

Política de Salud en Chile*

Olavarría Gambi, Mauricio**

Resumen

Este artículo analiza el proceso político que condujo al establecimiento de la política de acceso universal con garantías explícitas en Salud (AUGE-GES), expone las ideas y creencias que sustentaron los actores protagónicos, describe las etapas por las que transcurrió el proceso y explica por qué la reforma de salud chilena que condujo a la política del AUGE-GES pudo ser posible en la década del 2000 y no antes. El artículo se basa en la teoría del equilibrio discontinuo y en el esquema de la coalición promotora. Constituye un estudio de caso explicativo, que analiza la evolución del sector salud chileno desde 1990 al 2006. El análisis que se presenta se basa en 36 entrevistas en profundidad a personas que desempeñaron destacados roles en el cambio de la política pública, en la revisión de 1.400 recortes de prensa escrita, en documentos elaborados por organismos públicos y en publicaciones de expertos. El trabajo concluye que las políticas públicas pueden ser vistas como el resultado de la confrontación de sistemas de creencias -desde las cuales actores políticos influyentes seleccionan problemas sobre los cuales intervenir e ideas que representan las soluciones- y de la acción decidida de actores que concilian posiciones y articulan acuerdos que permiten materializar una nueva intervención.

Palabra clave: Políticas Públicas, Reforma de Salud, Plan AUGE-GES.

Health Policy in Chile

Abstract

This article analyzes the political process that led to establishment of the universal health access policy with explicit guarantees (AUGE-GES), expounds the ideas and beliefs that supported the main actors, describes the stages the process went through and explains why the Chilean health reform was possible in the decade of the 2000s and not before. The article is based on the discontinuous equilibrium theory and the scheme of the promoting coalition. It constitutes an explanatory case study analyzing evolution of the Chilean health sector from 1990 to 2006. The analysis is based on 36 in-depth interviews with people who have outstanding roles in public policy change, the review of 1400 press clippings, documents drawn up by public organizations and on expert publications. The study

Recibido: 18-10-10. Aceptado: 21-06-11

* Este artículo ha sido posible gracias al aporte de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile, Proyecto FONDECYT 1080322.

** Profesor de la Facultad de Humanidades. Universidad de Santiago de Chile.
E-mail: mauricio.olavarria@usach.cl

concludes that public policies can be seen as the result of a confrontation among belief systems from which influential political actors select problems in which they intervene and ideas that represent the solutions – and on the decided actions of actors who reconcile positions and articulate agreements that make it possible to bring about a new intervention.

Key words: Public policies, health reform, AUGE-GES Plan.

1. Introducción

¿Cómo surge el Plan AUGE-GES¹? La reforma que establece el Plan AUGE-GES es un cambio de política pública que sucede a otras reformas, las cuales se han ido dando en espacios de tiempo que se ubican entre dos y tres décadas. El análisis de esta reforma permite aportar elementos para comprender como cambian las políticas públicas, particularmente aquellas que aparecen con longevidad y estabilidad, y que se desenvuelven en ambientes complejos.

Aunque la reforma del sistema de salud se expresa en cuatro leyes², “la bandera principal que le dio su nombre a todo el paquete de reformas era el AUGE, que consagraba el enfoque y la praxis de prioridades sanitarias como base de la política de salud (Boeninger, 2007: 163). De este modo, la referencia al AUGE se extiende al proceso de reforma integro.

No obstante lo trascendente de esta reforma, son pocos los estudios que han abordado el proceso político que se dio en torno a ella. Entre ellos, el trabajo de Lenz (2007) analiza las diversas fases del itinerario que recorrió el AUGE, centrándose en aspectos de economía política de la reforma. Oyarzo (2007) aborda los aspectos institucionales, de distribución de funciones y de gestión de la salud implicados en la reforma. Perdomo (2007) analiza el perfil ideológico de la reforma. Boeninger (2007) expone los puntos centrales de discusión que se dieron en el Senado, en el contexto de un análisis institucional de la formulación de políticas públicas. Drago (2006) presenta un análisis de la reforma desde el punto de los derechos de los ciudadanos. Boeninger (2005) expone su visión, como actor protagónico, del proceso que llevó al surgimiento del sistema AUGE-GES. Artaza (2004) analiza aspectos políticos relacionados con el financiamiento de la salud.

1 La sigla AUGE hace referencia a los conceptos centrales que explicitó el Plan: Acceso Universal de Garantías Explícitas. La sigla GES indica Garantías Explícitas en Salud.

2 La reforma se expresó a través de las siguientes leyes: ley 19.895, sobre normas de solvencia y protección de personas incorporadas a ISAPREs, AFPs y Compañías de Seguros (también llamada ley corta de ISAPREs), promulgada el 28 de Agosto del 2003; ley 19.937 sobre autoridad sanitaria, modalidades de gestión y fortalecimiento de la participación ciudadana, promulgada el 24 de Febrero del 2004; ley 19.966 sobre el sistema AUGE-GES, del 25 de Agosto de 2004; y ley 20.015, que modifica la ley 18.933 sobre ISAPREs (popularmente denominada como ley larga de ISAPREs), que entró en vigencia el 17 de Mayo del 2005 (Nancuante, 2009). Adicionalmente, también se considera parte de la reforma el Mensaje Presidencial 84-347, también denominado Ley de financiamiento del Plan AUGE y Sistema Chile Solidario.

Flory (2005) expone acerca de las visiones que había tras los actores protagónicos de la reforma. Erazo (2004) presenta un análisis de la situación del sistema de salud chileno y las motivaciones para introducir cambios sustantivos en la política pública.

Este artículo analiza el proceso político que condujo al establecimiento del sistema AUGE-GES y en ello identifica las razones que hacen que esta fuera una prioridad política, en el momento en que lo fue -y no antes- y en vez de otras. El artículo también expone acerca de las ideas y creencias que sustentaron los actores protagónicos, que se expresaron en el debate que emergió, las coaliciones que se formaron detrás de ellas y las acciones que se emprendieron. Con el objeto de conceptualizar el proceso, el artículo acude a aportaciones provenientes de la teoría del equilibrio discontinuo (True *et al.*, 1999) y del esquema de la coalición promotora (Sabatier, 1995, y Sabatier y Jenkins-Smith, 1999).

Siguiendo a Yin (1994), este artículo es un estudio de caso explicativo sobre el surgimiento del Plan AUGE-GES. El análisis identifica actores, hechos y circunstancias que influyeron en el cambio en la política de salud, desde la década de 1990, pero concentrándose en el periodo 2000-2006.

