AUGE-GES, para solucionar su problema con mayor rapidez” (19,5%) y “no sabía que su enfermedad estaba cubierta por el AUGE-GES” (14,5%). Similar comportamiento se observa al

descomponer a la población cuyo tratamiento no fue cubierto según su adscripción al sistema previsional de salud.

Más allá de la similitud en los patrones generales, existen brechas entre los sistemas de salud en el caso de las tres razones mencionadas, y es relevante mencionar que en la población adscrita a Fonasa las razones “Decidió no esperar para acceder a consulta AUGE-GES, para solucionar su problema con mayor rapidez” y “No sabía que su enfermedad estaba cubierta por el AUGE-GES” presentan proporciones superiores a las manifestadas por quienes están adscritos al sistema de Isapre.

Gráfico 12. Distribución de la población que estuvo en tratamiento en los últimos 12 meses por condiciones de salud garantizadas y que NO fue cubierta por el sistema AUGE-GES, según sistema previsional de salud y razón de no cobertura (2022)
(porcentajes)



Nota: Solo se considera afiliados a Fonasa e Isapre.

Para cada sistema previsional de salud, así como para el total nacional, los porcentajes asociados a las distintas categorías de respuesta suman 100%.

Fuente: Encuesta Casen 2022.

La distribución por sexo de las razones de no atención en su tratamiento por el sistema AUGE-GES presenta un comportamiento similar a lo ya descrito en párrafos anteriores, sin diferencias entre hombres y mujeres en las distintas categorías consultadas, excepto en la

razón “Su plan de salud cubría su necesidad mejor que el AUGE-GES”, donde existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres (7,7% versus 4,3%, respectivamente).

Síntesis de resultados

Al examinar los datos generados por la Encuesta Casen 2022, los resultados muestran realidades marcadamente contrastantes. El seguro de salud público Fonasa cubre principalmente a la población de menores ingresos, una mayor proporción de mujeres y a una población con mayor prevalencia de factores de riesgo, como es el caso de la población con discapacidad y de las personas mayores. En contraposición, el sistema de seguro privado Isapre concentra una mayor proporción de la población adulta de 30 a 44 años, tramo etario asociado a plena actividad laboral y a un mejor estado de salud. Asimismo, destaca la existencia de un 3,0% de la población que declara no pertenecer a ningún sistema de salud (del orden de 590 mil personas), concentrado principalmente en la población nacida fuera de Chile.

En cuanto a las necesidades de atención de salud durante los tres meses previos a la aplicación de la Encuesta Casen 2024, un 17,3% de la población tuvo algún problema de salud, enfermedad o accidente, con una mayor presencia de mujeres, población de los grupos etarios en los extremos de la distribución (0 a 17 años, y 60 y más años), del quintil de mayores ingresos, y de la población con algún grado de discapacidad, siendo en este último grupo de población donde se manifiesta la mayor percepción de problemas de salud que requieren atención. Por su parte, el grupo de personas nacidas fuera de Chile es la que presenta la menor proporción de necesidades de atención en salud, lo que puede estar relacionado con el perfil etario de esta subpoblación.

Respecto a la población que ante un problema de salud accedió a alguna consulta o atención médica, lo que en este análisis fue designado como “demanda satisfecha”, esta se concentra en general en la población de mayor riesgo en su condición de salud, como son los niños, niñas y adolescentes, independiente del sexo, lo que puede estar asociado a una mayor preocupación de parte de sus personas cuidadoras por la salud, sobre todo en las edades más tempranas. En el mismo sentido, fue más frecuente la expresión de la demanda en el quintil de mayores ingresos, situación que puede reflejar un mayor nivel de preocupación por el estado de salud ante la ocurrencia de un evento, o que el hecho de contar con más recursos haga más probable expresar dicha preocupación en forma de una demanda de atención. En contraste, el grupo que presenta la menor demanda expresada corresponde a la población nacida fuera de Chile, lo que podría estar siendo condicionado por su menor adscripción al sistema de salud.

La demanda satisfecha según tipo de establecimiento de salud donde se otorga la atención o consulta médica se concentra en más de la mitad de los casos en los establecimientos del sistema público. La población con necesidades de atención afiliada al sistema público Fonasa utiliza principalmente establecimientos públicos, mientras que la población afiliada a sistema privado de Isapre prácticamente no acude a consulta a este tipo de establecimientos. Respecto de la población que tuvo atención, casi 4 de cada 10 personas manifiestan haber tenido algún tipo de problema, siendo los principales motivos mencionados “Problemas para conseguir una cita/atención (hora)” y “Problemas para ser atendido(a) en el establecimiento (demora en la atención, cambios de hora, otros)”, problemas que son crecientes en importancia a medida que disminuyen los niveles de ingreso, dando cuenta de una importante brecha socioeconómica en el acceso a prestaciones de salud.

