

# El plan AUGE: 2005 al 2009

VICENTE VALDIVIESO D.<sup>1,2</sup>, JOAQUÍN MONTERO L.<sup>2,3</sup>

## Health care reform in Chile: 2005 to 2009

<sup>1</sup>Academia de Medicina del Instituto de Chile.

<sup>2</sup>Miembro Consejo Consultivo AUGE.

<sup>3</sup>Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Texto basado en la conferencia dictada en la Academia de Medicina del Instituto de Chile, el 7 de abril de 2010. Solicitado por invitación de los Editores.

*Five years ago Chile implemented a Health Care Reform to reduce the great inequalities in health care provision that affects the low-income, high-risk segment of its population. A universal care plan ("AUGE") was designed to make medical coverage available to all Chilean citizens suffering from one of a specified, growing list of diseases (66 at present time). The diseases are prioritized by the Ministry of Health and its inclusion in the plan is revised periodically by an Advisory Committee according to four cardinal criteria: burden of disease, effectiveness of treatment, specific capacity of the health system and financial costs. The plan is funded by the state and enforced by law through a set of four specific guarantees: access, opportunity, quality and financial protection. This paper reviews the origin and development of the reform, the benefits and drawbacks of the application of the specific guarantees and the perception of the public regarding its strengths and weaknesses.*

(Rev Med Chile 2010; 138: 1040-1046).

**Key words:** Chile; Health Care reform, Public Health.

### I. El origen de la Reforma de Salud

El año 2000, a comienzos del gobierno del Presidente Ricardo Lagos, el Ministerio de Salud inició dos trabajos de gran trascendencia nacional: establecer los "Objetivos Sanitarios para Chile" y diseñar su seguimiento durante la década 2000-2010, iniciativa que fue liderada por la Dra. Ximena Aguilera y el Departamento de Epidemiología bajo su dirección; simultáneamente, el gobierno puso en marcha la Comisión para la Reforma, dirigida por el Dr. Hernán Sandoval por expreso encargo del Presidente de la República.

La metodología empleada incluyó el estudio de los objetivos sanitarios en otros países; el análisis de la situación de salud en Chile; la revisión de carga de enfermedad y de la efectividad de algunas intervenciones en patologías seleccionadas.

Preparando la reforma, se organizaron múltiples reuniones con académicos, profesionales de la Salud y representantes de los usuarios y del público en general. Simultáneamente se realizaron ejercicios de definición de prioridades, objetivos y métodos.

El resultado del primero de estos trabajos fue

la publicación de los "Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010"<sup>1</sup>, entregados al Presidente a comienzos de 2002. Estos objetivos se resumieron así: 1) Mejorar los logros sanitarios alcanzados en el Siglo XX; 2) Disminuir la inequidad; 3) Enfrentar los nuevos desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios ocurridos en la sociedad chilena respecto de su visión de la salud, para 4) Proveer servicios a la altura de las expectativas de la población.

El año 2002 el Ministerio de Salud (MINSAL) acuñó el término "AUGE" (Acceso Universal con Garantías Explícitas) para denominar al núcleo conceptual de la futura reforma. De acuerdo a él, se plantearon 4 garantías explícitas: Acceso, Oportunidad, Calidad y Protección Financiera, que protegerían el derecho de los chilenos para recibir "Bienes de Salud Pública" (tanto colectivos como individuales) y "Bienes de Salud de las personas" individualmente consideradas<sup>2</sup>.

Enfrentados a la imperiosa necesidad de establecer un racionamiento para estos últimos, se optó por priorizar una lista creciente de Patologías o Condiciones ("Problemas de Salud"), en los que exclusivamente tendrían vigencia las garantías

explícitas mencionadas. La atención del resto de las enfermedades, como lo señala el artículo 3° de la ley<sup>3</sup>, “no podrán sufrir menoscabo por el establecimiento y las sucesivas modificaciones de las Garantías Explícitas en Salud”. Desgraciadamente, con mucha frecuencia no ha sido así.

Con el paso del tiempo, los componentes de Salud Pública propuestos en la Reforma original no recibieron la atención necesaria, y el AUGE fue dando cada vez más importancia a la terapia individual de las patologías o condiciones priorizadas, las que han aumentado en número desde las 25 iniciales a las 69 actuales, a contar del 1 de julio de 2010. En cambio, las iniciativas de promoción y prevención de la salud no se han modificado sustancialmente como resultado del AUGE.