Los datos analizados han proveni-
do de cuatro fuentes: entrevistas en profundidad³, revisión de prensa escrita, documentos elaborados por organismos públicos y publicaciones de expertos. Con el objeto de recoger información primaria, que permita comprender los hechos analizados, se entrevistó a 36 actores que jugaron roles relevantes en el ámbito de la política de salud, entre 1990 y 2006, tanto en el gobierno, en el Congreso y/o como analistas. Las entrevistas se llevaron a cabo entre los meses de mayo y noviembre de 2009. La identificación de los entrevistados se realizó de acuerdo a los criterios de muestreo teórico -orientado a recoger información necesaria para establecer comparaciones de actores, eventos, actividades relevantes y categorías analíticas- y saturación teórica, que apunta a evitar recoger información que no agrega valor al examen de alguna categoría analítica (Valles, 2007: 356). Las entrevistas fueron analizadas conforme al método de la "Grounded Theory". Este es un método combina el análisis de contenido clásico con una inspección de los datos, agrupados en categorías analíticas, orientada a descubrir propiedades que permitan el surgimiento de nuevas teorías (Glaser y Strauss, 1967, citados por Valles, 2007) y/o revisar la validez de marcos conceptuales.

3 Las entrevistas fueron solicitadas con aseguramiento de anonimato de lo expresado por los entrevistadores. Ello, a su vez, da cumplimiento a las normas de consentimiento informado que guían las investigaciones del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico de Chile, que financió la presente investigación.

Las entrevistas han sido complementadas con una revisión de la cobertura de prensa escrita⁴ de Santiago, de 1990 al 2006, sobre el Plan AUGE y el sector salud. El acopio de información también ha incluido una revisión de documentos oficiales, escritos de analistas, artículos académicos, presentaciones y discursos de autoridades, todos los cuales han permitido identificar marcos conceptuales, ideas, creencias de los actores protagónicos, así como percepciones y posiciones en el debate por la reforma chilena de salud.

2. Teorías del cambio en las políticas públicas

True *et al.* (1999) explican que estabilidad y cambio son dos elementos importantes en el proceso de la política pública, cuestiones que son abordadas por la "teoría del equilibrio discontinuo". Para estos autores, la explicación para cambios en las políticas públicas proviene de la interacción entre el subsistema político y el comportamiento de la toma de decisiones, una combinación que crea patrones de estabilidad y movilizaciones o equilibrio discontinuo (True *et al.*, 1999: 98).

La teoría del equilibrio discontinuo establece que los cambios en las políticas públicas pueden ser consecuencia de pequeños ajustes o de movimientos que llevan a las fuerzas macropolíticas a poner atención a un cierto tema y a generar un

cambio abrupto. Según esta teoría, la mayoría de los temas de política pública son abordados en subsistemas, que están dominados por una comunidad de expertos y tomadores de decisiones, lo que permite al sistema político procesar variados temas paralelamente. Estos subsistemas pueden estar dominados por un solo interés o por una convergencia de intereses o creencias. Así, el equilibrio de intereses, que representaría una política pública en funcionamiento, incentivaría cambios incrementales, los que serían el resultado de transacciones entre los intereses convergentes en el subsistema.

Los cambios a gran escala se producirían cuando el tratamiento de los temas sale de los confines del subsistema y escala en la agenda política, ya sea porque un nuevo e influyente actor ha entrado al debate, porque este ha capturado la atención pública o porque surge una presión suficientemente fuerte y sostenida que hace necesario que el gobierno le preste atención. Cuando eso ocurre habría mayores probabilidades que una reforma sustancial se produzca.

Así, la teoría del equilibrio discontinuo prevé que habrían periodos de equilibrio o cercanos al estancamiento, cuando un tema es capturado por un subsistema, y periodos de desequilibrio, cuando el tema es forzado a entrar en la agenda macropolítica (True *et al.*, 1999: 101).

A su turno, el enfoque de la coalición promotora (Sabatier, 1995 y Saba-

4 El trabajo recopiló cerca de 1.400 recortes de prensa aparecidos en los siguientes diarios de circulación nacional, de 1990 al 2006: El Mercurio, La Tercera, Las Últimas Noticias, La Nación, el vespertino, La Segunda y el semanario El Siglo.

tier y Jenkins-Smith, 1999) argumenta que los cambios en las políticas públicas son el producto de conflictos entre coaliciones promotoras, las que se constituyen y basan su acción en un sistema de creencias compartido, desde el cual interpretan problemas y soluciones.

Este enfoque asume tres premisas básicas para entender el cambio en las políticas públicas: que el horizonte de tiempo que se debe considerar es de alrededor de una década, que el análisis debe focalizarse en el subsistema de la política pública y que las políticas públicas pueden ser conceptualizadas como sistemas de creencias (Sabatier, 1995: 340-341). La necesidad de tener la perspectiva de una década se deriva del hecho que la finalidad de las investigaciones de política pública es producir efectos sobre las percepciones y marcos conceptuales de los formuladores de política pública, lo que requiere suficiente tiempo para que el ciclo de la política avance y que las investigaciones puedan capturar esos cambios. El subsistema de la política pública está compuesto por un conjunto de actores provenientes de organismos públicos y privados que están activamente involucrados, afectados o interesados en algún problema público o tema de política pública. Estos actores incluyen a funcionarios de gobierno que han desempeñado roles destacados en la formulación o implementación de políticas, a periodistas, a académicos y analistas, todos los cuales juegan roles importantes en la generación y diseminación de opiniones y creencias sobre una determinada área de política pública. Asimismo, las políticas públicas pueden ser entendidas como sistemas de creencias porque ellas

se sostienen en marcos conceptuales que indican como alcanzar los objetivos establecidos, lo que implica que ellas expresan valoraciones de prioridades, percepciones de relaciones causales, visiones acerca del problema público y su magnitud, y opiniones acerca de la efectividad de los diversos instrumentos disponibles para la política pública.

En este contexto, al interior del subsistema de la política pública se configuran diferentes coaliciones, integradas por actores que comparten un conjunto de creencias que los mantiene unidos y, en nombre de ellas, actúan concertada y estratégicamente. Cuando surgen conflictos entre las coaliciones aparecen los intermediadores -usualmente un personaje político de alto rango-, cuya función principal es lograr un compromiso razonable entre las partes, que lleve a la aprobación de una política o programa que producirá efectos a nivel operativo.

