



## ISección: Historia y vida política

### Progreso, retos y la equidad en Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (2005-2020))

Elizabeth Abigail Sampson  
Universidad Nacional de Costa Rica  
Heredia, Heredia, Costa Rica  
[elizsamp@gmail.com](mailto:elizsamp@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-0899-5677>

Recibido: 29 de noviembre de 2021  
Aceptado: 26 de febrero de 2022

**Resumen:** Desde la independencia de Chile, la política sanitaria ha tenido varias reformas. Una reforma clave y moderna es el Acceso Universal con Garantías Explícitas de Salud (AUGE). El objetivo principal de AUGE es mejorar la calidad de vida de los chilenos por la reducción de desigualdades. La priorización del derecho a salud y una política sanitaria que se adapta a las necesidades de la población, contribuyen a la equidad sanitaria ya que aumentan las capacidades y el desarrollo óptimo de las personas. Esta investigación examina la equidad en la política sanitaria, durante el período 2005-2020 en Chile. En esta investigación se hará uso de una versión modificada del enfoque de las capacidades de Amartya Sen. Las teorías y las lecturas relevantes de los derechos humanos, la política sanitaria, y la salud también forman parte del análisis de esta investigación.

**Palabras claves:** política sanitaria; AUGE; Chile; equidad; derechos humanos.

#### Progress, challenges and equity in Plan AUGE ( Universal Access with Explicit Guarantees in Health (2005-2020))

**Abstract:** Since Chile's independence, the health policy has had various reforms. One key and modern reform is Universal Access with Explicit Guarantees in Health (AUGE). The main objective of AUGE is to improve the quality of life of the Chileans by the reduction of inequalities. The prioritization of the right to health and a health policy that adapts to the needs of the population; adds to health equity as it increases the capacities and functionings of persons. This investigation examines equity in the health policy, during the period 2005-2020 in Chile and uses a modified version of Amartya Sen's capacity approach. The theories and relevant readings of human rights, health policy and health also form part of the analysis of this investigation.

**Keywords:** health policy; AUGE; Chile; equity; human rights.



## Progreso, desafío e a equidade no Plano AUGE (Acesso Universal com Garantias Explícitas em Saúde (2005-2020))

**Resumo:** Desde a independência do Chile, a política sanitária passou por várias reformas. Uma reforma chave e moderna é o Acesso Universal com Garantias Explícitas em Saúde (AUGE). O objetivo principal do AUGE é melhorar a qualidade de vida dos chilenos por meio da redução das desigualdades. A prioridade do direito à saúde e a uma política sanitária que se adapte às necessidades da população se agrega à equidade sanitária porque aumenta as capacidades e funcionamentos das pessoas. Essa pesquisa examina a equidade na política sanitária, durante o período 2005-2020 no Chile. Para isso, um enfoque modificado de capacidades de Amartya Sen, as teorias, as leituras relevantes dos direitos humanos, a política sanitária e de saúde também formam parte da análise científica.

**Palavras-chave:** política sanitária; AUGE; Chile; equidade; direitos humanos.

### Introducción

Los países de América Latina y el Caribe han sufrido de un largo legado de inequidad como producto de los procesos de colonización. Por eso, desde la independencia, estos países se han enfrentado a retos con el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera para el desarrollo de instituciones de atención pública de los Estados modernos. Estos retos han evolucionado en amenazas al desarrollo humano. No obstante, hay países en que instituciones como el Ministerio de Salud ha colocado la salud pública como prioridad. El fortalecimiento del sector sanitario con la implementación y la formulación de planes, políticas y programas de salud reducen las brechas de desigualdad económica, social, género y de acceso a servicios. Es decir que el Ministerio de Salud desempeña un gran rol en la equidad sanitaria.

Durante los diecisiete años de la administración de Pinochet (1973-1990) llevó a cabo una serie de reformas neoliberales dirigidas al Estado. Una reforma clave fue la privatización de la salud, cuyo objetivo era disminuir el gasto social. Con el establecimiento de esta reforma, hubo una reestructuración del sector sanitario, ya que se da la creación de prestaciones de salud y se presencia la descentralización de servicios. Es imprescindible notar que después del período del gobierno militar, los gobiernos de Concertación



implementaron algunas reformas como AUGE para resolver la crisis del sector sanitario y adaptar el sistema sanitario a las necesidades de la población. Para lograr la equidad sanitaria es necesario que haya, por parte de las instituciones públicas, un aumento y mejoramiento de recursos, una política que se adapta a las expectativas de la población, mejor acceso a salud, más libertades, más derechos para pacientes, cortas listas de espera y bajas tasas de mortalidad.

Esta investigación evaluará la equidad en la calidad y el acceso de los servicios sanitarios en Chile. El período de estudio es 2005-2020. El Ministerio de Salud ha implementado varias leyes que tratan de garantizar el acceso universal de los ciudadanos y cubren más de setenta enfermedades.

## Marco teórico -conceptual

### a. Perspectivas de la salud

El artículo, “La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectiva desde el campo de la salud colectiva,” de Nivaldo Linares-Pérez y Oliva López- Arellano (2008) destaca las varias perspectivas de la salud: liberal, utilitarista e igualitarista (p. 248). Los liberales opinan que la salud pertenece al ámbito de la vida privada. (Linares- Pérez y López- Arellano, 2008, p. 248), ya que consideran que la elección y la distribución de los cuidados médicos deben llevarse a cabo a través del intercambio en el mercado. (Linares- Pérez y López- Arellano, 2008, p. 248) La base de la libre elección reduce la intervención del Estado a programas básicos para la atención a los más pobres (Linares- Pérez y López- Arellano, 2008, p. 248). Los neoliberales priorizan la estructura del mercado por sobre el bien común.

La perspectiva utilitarista, es otra teoría que está vinculada con el neoliberalismo. Para los utilitaristas es importante contemplar los sistemas de salud desde las preferencias y la maximización de la suma de las utilidades.



(Linares-Pérez y López-Arellano, 2008, p. 248) Según esta perspectiva, el Estado no tiene una gran importancia. Mario Hernández-Álvarez (2008) en su artículo, "El concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud," añade su voz al debate del utilitarismo y salud; en vez de los conceptos preferencia y valores, Hernández-Álvarez (2008) utiliza los términos "costo-beneficio" y "prioridades". (p.77). Los utilitarios opinan que el cálculo de costo-beneficio y la identificación de prioridades son importantes en la formulación de una política pública. (Hernández-Álvarez, 2008, p. 77). Una política sanitaria, desde esta perspectiva, se enfoca en la valoración de pérdidas. (Hernández-Álvarez, 2008, p. 77). Los siguientes términos son claves en la formulación de una política de salud utilitarista: "carga de la enfermedad," "años de vida potencialmente perdidos," y "años de vida ajustada a la discapacidad" (Hernández-Álvarez, 2008, p. 77).

Desde la perspectiva igualitarista, cada persona tiene el derecho de una vida sana y es una libertad que permite al ser humano trabajar y lograr sus metas. Alicia E. Yamin y Ariel Frisancho (2014) en su artículo, "Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina," destacan que muchos países latinoamericanos han cambiado sus perspectivas de la salud y la tratan como un bien de los ciudadanos en vez de como una mercancía (p. S 5). Por eso, la promoción de una trayectoria equitativa hacia la cobertura universal de salud. (Yamin y Frisancho, 2014, p. S 5). Hoy en día, se incorporan los principios y estándares de los derechos humanos en las respectivas legislaciones y constituciones, en los programas de salud y en las políticas sanitarias (Yamin y Frisancho, 2014, p. S 5). Desde la perspectiva igualitarista, los gobiernos son los portadores de obligaciones hacia los derechos (Yamin y Frisancho, 2014, p. S 5). Adicionalmente, los usuarios del sistema de salud son los titulares de derechos y exigen que los gobiernos rindan cuenta acerca de la manera equitativa de la cobertura universal de la salud (Yamin y Frisancho, 2014, p. S 5). El Plan AUGE es emblemático del igualitarismo.



Amartya Sen (1999) sigue en el lineamiento de una perspectiva igualitarista, en su libro, *Development as Freedom* vincula el desarrollo con la libertad del ser humano. En él opina que el desarrollo es el proceso que expande las libertades reales de las que las personas disfrutaban. (p.3) Esta perspectiva es muy diferente de otras, Sen (1999) destaca que las perspectivas más estrechas del desarrollo enfocan en el crecimiento de Producto Nacional Bruto, el aumento de ingreso personal, la industrialización y los avances tecnológicos (p. 3). Sin embargo, para la investigadora el Producto Nacional Bruto tiene el potencial de expandir las libertades que los miembros de la sociedad disfrutaban (p. 3). El Producto Nacional Bruto no es el único factor que determina la libertad del ser humano. Sen (1999) revela que las libertades dependen de la educación, la salud y los derechos políticos y civiles (la libertad de participar en consultas públicas y escrutinio) (p. 3). Hay privaciones de la libertad que restringen el desarrollo humano: la pobreza, la tiranía, la falta de oportunidades económicas, las privaciones sociales sistemáticas, la negligencia de instalaciones públicas, la intolerancia y la hiperactividad de estados represivos (Sen, 1999, p. 3). Las administraciones pueden promulgar leyes para minimizar y eliminar la existencia de privaciones. Sen (1999) cree que la política pública puede mejorar las capacidades de las personas. (p.18) La política pública debe reflejar las libertades de las personas. Adicionalmente, la política pública crea las oportunidades sociales y aumenta las libertades de personas, las oportunidades sociales son los arreglos que la sociedad hace por áreas como la educación, la atención médica e influye la libertad sustantiva para vivir mejor (p. 39).