Establecidos estos conceptos generales, se enviaron al Parlamento los proyectos de ley necesarios para hacer efectiva la reforma de salud, y que se mencionan a continuación<sup>4</sup>:

- 1) Financiamiento (agosto 2003): El Ejecutivo logró un aumento de 1% del IVA para este fin (de 18% a 19%). El proyecto contemplaba también un “Fondo Universal Solidario” e impuestos específicos al Tabaco y Diesel: ninguno de ellos fue aprobado.
- 2) Autoridad Sanitaria y Gestión (febrero 2004), que reformó la estructura del MINSAL, creando dos subsecretarías: Redes y Salud Pública, y la Superintendencia de Salud, a cargo de controlar con independencia las actividades de los sistemas público y privado y, en particular, el cumplimiento de las garantías explícitas del AUGE.
- 3) Régimen General de Garantías de Salud (GES) (septiembre de 2004). Se trata de la Ley 19.966, que contiene lo medular de la reforma propuesta. Establece las garantías ya mencionadas y las hace explícitas, es decir, crea la obligación de informar de estos beneficios a la población y exigir su cumplimiento, incluso por la vía judicial.
- 4) Ley de Modificación de las ISAPRES (mayo de 2005) y
- 5) Ley de “Derechos y Deberes de los Pacientes” que todavía se encuentra en discusión en el Parlamento.

La Ley que faltó: los autores de este trabajo y muchos otros médicos del ámbito académico, societario y gremial, hicieron notar oportunamente

**la falta de un proyecto de ley fundamental para la Reforma en general** y para el buen funcionamiento del AUGE en particular, que propusiera al Parlamento financiar un programa ministerial con respaldo universitario para la formación de personal especializado, tanto en Medicina como en Enfermería y otras carreras de la salud. Ello nunca fue realizado.

La Ley 19.966 establece que **cada 3 años** el MINSAL debe proponer una lista de patologías o condiciones con sus prestaciones asociadas, para ser incorporadas al AUGE. El Ministerio de Hacienda evalúa los recursos disponibles y los expresa en una “Prima Universal” en UF por cada potencial beneficiario (sea de FONASA o de ISAPRE), la que está ligada al crecimiento del producto geográfico bruto del país. De esta forma el nuevo decreto trianual del programa AUGE, ampliado por la lista de patologías o condiciones elaborada por el MINSAL, con el respaldo presupuestario emanado del Ministerio de Hacienda, pasa al Consejo Consultivo. Este debe estudiar la factibilidad y conveniencia de incorporar cada una de las patologías o condiciones adicionales propuestas, utilizando con ese fin la información entregada por la Subsecretaría de Salud Pública. Las conclusiones del Consejo y sus fundamentos son entregadas al Ministro de Salud, que en conjunto con el Ministro de Hacienda firman el decreto definitivo.

Los principales criterios de priorización utilizados por el MINSAL y por el Consejo Consultivo de acuerdo a la ley debieran ser: 1) Estudios de carga de enfermedad y de carga de factores de riesgo<sup>5</sup>, ambos expresados en “AVISA” (suma de los años de vida perdidos, sea por muerte prematura o por incapacidad, atribuibles a cada patología o factor de riesgo); 2) Eficacia y efectividad de las prestaciones que se ofrece otorgar, de acuerdo a criterios de Medicina Basada en Evidencia; 3) Capacidad real de atención de los sistemas de salud para cada una de las patologías o condiciones propuestas; 4) Criterio de “preferencias sociales” que recientemente ha sido motivo de un estudio<sup>6</sup> que ha generado un informe al respecto, pero que por ahora no se aplica en plenitud.

## II. El Consejo Consultivo

Está constituido por 9 miembros: un representante de la Academia de Medicina del Instituto de

Chile; dos de las Facultades de Medicina; dos de las Facultades de Economía; uno de las Facultades de Química y Farmacia y tres representantes nombrados por el Presidente de la República. Cuenta con una Secretaria Ejecutiva. Los consejeros duran 3 años en sus cargos y su nombramiento puede ser renovable por una sola vez.