Así, entonces, para el enfoque de la coalición promotora los cambios de política pública son el resultado de acciones estratégicas desarrolladas por coaliciones contendientes, que están orientadas por un conjunto de creencias acerca de cómo debería intervenir en un cierto problema público, e intermediadas por un actor político de alta categoría.

Visto en perspectiva, los cambios significativos en las políticas públicas se producirían cuando el tratamiento del problema público o tema desborda los límites del subsistema en que se ubica la política pública y hay actores que actúan concertadamente -a partir de un conjunto de ideas y creencias- por imponer una cierta solución. En este contexto, los intermediadores juegan roles claves para

lograr acuerdos entre las coaliciones y permitir la aprobación a las reformas.

3. El proceso de formulación de la política de salud en Chile: AUGÉ-GES

Cuatro etapas pueden distinguirse en el proceso de formulación de esta política pública, las que muestran cómo se va configurando la idea de introducir una reforma, el reconocimiento político que en el sector salud hay un problema, los avances y conflictos, y la aprobación final.

3.1. Antecedentes de la política de salud: la sopa primitiva

El concepto ha sido tomado de Kingdon (1995) y con él se hace referencia al proceso de circulación de ideas, sobre un cierto tema de política pública, en comunidades de expertos (en ese tema). En este proceso algunas ideas alcanzan mayor aceptación que otras y, a un cierto momento, ellas se mezclan, reformulan, superan restricciones y “cuajan” en una propuesta que logra los consensos necesarios para su aprobación.

Chile se caracteriza por una larga tradición de intervenciones en el área de política social, que le llevó a establecer organismos públicos de supervigilancia

de los servicios de salud en el siglo XIX y, luego, en las décadas de 1920 y 1930, a intervenir más claramente en el área a través de las Cajas de Previsión Social⁵ (Olavarría, 2005).

A principios de la década de 1940 emergió un debate acerca de cómo mejorar las condiciones de salud de la población y como hacer más eficientes los esfuerzos de expansión de la cobertura de salud, dados los malos indicadores comparados que presentaba Chile. La solución, que tardó una década de debates en el Congreso, llegó en 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) como organismo público encargado de otorgar atención de salud a la población sin importar su capacidad de pago. La reforma de 1980 se dio en un contexto distinto, bajo un régimen autoritario, y consistió en una reestructuración del SNS, la desconcentración de la atención primaria y la creación de seguros privados prepagos de salud, denominados ISAPREs. La reestructuración del SNS implicó que su área operativa diera origen al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y que su área financiera se uniera a la de SERMENA⁶ y dieran origen a FONASA, como seguro público de salud. La desconcentración de la atención primaria implicó que esta pasara a depender de las municipalidades, las que

5 En 1924 se establecieron la Caja del Seguro Obligatorio, que cubría a los Obreros, la Caja Nacional de Empleados Públicos y, al año siguiente, se creó la Caja de Previsión de Empleados Particulares. Estos programas generaron coberturas de enfermedades para los trabajadores y sus familias. Al año 1980, año de la reforma de pensiones, estas tres entidades agrupaban al 95% de los cotizantes del sistema previsional chileno (Olavarría, 2000).

6 SERMENA (Servicio Médico Nacional de Empleados) fue creado en 1942 y luego reorganizado en 1968. Atendía a empleados públicos y particulares, aunque no a obreros.

crearon Corporaciones Municipales de Salud.

Así, visto en perspectiva, la reforma de salud de la década del 2000, cuyo emblema es el AUGE-GES, es una reforma que sigue a otras reformas y que busca corregir los defectos que sus impulsores le atribuyen a la política pública que había estado operativa por algo más de dos décadas. Casualmente, hasta el momento del cambio, las tres políticas de atención de salud mencionadas estuvieron vigentes por un periodo similar.

El resurgimiento de la democracia en Chile, en 1990, generó un ambiente proclive a la aparición de análisis e ideas que conducían a una reforma del sector salud. Ello coincidió con una tendencia que se dio en la mayoría de los países latinoamericanos, que a mediados de esa década ya estaban embarcados en reformas sanitarias o "estaban en vías de hacerlo, con modalidades propias, de acuerdo a los contextos nacionales" (Bastías y Valdivia, 2007). Las ideas que circulaban entre los expertos, en la época, apuntaban a los cambios demográficos, epidemiológicos, la mayor complejidad de la medicina y los temas de gestión y efectividad.

Aunque estudios señalan que la reforma de 1980 generó efectos positivos (Larraín y Vergara, 2000), un ex-directivo del sector salud entrevistado opina que "las autoridades que toman el control del sector en el año 1990, encuentran un Ministerio de Salud en condiciones de in-

fraestructura y recursos humanos bastante atrasada, en comparación al sector privado que aparecía bastante pujante y que estaba siendo financiado con la cotización del 7% de las personas de quintiles superiores de ingreso, en una relación de distancia muy fuerte". La debilitada condición del sector salud estuvo asociada a la crisis económica de la década de 1980⁷, cuya "consecuencia presupuestarias más directas es que se reducen los aportes... y en el caso del sector salud se postergan la contratación de personal, las inversiones y se mantuvo al mínimo los insumos para salud" (Entrevista a ex directivo del sector salud).

Aún así, durante el gobierno del Presidente Aylwin no se implementaron cambios pronunciados en el sector salud, sino más bien 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. Así, la política de salud de la Administración Aylwin se concentró en: (i) mejorar el acceso a la atención de salud, especialmente de los más pobres, para lo cual buscó fortalecer la atención primaria; (ii) restaurar la red hospitalaria pública; y (iii) fortalecer las acciones de prevención y promoción de la salud, y el desarrollo institucional del sector público de salud (OPS, 2002: 20).

La reforma de la salud tampoco fue prioridad en el gobierno siguiente, aunque entre los equipos técnicos hubo intención de introducir cambios sensibles

7 En 1982 el PIB chileno cayó 13,6%, en 1983 volvió a caer 2,8% y entre 1984 y 1989 la tasa promedio de crecimiento fue de 6,3% (Banco Central de Chile, 2010).

en el sector salud y recibieron apoyo a sus trabajos y formulaciones. Un miembro de esos equipos explica la situación: "Frei RT le da mucha prioridad al desarrollo técnico, pero directamente él expresa, a través de su Ministro, que no existe capacidad política para discutir una reforma de salud, porque ya estaba comprometido con el lanzamiento de tres grandes políticas, que eran la reforma procesal penal, la reforma educacional y la modernización de la gestión pública".

