

# Seguimiento de las transformaciones del sistema de salud público en la Región de Valparaíso - Chile, post reforma del AUGE-GES.

Avance de Investigación en curso

Grupo de Trabajo N°19, Salud

Mario Parada L.(1)  
Carolina Reyes B.(1)  
Katherine Cuevas L.(1)  
Antonio Ávila R.(2)  
Paulina Lopez O.(3)  
Valeria Carrasco C.(4)  
Fabián Moraga.(4)  
Juan Francisco González.(4)  
Pedro Riquelme.(4)

(1)Profesor/a Departamento de Salud Pública Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

(2)Profesor del Instituto de Sociología de la Universidad de Valparaíso.

(3)Profesora carrera de Obstetricia de la Universidad de Valparaíso.

(4)Estudiante de la carrera de sociología de la Universidad de Valparaíso.

Dir.: Hontaneda 2653, 4° piso. Valparaíso Chile. Tel.: 56-32-2507337

Email: salud.publica@uv.cl; mario.parada@uv.cl

## Resumen

La reforma El AUGE/GES no ha sido evaluada de manera integral aunque sea uno de los pilares de la búsqueda de la equidad en el acceso a la atención de salud. El presente estudio forma parte de una investigación mayor de carácter nacional y tiene por objetivos: describir las políticas de salud desde los discursos de actores sociales relevantes, regionales y locales; caracterizar la implementación de la política de salud desde la perspectiva regional, a nivel de los servicios de salud, de hospitales y otros organismos en relación a la reorganización estructural; identificar la implementación de la política de salud desde una perspectiva local, a nivel de atención primaria en relación a la reorganización estructural.

Se usó metodología de investigación cualitativa, se realizaron 42 entrevistas a informantes claves (regionales y locales) y observación directa de los servicios. Se realizó análisis de contenido.

Los resultados preliminares señalan que la implementación de la reforma AUGE-GES en la región de Valparaíso es valorada como positiva por todos los actores especialmente al compararla con lo que existía anteriormente. Tanto las garantías no cumplidas como las listas de espera NO GES son resultados criticados. Los equipos de salud, de los tres niveles de atención, han sido tensionados y enfocados a la atención curativa, postergando la prevención y, sobre todo, las actividades de promoción de la salud. Se discute o problematiza fuertemente la real capacidad del GES para disminuir las inequidades, más bien se considera como una estrategia de priorización que ha aumentado la exclusión de importantes grupos poblacionales. Los derechos de las personas son entendidos como derechos de reclamo y/o de consumidores que son atendidos.

**Palabras Claves:** Reforma Sanitaria, Evaluación Institucional, Garantías Explícitas

## Introducción

En Chile, el golpe de estado de 1973 implicó transitar desde un sistema de salud con vocación pública y universal a la implementación de un sistema neoliberal que privilegió la expansión de la prestación de servicios de salud privados, así como la privatización de la administración del seguro público obligatorio en salud (De Azevedo & Mardones-Restat, 2006; Manuel, 2002; Labra, 2002; Unger, De Peape, Cantaurias, & Herrera, 2008; Parada, 2004). Las reformas comenzaron a implementarse en 1979 con la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que debía recaudar y asignar los recursos. En lo administrativo, el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) fueron reemplazados por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con servicios regionalizados y autónomos. A partir de 1981, la atención primaria fue traspasada a los municipios, en lo referente a financiamiento y administración, y la tuición técnica siguió a cargo del Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud. En 1982, se crean las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), aseguradoras privadas con fines de lucro, que administran las cotizaciones de los trabajadores con mayores sueldos (Tetelboin, 2003; Parada, 2004).

En la década de los noventa, con los gobiernos de la post-dictadura, las políticas de salud se dirigieron al rescate y fortalecimiento del sistema público y a la implementación de instancias reguladoras del mercado de seguros privados de salud (Barrientos, 2002; Parada, 2004; Tetelboin, 2003). No obstante los avances en las políticas públicas, el sistema continuó presentando importantes grados de inequidad respecto al acceso a los servicios de salud (Arteaga, Astorga, & Pinto, 2002; Warren, Giusti, & Sotelo, 2007; Subramanian, Delgado, Jadue, Vega, & Kawachi, 2003). Reconociendo las brechas de equidad, en la década de 2000, se avanzó en el diseño de una reforma de salud. Esta reforma inicialmente se planteó como una respuesta a la grave crisis en el sistema de salud producida por la política neoliberal heredada de la dictadura que llevó al sistema público a un colapso, provocando grandes inequidades en los resultados sanitarios (Sandoval, 2004; Parada, 2004).