En relación con el programa AUGE-GES, el análisis realizado con Casen 2022 sólo cubre las 20 condiciones de salud más prevalentes a nivel nacional de las 87 garantías vigentes actualmente, de manera que el análisis sólo proporciona una visión parcial de la situación para el año de la encuesta. En este sentido, el análisis presentado en el documento podría estar subestimando la proporción de población que ha estado siendo cubierta mediante garantías AUGE-GES. Con esta restricción en mente, cabe destacar que una de cada cinco personas declara estar en tratamiento médico por alguna de las 20 condiciones de salud consultadas, concentrándose en las patologías de hipertensión arterial y diabetes. Estas dos patologías comprenden a aproximadamente 70% de las personas cubiertas por AUGE-GES. Asimismo, al distinguir según el sistema de salud de la población, se observa que 4 de cada 5 personas con cobertura de salud Fonasa que están en tratamiento médico por alguna de las condiciones de salud consultada fue atendida mediante el sistema AUGE-GES. Lo mismo es cierto para solo la mitad de las personas cubiertas por Isapre. Dada la concentración de personas de mayores ingresos en dicho sistema, más de la mitad de las personas cubiertas por el sistema AUGE-GES y que están en Isapre provienen de hogares del quintil de mayores ingresos del país. Dentro del sistema público esta distribución es más homogénea entre quintiles, aunque de todos modos se observa una mayor concentración en los quintiles de menores ingresos.

Respecto a las personas que manifestaron estar en tratamiento por alguna condición garantizada, pero que no fue cubierta por el sistema AUGE-GES, mencionan como razones principales el preferir “elegir otro médico o establecimiento, o seguir con su médico de siempre”, el haber decidido “no esperar para acceder a consulta AUGE-GES, para solucionar su problema con mayor rapidez” y el hecho de no saber que su enfermedad estaba cubierta por el AUGE-GES. Es relevante mencionar que estas son las tres razones más prevalentes en ambos sistemas de salud, tanto Fonasa como Isapre, aunque con diferencias de nivel.

Respecto de las inequidades encontradas, especialmente en grupos prioritarios de la política social como personas mayores y personas con discapacidad, estas se plantean como desafíos que son parte de los planteados por el sector salud a través de su Plan Nacional de Salud, cuyo fin es mejorar la calidad de vida de toda la población a lo largo de su curso de vida.

Referencias

- Castillo-Laborde, C., Aguilera-Sanhueza, X., Hirmas-Adaay, M., Matute, I., Delgado-Becerra, I., Nájera-De Ferrari, M., Olea-Normandin, A., & González-Wiedmaier, C. (2017) Health Insurance Scheme Performance and Effects on Health and Health Inequalities in Chile. *MEDICC review*, 19, 57-64. <https://www.scielosp.org/pdf/medicc/2017.v19n2-3/57-64/en>
- Dmytraczenko, T. & Almeida, G. (Eds.). (2017). *Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe. Evidencia de países seleccionados*. Grupo Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/6b8b50b8-6c13-531a-89c0-e11be84d9a04/content>
- Frenz, P., Delgado, I., Kaufman, J. S., & Harper, S. (2014). Achieving effective universal health coverage with equity: evidence from Chile. *Health policy and planning*, 29(6), 717-731. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/166261/czt054.pdf>
- González Wiedmaier, C., Castillo-Laborde, C., & Matute Willemsen, I. (Eds.). (2019). *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno*. (Serie de Salud Poblacional N°2). Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Universidad del Desarrollo. <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>
- Jadue H, Liliana, Delgado B, Iris, Sandoval O, Hernán, Cabezas M, Lidia, & Vega M, Jeanette. (2004). Análisis del nuevo Módulo de Salud de la Encuesta CASEN 2000. *Revista médica de Chile*, 132(6), 750-760. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000600013>
- MINSAL (2021). *Cuenta Pública 2021, Ministerio de Salud*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/04/Cuenta-Pu%CC%81blica-Final-2021.pdf>
- MINSAL (2022). *Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
- Miranda, E. (ed.). (1994). *La Salud en Chile. Evolución y Perspectivas*. Santiago: Centro de Estudios Públicos. <https://www.cepchile.cl/investigacion/la-salud-en-chile-evolucion-y-perspectivas/>
- Núñez, A., & Chi, C. (2013). Equity in health care utilization in Chile. *International journal for equity in health*, 12, 1-16. <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-58>
- OCDE (2019). *Estudios de la OCDE sobre Salud Pública: Chile: Un mañana más saludable*. Estudios de la OCDE sobre Salud Pública. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/oecd-reviews-of-public-health-chile_9789264309593-en.html
- OPS (2019). *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51615>
- Sandoval, H. (2004). El proceso de la reforma de la salud en Chile. En C. Hardy (Ed.), *Equidad y protección civil* (pp. 179–198). Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 295. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/pdf/bullwho00439-0136.pdf>