No obstante que en el gobierno del Presidente Frei RT no hubo reforma, se avanzó en estudios y formulaciones técnicas que luego serían recogidas en el diseño de la reforma. Sobre esto, Lenz (2007) argumenta que en la formulación de la reforma de salud se recogió la idea del "Plan Garantizado de Beneficios de Salud" (PGBS) – formulado en el gobierno de Frei RT – que definía con precisión las prestaciones de salud que el Estado se hacía responsable de asegurar al conjunto de la población y que, a su vez, generaba un marco de contención de costos necesario para que el Ministerio de Hacienda pudiera darle apoyo a la iniciativa.

Visto en perspectiva, la evidencia recogida muestra que los equipos técnicos del gobierno del Presidente Aylwin se concentraron en el diagnóstico del sector, que en la Administración Frei RT se desarrollaron los estudios que permitieran sol-

ventar una intervención profunda en el sector salud, todo lo cual dejaba el escenario listo para que en el gobierno siguiente pudiera acometerse la esperada reforma sanitaria.

3.2. Surgimiento y estancamiento de la política de salud

Aunque los estudios efectuados en las Administraciones Aylwin y Frei establecieron el diagnóstico y avanzaron en las formulaciones técnicas necesarias para sostener una reforma sanitaria, la expresión política de tal emprendimiento se dio en la primaria presidencial de 1999 de la Concertación de Partidos por la Democracia.

La plataforma del pre-candidato Ricardo Lagos, apoyado por los partidos de izquierda de la Concertación⁸, se centraba en temas de seguridad ciudadana, descentralización, medio-ambiente, mujeres y jóvenes, probidad, modernización económica y educación superior en una estrategia que buscaba conquistar el apoyo del centro político (Diario La Tercera, 05/04/ 1999). Su contendor, Andrés Zaldívar, apoyado por el Partido Demócrata Cristiano (PDC), en cambio, incorporaba a su plataforma temas como un seguro de salud y atención de salud a los más desposeídos en caso de enfermedades catastróficas, igualación de las pensiones mínimas a los ingresos míni-

8 Los partidos de la concertación que apoyaron a Ricardo Lagos fueron el Partido por la Democracia (PPD), del cual Lagos había sido su líder fundador, el Partido Socialista (PS), en el cual Lagos también militaba, y el Partido Radical Social Demócrata (PRSD). El PPD es un partido de izquierda liberal, el PS se entronca con la tradición socialista, aunque desde mediados de la década de 1980 ha asumido posiciones social demócratas y el PRSD es un pequeño partido de centro-izquierda laica.

mos (Diario El Sur, 10/04/1999), reforma de la educación superior (Diario La Tercera 19/02/ 1999), rechazo a cualquier forma de aborto, apoyo al establecimiento de una ley de divorcio (Diario La Tercera, 11/06/1999) y privatización de las empresas en manos del Estado, con excepción de CODELCO (Diario La Tercera, 5/04/1999). Para financiar las reformas sociales Zaldívar proponía el incremento del IVA en un dos por ciento, lo que fue ampliamente rechazado por diversos sectores políticos (Semana Que Pasa, 27/02/1999).

Aunque la reforma sanitaria no era un tema central en la plataforma del pre-candidato Lagos, él no era lejano a esos temas. Uno de los entrevistados señala que "Lagos tenía un acercamiento al tema de la salud pública permanente, a través de su suegro, el doctor Hernán Durán, que fue un distinguido especialista en salud pública de la OMS y OPS". Otro entrevistado agrega que "Lagos estaba influenciado por su suegro y por Hernán Sandoval, su amigo,... que viene del mundo de la salud pública, de la prevención...". Otro de los entrevistados también indica que "la amistad de Lagos con Sandoval le daba a este una relación privilegiada, le permitía tener acceso (por lo que) Lagos había escucha-

do el planteamiento de Sandoval durante largo tiempo".

El resultado de la primaria de la Concertación favoreció ampliamente al pre-candidato Lagos y ello abrió el espacio para conformar una plataforma común de la coalición continuadora de los gobiernos de Aylwin y Frei RT. De este modo, entonces, la preparación del programa de gobierno del candidato Lagos generó la instancia para que la propuesta de reforma de salud adquiriera el respaldo político necesario. Uno de los miembros de los equipos técnico-directivos de la época lo expresa del siguiente modo: "cuando pierde Zaldívar lo que hace la Comisión de Salud de la DC es sumarse a la Comisión de Salud de la Concertación y, en ese momento, Sandoval ya tenía medio convencido a Lagos que tenía que hacer algo en Salud. ¿Qué?, no estaba muy claro. Probablemente la idea de la garantía en salud comienza en ese momento a cristalizarse. Entonces, cuando Artaza⁹ le lleva el programa de salud de Zaldívar a Sandoval, este ve que hay varios elementos que pueden ser tomados para el programa de Lagos y ahí se hace la síntesis y, por lo tanto, el acuerdo político que habrá cambio en salud".

9 Osvaldo Artaza, un prestigiado médico pediatra, era el Jefe de la Comisión Salud del PDC. Artaza había alcanzado notoriedad pública como Director del Hospital de Niños Luis Calvo Mackenna y en esa función coordinó a los equipos médicos y fue el vocero de una difícil y exitosa intervención quirúrgica de separación de siameses. También había desarrollado un fuerte liderazgo al interior del Hospital, orientándolo decididamente a la satisfacción de los usuarios, aunque ello le acarreó reproches jurídicos. Así, Artaza logró una muy positiva imagen pública, que sería clave para su futuro político. Luego sería nombrado por el Presidente Lagos como su segundo Ministro de Salud.

Por otro lado, Ricardo Lagos necesitaba diferenciarse en un contexto de continuidad de la misma coalición en el poder. Aylwin había otorgado estabilidad a la renaciente democracia, había generado las bases para que se enfrentara la “deuda social” y dado cauce a las demandas reparatorias por las violaciones a los derechos humanos. Frei RT había impulsado la reforma procesal penal, la reforma de la educación, la modernización de la gestión pública, la privatización de las sanitarias y las concesiones en obras públicas. Así, la reforma a la salud, que permitiera un acceso oportuno y garantizado a la atención de salud, especialmente de los más desaventajados, era una política pública que permitía cumplir con la idea de diferenciación en continuidad y que era consistente con la idea de “crecimiento con equidad”, como era su slogan de campaña. Adicionalmente, en la época salud era uno de los tres problemas sobre los cuales los ciudadanos mayormente demandaban intervención del gobierno, según lo revelaban las encuestas¹⁰.