El gobierno de Ricardo Lagos estableció los “Objetivos sanitarios de la década 2000-2010”, entre los cuales se cuenta el mejoramiento de los logros sanitarios del siglo XX, la disminución de la inequidad en salud, hacer frente a los nuevos cambios en la estructura social, y proveer servicios que cumplan con las expectativas de los chilenos (MINSAL, 2002). Paralelamente con ello, se comenzó a diseñar la Reforma de Salud, la que se expresó en el envío al parlamento de un conjunto de proyectos que definieron sus pilares fundamentales: sobre el financiamiento, en agosto de 2003, a través de un aumento del 1% del IVA (Ley 19888, 2003), la autoridad sanitaria y la gestión, en febrero de 2004, que reformuló la nueva institucionalidad dentro del MINSAL mediante la creación de dos subsecretarías (salud pública y redes asistenciales) además de la creación de la Superintendencia de Salud (SIS) y Hospitales Autogestionados (Ley 19937, 2004). A nivel regional este cambio a la legislación ha significado la división entre las funciones de salud pública a cargo de las SEREMI y lo relacionado con las redes asistenciales, potestad de las direcciones de cada servicio de salud correspondiente. Además, se produjo la modificación a la ley de ISAPRE en mayo de 2005 (Ley 20015, 2005) y la ley sobre derechos y deberes de las personas en salud, recientemente aprobada por el Congreso Nacional (Ley 20584, 2012). En septiembre de 2004 se aprobó la ley 19.966 sobre el régimen general de garantías en salud, donde se establecieron explícitamente garantías legales asociadas a un grupo de enfermedades: de acceso, de oportunidad, de protección financiera y de calidad (Ley 19966, 2004).

Esta Reforma, conocida inicialmente como el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE) consiste básicamente en la priorización de enfermedades e intervenciones, de acuerdo a la carga de enfermedad, mortalidad, la capacidad instalada para tratarlas y otros factores socioeconómicos vinculados (Erazo, 2011). Actualmente, se conoce como GES, y existen 80 patologías e intervenciones garantizadas por este sistema (MINSAL, 2013).

Existen evidencias respecto a la implementación y resultados de la Reforma AUGE-GES, así como de que este proceso ha sido percibido como fragmentado por los diversos actores (Méndez, Miranda, Torres, Márquez, & Matthews, 2011; Núñez & Méndez, 2011; Durán & Méndez, 2010; Paraje & Vásquez, 2012). Por otra parte, hay información que apunta a que, si bien la garantía de acceso ha tenido una implementación exitosa, en la garantía de oportunidad han existido incumplimientos importantes para la solución de varias patologías, generando listas de espera no previstas ni legales. (Valdivieso & Montero, 2010). En cuanto a la garantía de protección financiera, consistente en la fijación de copagos máximos para los beneficiarios, se vislumbra como un instrumento a favor de la equidad, siendo su único aspecto deficitario la entrega oportuna de algunos medicamentos de la canasta AUGE (Valdivieso & Montero, 2010; Bitrán, Escobar, & Gassibe, 2010) Por otra parte, la garantía de calidad aún no ha sido implementada.

Al tratarse de un mecanismo de priorización y focalización, el AUGE-GES ha implicado la segmentación de la población de acuerdo a si tiene o no los requisitos para ser beneficiado por este programa. Por otra parte, para los establecimientos públicos, especialmente hospitalarios, las atenciones AUGE-GES son completamente financiadas, generándose así un incentivo para que la producción de servicios esté fundamentalmente orientada a las patologías AUGE-GES. Es así como, 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.