## **b. Desigualdad, inequidad y equidad sanitaria**

La desigualdad, la inequidad y la equidad sanitaria forman gran parte del debate sobre los asuntos sociales, políticos y económicos en América Latina y más allá. Estos conceptos están vinculados con el desarrollo humano y es



esencial distinguirlos y comprenderlos. La desigualdad aqueja la calidad de vida de los ciudadanos. La falta de acceso, la baja calidad de servicios y las pocas oportunidades son elementos claves en la desigualdad social. En el sector sanitario, los pobres no pueden recibir una mejor calidad de atención médica. Los siguientes factores aquejan este grupo vulnerable: la subfinanciación, la falta de medicamento, el despido del trabajo, la fuga de cerebros, el deterioro de infraestructura, la cobertura parcial de atención médica y largas listas de espera. No hay mucha investigación en la equidad sanitaria en Chile y América Latina. De hecho, la desigualdad no es el mismo concepto que la inequidad. El informe, “Salud en Costa Rica: Incorporar el enfoque de capacidades para evaluar la equidad,” María José Gallardo (2010) distingue entre los dos conceptos: La desigualdad es “... las diferencias sistemáticas en las oportunidades y logros de las personas” (Gallardo, 2010, p. 9). La desigualdad es una disparidad entre miembros de diferentes grupos sociales. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil es más alta en un grupo racial que en otro. Por otro lado, la inequidad va más allá de la desigualdad. En la inequidad hay un componente multidimensional a estas diferencias y la interacción de distintos factores (compromisos políticos, reforma social o políticas económicas) que pueden ser modificados por medio de acuerdos sociales (Gallardo, 2010, p. 9). La inequidad puede estar reducida por la promulgación de leyes y la implementación de planes y programas.

La equidad de la salud también se refiere a las intervenciones de salud. Paula K. Lorgelly et al (2010) en su artículo, “Outcome Measurement in Economic Evaluations of Public Health Interventions: a Role for the Capability Approach?” distingue entre las intervenciones de salud pública y las intervenciones médicas/ clínicas. Las intervenciones de salud pública promueven salud o previenen la mala salud en comunidades/poblaciones. (Lorgelly et al., 2010, p. 2274) Por otro lado, las intervenciones médicas previenen o tratan mala salud en individuos. (Lorgelly, et al., 2010, p. 2274) . Esta investigación va a enfocarse en las intervenciones de salud pública



como producto de la presente inconformidad de las personas chilenas por su condición de salud y la debilidad de los sistemas de atención.

### c. Marco básico de Sen

El enfoque de capacidades establecido por Sen forma una gran parte de esta investigación en la evaluación de la política sanitaria de Chile (2005-2020). Amartya Sen (1993), en su artículo, “Capability and Wellbeing,” revela que el enfoque es diferente a otros pues parte de la evaluación de las libertades negativas (se enfoca en el cumplimiento de derechos y reglas libertarios de la no-interferencia), la utilidad (se enfoca en felicidad, placeres o el cumplimiento de deseo), opulencia absoluta o relativa y la comparación de los medios de la libertad. (Sen, 1993, p. 30). El enfoque de capacidades por Sen evalúa el acceso, la calidad y la oportunidad. Es decir, evalúa el potencial de cada ser humano sin los retos o los obstáculos como las políticas públicas que desfavorecen los grupos en condición de vulnerabilidad. La igualdad es importante en este enfoque, pues Sen opina que solo con la igualdad el ser humano puede aumentar su capacidad.

Los bienes/recursos es el primer concepto en el enfoque de capacidades. Alexander Goerne (2010), en su artículo, “The Capability Approach in social policy analysis. Yet another concept,” destaca que los bienes/recursos incluyen servicios (p. 7). No todos los ciudadanos en un país tienen acceso los mismos recursos, Amartya Sen (1999) en su libro, “Development as Freedom” menciona cinco factores que tienen vínculos con los bienes/recursos:

1. **Heterogeneidades personales:** discapacidad, enfermedad, edad y género.
2. **Ambiente:** El tiempo (temperatura, inundación, precipitación señala), las enfermedades infecciosas en una región.
3. **Ambiente social:** La existencia de educación pública, la prevalencia o la ausencia de crimen y violencia en un lugar.



4. **Relaciones:** Los requisitos para los bienes/recursos son diferentes y dependen de convenciones y costumbres.
5. **Familia:** El ingreso es compartido por todos los asalariados y no asalariados (Sen, pp. 70 71).

Según Diego Alviero Restrepo- Ochoa (2013), en su artículo, “La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública,” la capacidad es, “...las posibilidades que tienen las personas para lograr funcionamientos valiosos en la vida y, por tanto, constituye un aspecto fundamental de la libertad que tiene una persona para llevar una determinada clase de vida.” (p.5) La capacidad es el potencial del ser humano y lo que una persona valora hacer. Las siguientes capacidades son esenciales en la salud: la esperanza de vida al nacer normal, la salud física, la integridad física, las emociones. Estas capacidades ya mencionadas ayudan al ser humano a estar sano, lograr su potencial y mejorar su calidad de vida. Los recursos conducen a un juego de capacidades tomando en cuenta las diferencias entre personas en cuanto a su psicología, y sus condiciones físicas y sociales. Pues las capacidades influyen en los funcionamientos: el tercer concepto de Sen es lo que determina el bienestar. Restrepo-Ochoa (2013) destaca que los funcionamientos, “... se refieren a aquellas cosas que las personas logran ser o hacer al vivir, y que varían desde aspectos tan básicos como alimentarse y estar libre de enfermedades...” (p. 5). “El conjunto de funcionamientos (denominado ‘vector de funcionamientos’) es el que indica el modo de vida en el que una persona se encuentra” (Restrepo-Ochoa, 2013, p. 5).

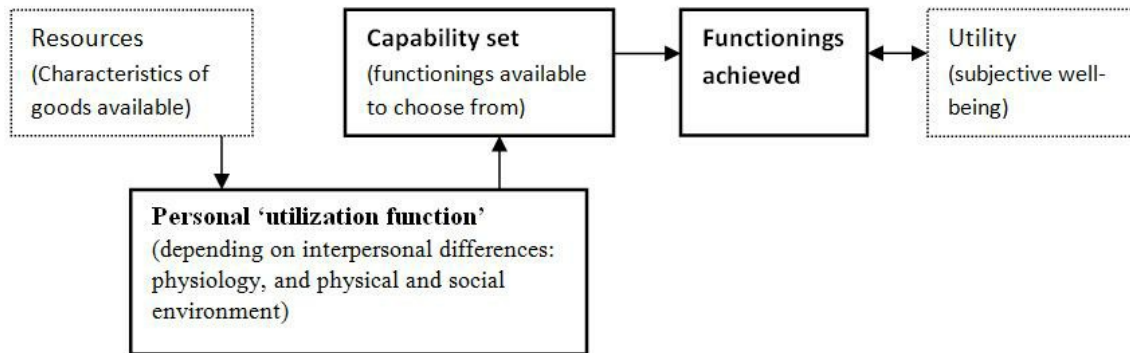
La utilidad es la última etapa en el enfoque básico de capacidades. La utilidad es el beneficio/ganancia. En el enfoque básico de capacidades, el individuo evalúa y mejora su calidad de vida a causa de los funcionamientos. Adicionalmente, hay priorización de valores y metas. El costo-beneficio es esencial





en la toma de decisiones en esta etapa. No obstante, el provecho egoísta conduce a la inequidad.

**Figura 1. El enfoque básico de capacidades por Sen**



Fuente: Internet Encyclopedia of Philosophy. (2022). *Sen-Chart*.  
<https://www.iep.utm.edu/wp-content/media/Sen-Chart1.jpg>

#### **d. Modificación del enfoque básico de Sen**

Las dimensiones internas y externas forman gran parte de la modificación del enfoque de capacidades. Estos conceptos van más allá del concepto de los bienes/recursos porque están más detallados. Barbara Bucki (2014), en su artículo, "Health Capability: An Attempt to Clarify Alternative Approach for Health Sociology", destaca las dimensiones internas y externas del enfoque de capacidades. Las dimensiones internas incluyen creencias, actitudes, habilidades, conocimiento (Bucki, 2014, p. 25). En cambio, las dimensiones externas son las condiciones ambientales, políticas, micro y macro (Bucki, 2014, p. 26). Hay dimensiones externas que pueden autoevaluar: el apoyo social, las condiciones físicas, las interacciones con los servicios sanitarios, y otros que están fuera del control del individuo (las normas sociales, el estado del sistema sanitario público de un país (Bucki, 2014, p. 26). El poder y el control del Estado, por ejemplo, son asuntos que tienen un peso importante como factores externos.



**Tabla 1: Dimensiones internas y externas de la salud**

| <b>Dimensiones internas</b>   | <b>Dimensiones externas</b>  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Estado de salud y funcionamiento sanitario. o Conocimiento de salud.</li><li>• Valores y goles sanitarios.</li><li>• Habilidades y creencias sanitarias.</li><li>• Auto gobernabilidad y auto gestión.</li><li>• Toma de decisiones sanitarias efectivas.</li><li>• Motivación para lograr los resultados sanitarios: intrínsecos o extrínsecos.</li><li>• Expectativas positivas en el logro de resultados sanitarios: optimista o pesimista. (p.26)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Normas sociales.</li><li>• Redes sociales y capital social para lograr resultados sanitarios.</li><li>• Pertenencia al grupo influye normas sociales y apoyo social en otros contextos sociales.</li><li>• Circunstancias materiales.</li><li>• Seguridad económica, política y social percibida.</li><li>• Utilización y acceso a servicios sanitarios.</li><li>• Posibilitar los sistemas de salud pública y atención médica. (p.26)</li></ul> |

Fuente: Bucki, Barbara. (2014). Health Capability: An Attempt to Clarify Alternative Approach for Health Sociology.

Los factores internos y externos interactúan sobre, y están impactados por los factores exógenos de conversión. Los factores de conversión determinan cómo los bienes/recursos se transforman en capacidades. (Goerne, 2010, p. 8) Los factores estructurales son imprescindibles y están vinculados con los factores de conversión porque conducen a la privación o el desarrollo de funcionamientos (Goerne, 2010, p. 8).

Los factores de conversión toman en consideración todos los efectos estructurales que determinan qué y cómo las comodidades pueden convertirse en funcionamientos. Los factores de conversión funcionan directamente e indirectamente con los funcionamientos y mediados por el juego de capacidades, por ejemplo, las normas sociales son los factores de conversión porque determinan la manera en que los recursos están utilizados. Un juego de capacidades revela la gama de capacidades de un individuo.