La consecuencia de todo ello es que, el 3 de Octubre de 1999, el candidato Ricardo Lagos, en un acto de campaña celebrado en el Hospital Barros Luco, ubicado en la comuna de San Miguel, en Santiago, se compromete públicamente a lanzar una reforma del sector salud. Aunque el candidato Lagos asume este compromiso de introducir cambios en el sistema sanitario, “no

tenía una propuesta de reforma específica” (Drago, 2006: 50).

Luego del estrecho triunfo electoral y en segunda vuelta, sobre el candidato de centro derecha, Joaquín Lavín, la nominación de quién ocuparía el cargo de Ministro de Salud fue un hecho crítico, que traería consecuencias para el ritmo de la reforma. El candidato natural para ocupar el cargo era Hernán Sandoval, pero la nominada fue Michelle Bachelet. Los entrevistados coinciden en señalar que el Presidente “Lagos quería poner a Sandoval como su Ministro de Salud, pero hubo oposición interna en la coalición, en el ala más socialista, más de izquierda, más estatista digamos”. También coinciden en que “el Ministerio de Salud es una carta de ajuste para los equilibrios internos de la coalición, para ajustar a las minorías” y que para lograr ese equilibrio era necesario que como Ministro de Salud asumiera un “médico, mujer y de la corriente de Camilo Escalona¹¹ ... aquí fue eso, fue ese procedimiento, y Michelle Bachelet asumió”; ... pero “como Lagos es un hombre pragmático nombró a Hernán Sandoval como Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma de la Salud¹²”. Otro testigo de los hechos señala que “cuando (el Presidente) Lagos nombra a Michelle Bachelet, la nombra sin conocerla y como no la conoce a fondo su idea es que ella se dedicara a la administración, a las colas y que las reformas, que era su compromiso con el

10 Entre 1990 y 2000 los tres problemas que más preocupaban a los ciudadanos eran delincuencia, pobreza y salud, alternándose en la máxima prioridad. Luego, entre el 2000 y 2004 la máximo preocupación de los ciudadanos se centró en el empleo (ver Encuestas CEP 1990-2000).

país, lo iba a formular el equipo que él forma, que es un equipo formado por varios ministerios, una Comisión Presidencial para la reforma de la salud.

Ello llevó a que en el sector salud se creara una estructura bicéfala, con una Ministra a cargo del Ministerio y con la tarea encargada por el Presidente de resolver el problema de las colas en la atención primaria, en un plazo de tres meses, y con un Secretario Ejecutivo que aparecía como el ideólogo de la reforma. Adicionalmente, ambos presentaban perfiles disímiles. Bachelet provenía de los sectores de más a la izquierda de la Concertación, con profundas concepciones estatistas y había desarrollado fuertes relaciones con los gremios de la salud, los que propugnaban reforzamiento y ampliación de la acción del sector público y menor intervención privada en salud¹³.

Un ex-Ministro entrevistado señala que ella “mira al mundo funcionario, a los médicos, a los sindicatos, con ellos es su principal diálogo”. Por el contrario, Sandoval era militante del PPD, había realizado estudios sobre la reforma en que había habido participación de las ISAPREs, lo que había sido mal visto en los sectores más izquierdistas de la Concertación, era proclive a los multiseuros de salud y, por tanto, a la acción de los privados en la atención de salud.

Así, al interior del gobierno se perfilaron dos posiciones en torno a la reforma. Una, que fue caricaturizada como “estatista” que rechazaba el lucro en el ámbito de las prestaciones sociales, que desconfiaba que las regulaciones pudieran corregir las inequidades del mercado y que, aunque las toleraba, buscaba reducir fuertemente el rol de las ISAPREs. La otra -auto-

- 11 Camilo Escalona es el líder de la corriente de la Nueva Izquierda del Partido Socialista, a la cual también se incorporó Michelle Bachelet, luego de haber estado vinculada a agrupaciones de izquierda fuera de la Concertación de Partidos por la Democracia. Escalona también fue el jefe político de los jóvenes socialistas en el exilio y particularmente en Alemania Oriental, donde también estuvo exiliada Michelle Bachelet y perteneció al mismo grupo. Escalona fue Diputado entre 1990 y 1998, del 2002 al 2006 y Senador para el período 2006-2014. También fue Presidente del Partido Socialista entre el 2006 y Enero del 2010. Escalona ha sido un fuerte apoyo para Michelle Bachelet tanto en sus roles de Ministra como de Presidente de la República.
- 12 La Comisión Interministerial de Reforma de la Salud fue creada por el Presidente Lagos como un organismo técnico, cuya misión era desarrollar los estudios que se requirieran y proponer los contenidos sustantivos y forma que debía tomar la reforma del sector salud. La Comisión estaba presidida por la Ministra de Salud e integrada por los Ministros de Hacienda, de Trabajo y Previsión Social, de la Secretaría General de la Presidencia y una Secretaría Ejecutiva de siete miembros, encabezada por Hernán Sandoval.
- 13 Sobre la posición gremial frente a la reforma, el Presidente de uno de los gremios de la salud más significativos expresa lo siguiente: “Para nosotros lo fundamental era que se garantizara la salud como un derecho humano, por lo tanto, nosotros planteábamos modificar la constitución política del Estado, en términos que el Estado se hiciera responsable por la salud de la ciudadanía y no del acceso a la salud; porque garantizar el acceso era poner clínicas u hospitales y que la gente acceda, pero eso no implica que la gente pueda realizar su derecho a la salud. Para nosotros era esencial el fortalecimiento del sistema público, entendiendo que la inmensa mayoría

denominada de salud integrada- buscaba incrementar sustancialmente la eficiencia del sector público, ponía acento a los mecanismos de gestión, como hospitales autogestionados y cambio en el modelo de atención, reconocimiento al rol que desempeñan las ISAPREs, pero con reforma a la ley que las rige que permitiera abordar las discriminaciones de que se las acusaba, y la creación de un Superintendencia de Salud con capacidad fiscalizadora sobre los sectores privado y público. Una tercera visión, caricaturizada como "privatista", fue expuesta por representantes de la derecha política (fuera del gobierno), proponía el perfeccionamiento del sistema de ISAPREs, mejoramiento de la eficiencia en la gestión del sector público de salud y establecer competencia entre el sector público y el privado, establecer subsidios portables para que los cotizantes pudieran decidir su afiliación a FONASA o a una ISAPRE, y evitar mayores cargas tributarias y regulatorias sobre las ISAPREs.