Como consecuencia de lo anterior, se ha observado una postergación de atenciones de afecciones no incluidas en el AUGE-GES, generándose las denominadas listas de esperas NO-GES (Bitrán, Escobar, & Gassibe, 2010). Como el sistema contempla la posibilidad de contratar servicios de atención privados para responder a las garantías explícitas cuando el sistema público no cuenta con la capacidad para responder, se ha producido un traspaso de fondos desde el sector público al sector privado con fines de lucro (Román & Muñoz, 2008).

El marco contextual de la investigación es la región de Valparaíso, donde existe una SEREMI (autoridad sanitaria) y tres Servicios de Salud (redes asistenciales), uno de ellos es el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA), el cual cuenta con una red compuesta por un Hospital de alta complejidad (Carlos Van Buren –HCVB-, autogestionado) y otros tres Hospitales de menor complejidad, más un Hospital Psiquiátrico. La red de atención primara está compuesta por dos Centros de Salud Familiar (CESFAM) propios del SSVSA ubicados en la comuna de Valparaíso y 20 centros en las comunas con administración municipal del área del servicio. En el SSVSA la implementación de la Reforma ha sido similar a la del resto del país y dentro de los datos relacionados cabe destacar lo siguiente: posee una población asignada de 476.970 personas, de los cuales el 85% se encuentra afiliado al seguro público de salud (SSVSA, 2012). Específicamente en relación con la Reforma AUGE-GES, sólo un 36% de las garantías son cumplidas en el plazo establecido, un 43% fuera del plazo y un 15% son catalogadas como exceptuadas (SIS, 2012). Un 60 % de los pacientes que se atienden bajo la modalidad GES lo hacen en algún centro de atención primaria (SSVSA, 2012). En cuanto a las transferencias al sector privado, estas se han duplicado desde que se implementó la Reforma en el año 2005, pasando de los 16.667 millones de pesos a 32.800 millones de pesos en el año 2012 (SSVSA, 2013).

La presente investigación se basa en el hecho de que existe desconocimiento respecto a los cambios generados por la implementación de la Reforma AUGE-GES en la Región de Valparaíso. Se pretende responder a interrogantes tales como: ¿La Reforma fortalece al sector público; a nivel hospitalario y de APS? ¿Cómo se relaciona el sector público y privado a partir de la Reforma? ¿Se ha producido una augización de la atención, sobre todo a nivel hospitalario? En este marco, se plantean como objetivos del estudio: 1) describir las políticas de salud desde los discursos de actores sociales relevantes, regionales y locales. 2) caracterizar la implementación de la política de salud desde la perspectiva regional, a nivel de los servicios de salud, de hospitales y otros organismos en relación a la

reorganización estructural. 3) identificar la implementación de la política de salud desde una perspectiva local, a nivel municipal y de atención primaria (CESFAM u otros, municipalizados o de los servicios de salud) en relación a la reorganización estructural. Al tratarse de una investigación que se encuentra en proceso de ejecución los resultados que serán expuestos a continuación son parciales y están siendo discutidos por el equipo de investigadores.

## **Metodología**

Se realizó un estudio cualitativo con la utilización de dos de técnicas recolección de datos: entrevistas individuales semi estructuradas a informantes claves y actores dentro del sistema; y observación directa, en dispositivos de atención. Para la primera de ellas se utilizó un guión de entrevista y para la segunda, una pauta de observación específica. Estas técnicas fueron aplicadas durante el segundo semestre del año 2012 en dos niveles: en el nivel regional (SEREMI, SIS, FONASA, SSVSA y gremios) y a nivel local (HCVB, CESFAM Padre Damián, CESFAM Jean Marie Thierry y gremios). En concreto, se realizaron 42 entrevistas a directivos del nivel regional y local, dirigentes gremiales, profesionales que trabajan directamente relacionados al AUGGE-GES y usuarios/as del AUGGE-GES. Se definieron siguientes categorías de análisis: diferencias de la política GES - NO GES, redes asistenciales, hospitales autogestionados, modelo de atención y percepción de derecho. Se realizó análisis de contenido con el apoyo de un software especializado y se realizó triangulación de investigadores.

## **Resultados preliminares**

### **Diferenciación de la política: GES - NO GES,**

Los resultados preliminares señalan que, para los actores, la reforma AUGGE-GES es una buena política, que ha sido un progreso respecto de lo que existía antes y que se espera que se mejoren sus coberturas, incluyendo más patologías.