Como se ha señalado, la función principal del Consejo es estudiar las propuestas del MINSAL respecto de incorporar (o retirar) patologías o condiciones del listado del AUGE, de acuerdo a los criterios de priorización ya señalados, y de estudios epidemiológicos o clínicos complementarios que le deben ser proporcionados por la Subsecretaría de Salud Pública. Durante estos cinco años la entrega de información al Consejo ha sido irregular, incompleta y fragmentada. En particular, el MINSAL no ha informado nunca con claridad acerca de la brecha entre las necesidades asistenciales de las patologías propuestas y la real capacidad del sistema público de salud para atenderlas de acuerdo a las guías clínicas correspondientes. Especialmente preocupante ha sido el recargo de la atención primaria con patologías adicionales que dudosamente puede abarcar con eficiencia y cuya atención se hace a costa de importantes funciones propias de este nivel, como son la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la comunidad que geográficamente corresponde a cada consultorio.

Aunque el Consejo Consultivo juega sólo un rol asesor, es responsable ante la ciudadanía del empleo de los mejores criterios disponibles para definir el uso de las garantías explícitas en campos específicos de la Medicina. De hecho sus actas y sus informes son públicos y de fácil acceso por Internet ([www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)).

Durante los cinco años cubiertos por este trabajo, los informes dirigidos por el Consejo al Ministro de Salud insistieron reiteradamente en que se reforzara en el plan AUGE la prevención y el diagnóstico precoz de múltiples patologías ya incluidas en el programa, criterio que en escasas oportunidades fue acogido por el MINSAL, a pesar de la opinión de reconocidos expertos consultados por iniciativa del Consejo para que evaluaran críticamente las Guías Clínicas respectivas. También nos parece necesario señalar que en el seno del Consejo predominó la idea de reforzar el manejo de las enfermedades ya incorporadas por sobre la de agregar otras nuevas; y la propuesta del uso

integral de los fondos asignados específicamente por el Ministerio de Hacienda para el programa AUGE<sup>7</sup>.

### III. Estado actual de cumplimiento de las garantías explícitas

1. **La Garantía de Acceso** a los beneficios del AUGE ha sido muy exitosa, convirtiéndose en un poderoso instrumento para lograr una mejoría de la equidad en salud. A continuación se entregan algunas cifras: el 95% de los beneficiarios provienen de FONASA y sólo el 5% de las ISAPRES; el 74% de ellos pertenecen a los estratos más pobres de la población (grupos A y B de FONASA). Los pacientes menores de 15 años y los mayores de 60 años son particularmente favorecidos. El 81,4% de las consultas se atiende en el nivel primario y el 18,6% restante, en los niveles secundario y terciario. Al 1° de julio de 2009, el número de consultas acumuladas en la red asistencial de FONASA superaba los 7,5 millones y habían sido atendidas cerca de 4,5 millones de personas, lo que representa aproximadamente 25% de la población nacional<sup>8</sup>. Las Tablas 1 y 2 muestran los problemas abordados con mayor frecuencia en la atención primaria y en pacientes hospitalizados.

Durante estos cinco años, la garantía de acceso ha presentado serias dificultades administrativas: algunas pueden ser atribuidas a la deficiente información de la población respecto del AUGE y de los derechos que éste implica; otras son debidas a que los trámites de registro y notificación son engorrosos y explican en parte la reticencia del personal de salud para cumplir de manera adecuada con esta fundamental responsabilidad.

2. **La Garantía de Oportunidad** se ha cumplido, en general, para la mayoría de los pacientes. Sin embargo, existen retrasos notorios en la solución de varias patologías, entre las que destacan las cataratas y vicios de refracción; la hipoacusia bilateral del adulto; la colecistectomía preventiva de cáncer vesicular y la resolución de la hiperplasia prostática. La Tabla 3 muestra los resultados obtenidos por la Superintendencia de Salud en un estudio realizado a fines de 2008 en 16 hospitales públicos de la Región Metropolitana<sup>9</sup>. Sin duda que el déficit de oferta del sistema público de salud influye directamente en estos incumplimientos y,

**Tabla 1. Garantía de acceso. Problemas AUGE atendidos con mayor frecuencia en el nivel primario de salud<sup>8</sup>**

Atención primaria	Problemas más frecuentes (%)
Hipertensión arterial	21,6
IRA baja ambulatoria	17,5
Urgencias odontológicas	13,8
Diabetes mellitus tipo II	7,4
Depresión	6,6
Vicios de refracción	4,9
Salud oral en niños	4,0