Esta diferencia de visiones generó una agenda dual en el proceso de la reforma, tensiones entre la Ministra y el Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma, y parálisis en el proceso. Mientras la Secretaría Ejecutiva de la Comisión recogía las ideas sobre un Plan Garantizado de Bene-

ficios de Salud, que se había trabajado en la era Massad y abordar los problemas de equidad del sistema; la Ministra orientaba sus esfuerzos a obtener mayor financiamiento para la política sanitaria 2000-2010, cuyos objetivos se concentraban en la mantención y mejoramiento de los logros alcanzados, el envejecimiento de la población, desigualdades en la salud y en el acceso a la atención, y calidad de los servicios brindados (MINSAL, 2002).

La Comisión logró consensuar las tres líneas centrales de la reforma -los objetivos sanitarios estarían por sobre los problemas de gestión y financiamiento del sistema, generar derechos exigibles y garantizados para la población, y enfrentar los problemas de equidad del sistema- y luego la discusión con el Ministerio de Hacienda se concentró en la contención de costos que la reforma podría generar al presupuesto público (Lenz, 2007).

La reforma de salud se encontraba en el centro de una contienda de visiones entre sus dos actores protagónicos y, a consecuencia de ello, con muy escasos avances, lo que llevó al Presidente a intervenir. Un testigo de los hechos lo relata de la siguiente manera: "La Ministra estaba dirigiendo un proceso participativo que no conciliaba con los tiempos políticos del Presidente... después de un año de ges-

de los ciudadanos no tiene el poder adquisitivo necesario para adquirir seguros de salud que le permitan garantizar una buena protección de su salud. En la lógica de las ISAPREs, la protección está absolutamente vinculada a la prima que uno paga mientras más alta la prima, más alto el riesgo que cubre. Entonces para nosotros esa es una condición inaceptable y se exigía, por tanto, la existencia de un sistema público que, además, cubriera las demandas de salud de los chilenos, en la forma de un plan universal de salud, en una red integral de salud y obviamente no dejando de lado los temas nuestros, que eran mejores condiciones de trabajo decente para el personal de salud".

ción ella había logrado hacer 25 cabildos a lo largo de Chile, con grupos discutiendo las prioridades en salud; pero el Presidente tenía que mandar un proyecto de ley, que sabía que demoraba tres años en el Parlamento... (el Presidente) no quería que la ley se mandara después del segundo 21 de Mayo¹⁴ (porque) en ese caso no tendría ley al final del mandato y probablemente no la vería nunca más ... ese era un tema importante para él". Un ex-Ministro agrega que "el Presidente Lagos veía que los tiempos se estaban pasando, que los primeros dos años la Ministra Bachelet intentó concordar, pero lo único que logró concordar fue el objetivo sanitario, que es un documento muy sólido técnicamente ... los dos últimos años eran años electorales y en un año electoral no se puede hacer nada, y en este caso la estimación del Presidente fue que el tema salud iba a ser inviable en esa época. O sea, había un espacio de dos años y había que sacar la reforma como fuera".

Así, en este contexto y a propósito del cambio de gabinete de Enero del 2002, Michelle Bachelet es designada Ministra de Defensa y en la cartera de Salud asume Osvaldo Artaza, médico pediatra DC, con destacada imagen pública y fuerte apoyo de su partido.

3.3. Avance y conflicto de la política de salud

Osvaldo Artaza es nombrado Ministro de Salud con el claro mandato de

enviar a trámite las leyes que daban forma a la reforma de salud y lograr su aprobación en la Cámara de Diputados. Artaza había sido el Jefe de la Comisión de Salud de la DC y Coordinador del Programa de Salud de la candidatura de Ricardo Lagos, por lo que conocía perfectamente lo que el Presidente quería. Además, en la confección del programa de gobierno había desarrollado relaciones armoniosas con Hernán Sandoval y era, también, poseedor de una positiva imagen pública, lo que era una cuestión altamente valorada en el contexto de la época, pues la misión que se le había encomendado implicaba generar apoyo ciudadano y darle viabilidad política a la reforma. Un testigo de los hechos relata que "lo que hace el Presidente es colocar a alguien que ha trabajado con Hernán Sandoval, que tiene afinidad con él y que, a juicio del Presidente, tenía una situación privilegiada desde el punto de vista comunicacional".

Con este mandato, Artaza recogió los trabajos de la Comisión Interministerial, estructuró los cuatro proyectos de ley en que se expresa la anunciada reforma y los envió a trámite a la Cámara de Diputados. En su estrategia comunicacional el Ministro priorizó la comunicación del Plan AUGE¹⁵, que tenía el propósito de cubrir las 56 patologías que los estudios habían mostrado que eran las de atención prioritaria. Así, la sigla AUGE pasó a ser el emblema de la reforma y, también, uno de los temas en que se concentró la crítica, tanto por el modo de selección de las pa-

14 El 21 de Mayo es la fecha en que el Presidente de la República de Chile da cuenta del Estado de la Nación ante el Congreso Pleno.

tologías, como porque 56 enfermedades eran consideradas insuficientes -por los gremios médicos- para establecer una canasta de atención de salud y porque podría implicar un desmedro a la atención de las patologías no AUGE.

El envío del paquete de reformas a trámite parlamentario le significó al Ministro Artaza abrir un fuerte conflicto con los gremios de la salud, los resquemores de las ISAPRES y duras negociaciones con su propia coalición. El conflicto con los gremios de la salud surgió tanto por la discrepancia que se levantó sobre la orientación y contenidos de la reforma, como por el término abrupto que debió dar Artaza a las “mesas de reforma” que había establecido la Ministra Bachelet y las que incluían el activo rol de los representantes de esos gremios. Un integrante de los equipos técnico-directivos relata que “Artaza tenía que notificarle a todo el mundo que se habían acabado las conversaciones y pagar el costo de decirle al colegio médico que no se conversa más y que nos vemos en el parlamento”. Un dirigente gremial de la salud relata el episodio: “lo que hizo (el Presidente Lagos) es que nos mandó a decir ‘en democracia se discute en el parlamento, porque allá están los elegidos del pueblo, vayan allá a discutir’ y resulta que íbamos a discutir allá y si algún parlamentario votaba en contra no lo saludaba no más”.