Sin embargo, también señalan que la implementación ha sido incompleta, con múltiples dificultades. De hecho, al momento de realizar esta investigación aún no se pone en marcha la garantía de calidad incluida en la ley de régimen de garantías en salud. Esta garantía se propone que los estándares de calidad mínimos en la atención sean los mismos para los diferentes eventos GES, así como también en los diferentes prestadores (públicos y privados, de diferentes niveles de complejidad, etc.). Por otra parte, para la implementación de esta garantía se realiza un proceso de acreditación de los prestadores individuales (profesionales médicos y no médicos) y de los establecimientos, que aún no concluye y que ha dejado en evidencia grandes falencias en las capacidades instaladas de importantes establecimientos, de hecho, los tres dispositivos incluidos en este estudio, tienen la siguiente situación: Hospital Van Buren en proceso de cierre de brechas para obtener la acreditación; CES Jean et Marie Thierry, en proceso de acreditación; CESFAM Padre Damián acreditado con desarrollo medio.

En tal sentido, en todos los niveles entrevistados, aparece un discurso que señala al Ministerio de Salud (ente rector de la política) como lejano a la problemática local, no escuchando las demandas de los actores, tensionando el cumplimiento de las garantías sin discutir el desarrollo de los procesos para llevar adelante la política de salud.

En el discurso de los actores directivos y no directivos del nivel regional, como a nivel hospitalario, se encuentra una centralidad del GES como motor de la política de salud y especialmente del sector público, señalando que este sistema ha impuesto un ordenamiento y dinamismo muy diferente en el sector. Por otra parte, plantean que se ha producido una evidente “augización” de la atención a la enfermedad, lo que implica una sobre priorización al interior de los establecimientos y la aparición de lo NO GES. Este fenómeno se plantea como una inequidad generada por el AUGGE-GES.

De acuerdo a los/as entrevistados/as, la puesta en marcha del AUGE, a pesar de llevar a cabo un plan piloto (marcha blanca con 16 patologías en un primer momento) presentó severas falencias en la información y comunicación de los usuarios/as tanto internos/as como externos/as, lo que redundó en un malestar creciente que afectó las condiciones laborales de los/as trabajadores y una insatisfacción en las personas usuarias del sistema.

La comprensión de que el sistema AUGE-GES es un sistema de priorización que no incluye a todas las situaciones (enfermedades) y que luego dentro de ellas, no todas las personas con una enfermedad en particular estaban consideradas (casos importantes depresión en mujeres, esquizofrenia según episodio, cánceres digestivos, etc.) implicó una confusión y frustración importante de los actores sociales. Esto implicó el cuestionamiento inmediato de la universalidad pretendida de la reforma.

Aparecen dudas respecto del aporte a la calidad de atención en APS fundamentalmente, ya que los tiempos de atención médica se han acortado para poder cubrir la demanda asistencial.

### **Cambios en el modelo de atención**

Apareció fuertemente la augización de la atención y esta es fuertemente criticada por los representantes de los principales gremios, sobre todo a nivel médico y de profesionales hospitalarios. De hecho, esta es una de las consecuencias, más anunciadas por los detractores de la reforma y menos aceptada por el nivel gubernamental, generándose grandes listas de espera para la solución de los problemas de atención no considerados por el GES. La situación ha hecho crisis de manera tal que el actual gobierno implementó un programa específico de solución de estas listas de espera, actualmente en régimen. De hecho, actores hospitalarios señalan que los presupuestos debiesen estar estructurados de otra manera para incluir a las patologías NO GES, pues siempre se orientan para poder cumplir las guías clínicas del GES. A nivel hospitalario se describe la falta de las garantías en la prevención de enfermedades, como la insuficiencia renal crónica, hace que se gasten más recursos de manera innecesaria.

Uno de los efectos no deseados de la reforma, relatados por los/as actores, especialmente de la SEREMI, es la despreocupación por el enfoque promocional-preventivo que se ha ido produciendo. También se explicita que existe una permanente tensión por el cumplimiento de metas e incentivos asociados, con el rol tradicional de la APS en estas áreas. Aunque a la vez, algunos actores destacan el vuelco hacia la asistencialidad en APS como un efecto positivo que permite lograr las metas y cumplir con las garantías explícitas.