Anexos

Glosario

Concepto	Descripción
Sistema previsional de salud	<p>La normativa laboral chilena obliga a los trabajadores dependientes a cotizar el 7% de su renta imponible al sistema de salud. El sistema de salud chileno es un sistema mixto, integrado por instituciones y organismos públicos y privados, en que la cotización de las y los trabajadores constituye la principal forma de financiamiento de la mayor parte de las atenciones de salud.</p> <p>El sistema público está representado principalmente por el Fondo Nacional de Salud, FONASA, y entrega cobertura de atención tanto a las personas que cotizan, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo. Los afiliados a FONASA son clasificados en cuatro grupos distintos de acuerdo con sus ingresos: Grupos A, B, C y D, siendo el grupo A el más vulnerable, con cobertura gratuita en el sistema público.</p> <p>En el sistema privado, las Isapre operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en el que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada.</p>
Tasa de acceso a atención médica frente a enfermedad o accidente (últimos tres meses)	Permite analizar el acceso a atención médica frente a una necesidad de salud, durante los últimos tres meses, producto de enfermedad o accidente, evaluando eventuales brechas de acceso.
Tasa de utilización de Establecimientos Públicos de Salud según tipo de prestación	La tasa de utilización de establecimientos públicos de salud considera a las personas que recibieron, en los últimos 3 o 12 meses, cada prestación médica y que fueron atendidas en establecimientos públicos.
Porcentaje de cobertura del sistema AUGE-GES para condiciones de salud priorizadas	El porcentaje de cobertura del sistema AUGE-GES considera a las personas afiliadas a FONASA o Isapre que, durante los últimos 12 meses, han estado en tratamiento médico por alguna de las 20 condiciones de salud consultadas en la Encuesta Casen 2024 y que se encuentran garantizadas, y que fueron cubiertas por el sistema AUGE-GES.
Quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar	<p>Clasifica a los hogares de cada región en cinco grupos de idéntico tamaño (quinta parte o 20% del total) ordenados en forma ascendente de acuerdo con el ingreso autónomo per cápita del hogar. El primer quintil (I) representa el 20% inferior y el quinto quintil (V), el 20% superior. Los límites de cada quintil corresponden a los valores mínimos y máximos del ingreso autónomo per cápita del hogar, que definen los intervalos de ingresos en que se encuentran los hogares de cada quintil.</p> <p>Notas: (1) Se excluye del universo al servicio doméstico puertas adentro y a su grupo familiar; (2) información es comparable, considerando actual metodología de corrección de ingresos, desde el 2006 y (3) Esta desagregación es pertinente sólo para análisis que se realicen al interior de una región.</p>
Persona con discapacidad	Estimación basada en el set corto de preguntas del Grupo de Washington ¹⁵ , cuyo objetivo es identificar a las personas de 5 años y más que, debido a dificultades para realizar ciertas acciones básicas y universales, se encuentran en mayor riesgo de experimentar limitaciones en la participación, en comparación con la población general.
Pertenencia a pueblo indígena	De acuerdo a la ley 19.253 modificada por ley 21.273 (publicada con fecha 17 de octubre 2020), el Estado reconoce los siguientes pueblos indígenas de Chile: Aimara, Rapa-Nui, Quechua, Mapuche, Atacameño, Colla, Kawashkar, Yagán, Diaguita y Changos. La pregunta en Casen se enmarca en el contexto de esta ley, otros pueblos originarios no son incluidos como categorías de respuesta.
Nacido(a) fuera de Chile	Se determina por la residencia de la madre de cada integrante del hogar al momento de su nacimiento (migración de toda la vida).

¹⁵ Escala desarrollada por el Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad (WG). Las preguntas consideran el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud (Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud) y contemplan una operacionalización simple y estándar orientada a obtener comparación internacional.

Algoritmo de cálculo indicadores de Salud (Código Stata con variables Casen 2022)

1.- Sistema previsional de salud

```

recode s13 (1= 1) (2= 2) (3= 3) (4= 4) (5=5) (-88= 9), generate (sist_salud)
label var sist_salud "sistema previsional de salud"
label define sist_salud 1 "FONASA" 2 "ISAPRE" 3 "FF.AA. y de Orden y Otro sistema" 4 "Ninguno" 5 "Otro sistema" 9 "No sabe", modify
label values sist_salud sist_salud

```

2.- Tasa de acceso a atención médica

```

gen atencion_med=s17
replace atencion_med=9 if atencion_med==88
replace atencion_med=. if atencion_med==9
label var atencion_med "Tasa de Atención Médica ante enfermedad o accidente"
label define atencion_med 1 "Sí" 2 "No"
label values atencion_med atencion_med