**Tabla 2. Garantía de acceso. Problemas AUGE atendidos con mayor frecuencia en los niveles secundario y terciario de salud<sup>8</sup>**

Atención secundaria y terciaria (FONASA)	Problemas más frecuentes (casos)
Infarto agudo del miocardio	219.598
Cataratas	206.284
Analgesia del parto	127.063
Prevención de prematuridad	77.784
Cáncer cérvico uterino	62.088
Colecistectomía profiláctica	56.839

**Tabla 3. Garantía de oportunidad. Retrasos más frecuentes en la atención de problemas AUGE en hospitales de la Región Metropolitana<sup>9</sup>**

Problemas evaluados	Miles	Retrasados (%)
Vicios de refracción	487	30,6
Hipoacusia del adulto	210	22,9
Colecistectomía	318	19,2
Hiperplasia próstata	210	14,3
Escoliosis	315	8,9
Cáncer gástrico	502	8,4
Depresión	260	6,5

Estudio realizado en 16 Hospitales públicos.

como ya señalamos, retarda también la solución de las patologías o condiciones que no están consideradas en el AUGE.

3. **La Garantía de Calidad** no se ha hecho efectiva hasta hoy, principalmente por las falencias de personal especializado indispensable para resolver técnica y humanamente muchas de las enfermedades o condiciones que actualmente se encuentran en el AUGE. Sin duda que la situación actual del sistema público de salud es claramente insuficiente para que esta garantía se haga realidad:

a) **En la atención primaria**, los médicos certificados en Medicina Familiar son escasos y en cambio más de un tercio de los profesionales que

actúan en ella como médicos generales son formados en el extranjero para atender problemas que no coinciden precisamente con la patología prevalente en el Chile de hoy. Además sus conocimientos clínicos y fisiopatológicos son a menudo insuficientes, como se comprobó en el último Examen Médico Nacional<sup>10</sup>.

b) **En el nivel secundario** (CRS y hospitales de mediana complejidad) existe una marcada falencia de médicos internistas y pediatras generales, gineco-obstetras y psiquiatras, y de otras especialidades primarias de gran demanda, como sucede con oftalmología y otorrinolaringología, por nombrar sólo algunas. En consecuencia, muchas de las interconsultas de la atención primaria se acumulan en el nivel terciario, donde quedan sin resolver por largos períodos, hasta que alguna complicación de la enfermedad fuerza a los pacientes a consultar en algún Servicio de Urgencia y, en muchos casos, a ser hospitalizados. Sin duda que el atochamiento crónico de los Servicios de Urgencia se explica principalmente por las limitaciones señaladas en la atención en los niveles primario y secundario.

c) Algo semejante sucede con las **especialidades propias del nivel terciario**, sobrecargadas por una demanda que, como vimos, no ha sido adecuadamente filtrada por el nivel precedente. Incluso se ha permitido que la población desarrolle una "cultura de las especialidades derivadas", muy inconveniente por su alto costo y por sus prolongados tiempos de espera.

La ley de autoridad sanitaria pone especial énfasis en el funcionamiento en red del sistema

público de salud, e incluso menciona una larga lista de hospitales que debieran alcanzar la condición de autogestionados para facilitar la creación de su red local. La idea es de fundamental importancia para integrar a los niveles de atención, sobre todo si se la respalda con una adecuada vinculación electrónica entre ellos. Pero poco se logra si el sector público no cuenta con especialistas en número y calidad suficiente en las diferentes profesiones vinculadas a la salud. De acuerdo a declaraciones recientes del MINSAL, este déficit alcanzaría a cerca de 1.500 profesionales.

A pesar de estas limitaciones, hay ejemplos notables de atención de calidad dentro del AUGE. Uno de ellos lo constituye el manejo del infarto agudo del miocardio. La Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular lleva desde la década del 90 el registro GEMI (Grupo de Estudios Multicéntrico del Infarto) en el que participan hospitales públicos de Arica a Puerto Montt y el Hospital Naval de Viña del Mar. Recientemente se ha publicado el impacto del AUGE en la mortalidad de esta enfermedad, comparando 2.623 pacientes del período previo a la reforma, con 924 beneficiados por ella<sup>11</sup>.