La agencia es el cuarto elemento exógeno importante en este enfoque que conduce a los funcionamientos. La agencia es, "...la libertad que tienen las personas para definir sus propias metas, valores y objetivos,



para tomar decisiones y elegir por sí mismas las características básicas de la vida que tiene razones para valorar, aun cuando estas puedan ir en contravía de su propio bienestar” (Restrepo Ochoa, 2013, pp. 56). La agencia es distinta a los factores de conversión porque toma en consideración más limitaciones internas en comparación a los factores de conversión que se refieren a las estructuras externas del mundo social o las políticas que afectan la habilidad del individuo utilizar recursos disponibles.

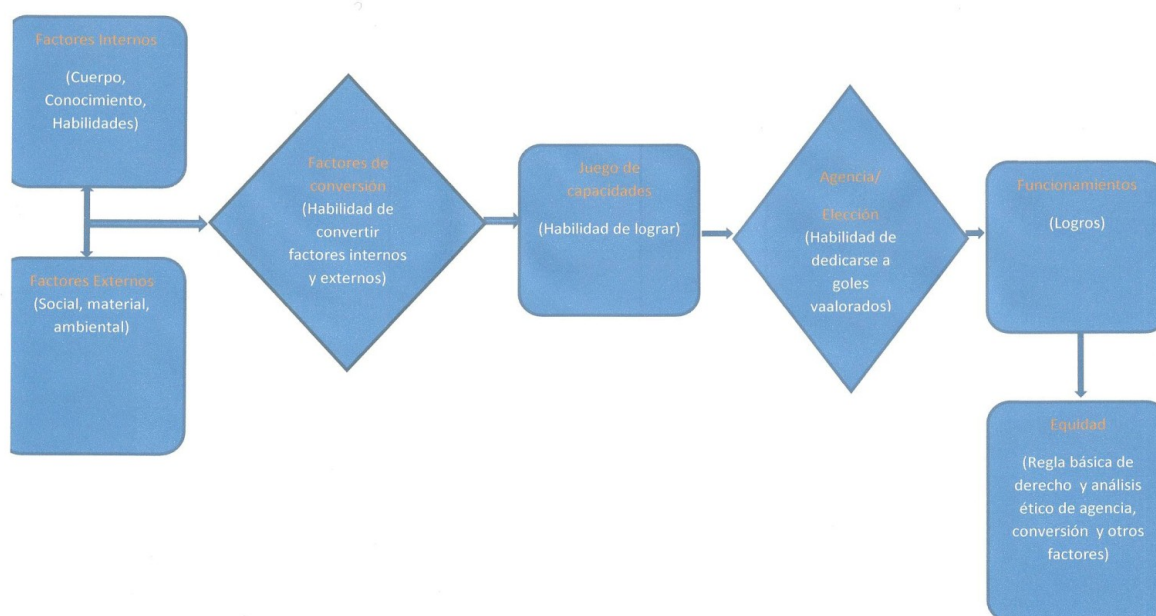
La agencia, pues, relata al ser humano que debe tener la libertad de definir su propia meta (estar sano/ estar libre de enfermedades) y tomar decisiones que mejoran o mantienen su calidad de vida. Hay cuatro conceptos que son esenciales y están relacionados con la priorización de necesidades: el logro del bienestar, el logro de agencia, la libertad de agencia y la libertad de bienestar (Sen, 1993, p. 35). El logro de agencia es la evaluación del éxito de la persona en su búsqueda de todos los objetivos que quiere promover (Sen, 1993, p. 37). El logro del bienestar es la evaluación del estado de bienestar de la persona (Sen, 1993, p. 36). Es una evaluación de los funcionamientos de la persona (Sen, 1993, pp. 36-37). La libertad de bienestar es la libertad de disfrutar varios bienestares posibles asociados con los diferentes funcionamientos en el juego de capacidad (Sen, 1993, p. 39).

La equidad es el último concepto en el enfoque de capacidades. No hay duda de que los logros (los funcionamientos) impactan en la calidad de vida, la satisfacción y la contribución a la sociedad del individuo. El bienestar es subjetivo; Ricardo Crespo (2006) en su artículo, “¿Derecho natural o consensual en los ‘enfoques capacidades’ de Amartya Sen y Martha Nussbaum?” destaca que el bienestar “...va más allá de la provisión de las necesidades o bienes básicos.” porque incluye los funcionamientos y las capacidades (p. 48). En el modelo original de Sen, la equidad no es el resultado directo del enfoque de capacidades. En el modelo modificado, la equidad es la regla básica de derecho. Es decir que cada ciudadano tiene



el derecho de acceso y una alta calidad de vida, no hay discriminación por razones económicas, género e ideológicas; adicionalmente, cada ciudadano tiene derecho de elección. Sin estos derechos, no hay equidad; la equidad va más allá de la utilidad en el modelo original de Sen, porque a veces hay personas que están satisfechas y, a la vez, violan los derechos de otras personas. Lo mismo ocurre con una política pública.

**Figura 2. Modelo modificado**



Fuentes: Elaboración propia a partir de: Bucki, Barbara. (2014). Health Capability: An Attempt to Clarify Alternative Approach for Health Sociology. Crespo, R. (2006). ¿Derecho natural o consensual en los 'enfoques capacidades' de Amartya Sen y Martha Nussbaum? *Revista Valores en la Sociedad Industrial* 24 (67): 47-52. Goerne, A. (2010). The Capability Approach in social policy analysis. Yet another concept. *REC-WP Working Papers on the Reconciliation of Work and Welfare in Europe Núm. 03*. [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1616210](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1616210) Restrepo-Ochoa, D.A. (2013). La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. *Cadernos de Saúde Pública* 29 (12): 2371-2382. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a03.pdf> Sen, A. (1993). Capability and Well-being. En Nussbaum and Sen (eds.), *The Quality of Life*, Oxford: Clarendon Press, 30–53.



## Los problemas que fundamentan la reforma de salud

AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas) es una política sanitaria que ahora promete las garantías de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera a los chilenos y cubre ochenta y cinco (85) enfermedades. El Ministerio de Salud lanzó esta política en 2005 con el entonces presidente, Ricardo Lagos de Chile. Pedro García Aspillaga (el entonces Ministro de Salud) y Nicolás Eyzaguirre Guzmán (el entonces Ministro de Hacienda) también desempeñaban un rol en el lanzamiento de esta política sanitaria. Dra. María Dolores Toha T. , (septiembre de 2008) la secretaria técnica AUGE, División de Prevención y Control de enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública en su exposición, “Auge: Salud Pública en Chile,” destaca que el Plan AUGE responde a las necesidades de las personas (con sus objetivos y metas sanitarias), es una herramienta de planificación sanitaria y ordenamiento sectorial de provisión y financiamiento (p. 4). El acceso de salud no es un asunto nuevo en Chile. El artículo, “Garantías explícitas en salud: seis consideraciones para su implementación,” por Gabriel Bastías y Marcelo Andia (2007) destaca que en la Constitución de 1980, el acceso a la atención de salud es un derecho. (p.1) Los objetivos de MINSAL en 2001 eran reducir las desigualdades en salud, mejorar la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad y mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad (Bastías y Andia, 2007, p. 1).

No era el primer intento de las administraciones después de la dictadura de Pinochet llevar a cabo cambios en el sistema sanitario de Chile. Mauricio Olavarría Gambi (2011) en su artículo, “Política de Salud en Chile,” revela que el retorno a la democracia conducía a la reforma sanitaria en Chile (p. 358). Olavarría Gambi (2011) también destaca que no hubo la implementación de cambios pronunciados en el sector sanitario “...se buscó recuperar el sistema sanitario, para lo cual los mayores recursos para gasto social provenientes de la reforma tributaria de 1992 fueron de gran ayuda” (p. 359). Olavarría Gambi (2011) opina que la política sanitaria de la administración Aylwin concentró en el mejoramiento del acceso a la



atención sanitaria especialmente de los más pobres para lo cual buscar fortalecer la atención primaria, la restauración de la red hospitalaria pública y el fortalecimiento de las acciones de prevención y promoción de la salud y el desarrollo institucional del sector público sanitario. (p. 359) En el mismo artículo, Olavarría Gambi (2011) menciona que las administraciones de Aylwin y Frei no dan mucha prioridad al sector sanitario (pp. 359-360). Olavarría Gambi (2011) no es el único autor que comparte esta perspectiva. Álvaro Erazo (2011) en su documento, “La protección social en Chile. El Plan AUGE: Avances y desafíos,” menciona que los dos primeros gobiernos después de la administración de Pinochet enfatizaban en la ampliación de las coberturas y el mejoramiento de la red de salud pública (p. 9). No hubo modificaciones en la legislación vigente en ese momento (Erazo, 2011, p. 9). La estrategia consistió en el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria, los sueldos de médicos y personal y reposicionar el equipamiento para los hospitales (Erazo, 2011, p. 9). No obstante, el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera quedaban desafíos en el sistema sanitario chileno.

El Ministerio de Salud no es la única institución que toma en cuenta la necesidad del acceso a los servicios sanitarios. Daniel Cotlear en el preámbulo del artículo, “Garantías explícitas de salud para los chilenos: el Plan de beneficios de AUGE,” por Ricardo Bitrán (2013) destaca que la Asamblea Mundial de la Salud exhortaba a los gobiernos en 2005 “...mejorar sus sistemas de salud que todas las personas tengan acceso a los servicios y no sufran dificultades financieras por pagarlos.” (p.v) En el mismo año, Ricardo Lagos promulgó la ley AUGE.

El MINSAL contempla muchos asuntos antes de la introducción de la ley AUGE. Rony Lenz (junio de 2007) en su artículo, “Proceso Político de la reforma AUGE de salud en Chile: Algunas lecciones para América Latina. Una mirada desde la economía política,” destaca estas contemplaciones.