Los profesionales de APS consideran que la existencia de enfermedades garantizadas por ley ha significado mejorar la pesquisa dentro de su centro de salud, ya que todo el equipo está en conocimiento de que ellas están priorizadas y normadas, y que se está expuesto a protocolos, sanciones y gratificaciones por su cumplimiento (desde el aumento de coberturas a cumplimiento de oportunidad de atención), lo que ha dado como resultado un mayor ordenamiento dentro de los establecimientos.

A nivel hospitalario apareció un discurso que pone énfasis en la necesidad de cambiar la cultura organizacional para que acompañe los cambios generados por el AUGE-GES, la cultura actual está en tensión con el cumplimiento de garantías en algunas patologías y no en otras, por ejemplo.

Los dirigentes gremiales hacen una fuerte crítica a la implementación del modelo de salud familiar, ya que consideran que hay una contradicción entre la centralidad que este tiene en el discurso oficial y el rol secundario que este presenta en la realidad, señalando que las transformaciones son más de carácter administrativo que de carácter sanitario o asistencial.

Los integrantes del equipo de salud y los usuarios de APS, identifican un cambio del modelo de atención, señalando que diversas áreas han mejorado la atención dentro de los establecimientos. Sin embargo, lo que se señalan como aspectos positivos se relacionan más con los procesos instalados por el AUGE-GES, que con el modelo de salud familiar: cambio en la modalidad de la dación de horas, incorporación de agendas y las horas escalonadas, reducción de las filas de madrugada.

Dentro de los aspectos del modelo de salud familiar que aparecen son las visitas domiciliarias integrales y la necesaria mayor coordinación entre los profesionales del centro para su realización. También el trabajo con la comunidad es reconocido por los funcionarios de los centros de salud.

Una mejor organización también es percibida como elemento importante en la instalación del modelo. Por último se asocia a la implementación de algunos cambios, el cumplimiento de metas y el beneficio económico que estas representan para los funcionarios lo que motiva al cumplimiento de las disposiciones ministeriales para poder obtenerlos

Los usuarios/as de APS continúan valorando la atención hospitalaria por sobre la otorgada en la atención primaria. Se percibe al hospital como el lugar en donde se otorga una atención más completa y donde se resuelve la necesidad sentida. En ningún caso se mencionan las garantías que deben ser cumplidas en la APS y tampoco se le considera a ese nivel como la puerta de entrada para exigir dichas garantías.

### **Percepción de derecho**

A nivel de directivos y operadores del GES existe un discurso que plantea un cambio en la percepción del derecho desde la visión de las personas como beneficiarias hacia la visión como ciudadanas. Sin embargo, a la vez, se expresan una serie de reparos a este cambio casi como si existiese temor a un mayor empoderamiento ciudadano.

Se da mucho énfasis a que la gente habría ganado el derecho a reclamar y que dichos reclamos sean tomados en cuenta, ya que las garantías son legales, especificando eso sí, que si no existe reclamación no se activan los mecanismos para hacer efectivas dichas garantías, no hay enfoque preventivo, vale decir con un enfoque de las personas como consumidoras de servicios de atención.

En cambio los gremios hacen una crítica a la parcialidad de los derechos que se ve expresada en la segmentación de la atención GES, vale decir que no se alcance la universalidad, a lo menos, en las enfermedades priorizadas.

Más aún, en APS se expresa que las personas se consideran GES, lo cual genera una doble confusión, primeramente que al ser categorizadas de esa manera serán tratadas de la misma manera por todos sus padecimientos y no solo por la patología GES específica. Además, esperan que el GES cubra todos los exámenes y tratamientos que existen para el evento, y no que solo se trate de una canasta muy bien establecida.

Es muy llamativa la carencia de discurso explícito, entre los funcionarios de APS, respecto de derechos de salud de las personas.