Las cifras correspondientes al año 2006 muestran una notoria disminución de la mortalidad al aplicar el protocolo AUGE (12% vs 8,6%) fenómeno especialmente llamativo en pacientes de sexo femenino (19,8 vs 11,8,  $p < 0,01$ ). Ello demuestra que la guía clínica que incluye el uso sistemático de trombolisis, asociado a la administración de drogas de eficacia comprobada, ha logrado en poco tiempo un progreso terapéutico y de pronóstico indiscutible en esta patología.

**4. La Garantía de protección financiera** ha funcionado muy bien en el sector público y constituye un avance notable en pro de la equidad en la atención de los más desvalidos. Sólo merece nuestra crítica la entrega de los medicamentos garantizados, que en muchas patologías ha sido irregular, tanto en frecuencia como en calidad.

En el sistema privado, esta garantía ha tenido un resultado regular o deficiente, debido a problemas de gestión de varias de las ISAPRES. Sus asociados recurren con escasa frecuencia al AUGE, al que le reprochan la pérdida de la libertad de elección inherente al sistema de prestadores designados por la institución previsional. (Una pérdida semejante sufren los pacientes de FONASA, que

sólo pueden ser atendidos por AUGE con prestadores correspondientes al área de su domicilio).

A pesar de las fallas y limitaciones descritas, la evaluación general del AUGE medida en una reciente encuesta de opinión por una agencia independiente<sup>12</sup> ha sido sorprendentemente buena. El 79% de las personas encuestadas lo evalúa con nota 6 ó 7.

#### **IV. ¿Es indispensable y correcta la priorización de las patologías AUGE?**

1. El gasto en salud, expresado como fracción del Producto Interno Bruto (PIB) ha crecido enormemente en las últimas tres décadas. En todos los países desarrollados, su incremento ha superado largamente a la inflación general, duplicándose en la Unión Europea entre 1970 y 1990, y alcanzado en los EEUU la increíble cifra de 16% del PIB. Ante este desmedido aumento del costo de la salud, la respuesta universal ha sido **la priorización** en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento (o en el caso en Chile, de los “Problemas de Salud”).

2. ¿Cuáles son los principales factores que impulsan esta enorme inflación en el costo de la salud? Algunos son tan inevitables como el envejecimiento de la población, o tan deseables como el desarrollo científico y tecnológico y su aplicación al diagnóstico y tratamiento. Pero también influye el uso irracional de estos maravillosos progresos por el desmedido aumento en la solicitud de exámenes, procedimientos y uso indiscriminado de nuevos medicamentos; la aparición de “enfermedades emergentes” como el SIDA o la epidemia de obesidad que hoy vivimos; el deterioro del medio ambiente y el crecimiento del gasto en investigación en el complejo médico-industrial, que se traduce en patentes, cuyos costos la mayoría de los pacientes del planeta no pueden cubrir.

Se define como “aporía” una dificultad lógica que entraba la solución de un problema especulativo. En el caso del AUGE, esta aporía, representada por la inflación desmedida del costo de la atención, pareciera insalvable.

Creemos, sin embargo, que existen medidas que podrían atenuar considerablemente este fenómeno. Hacemos al respecto las siguientes proposiciones, aplicables en la educación de los profesionales de la salud:

1. Mejorar la promoción, la prevención y el diagnóstico precoz;

2. Mejorar la capacidad de razonamiento clínico;
3. Promover el uso de la Medicina Basada en Evidencia en el diagnóstico y la terapéutica;
4. Promover la formación de postítulo de los médicos en especialidades holísticas, como Medicina Interna, Pediatría General o Medicina Familiar;
5. Incorporar el concepto del USO RACIONAL DE LOS RECURSOS a la enseñanza de la Ética Médica y también a los sistemas de remuneraciones de los profesionales y
6. Mejorar la gestión de los sistemas de salud, tanto público como privado.

No debemos olvidar que la priorización en salud, por racionales que sean las bases en que se fundamenta, constituye un **racionamiento** de un derecho y por tanto se contrapone con una norma constitucional. En efecto, el capítulo III, Artículo 19 Nro 9 de la Constitución vigente señala: “*El Estado protege el acceso libre e igualitario a acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud*”<sup>13</sup>.