- i) El Fondo de Compensación Solidario. El objetivo era compensar entre sí a FONASA y las ISAPRE. El ajuste de riesgo-sexo y edad era muy importante-respecto a la prima universal.
- ii) El aporte estatal para los pobres e indigentes que no pueden financiar con su cotización el Plan AUGE. La prima universal cubre este costo.
- ii) La introducción de cotizaciones al grupo de independientes de bajos ingresos. Generalmente este grupo utilizaban el sistema público de salud y no contribuían al sistema. La razón era el sistema de cotizaciones no contemplaba la contribución sobre rentas variables.
- iv) La creación de un Fondo Maternal Solidario y el subsidio compensatorio para mujeres de menores rentas.” (p. 16).

Erao (2011) añade su voz al debate revelando otros problemas que fundamentan la reforma.

- 1. Las deficiencias en la gestión de los establecimientos hospitalarios públicos (la ineficiencia y descoordinación de las redes nacionales y regionales).
- 2. Un alto grado de inequidad en el acceso a las atenciones de salud.
- 3. La inadecuación del modelo de atención, construido para atender a las enfermedades infectocontagiosas y al binomio madre-niño e la inflexibilidad para adaptarse a los cambios en el perfil epidemiológico de una población que está en la mitad del proceso de envejecimiento y a las expectativas ciudadanas.
- 4. La falta de regulación de planes y de atenciones en el subsistema privado.
- 5. La insuficiencia en el volumen de financiamiento; principalmente en el subsector público para sostener el mayor gasto derivado del envejecimiento y necesidad de seguir avanzando en el desarrollo de mecanismos de pagos que incentiven mayor equidad, eficiencia y cambios, en el modelo de atención.” (p.16)

Los tomadores de decisión en el Plan AUGE priorizan los problemas sanitarios. La exposición, “AUGE 2005-2008: Implementación de garantías explícitas en salud,” por la Dra. María Soledad Barría, entonces Ministra de Salud, el 14 de agosto de 2008 destaca los factores que el MINSAL toma en cuenta en la priorización de las enfermedades que el Plan AUGE cubre: lo más grave, frecuente, caro, lo que daña más la calidad de vida (p. 10). En la misma exposición de Soledad Barría, hay la revelación de los estudios GES (Garantías Explícitas en Salud) que forman parte del Plan AUGE (según Artículo 13 de la Ley N°19.966).



1. Estudio de priorización social de atención en salud (2005): Una propuesta que determina las patologías prioritarias propuestas en la implementación del plan AUGE considerando la participación ciudadana. (p.11)
2. Estudio de carga de enfermedad (2005): Un análisis de la magnitud de los problemas sanitarios incorporados en las garantías explícitas en salud y de la efectividad de las intervenciones propuestas para cada uno de estos problemas (p. 11).
3. Estudio de verificación del costo esperado individual por beneficiario del conjunto priorizado de problemas sanitarios con garantías explícitas. (p.11)

### La implementación del Plan AUGE

Muchos actores están involucrados en la implementación de AUGE en el sistema público de salud. El Ministerio de Salud es el actor que desempeña un rol esencial en la implementación del plan AUGE porque hay la formulación, promulgación y evaluación de programas y políticas sanitarias para mejorar el sistema sanitario y a la vez, contribuir al avance del plan AUGE. Otros actores involucrados en la implementación incluyen el Consejo Consultivo, la Asociación de Clínicas Privadas, los Colegios Profesionales y Gremios de la Salud, la Sociedad Civil y la Industria farmacéutica. Estos actores eran miembros de varias reuniones/consultas sobre AUGE. Una parte clave del desarrollo humano es la participación de varios actores antes, durante y después de la implementación de una política pública. El mensaje presidencial, por Ricardo Lagos, el 22 de mayo de 2002, Mensaje N°1-347, revela este hecho. Un principio/valor que informa la reforma a la salud era la participación social en salud (p. 4).

Ricardo Lagos (2002) menciona que los ciudadanos pueden expresar sus expectativas y preferencias respecto al sistema de salud y las correspondientes políticas públicas (p. 4). El estudio de satisfacción está implementado para evaluar la satisfacción de los beneficiarios. La equidad de salud y la solidaridad en salud eran otros principios/valores que fundamentan la reforma AUGE por Ricardo Lagos. En el mismo mensaje presidencial, él menciona que la equidad de salud





reduce las desigualdades injustas y evitables y con la solidaridad en salud, los más vulnerables tienen iguales garantías que los más favorecidos. El centro de esta política pública era toda la población chilena y no un segmento pequeño de la población.

La implementación de AUGE fue gradual. Hay políticas públicas que están implementadas de una manera radical. La razón por el radicalismo es la urgencia de la situación/problema que el país enfrenta. Por ejemplo, en el caso del brote de infecciones transmisibles, las autoridades actúan muy rápido para prevenir la propagación del brote. Con el plan AUGE, hay una definición y redefinición/revisión continua de los problemas de salud. Cada tres años como mencionado arriba, hay la revisión de las patologías y en el pasado, la evaluación conducía al aumento del número de patologías cubiertas por AUGE. La política AUGE también es incremental porque los promulgadores dedican mucho tiempo aseguran que la política satisface las necesidades de la población, responde a los objetivos sanitarios del país y de acuerdo a los recursos disponibles.

El fortalecimiento del sector sanitario es otro asunto clave en la implementación de AUGE. El MINSAL reconocía la necesidad de mejorar el sector sanitario para el plan AUGE beneficia. Dra. María Soledad Barría (agosto de 2008), el entonces Ministra de Salud en su exposición destaca que el fortalecimiento del sector sanitario incluía la expansión de recursos humanos por el período de 2004 a 2008: 51.661 horas médicas adicionales, 70 por ciento destinado a AUGE, de las horas AUGE, 70 por ciento destinado a regiones (p. 19). Adicionalmente, ella menciona las transferencias: inversiones, recursos humanos e insumos, prestaciones valoradas (Soledad Barría, 2008, p. 19). No obstante, en los años recientes, hay problemas que han surgido para debilitar el sector sanitario y la política AUGE. DCS Consulting, Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile (mayo de 2013) en su informe final, "Evaluación del Bono AUGE de FONASA," revela el siguiente problema: la insuficiente cantidad de médicos especialistas especialmente en regiones (pp. 6-7). La falta de médicos conduce a largas listas de espera.



La construcción y renovación de hospitales están mencionadas por el entonces presidente, Sebastián Piñera. Durante su administración, él trató de mejorar la infraestructura en el sector sanitario. “El 21 de mayo de 2012 se informó a la comunidad la entrega de quince hospitales. Un año después, son 19 de los hospitales terminados” (Gobierno de Chile, 2012, p. 494).

### Los objetivos del Plan AUGE

El plan AUGE tiene un vínculo fuerte con los objetivos sanitarios de MINSAL. Cada principio de AUGE (acceso, calidad, protección financiera y oportunidad) forma parte de las metas de MINSAL. En el documento de trabajo, “Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE): Eje de la Reforma de la salud. ‘Haciendo realidad el Derecho a la Salud’ ” por el Gobierno de Chile (enero de 2002), la relación entre AUGE y los objetivos sanitarios de MINSAL está destacada:

El plan es un instrumento sanitario que traduce los objetivos Sanitarios Nacionales en metas públicas tanto para los agentes estatales, municipales como privados, sin constituirse en amenaza para ningún sector, sino por el contrario en una histórica oportunidad de mejora hacia la satisfacción de las necesidades de las personas.(Gobierno de Chile, 2002b, p. 5).

Por eso, este plan trata de contribuir al desarrollo humano y fortalecer el sistema sanitario porque no trata de imponerse en el MINSAL.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales (2006) en su documento, “Objetivos sanitarios 2000-2010,” revela los cuatro objetivos sanitarios para el período 2000-2010 que eran:

1. Enfrentar los desafíos derivados y los cambios de la sociedad. (p.6) La sociedad chilena es dinámica. Hay cambio del perfil epidemiológico con más enfermedades crónicas y degenerativas que enfermedades infecciosas. En el plan AUGE, este objetivo es reflejado en la revisión del plan cada tres años. Solo este año (2016) no hay enfermedades adicionales en el plan. No



- obstante, el plan trata de mejorar la esperanza de vida al nacer de los beneficiarios.
2. Mejorar los logros sanitarios obtenidos. (p.6) En el plan AUGE, hay promoción de salud y programas que tratan de prevenir mala salud. Hay estudios, sondeos de MINSAL con el objetivo de mejorar el sector sanitario. El plan AUGE Bono trata de disminuir listas de espera porque hay opción de otros lugares de atención cuando el hospital público no cumple con el plazo del AUGE o GES. Adicionalmente, hay calidad en la atención médica con la acreditación periódica de hospitales. La acreditación periódica toma en cuenta los procesos de mejoría de calidad local. (p.38)
  3. Proveer servicios acordes con las expectativas de la población. (p.6) FONASA en su sitio de web ha publicado a eso de cinco estudios de satisfacción. Estos estudios cuantitativos están basados en entrevistas telefónicas. El tamaño de la muestra es más de quinientas personas a nivel nacional. Los entrevistadores preguntan sobre la calidad de atención médica, el rol de FONASA, las listas de espera AUGE, la entrega de opción de otros lugares de atención cuando el hospital público no cumple con el plazo de AUGE y el aumento de patologías cubiertas por AUGE.
  4. Disminuir desigualdades en salud. (p.6) La reforma sanitaria de Chile trata de mejorar la calidad de vida de todos los chilenos y residentes de Chile. Las inequidades que MINSAL enfocaba en este período incluyen: las diferencias en pérdida prematura de años de vida entre las comunas y la brecha de mortalidad infantil entre grupos educacionales extremos y la esperanza de vida en grupos más desposeídos. (p.36) Los asuntos esenciales eran disminuir morbilidad asociada al cáncer de cuello uterino, disminuir mortalidad fetal tardía, mejorar la calidad de atención obstétrica (p.14), disminuir la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares e isquémicas, varios tipos de cáncer (p.27) y reducir la tasa de mortalidad por IRA baja en el adulto/mayor y por enfermedades respiratorias. (p.31) Las enfermedades mencionadas están incluidas en el plan AUGE.



La protección financiera también forma parte de los objetivos sanitarios de este período. Hay aumento de la progresividad en el pago de la salud y la reducción de la proporción del ingreso disponible de los hogares que se destina al gasto de bolsillo, o pago directo de salud (Ministerio de Salud, 2006, p. 37). Cada decreto de AUGE destaca el copago de los problemas de salud.