Pese a la conflictividad que se desató, Artaza logró aprobar en la Cámara los cuatro proyectos de ley que daban forma a la reforma, como era su mandato, aunque en ello extinguió sus fuerzas. Un miembro de los equipos técnico directivo señala que “Artaza gasta todo su capital político en sacar cuatro proyectos que no existían ..., porque los gremios no querían que la reforma tomara la dirección que estaba tomando, por lo que la apuesta de ellos fue evitar dar el consenso y solo dar el visto bueno a un proyecto con las características que ellos querían, el modelo estatal único”. Otro testigo protagónico de los hechos señala que “Artaza se consumió su capital político en derrotar a los gremios y en aprobar los proyectos de ley en la Cámara, para lo cual tuvo que hacer concesiones para que los Diputados le aprobaran sus proyectos y eso lo dejó completamente agotado ... él entró al gobierno con un 92% de aprobación ciudadana y lo entregó en 12%, o sea, en un año se comió 80 puntos”.

Aunque la aprobación conseguida en la Cámara no recogió los planteamientos centrales de los gremios de la salud, Artaza debió congelar la discusión acerca del impacto presupuestario y hacer concesiones al grupo de Diputados que lo apoyaron en ese trámite parlamentario, lo que implicó que varios de sus contenidos fueran vistos con preocupación por los

15 La sigla AUGE -de autoría del Ministro Artaza- representa la idea de Acceso Universal con Garantías Explícitas en la atención de salud. Con ello se buscaba dar cuenta de los principales contenidos de la reforma. Luego se daría paso a la expresión GES – Garantías Explícitas en Salud –.

sectores privatistas y los propulsores del enfoque de salud integrada. El impulso decisivo para la aprobación en la Cámara, sin embargo, lo dio el Presidente Lagos, quien "logró alinear a la bancada médica y otros parlamentarios de izquierda" (Lenz, 2007: 18) tras la reforma.

El resultado de esta etapa es que la discusión en profundidad de lo aprobado por la Cámara y el financiamiento quedaron para la tramitación en el Senado (Boeninger, 2005), lo que implicaba un escenario diferente para el próximo trámite parlamentario y la necesidad de un nuevo negociador por parte del gobierno. Así, en el cambio de gabinete que ocurre luego asume el cargo de Ministro de Salud Pedro García.

3.4. Hacia la aprobación de la política de salud

Pedro García, médico gineco-obstetra, era Presidente de la Comisión Salud de la DC, hombre de confianza del Presidente de la DC en ese entonces, había sido Subdirector Médico del Hospital El Salvador -uno de los más importantes de Chile-, Director del Servicio de Salud Metropolitano Oriente y Director del Instituto de Salud Pública -el laboratorio de referencia nacional- y antes había trabajado en la atención primaria, en consultorios municipales y en hospitales de mediano tamaño en atención de especialidad y ambulatoria. También era respetado en los sectores de derecha, con cordiales relaciones con Hernán Sandoval y conocedor del proceso de reforma que se estaba impulsando. Por otro lado, como señala un ex Ministro entrevistado, dado que el principal interlocutor en el Senado

sería "la derecha, era clave el rol de un demócrata cristiano que tuviera la venia de la mesa directiva, un hombre de la confianza de Adolfo Zaldívar (Presidente del PDC en la época)... (además Pedro García) era una persona del equipo, no era alguien que había que convencerlo, sino que era alguien que ya estaba en la línea y que llenaba los requisitos".

El rol de la DC en el Senado sería clave, tanto por la cantidad de senadores que tenía, como por la capacidad de interlocución que podía generar con los sectores de la derecha, los que al igual que la DC se sentían amenazados por los contenidos aprobados en la Cámara. Ello resaltaba el rol del Presidente del PDC, quien era un duro crítico del Presidente Lagos, y hacía necesario que quien encabezara el trámite ante la Cámara Alta tuviera gran capacidad de interlocución política con los sectores de mayor influencia en el Senado. En este contexto, luego de designarlo, el Presidente Lagos le sugiere a García "apóyese en Boeninger para la tramitación en el Senado" (entrevista a ex Ministro).

La misión de García era compleja. Debía conseguir la aprobación en el Senado en un periodo de tres meses, para lo cual debía resolver las "ambigüedades, contradicciones y cabos sueltos de las iniciativas aprobadas en la Cámara" (entrevista a ex Ministro), resolver el tema del financiamiento del AUGE, lograr apoyo en la DC liberal y la derecha, y luego -en el tercer trámite- lograr la aprobación en la Cámara, donde había una fuerte influencia de la bancada médica y grupos más proclives a la visión estatista.

A propósito de la discusión sobre el financiamiento del AUGE, se dio una convergencia de posiciones entre el Ministe-

rio de Salud, el de Hacienda y los Senadores del PDC, quienes expresaban la posición oficial de su partido, construida a partir del trabajo desarrollado por su Comisión Salud. Edgardo Boeninger¹⁶ jugó un rol central en la articulación del consenso dentro de la coalición de gobierno y en el acercamiento de posiciones con la oposición, donde la Senadora Evelyn Matthei fue la interlocutora.

La Ley que establecía la autoridad sanitaria obtuvo un rápido consenso en el Senado, pero las leyes que establecían el Plan AUGE y aquellas que establecían nuevas regulaciones para las ISAPREs tuvieron una negociación bastante más compleja. En la discusión sobre el AUGE los temas álgidos fueron la mencionada propuesta de transferencia de 3/7 de las cotizaciones de los afiliados de ISAPREs

a FONASA, a través de un Fondo Solidario, y el privilegio en la atención que tendrían los pacientes AUGE respecto de los no – AUGE, especialmente en los sectores de menores recursos, lo que se constituiría en una discriminación hacia estos. Como ya se ha señalado, la solución se dio con incrementos en el IVA, mejoras en la recaudación tributaria y el establecimiento de la exclusividad en el uso de las camas hospitalarias del sector público por parte de los afiliados a FONASA. En el caso de las llamadas leyes “larga y corta”¹⁷ de ISAPREs, los acuerdos en el Senado se dieron en torno al fortalecimiento de las facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Salud, aumentar la solvencia financiera de las ISAPREs, aumentar la protección de los afiliados y el establecimiento del llamado “Fondo Soli-

16 El líder natural del PDC, en los temas de salud, en el Senado era Mariano Ruiz-Esquide, pero en la negociación de la reforma Edgardo Boeninger fue quien tomó la voz DC y articuló los acuerdos. Un miembro de los equipos de salud DC señala que “en la fase de aprobación en el Senado los actores políticos claves fueron Boeninger y Evelyn Matthei ... y lo de Boeninger fue muy importante, porque el líder natural era Ruiz-Esquide, entonces el hecho que en la DC Boeninger haya tomado el liderazgo también significó un allanamiento de muchas de las posiciones en la búsqueda de acuerdo”. Sobre este punto Boeninger (2005: 30) escribe lo siguiente: “... quisiera valorar especialmente la actitud del Senador Ruiz-Esquide, reconocidamente disidente, por profundas convicciones doctrinarias, del rumbo que tomó la reforma, pero que ante una realidad política que no compartía, aceptó muchas propuestas como mal menor y expresión de ‘lo posible’, con sacrificio de sus propias ideas, contribuyendo lealmente tanto en la conducción de la Comisión de Salud como con indicaciones dirigidas a su perfeccionamiento, en particular la incorporación de mayores elementos de equidad al sistema”.