¿Hasta dónde, buscando alcanzar una mayor equidad mediante la priorización del AUGE, estamos estableciendo una nueva forma de inequidad para los pacientes que no se benefician de él?

Parece necesario recordar también que la aplicación de las garantías específicas en la forma como se ha realizado hasta ahora, no tiene mayor impacto sobre muchos de los factores de riesgo que amenazan a nuestra población, incluyendo entre ellos a los determinantes socio-económicos de la salud<sup>14</sup>. Sin duda que el plan AUGE debe prestar mucha mayor atención y recursos a la promoción de una vida saludable y a la prevención en todos sus niveles, especialmente en la población más vulnerable del país.

## V. ¿Cómo ven los chilenos el plan AUGE?

En un reciente informe solicitado por MINSAL a las Dras. Ximena Sgombich, Patricia Frenz y cols<sup>6</sup> se resumen las opiniones a favor y en contra de este componente fundamental de la reforma. Los entrevistados consideran como aspectos favorables la mejoría del acceso y de la oportunidad; la respuesta a problemas complejos de diagnóstico y tratamiento, que rara vez había estado disponible para la población más desvalida; y la garantía de protección financiera, que se valora como un

poderoso instrumento para **mejorar la equidad**.

Como aspectos desfavorables se mencionan la insuficiente información acerca del plan y las trabas burocráticas al acceso; los retrasos que dificultan el cumplimiento de la garantía de oportunidad; el deterioro en la asistencia de las patologías o condiciones “no AUGE” e incluso la existencia de restricciones dentro de él, sea por los tramos de edad existentes en varias patologías priorizadas o por la cobertura incompleta de las co-morbilidades; y, finalmente, la pérdida de la libertad de elección de los médicos tratantes, que afecta tanto a los beneficiarios de las ISAPRES como a los del FONASA.

En estos primeros cinco años, el AUGE ha significado un importante progreso en la atención de muchos miles de personas, logrando disminuir considerablemente la inequidad que sufre la población más desvalida; pero en buena medida ello se ha conseguido como consecuencia de las restricciones impuestas por la inevitable priorización.

Finalmente, queremos insistir ante las autoridades del MINSAL para que pongan en marcha con urgencia un programa para corregir el déficit cuanti y cualitativo de profesionales que sufre el sector público de la salud y el 80% de la población chilena que depende de él.

## Referencias

1. Ministerio de Salud de Chile. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Segunda edición, Enero 2005.
2. Ministerio de Salud. Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas AUGE. Propuesta al país. Documento de trabajo 2002.
3. Ministerio de Salud. Ley Nro. 19966: Establece un Régimen de Garantías en Salud. 2004.
4. Giaconi J, Concha M. *El Sistema de Salud chileno reformado*, Ediciones Universidad Mayor. 2005.
5. Bedregal P, Margozini P, González G, Aguilera X, Barcena R, Frenz P, et al. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga atribuible. Departamento de Salud Pública, Escuela De Medicina, P. Universidad Católica de Chile y Ministerio de Salud. 2008.
6. Sgombich X, Frenz P, Arguro I, Valenzuela V, González C, Guerrero A, et al. Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas de Salud. 2009. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria-Ministerio de Salud.
7. Infante A. Los primeros tres años del Consejo Consultivo del AUGE. Documento interno del Consejo-

- Octubre 2008.
8. FONASA-Boletín Estadístico AUGE: un proceso en curso. Segunda edición, 2009.
  9. Inostroza M. Fiscalización GES 2006-2008. Superintendencia de Salud, Enero 2009.
  10. Resultados generales del EUNACOM-ST 2009. En [www.emn.cl/resultados](http://www.emn.cl/resultados)
  11. Nazzari C, Campos P, Corbalán R, Lanús F, Bartolucci J, Sanhueza A, et al. Impacto del plan AUGE en el tratamiento de pacientes con infarto del miocardio con supradesnivel ST, en hospitales chilenos. *Rev Med Chile* 2008; 136: 1231-9.
  12. Evaluación plan AUGE – preparado por ADIMARK GfK Santiago, Julio 2009.
  13. Constitución Política de la República de Chile de 1980. Capítulo III, Artículo 19., Nro 9.
  14. Burrows J. Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? *J Med Ethics* 2008 34: e13.