### Las garantías a los beneficiarios

El plan AUGE otorga cuatro garantías a los beneficiarios.

Garantía de Acceso- El derecho a recibir las atenciones de salud garantizadas sin discriminación, cuando se está en la condición de salud establecida para la enfermedad. El único requisito es que la enfermedad debe estar incluida en el Plan AUGE.

Garantía de Oportunidad- El derecho de recibir atención dentro de plazos determinados según la forma y las condiciones establecidas para cada una de las enfermedades incluidas en el AUGE. Por ejemplo, una persona que sufre de cáncer colorrectal tiene la siguiente garantía: a) Diagnóstico- Etapificación dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica. b) Tratamiento- Primario y adyuvante: Dentro de 30 días desde la indicación médica. c) Seguimiento- Primer control dentro de 90 días desde indicación médica (Decreto AUGE 5 de febrero de 2013 p. 73).

Garantía de Calidad – el derecho de recibir las atenciones de salud bajo las condiciones técnicas requeridas para otorgarlas, en los establecimientos de la red asistencial pública, así como en los centros privados que tengan convenio vigente con FONASA o con los establecimientos del sistema público.

Garantía de Protección Financiera- El derecho de tomar en consideración el monto de tus ingresos para determinar si tendrá pagar-o no- por las atenciones de una enfermedad AUGE. En caso que tenga que pagar, su propio ingreso determina el tope máximo o deducible.

La siguiente tabla muestra las enfermedades que el Plan AUGE cubre.



**Tabla 2: Las enfermedades que el Plan AUGE cubre**

| <b>Categoría</b>   | <b>Enfermedades</b>  |
|--|--|
| <b>Intervenciones quirúrgicas</b>                                | Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula, Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas, Tratamiento quirúrgico de escoliosis, Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar, Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica, Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide, Tumores primarios del sistema nervioso central.  |
| <b>Enfermedades del Adulto Mayor</b>                             | Endoprótesis total de cadera en personas con artrosis de cadera con limitación funcional severa, Hipoacusia bilateral en personas que requieren uso de audífono, Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio, Órtesis o ayudas técnicas,.   |
| <b>Enfermedades Crónicas y Otras</b>                             | Artritis idiopática juvenil, Artritis reumatoidea, Diabetes mellitus tipo 1, Diabetes mellitus tipo 2, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad crónica etapa 4 y 5, Epilepsia no refractaria desde 15 años y más, Esclerosis múltiple remitente recurrente, Fibrosis quística, Hemofilia, Hepatitis C, Hepatitis crónica por virus hepatitis B, Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más, Hipotiroidismo, Lupus eritematoso, Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA, Tratamiento médico en personas con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada, Asma bronquial en personas de 15 años y más, Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica del tratamiento ambulatorio. |
| <b>Salud oral</b>  | Salud oral integral de la embarazada, Salud oral integral del adulto, Salud oral integral para niños, Urgencia odontológica ambulatoria.   |
| <b>Enfermedades del corazón y cerebrovasculares</b>              | Accidente cerebrovascular isquémico en personas menores de 15 años y más, Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales, Infarto agudo al miocardio, Trastornos de generación del impulso y conducción en personas que requieren marcapaso, Tumores primarios del sistema nervioso en personas de 15 años y más, Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más, Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más.  |
| <b>Tratamiento de cánceres</b>                                   | Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado, Cáncer cervicouterino, Cáncer colorrectal, Cáncer gástrico, Cáncer de mama, Cáncer de ovario epitelial, cáncer de próstata, Cáncer de testículo, Cánceres infantiles, Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula, Leucemia, Linfomas, Osteosarcoma, Cáncer renal, Mieloma múltiple, Cáncer de tiroides, Cáncer de pulmón.   |
| <b>Parto, Prematurez y Enfermedades de Niños y Recién Nacido</b> | Analgesia del parto, Displasia broncopulmonar del prematuro, Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro, Prevención del parto prematuro, Retinopatía del prematuro, Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido.  |



|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Salud en menores de 15 años</b> | Asma bronquial moderada y grave en personas de menores de 15 años, Infección respiratoria aguda de manejo ambulatorio en personas menores de 15 años, Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido, Disrafias espinales, Fisura labio palatina, Epilepsia no refractaria desde 1 año y menor de 15 años, Cardiopatías congénitas operables en personas menores de 15 años, Displasia luxante de cadera, Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años, Estrabismo. |
| <b>Salud mental</b>                | Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas, Depresión, Esquizofrenia, Trastorno bipolar, Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.  |
| <b>Enfermedades de la visión</b>   | Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático, Retinopatía del prematuro, Retinopatía diabética, Tratamiento quirúrgico de cataratas.   |
| <b>Accidentes Graves</b>           | Gran quemado, Politraumatizado grave, Trauma ocular grave, Traumatismo craneo encefálico moderado o grave.  |
| <b>Tratamiento preventivo</b>      | Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal, Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori.   |

Fuente: Superintendencia de Salud. (2021). *Garantías Explícitas en Salud (GES)*. <https://www.supersalud.gob.cl> Elaboración propia.

## Las etapas del proceso de atención en el Plan AUGE

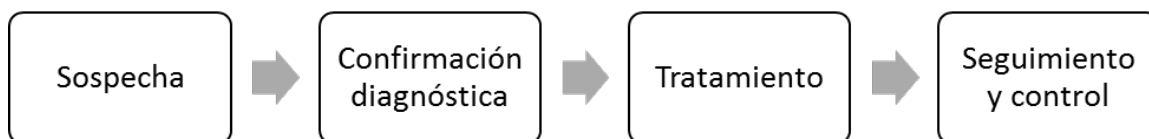
Hay cuatro etapas del proceso de atención en el Plan AUGE.

- I. Sospecha- Esta es la primera etapa. En la consulta médica se detecta la sospecha. La historia médica, los síntomas y los signos clínicos del paciente, llevan a establecer una alta probabilidad de tener una determinada enfermedad, que da origen a la derivación para confirmar o descartar la sospecha.
- II. Confirmación diagnóstica. En esta etapa, el médico comprueba o descarta la existencia de un problema de salud. La consulta, el examen y los procedimientos son esenciales en esta etapa.
- III. Tratamiento. Las prestaciones de salud necesarias se le entregan al paciente. El objetivo es mejorar su patología en tiempos y plazos determinados.



IV. Seguimiento y control. Esta es la última etapa en el proceso de atención. Las acciones tecnológicas y clínicas de la fase de la vigilancia le entregan al enfermo tratado por una enfermedad en un determinado período.

**Fig. 3. Etapas en el proceso de atención en el plan AUGE**



Fuente: FONASA. (2016). AUGE. <https://www.auge.fonasa.cl>. Elaboración propia.

**Tabla 3: Variables y Frases de documentos de Ministerio de Salud (MINSAL)**

| Variable          | Proxy  | Frase del documento  | Comentario      |
|-------------------|--|--|-----------------|
| <b>Recursos</b>   | Gasto en salud   | El aumento del gasto en salud es esencial para cumplir los Resultados Esperados presentados en los restantes Objetivos Estratégicos. Estrategia Nacional de MINSAL 2011-2020. p.273  | Cambio positivo |
| <b>Conversión</b> | Años promedio de educación                                   | Es urgente reconocer que una política que posicione y priorice la reducción de desigualdades en la posición social( reducción en las diferencias en los años de educación e ingreso económico entre los chilenos) es esencial para modificar la salud y conductas individuales a lo largo del tiempo. Estrategia Nacional de MINSAL 2011-2020. p.205   | Cambio positivo |
| <b>Capacidad</b>  | Nacimientos  | Los nacidos de muy bajo peso de nacimiento (menos de 1.500g) representan el 1% del total de nacimientos y contribuyen con un 43% de la mortalidad infantil. Estrategia Nacional de MINSAL 2011-2020. p.160   | Cambio positivo |
|                   | Defunciones  | En los últimos años, la reducción de la tasa de mortalidad por tuberculosis fue de 6,6% anual, llegando a 1,34 defunciones por 100.000 habitantes en 2008. Estrategia Nacional de MINSAL 2011-2020. p.29   | Cambio positivo |
| <b>Agencia</b>    | Libertad personal,<br>Libertad económica,<br>Libertad humana | 1. Implementar la ley de derechos de los pacientes. Estrategia Nacional de MINSAL 2000-2010. p.39<br>2. El Plan AUGE en un intento garantizar el derecho a la salud a toda la población sin discriminación de ningún tipo y disminuir las desigualdades. Estrategia Nacional de MINSAL 2011-2020. p.15<br>3. La Carta de Derechos se implementó en 2008 para proteger los derechos de los usuarios. Estrategia Nacional de MINSAL 2011-2020. p.314<br>4. Los ciudadanos son sujetos titulares de derechos y expresan | Cambio positivo |



|                       |                     |  |                 |
|-----------------------|---------------------|--|-----------------|
|                       |                     | sus derechos vulnerados. Estrategia Nacional de MINSAL 2011-2020. p.314  |                 |
| <b>Funcionamiento</b> | Mortalidad infantil | 1. Disminuir en un 25% la mortalidad infantil a nivel nacional. La meta: Tasa 7,5 por nacidos vivos para el año 2010. Estrategia Nacional de MINSAL 2000-2010. p.11<br>2. La disminución en mortalidad infantil en Antofagasta, Atacama y Aysén , entre 5 y 3,5 muertes por 1.000 recién nacidos vivos, mientras que el promedio de disminución nacional fue de 1,8. Estrategia Nacional de MINSAL 2011-2020. p.205  | Cambio positivo |
| <b>Equidad</b>        | Equidad             | 1. Resolver las inequidades que caracterizan la atención de salud en el país. Estrategia Nacional de MINSAL 2000-2010. p.7<br>2. Objetivo Estratégico Número 5: Equidad en salud. Estrategia Nacional de MINSAL 2011-2020. p.20<br>3. Disminuir la gradiente de la inequidad en salud relacionada con posición social y ubicación geográfica. Estrategia Nacional de MINSAL 2011-2020. p.200<br>4. Equidad, interculturalidad y participación en la estrategia para los grupos indígenas. Estrategia Nacional de MINSAL 2011-2020. p.211 | Cambio positivo |

Fuentes: Ministerio de Salud. (2011); Ministerio de Salud (2006).