### **Desarrollo de los hospitales autogestionados en red y las redes asistenciales**

Los actores del nivel regional aprecian que el GES ha significado una tensión positiva sobre los establecimientos, en el sentido de obligarles a funcionar en red, a cumplir con los protocolos y guías clínicas, a conocerse entre sí y a coordinarse. No obstante, se señala al mismo tiempo que la sobrecarga de la red producto de la priorización del AUGE-GES genera un efecto contrario al funcionamiento en red ya que se ponen por delante los intereses propios de cada nivel respecto de los otros, hecho aún más reforzado por la existencia de los hospitales autogestionados. Lo anterior, explican, se debe a la fuerte relación entre autogestión y financiamiento hospitalario, contraponiéndose al necesario espíritu de cooperación que debe existir para que una red funcione. Es como si se perdiera el foco en objetivos comunes, una especie de tautología al denominar a estos hospitales como autogestionado y a la vez en red. En tal sentido, las instancias formales para coordinar la red se han ido desarrollando con mucha dificultad y la mayor parte de las veces motivados por la solución de problemas de incumplimiento de garantías urgentes o que llevan mucho tiempo.

A nivel hospitalario se señala que los protocolos de referencia y contrareferencia no se cumplen eficazmente, y explican que la razón estaría fundamentalmente en las deficiencias de recursos adecuados a nivel de la APS (horas médicas, de profesionales, capacitación entre otros).

El gremio médico señala que la autogestión se ha transformado en una herramienta para la compra de servicios externos sin mayores controles y sin mayores esfuerzos por fortalecer la capacidad instalada de los hospitales públicos.

## **Bibliografía**

Arteaga, O., Astorga, L., & Pinto, A. (2002). Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile. *Cad. Saúde Pública* , 1053-1066.

Barrientos, A. (2002). Health policy in Chile: The return of the public sector? *Bulletin of Latin American Research* , 442-459.

Bitrán, R., Escobar, L., & Gassibe, P. (2010). After Chiles Health Reform: Increase in coverage and access decline in hospitalization and death rates. *Health Affairs* , 2161.

Cid, C. (2011). Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional. *Temas de la agenda pública* , 1-19.

De Azevedo, A., & Mardones-Restat, F. (2006). The essential health reform in Chile; a reflection on the 1952 process. *Salud Pública de México* , 504-511.

Durán, J., & Méndez, C. (2010). Implementación de la reforma de salud: percepción del profesional químico farmacéutico. *Cuadernos Médico-Sociales de Chile* , 124-131.

Erazo, A. (2011). *La protección social en Chile. El Plan AUGE: avances y desafíos*. CEPAL. Serie de financiamiento del desarrollo.

Labra, M. (2002). La reivindicación neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cad. Saúde Pública* , 1041-1052.

Ley 19888. (13 de Agosto de 2003). *Establece el financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios para el gobierno*. Recuperado el 2013 de Agosto de 5, de Biblioteca del Congreso Nacional: [http://www.leychile.cl/Consulta/listado\\_n\\_sel?\\_grupo\\_aporte=&sub=765&agr=2&comp=](http://www.leychile.cl/Consulta/listado_n_sel?_grupo_aporte=&sub=765&agr=2&comp=)

Ley 19937. (24 de Febrero de 2004). *Modifica el Decreto Ley N° 2.763 de 1979 con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana*. Recuperado el Agosto de 5 de 2013, de Biblioteca del Congreso Nacional: [http://www.leychile.cl/Consulta/listado\\_n\\_sel?\\_grupo\\_aporte=&sub=765&agr=2&comp=](http://www.leychile.cl/Consulta/listado_n_sel?_grupo_aporte=&sub=765&agr=2&comp=)

Ley 19966. (3 de Septiembre de 2004). *Establece un régimen de garantías en salud*. Recuperado el 3 de Agosto de 2013, de Biblioteca del Congreso Nacional: [http://www.leychile.cl/Consulta/listado\\_n\\_sel?itemsperpagina=10&totalitems=14&npagina=1&\\_grupo\\_aporte=&agr=2&sub=765&comp=&tipCat=](http://www.leychile.cl/Consulta/listado_n_sel?itemsperpagina=10&totalitems=14&npagina=1&_grupo_aporte=&agr=2&sub=765&comp=&tipCat=)