```

3.- Tasa de utilización de establecimientos de salud

```

*control preventivo*
gen control_salud_est=1 if (s26c==1 & (s26a>0 & s26a!=88))
replace control_salud_est=0 if ((s26c>=2 & s26c<=3) & (s26a>0 & s26a!=88))
replace control_salud_est=9 if (s26c==88 & (s26a>0 & s26a!=88))

*consulta general*
gen cons_gral_est=1 if (s20b==1 & s20a_preg==1)
replace cons_gral_est=0 if ((s20b>=2 & s20b<=3) & s20a_preg==1)
replace cons_gral_est=9 if (s20b==88 & s20a_preg==1)

*consulta urgencia*
gen cons_urg_est=1 if (s21b==1 & s21a_preg==1)
replace cons_urg_est=0 if ((s21b>=2 & s21b<=3) & s21a_preg==1)
replace cons_urg_est=9 if (s21b==88 & s21a_preg==1)

*atención de salud mental*
gen at_mental_est=1 if (s22b==1 & s22a_preg==1)
replace at_mental_est=0 if ((s22b>=2 & s22b<=3) & s22a_preg==1)
replace at_mental_est=9 if (s22b==88 & s22a_preg==1)

*consulta especialidad*
gen cons_esp_est=1 if (s23b==1 & s23a_preg==1)
replace cons_esp_est=0 if ((s23b>=2 & s23b<=3) & s23a_preg==1)
replace cons_esp_est=9 if (s23b==88 & s23a_preg==1)

```

atención dental

```
gen at_den_est=1 if (s24b==1 & s24a_preg==1)
replace at_den_est=0 if ((s24b>=2 & s24b<=3) & s24a_preg==1)
replace at_den_est=9 if (s24b==88 & s24a_preg==1)
```

exámenes de laboratorio

```
gen ex_lab_est=1 if (s25b1==1 & s25a1_preg==1)
replace ex_lab_est=0 if ((s25b1>=2 & s25b1<=3) & s25a1_preg==1)
replace ex_lab_est=9 if (s25b1==88 & s25a1_preg==1)
```

exámenes de rayos o ecografías

```
gen ray_eco_est=1 if (s25b2==1 & s25a2_preg==1)
replace ray_eco_est=0 if ((s25b2>=2 & s25b2<=3) & s25a2_preg==1)
replace ray_eco_est=9 if (s25b2==88 & s25a2_preg==1)
```

hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas

```
gen hospit_est=1 if s27c==1 & s27a<=8
replace hospit_est=0 if (s27c>=2 & s27c<=5) & s27a<=8
replace hospit_est=9 if s27c==88 & s27a<=8
```

label var control_salud_est "Tipo de establecimiento de control preventivo de salud"

label var cons_gral_est "Tipo de establecimiento de consulta general"

label var cons_urg_est "Tipo de establecimiento de consulta de urgencia"

label var cons_esp_est "Tipo de establecimiento de consulta de especialidad"

label var at_den_est "Tipo de establecimiento de atención dental"

label var ex_lab_est "Tipo de establecimiento de exámenes de laboratorio"

label var ray_eco_est "Tipo de establecimiento de exámenes de rayos o ecografías"

label var hospit_est "Tipo de establecimiento de hospitalización e intervención quirúrgica"

label var at_mental_est "Tipo de establecimiento de atención de salud mental"

label define cons_est 1 "Establecimientos públicos de salud" 0 "Otro tipo de establecimiento" 9 "No sabe"

label copy cons_est hospit_est

label values hospit_est hospit_est

label copy cons_est ray_eco_est

label values ray_eco_est ray_eco_est

label copy cons_est ex_lab_est

label values ex_lab_est ex_lab_est

label copy cons_est at_den_est

label values at_den_est at_den_est

label copy cons_est cons_esp_est

label values cons_esp_est cons_esp_est

label copy cons_est cons_gral_est

label values cons_gral_est cons_gral_est

label copy cons_est control_salud_est

label values control_salud_est control_salud_est


```
label copy cons_est at_mental_est  
label values at_mental_est at_mental_est
```

```
label copy cons_est cons_urg_est  
label values cons_urg_est cons_urg_est
```

4.- Cobertura AUGE-GES

```
gen cobert_auge=s29 if (s13==1 | s13==2) & s28<21  
replace cobert_auge=9 if s29== -88  
label var cobert_auge "Cobertura Auge-Ges (sólo afiliados fonasa e isapre)"  
label define cobert_auge 1 "Si" 2 "No" 9 "No sabe/No recuerda" ,modify  
label values cobert_auge cobert_auge
```



Observatorio Social