### Los cambios y las consecuencias

La política AUGE ha generado muchos cambios en el sector sanitario chileno. No hay duda de que estos cambios afectan las vidas de los chilenos en las áreas como el desarrollo humano, la discriminación y a la vez, eleva el tono del debate en el pensamiento latinoamericano sobre el impacto de la política pública en Chile y más allá.

El primer cambio es el aumento de los problemas de salud que el Plan AUGE cubre. En julio de 2005, este plan cubría sólo veinticinco (25) problemas de salud. El año siguiente, el Plan incluía quince (15) enfermedades adicionales. En 2007, el Plan cubría un total de cincuenta y seis (56) problemas de salud. En 2010, el Plan AUGE incluía trece (13) enfermedades adicionales. No era el fin del número de enfermedades cubiertas por AUGE. Tres años más tarde, el MINSAL incrementó el número de problemas de salud cubiertos en AUGE de sesenta y siete nueve (69) a ochenta (80). Según el Decreto N°22 de 2019, hay incorporación de cinco (5) problemas de salud nuevos: cáncer de pulmón en personas de 15 años y más, cáncer de tiroides diferenciado y medular en





personas de 15 años y más, cáncer renal en personas de 15 años y más, mieloma múltiple en personas de 15 años y más y enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Es decir que ahora el Plan AUGE cubre ochenta y cinco (85) problemas de salud (MINSAL, 2019, p. 2).

Sin embargo, estos cambios no fueron bien acogidos por todos los sectores en Chile. Manuel Inostroza P. (agosto de 2013) en su artículo, “Malas Noticias para el Plan AUGE,” revela que el Consejo Consultivo a fines del año 2009 recomendó al Ministerio de Salud no incrementar el número de patologías (p. 297). La sugerencia era la utilización de recursos disponibles en el mejoramiento de las canastas de prestaciones de las 56 ya incorporadas (Inostroza, 2013, p. 297). No obstante, la autoridad ministerial desestimó la sugerencia (Inostroza, 2013, p. 297). El gobierno desde 2012 utilizó recursos adicionales para incrementar el número de patologías cubiertas de 69 a 80 por el Plan AUGE (Inostroza, 2013, p. 297). Estos recursos estaban dados por los reajustes acumulados no aplicados y las canastas insuficientes (Inostroza, 2013, p. 297).

La incorporación de nuevos exámenes, medicamentos, ayudas técnicas y otras prestaciones es otro cambio en el Plan AUGE. Este cambio está vinculado con las garantías de acceso y protección financiera. El Decreto N°22 de 2019 ha destacado los cambios y garantías que son:

1. Cambio en la protección financiera de un grupo de prestaciones del problema de salud N° 1. Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5.
2. Nuevos esquemas de tratamiento, exámenes y cambio en algunas protecciones financieras para el problema de salud N° 18. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA.
3. Nuevas prestaciones y cambio en algunas protecciones financieras del problema de salud N° 51. Fibrosis quística.
4. Nuevos tratamientos farmacológicos, exámenes y cambio en algunas de las protecciones financieras para el problema de salud N° 69. Hepatitis crónica por virus hepatitis C.
5. Se redistribuyen los recursos asociados a ayudas técnicas de los problemas de salud N°9. Disfrasis espinales, N°36. Ayudas técnicas



para personas de 65 años y más, N°37. Ataque cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más, N° 42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales y N°62. Enfermedad de Parkinson (MINSAL, 2019, p. 2).

Hay cambio en el proceso de la presentación de reclamo en FONASA en el Plan AUGE. FONASA (2013) en su manual informativo, *Auge 80. En FONASA exige tus derechos* publicó este cambio. Incrementa a 30 días el plazo para presentar un reclamo por incumplimiento de las garantías AUGE (FONASA, 2013, p. 9). El asegurado o un tercero en su representación, tiene que dirigirse directamente a una sucursal de FONASA, ingresar a [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl) o llamar al 600 360 3000. (FONASA, 2013, p.9)

La exigencia de la garantía explícita de calidad es otro cambio que FONASA revela en su manual informativo mencionado arriba. Cada asegurado puede exigir que los técnicos y los profesionales de la salud que brinden atención AUGE estén inscritos en el Registro de Prestadores Individuales que administra la Superintendencia de Salud (FONASA, 2013, p. 9).

Sebastián Piñera asumió la presidencia de Chile en 2010. En uno de sus mensajes presidenciales, hay mención de la Ley de Derechos y Deberes de Pacientes. Esta ley es una de las cinco iniciativas que eran parte de la reforma que creó el plan AUGE (Gobierno de Chile, 2002, p.481). En 2012, los ciudadanos pudieron exigir este derecho (Gobierno de Chile, 2002, p. 481). Algunos derechos incluyen:

- 1) Derecho a un trato digno, a compañía y asistencia espiritual, respeto de la interculturalidad, a un informe médico e informe financiero (Gobierno de Chile, 2002, p. 487).
- 2) Derecho a la seguridad y protección al interior de los centros de salud. El médico o el funcionario que lo atiende debe identificarse o tener una credencial con su nombre y cargo (Gobierno de Chile, 2002, p. 487).
- 3) Las personas deben tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud (Gobierno de Chile, 2002, p. 487).



Adicionalmente, otra garantía de calidad del Plan AUGE. Según el Decreto N°22 de 2019, el establecimiento de la fecha para la exigibilidad de la acreditación de algunos tipos de establecimientos no considerados en el decreto antecesor (MINSAL, 2019, p. 2).

Una de las consecuencias mayores del Plan AUGE es el aumento de casos AUGE. El aumento de problemas de salud cubiertos por AUGE ha conducido al aumento de casos AUGE. El sitio de web por FONASA, [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl) revela este hecho. La disminución de algunos plazos de atención y la incorporación de las nuevas etapas del proceso de atención del asegurado son consecuencias importantes en el Plan AUGE. (FONASA, 2013, p.9) Por ejemplo Según el Decreto el 5 de febrero de 2013, un asegurado que sufre accidente cerebrovascular tiene la garantía de oportunidad de rehabilitación dentro de 10 días desde la indicación médica (p. 19). Asimismo, un asegurado que sufre de cáncer de próstata tiene la garantía de oportunidad: la disminución de garantía de tratamiento desde 120 días a 60 días desde la etapificación (FONASA, 2013, p. 17). Sebastián Piñera en su mensaje presidencial destaca que uno de los logros del MINSAL era el fin de las listas de espera AUGE. "... de 380 mil pacientes en espera al período de gobierno a cero en el mes de noviembre de 2011" (Gobierno de Chile, 2011, p. 481). "Desde 2009, las patologías Auge resueltas han aumentado a una tasa de trece por ciento por año, aproximadamente, pasando de más de dos millones en 2009 a cerca de tres millones en 2012" (Gobierno de Chile, 2011, p. 481). Mario Parada et al (2014) en su artículo, "Transformaciones del Sistema de salud Público Post Reforma AUGE-GES en Valparaíso," añaden sus voces al debate y revela que hubo el mejoramiento de establecimientos (la reducción de las filas de madrugada, el cambio de la modalidad de entrega de horas, la incorporación de agendas y las horas escalonadas (p. 133). Según el Decreto N°22 de 2019, hay garantía de oportunidad siguiente: la reducción de plazos establecidos y la introducción de nuevas garantías de oportunidad en una



serie de problemas de salud (MINSAL, 2019, p. 2). El objetivo es asegurar atención pronta y adecuada de los beneficiarios (MINSAL, 2019, p. 2).

El artículo, “10 years of AUGE: achievements, guarantees and how the health plan works,” del Gobierno de Chile (2015) destaca cuatro logros adicionales de AUGE. Con la introducción de AUGE, hay protocolos de tratamiento unificados. Estos protocolos facilitan el seguimiento de resultados diagnósticos que previamente no era un derecho. Es decir que el AUGE ahora es más estructurado que en sus etapas iniciales de implementación. Ya está mencionada que hay evaluación continua de este plan por MINSAL.

Otro logro de AUGE es la provisión de protección financiera mejor para personas vulnerables económicamente que sufren de patologías muy prevalentes. Las personas de clase baja que sufren de las enfermedades que esta investigación se trata tienen la garantía de protección financiera. Este plan no es como el que existe bajo la administración de Pinochet, en que hay la privatización de salud. Este plan trata de satisfacer las necesidades de toda la población especialmente los grupos vulnerables.

La utilización de cuidado preventivo es otro logro de AUGE. MINSAL destaca que hay reducción de cáncer de vesícula biliar con la introducción de colecistectomía preventiva. Esta reducción está vinculada con la incorporación de nuevos exámenes en el plan AUGE y forma parte del proceso de evaluación continua del AUGE. La salud sexual también es importante y un logro en el plan AUGE. El MINSAL en este artículo menciona que AUGE otorga acceso al tratamiento para todas las personas que sufren de VIH/SIDA. El MINSAL revela que hay más detección, tratamiento y una tasa de mortalidad más baja.

El AUGE también ha conducido a consecuencias no deseables. Muchas críticas revelan que una de las consecuencias mayores es la restricción a atención a un grupo de enfermedades. Cecilia Bustos Ibarra (2014) en su artículo, “La agenda política en salud en el segundo gobierno de Michelle Bachelet: ausencias, desafíos y oportunidades para avanzar en la progresión del derecho a la salud en Chile,” destaca que el AUGE-GES restringe la atención a un grupo de afecciones



(p. 13). Bustos Ibarra (2014) opina que esta restricción vulnera el derecho a la salud integral de toda la población (forma parte del principio del bien común) (p.13). Mario Parada et al (2014) comparten la misma perspectiva. “El GES visualiza como una estrategia de priorización que ha aumentado la exclusión de grupos poblacionales. Los derechos de las personas son restringidos a los derechos propios de los consumidores. En base a estos resultados es posible concluir que la Reforma AUGE-GES no ha cumplido cabalmente con la finalidad de promover el acceso equitativo a la atención en salud” (Parada et al, 2014, p. 127).