Ley 20015. (17 de Mayo de 2005). *Modifica la Ley N° 18.933 sobre instituciones de salud previsional*. Biblioteca del Congreso Nacional. Recuperado el 4 de Agosto de 2013, de Biblioteca del Congreso Nacional: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=238102&idParte=0>

Ley 20584. (24 de Abril de 2012). *Regula derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud*. Recuperado el 3 de Agosto de 2013, de Biblioteca del Congreso Nacional: <http://www.leychile.cl/Consulta/listaresultadosavanzada?stringBusqueda=3%23normal%2320584%7C%7C117%23normal%23on%7C%7C48%23normal%23on&tipoNormaBA=&o=experta>

Manuel, A. (2002). The chilean health system: 20 years of reforms. *Salud Pública de México* , 60-48.  
Méndez, C., Miranda, C., Torres, M., Márquez, M., & Matthews, T. (2011). Implementación de la política de Hospitales Autogestionados en Chile: percepción de los profesionales hospitalarios. *Revista Chilena de Salud pública* , 247-255.

MINSAL. (4 de Julio de 2013). *Más enfermedades AUGE. Chile avanza para todos* . Recuperado el 4 de Agosto de 2013, de Ministerio de Salud: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/d692c627c623b9cae040010164016563.pdf>

MINSAL. (5 de Enero de 2002). *Objertivos Sanitarios de la década 2000-2013*. Recuperado el 3 de Abirl de 2013, de Ministerio de Salud, República de Chile: <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf>

Núñez, P., & Méndez, C. (2011). Implementación de la política nacional de medicamentos de la Reforma de Salud: percepción del profesional químico farmacéutico. *Revista Chilena de Salud pública* , 21-28

OMS. (2012). *Observatorio de la Salud Global*. Recuperado el 12 de Mayo de 2012, de Organización Mundial de la Salud: <http://apps.who.int/gho/data/>

Parada, M. (2004). *Evolución del sistema de protección social de la salud en Chile: un análisis sociológico*. España: Universidad Autónoma de Madrid.

Paraje, G., & Vásquez, F. (2012). Health equity in an unequal country: the use of medical services in Chile. *International Journal for Equity in Health* , 11-81.

Román, O., & Muñoz, F. (2008). Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos. *Revista Médica de Chile* , 1599-1603.

Sandoval, H. (2004). Mejor salud para todos los chilenos: fundamentos sanitarios, políticos y financieros de la necesidad y oportunidad de hacer una reforma al Sistema de Salud Chileno. *Cuadernos Médico-Sociales* , 5-20.

SIS. (2012). *Informe de fiscalización de monitoreo de la garantía de oportunidad en el sector público*. Recuperado el 2 de Agosto de 2013, de Superintendencia de Salud : [www.sis.cl](http://www.sis.cl)



SSVSA. (2 de Junio de 2013). *Comprobante de respuesta Ley 20.285*. Recuperado el 2 de Mayo de 2013, de Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio: [www.ssvsa.cl](http://www.ssvsa.cl)

SSVSA. (2012). *Cuenta pública, gestión 2012*. Recuperado el 6 de Agosto de 2013, de Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio: <http://www.ssvsatransparencia.com/2013/Cuenta%20Publica/CUENTA%20PUBLICA-2012.pdf>

Subramanian, S., Delgado, L., Jadue, L., Vega, J., & Kawachi, L. (2003). Income inequality and health: multilevel analysis of Chilean communities. *Epidemiol Community Health* , 844-848.

Tetelboin, C. (2003). *La transformación neoliberal del sistema de salud . Chile 1973-1990: reformas de primera generación*. Ciudad de México: Universidad Atónoma Metropolitana.

Unger, J., De Peape, P., Cantaurias, G., & Herrera, O. (2008). Chiles neoliberal health reform: An assessment and a critique. *Plos Med* .

Valdivieso, V., & Montero, L. (2010). El Plan AUGE: 2005 al 2009. *Revista Médica de Chile* , 1040-1046.

Warren, H., Giusti, A., & Sotelo, J. (2007). The chilean mortality decline: improvement for whom? Socioeconomic and geographic inequalities in infant mortality, 1990-2005. *Bull Word Health Organ*, 798-804.