La restricción a un grupo de enfermedades ha conducido a otra consecuencia: la segmentación de la población. Parada et al (2014) opina que hay la segmentación de la población a si tiene o no los requisitos para ser beneficiada por este plan. (p.129) Por ejemplo, Cáncer de mama en personas 15 años y más: toda(o) beneficiaria (o) de 15 años y más. La pregunta es, ¿Qué pasa con una persona con cáncer de mama de menos de 15 años?. Parada et al (2014) menciona que estas segmentaciones atentan contra la integralidad y universalidad pretendida por el sistema, ya que se generan restricciones a la garantía de acceso por factores como el sexo, edad o la severidad de la enfermedad (p. 129).

La priorización de enfermedades ha conducido a otra consecuencia revelada por Parada et al (2014): la postergación de atenciones de enfermedades. Parada et al (2014) opina que el AUGE ha provocado la postergación de atenciones de enfermedades no incluidas en el AUGE-GES que genera las denominadas listas de espera NO-GES (p. 129). Es decir que hay un aumento de la lista de espera para las enfermedades NO-GES o la priorización de AUGE-GES ha provocado la no priorización de enfermedades NO AUGE-GES.

Los aranceles surgen como un problema en AUGE. El objetivo del arancel es dar protección financiera a todos los chilenos. Es decir que con la introducción del arancel todos los beneficiarios pueden pagar sin problema. No obstante, hay fallas detectadas que pueden afectar el derecho de muchos beneficiarios. G. Sandoval y J. Herrera (15 de mayo del 2016) en su artículo, “Errores en 40 de las



80 patologías Auge obligan a Salud rehacer decreto,” revelan que hay errores en los aranceles y frecuencias con que deben entregarse las prestaciones y el último decreto AUGE publicado en marzo pasado revela esto. (s.p.) Los errores afectan a 40 de 80 patologías cubiertas y los copagos aumentan hasta diez veces. Por ejemplo, Artritis idiopática juvenil. Norma vigente publicada en 2013: Tratamiento-\$745.120, Copago: \$149.020. Nuevo decreto: Tratamiento-\$1.553.020, Copago-\$310.600. El Subsecretario de Salud Pública en el mismo artículo menciona que hay un error en la transcripción y la modalidad con que se cuantifica y la norma se tomó como modelo el decreto de 2010, sin considerar los cambios en las periodicidades realizadas en la regulación de 2013 (Sandoval y Herrera, 2016, s.p.).

La Ministra de Salud, Carmen Castillo en el mismo artículo opina que fue un lamentable error que hay que corregir y se está revisando el decreto para perfeccionarlo, dado que tiene una durabilidad de tres años y no queremos que tenga ningún impacto en los beneficiarios AUGE. En el artículo, “Diputada Hernando lamentó poca claridad en exposiciones ante Comisión Investigadora AUGE,” (13 de julio de 2016) por Partido Radical, Diputada Hernando cree que habrá un daño económico al sistema por ineficiencia en los cobros. (s.p.) Rafael Caviedes, el Presidente de la Asociación de Isapres de Chile eleva el tono de debate pidiendo al gobierno rectificar los errores que están detectados en el nuevo decreto Auge porque el error puede afectar el acceso a la atención médica en el sistema público y privado (Partido Radical, 2016, s.p.). El gobierno de Chile ha respondido a este problema. Sandoval y Herrera (mayo del 2016) destacan que hay dos decretos que el Ministerio de Salud está trabajando en: uno para corregir los errores de cálculo y otro para mejorar las prestaciones (s.p.).

Los atrasos en el AUGE es otra de las consecuencias negativas. A pesar de los intentos de mejorar la calidad de servicio por la garantía de oportunidad hay atrasos. El artículo, “Atrasos en el Auge,” (21 de julio de 2016) por Clínicas de Chile destaca que la lista de espera es 15.825 casos del GES o AUGE al 31 de mayo de 2016. “La Subsecretaría de Redes Asistenciales ofició a todos los



servicios de salud del país para que gestionen rápidamente todos los casos del GES o AUGE, que estén en listas de espera” (Clínicas de Chile, 2016, s.p.). Cada servicio tendrá que examinar las causas de los retrasos, y si estos no pueden ser superados dentro del plazo, tendrá que avisar al Fonasa para que proceda efectuar una compra centralizada en el sector privado. (Clínicas de Chile, 2016, s.p.) Este artículo también destaca la gravedad de la espera. Hay espera en promedio de tres meses y hay casos de más de seis meses para algunas patologías.

En el caso de las embarazadas, los atrasos pueden ir más allá del tiempo normal de un embarazo, con lo cual tienen su parto antes de haber recibido la atención lo que convierte a la garantía explícita en una burla cruel (Clínicas de Chile, 2016, s.p.).

Los ciudadanos también dan sus opiniones sobre la lista de espera en Chile. En 2011, el Estudio de Satisfacción FONASA por Growth from Knowledge, un informe de FONASA destaca que 53% de los entrevistados (Muestra: 560 casos a nivel nacional) estaban de acuerdo con que en ese año FONASA se está siendo cargo de terminar con la lista de espera del AUGE a través de la entrega del bono (p. 22). El año siguiente en el Estudio de satisfacción por Growth from Knowledge solo 45% está de acuerdo con esto (Muestra : 587 casos a nivel nacional) (p. 30). En 2014, el informe, Indicadores Globales preparado por Ipsos MediaCT. The Media Content and Technology Research Specialists para FONASA revela que 66% de los entrevistados (muestra: 543) están de acuerdo con el rol de FONASA de entregar opciones de otros lugares de atención cuando el hospital no cumple con el plazo del AUGE o GES. (p.26) En 2015, el informe, Indicadores Globales por Ipsos para FONASA revela que solo 58% está de acuerdo (tamaño muestral:561) (p. 26).



## Conclusión

En cada país, el gobierno debe promulgar leyes para atender a los retos de la sociedad. En Chile, el caso no era diferente. Presidente Lagos heredó un sistema sanitario con muchos desafíos. Estos desafíos incluían la infraestructura hospitalaria, los sueldos de médicos y personal, el equipamiento para los hospitales y alto grado de inequidad en el acceso a las atenciones de salud (Erazo, 2011, pp. 9-16). Los desafíos mencionados debilitan la eficacia y la efectividad del sistema sanitario chileno. Por eso, Presidente Lagos iniciaba reformas sanitarias para enfrentar los desafíos. El Presidente Sebastián Piñera Echenique y sus predecesores han continuado el gran trabajo de atender estos retos. Se utiliza el modelo modificado de Sen para examinar si el Plan AUGE ha conducido a equidad sanitaria.

Esta investigadora ha hallado cambios positivos en el análisis de documentos del MINSAL. No hay duda de que el AUGE ha contribuido al mejoramiento de la calidad de vida. Ya está mencionado el aumento de enfermedades cubiertas, casos garantías explícitas de salud (GES) y la cobertura universal. Debido a la presión pública y estudios prioritarios, el gobierno de Chile ha invertido más dinero para mejorar el Plan AUGE y, a la vez, la calidad de vida de los ciudadanos.

A causa de estos esfuerzos, Chile transformó de la zona de no ser a la zona del ser. El acceso y el derecho a la salud son prioridades. De hecho, más ciudadanos y residentes de Chile pueden beneficiarse del cambio de la perspectiva de salud del neoliberalismo a igualitarista. La interacción entre las desigualdades y la salud es compleja. Los determinantes sociales de la salud están vinculados con los derechos de los ciudadanos. Estos determinantes sociales han contribuido a las desigualdades innecesarias e injustificables de los ciudadanos en muchos países. Hay casos en que los pobres no consultan a un médico por razones económicas. En el caso de Chile, la política sanitaria ha suprimido muchas barreras y déficit en accesibilidad a los sistemas sanitarios.





Por eso, la colaboración intersectorial es imprescindible. El Ministerio de Salud colabora con el Ministerio de Desarrollo Social en Chile. Se recomienda la continuación de esta iniciativa.

El hallazgo más impactante de este estudio es hay brechas de desigualdad que se continúan y que impactan sobre las iniciativas de equidad; al respecto, hay importantes factores de conversión y de agencia que influyen de modo significativo. No obstante, en Latinoamérica, Chile ha liderado la inclusión explícita de la equidad en la reforma de salud y ha sido uno de los primeros en Latinoamérica en atender su relevancia para la salud de la población. Ejemplo de ello han sido los dos últimos documentos de Objetivos Sanitarios, de las décadas 2001-2010 y 2011-2020.

El logro de equidad en salud requiere comprender la importancia de garantizar una justa distribución de los recursos, que evite las restricciones o los privilegios a que arbitrariamente pueden estar sometidas las personas en la atención de salud. La experiencia disparada de inequidad dentro de la población necesita estar priorizada más y el objeto de más esfuerzos de prevención y tratamiento. Aunque se han hecho esfuerzos notables, especialmente desde el comienzo del segundo plan en 2010, es de vital importancia tratar las inequidades por la identificación/ priorización en estas poblaciones que están afectadas con más esfuerzo concentrado, que incluye las estrategias políticas, sistémicas y ambientales.

La falta de una política pública que prioriza los grupos vulnerables puede mantener y aumentar la inequidad sanitaria. La inequidad sanitaria forma gran parte del debate de desigualdad y discriminación en América Latina. Es la hora de rechazar este legado de colonización. Las cuatro garantías del Plan AUGE (acceso, calidad, oportunidad y protección financiera) elevan el tono del debate. Es un modelo exitoso que otros países con el desafío de equidad sanitaria pueden seguir. El MINSAL ha reconocido la salud como un derecho, cuya protección está garantizada por el Estado. Es notable que hay una evaluación continua de las políticas



públicas en Chile por costo y beneficio en el sector sanitario. El debate continúa sobre la salud como derecho y/o la responsabilidad del Estado. El mejoramiento en la calidad de vida de las personas conduce al mejoramiento en el desarrollo económico del país. La universalidad y la solidaridad deben ser principios de la política pública en Chile, América Latina y más allá. La equidad es la luz al fin del túnel.

### Bibliografía

- Barría, M. S. (14 de agosto de 2008). *AUGE 2005-2008: Implementación de garantías explícitas en Salud*. Chile: Ministerio de Salud.
- Bastías, G. y M.Andia. ( agosto de 2007). Garantías explícitas en salud: seis consideraciones para su implementación. *Temas de la Agenda Pública* 2 (9):1-16.
- Bucki, B. (2014). Health Capability: An Attempt to Clarify Alternative Approach to Health Sociology. *Anaele Stiintifice ale Universitatii Alexandru Ioan Cuza* 7 (1): 19-31. <https://anaele.fssp.uaic.ro>
- Clínicas de Chile. (2016). Atrasos en el AUGE. [clnicasdechile.cl/noticias/atrasos-en-el-auge](http://clnicasdechile.cl/noticias/atrasos-en-el-auge)
- Cotlear, D. (2013).Garantías explícitas de salud para los chilenos: el Plan de beneficios de AUGE. Preámbulo. Artículo por Ricardo Bitrán. Washington DC: Banco Mundial.
- Crespo, R. (2006). ¿Derecho natural o consensual en los ‘enfoques capacidades’ de Amartya Sen y Martha Nussbaum? *Revista Valores en la Sociedad Industrial* 24 (67): 47-52.
- DCS Consulting. (2013). *Evaluación del Bono AUGE de FONASA*. Chile: Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. [www.minsal.cl/estudios-y-encuestas\\_](http://www.minsal.cl/estudios-y-encuestas_)



- Departamento de Garantías Explícitas en Salud Asistenciales. (marzo 2013). *Cambios al GES a partir del 1° de julio de 2013. Análisis decreto n°4 del 05 de febrero de 2013*. Chile: MINSAL.
- Erazo, Á. (2011). *La protección social en Chile. El Plan AUGE: Avance y desafíos*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- FONASA. (s.f.) El AUGE crece para todos. [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
- FONASA. (2013). *AUGE 80. En FONASA exige tus derechos*. Chile: FONASA.
- Fundación Jaime Guzmán. (2015). *A diez años de la implementación del plan AUGE*. [www.isapre.cl/index.php/noticias/82-a-diez-años-de-la-implementación-del-plan-auge](http://www.isapre.cl/index.php/noticias/82-a-diez-años-de-la-implementación-del-plan-auge)
- Gallardo, M. J. (2010). Salud en Costa Rica: Incorporar el enfoque de capacidades para evaluar la equidad. [http://estadonacion.or.cr/files/biblioteca\\_virtual/016/mariajose\\_gallardo.pdf](http://estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/016/mariajose_gallardo.pdf)
- Gobierno de Chile. (2015). 10 years of AUGE: achievements, guarantees and how the health plan works. <https://www.gob.cl/en/news/10-years-of-Auge-achievements-guarantees-and-how-the-health-plan-works>
- Gobierno de Chile. (2002a). *Mensaje Presidencial N° 1-347 de Ricardo Lagos*. Chile: Gobierno de Chile.
- Gobierno de Chile. (2002b). *Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE): Eje de la Reforma de la salud. 'Haciendo realidad el Derecho a la Salud.'* Chile: Gobierno de Chile.
- Goerne, A. (2010). The Capability Approach in social policy analysis. Yet another concept. *REC-WP Working Papers on the Reconciliation of Work and Welfare in Europe Núm. 03*. [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1616210](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1616210)
- Growth from Knowledge. (2012). *Estudio de Satisfacción FONASA*. Chile: MINSAL. [www.minsal.cl/estudios-y-encuestas-de-salud](http://www.minsal.cl/estudios-y-encuestas-de-salud)
- Growth from Knowledge. (2011). *Estudio de Satisfacción FONASA*. Chile: MINSAL. [www.minsal.cl/estudios-y-encuestas-de-salud](http://www.minsal.cl/estudios-y-encuestas-de-salud)



- Hernández-Álvarez, M. (2008). El concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. *Revista Salud Pública* 10 (Sup.1): 72-82. <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v10s1/v10s1a07.pdf>
- Ipsos Media CT. (2015). *Indicadores Globales*. Chile: MINSAL. [www.minsal.cl/estudios-y-encuestas-de-salud](http://www.minsal.cl/estudios-y-encuestas-de-salud)
- Ipsos Media CT. (2014). *Indicadores Globales*. Chile: MINSAL. [www.minsal.cl/estudios-y-encuestas-de-salud](http://www.minsal.cl/estudios-y-encuestas-de-salud)
- Inostroza Palma, M. (agosto 2013). Malas noticias para el Plan AUGE. *Revista Chilena de Cirugía* 65 (4): 297-298.
- Lagos, R. (22 de mayo de 2002). *Mensaje N°1-347*. Mensaje Presidencial.
- Lenz, R. (junio 2007). Proceso Político de la reforma AUGE de salud en Chile: Algunas lecciones para América Latina. Una mirada desde la economía política. *Series Estudios Socio/Económicos* 38: 1-34.
- Linares-Pérez, N. y O. López- Arellano (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectiva desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social* 3 (3): 247-259.
- Lorgelly et al, P.K. (2010). Outcome Measurement in Economic Evaluations of Public Health Interventions: a Role for the Capability Approach? *International Journal of Environmental Research and Public Health* 7 (5): 2274–2289. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2898049/>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2016). *Encuesta Casen, 2006-2015*. Chile: Ministerio de Desarrollo Social.
- Ministerio de Salud. (2019). *Decreto N°22 AUGE*. Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2016b). *Plan AUGE (Sistema de Garantías Explícitas en Salud)*. [www.bcn.cl/leyfacil/recurso/plan-ges-\(ex-augue\)](http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/plan-ges-(ex-augue))
- Ministerio de Salud. (2016a). *Garantías Explícitas en Salud Del Régimen General de Garantías en Salud*. Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2013). *Garantías Explícitas en Salud Del Régimen General de Garantías en Salud*. Chile: Ministerio de Salud.



- Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social. (2011b). *Encuesta CASEN 2011*. Chile: Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social.
- Ministerio de Salud. (2011a). *Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Metas 2011-2020*. Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2010). *Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Evaluación de final del período*. Chile: Ministerio de Salud
- Ministerio de Salud. (2006). *Objetivos Sanitarios 2000-2010*. Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2005). *Ley N° 19.966. Del Régimen General de Garantías en Salud*. Chile: Ministerio de Salud.
- Olavarría Bambi, M. (julio-septiembre 2011). Política de salud en Chile. *Revista Venezolana de Gerencia* 16 (55): 353-374.
- Organización Mundial de Salud. (2010). *La financiación de los sistemas de Salud. El Camino hacia la cobertura universal*. Geneva: Organización Mundial de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Capacidades en salud pública en América Latina y el Caribe: evaluación y fortalecimiento*. Washington, D.C: OPS.
- Parada, M. et al. (2014). Transformaciones del sistema de Salud Pública Post Reforma AUGE-GES en Valparaíso. *Revista Chilena Salud Pública* 18 (2): 127-139.
- Partido Radical. (2016). Diputada Hernando lamentó poca claridad en exposiciones ante Comisión Investigadora AUGE. [diputadahernando.cl/diputada-hernando-lamento-poca-claridad-en-exposiciones-ante-comision-investigadora-por-errores-en-decretos-GES](http://diputadahernando.cl/diputada-hernando-lamento-poca-claridad-en-exposiciones-ante-comision-investigadora-por-errores-en-decretos-GES)
- Partido Socialista de Chile. (2014). Construyendo un proyecto socialista para la salud en Chile. [www.web.pscchile.cl](http://www.web.pscchile.cl)
- Restrepo-Ochoa, D.A. (2013). La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública.



- Cadernos de Saúde Pública* 29 (12): 2371-2382.  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a03.pdf>
- Sandoval, G. y J. Herrera. (mayo 2016). Errores en 40 de las 80 patologías Auge obligan a Salud rehacer decreto. *La Tercera*.  
[www2.latercera.com/noticia/errores-en-40-de-las-80-patologias-auge-obligan-a-salud-rehacer-decreto](http://www2.latercera.com/noticia/errores-en-40-de-las-80-patologias-auge-obligan-a-salud-rehacer-decreto)
- Sen, A. (2005). Human Rights and Capabilities. *Journal of Human Development and Capabilities* 6 (2): 151-166.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública* 11(5/6): 302-309.
- Sen, A. (2000b). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Sen, A. (2000a). La salud en el desarrollo. Discurso. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2, 16-21.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/57579/1/RA\\_2000\\_2\\_16-21\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/57579/1/RA_2000_2_16-21_spa.pdf)
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. New York: Knopf.
- Sen, A. (1993). Capability and Well-being. En Nussbaum and Sen (eds.), *The Quality of Life*, Oxford: Clarendon Press, 30–53.
- Sen, A. (1985). *Commodities and Capabilities*. Amsterdam: North-Holland.
- Superintendencia de Salud. (2012). *Registro de Prestadores Individuales*. Chile: Superintendencia de Salud.
- Superintendencia de Salud. (s.f.). ¿FONASA o ISAPRE? Chile: Superintendencia de Salud. [supersalud.gob.cl/division/665/w3-printer-6444.html](http://supersalud.gob.cl/division/665/w3-printer-6444.html)
- Toha Torm, M.D. (septiembre de 2008). *AUGE: Salud Pública en Chile*. Chile: División de Prevención y Control de Enfermedades.
- Unger, J-P. et al. (2008). Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique. *Public Library of Science Medicine* 5 (4): 542-547.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276520/>
- UNICEF. (2016). *Informe sobre Equidad en Salud 2016: Un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la*



*adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas.* Ciudad de Panamá, Panamá : UNICEF.

Valdivieso D., Vicente y Joaquín Montero L. (2010). El plan AUGE: 2005-2009. *Revista Médica Chile.* 138 (8): 1040-1046.

Vergara, M. (2007). Equidad en el acceso a la salud en Chile. *Revista Chilena Salud Pública* 11 (3): 150-157.

World Health Organization Quality of Life group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* 46 (12):1569–85.

Yamin, A.E. y A.Frisancho. (2014). Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina. *The Lancet* 17: S 5-7.