17 La llamada ley corta de ISAPREs (Ley 19.985) tiene su origen en la insolvencia financiera en que cayó la ISAPRE Vida Plena, de propiedad del grupo económico “Inverlink”, el que, a su vez, había también entrado en insolvencia por movimientos especulativos y por un escándalo en que habían sobornado a la Secretaria del Presidente del Banco Central para disponer de información privilegiada para sus operaciones especulativas. La entonces Superintendencia de ISAPREs debió reubicar a los afiliados en otras ISAPREs y velar por su protección y cumplimiento de los contratos. El hecho reveló la necesidad de reforzar el rol regulador de la Superintendencia, cautelar la solvencia financiera de esas empresas y asegurar la protección de los afiliados, a la vez que requirió de la aprobación de la mencionada Ley.

dario” de compensación de riesgo por sexo y edad, que sólo se limitó a las ISAPREs (Castro, 2005).

Las leyes relativas a la autoridad sanitaria y AUGE tuvieron aprobaciones con apreciables mayorías en el tercer trámite parlamentario -ratificación en la Cámara-, pero en la aprobación de las leyes “larga y corta de ISAPREs” se produjo una rebelión de los Diputados de la “banda médica”, que fue seguida por representantes del ala de izquierda de la coalición de gobierno. Aunque los proyectos finalmente se aprobaron, con votos DC y de la derecha, la oposición fue tenaz y estuvo centrada en la consagración de una “salud privada”. Boeninger (2005) sugiere que la rebelión estuvo motivada, en parte, por las visiones ideológicas que se enfrentaban entre los “estadistas” y los “privatistas”, pero también, en parte importante, por la confrontación pública que los líderes de los rebeldes habían tenido con el Ministro García sobre la “píldora del día después” y por desavenencias en las designaciones de algunos cargos en el sector público de salud.

Así, las cuatro leyes que daban origen a la reforma y el Mensaje Presidencial N°84-37 -más conocido como Ley de financiamiento del AUGE y Chile Solidario- obtenían aprobación parlamentaria con lo que la reforma de salud estaba ya en condiciones de ser implementada.

4. Claves analíticas de la reforma

La implementación del AUGE-GES es una reforma que sigue a otras reformas, las que tuvieron un período de vigencia de alrededor de 25 años. La refor-

ma que instaló el SNS en 1952 fue la consecuencia de la acción de un grupo de técnicos del Ministerio de Salud que buscaron soluciones a los pésimos indicadores sanitarios que presentaba el país hacia la década de 1940 y, en ello, convinieron y establecieron alianzas con actores políticos influyentes que promovieron la reforma. La reforma de 1980 es consecuencia de la reforma del Estado impulsada en la época, que cambia la orientación del Estado -desde un rol interventor a uno subsidiario-, la institucionalidad y la estructura político-administrativa del país, así como de la búsqueda por mayor eficiencia y rendimiento de los recursos públicos invertidos en salud. La reforma del AUGE, en tanto, sería consecuencia de los cambios en la situación epidemiológica y demográfica del país, de las dificultades que presentaba el modelo sanitario establecido en las décadas de 1950 y 1960 para responder a las nuevas necesidades sanitarias de la población y de las condiciones políticas que emergieron con el resurgimiento de la democracia en Chile a comienzos de la década de 1990.

Así, lo que este recuento insinúa es que habría un cierto período de equilibrio expresado en la vigencia de la reforma en operación, que en ese período de vigencia es más probable que se den pequeños ajustes para optimizar el funcionamiento de la política pública, y que la convergencia de diagnósticos de dificultades severas y de circunstancias políticas, llevarían a las fuerzas macropolíticas -siguiendo a True *et al.* (1999)- a poner atención a un cierto tema y a reformar o cambiar las políticas públicas. De este modo, entonces, las reformas de salud señaladas, y en particular la del AUGE, habrían ocurrido

cuando el debate desbordó al sector salud -y con ello rompió el equilibrio vigente-, capturó la atención de actores influyentes, se instaló en la agenda política y de ahí escaló a la agenda del gobierno.

El proceso que lleva al cambio de una política pública es largo y en ello el concepto de “sopa primitiva” (Kingdon, 1995) es útil. En el caso del AUGE, el contexto internacional con estudios que mostraban cambios en la situación demográfica y epidemiológica, junto al renacimiento de la democracia en Chile, generó un contexto en el que surgieron diagnósticos sobre el estado del sistema sanitario chileno y su capacidad de hacer frente a los nuevos desafíos que los cambios demográficos y epidemiológicos indicaban, desde los que luego emergieron estudios sobre los cuales se construyó la reforma. Es decir, la década de 1990 fue el período en el que se formó la “sopa primitiva” -en la que circularon los diagnósticos y estudios señalados- desde la cual emergió la reforma del AUGE.

Dos momentos aparecen claves en la ruta que siguió el AUGE al interior del gobierno: la decisión de incorporar la reforma al programa de gobierno del candidato Lagos y la decisión que este toma, ya siendo Presidente, acerca del rumbo que tomaría la reforma. La inclusión de una reforma de salud a las propuestas de campaña del candidato Lagos -luego de las primarias de la Concertación y en un contexto de conformación de los equipos e ideas que integrarían el programa de gobierno- abre la “ventana de oportunidad” para el cambio en la política pública. Aunque en la época no había una solución técnica disponible, había un conjunto de estudios que mostraban el problema, la nece-

sidad de intervenir y que generaban las bases para construir la solución. Así, más propiamente, la “ventana de oportunidad” se abre desde la corriente política -siguiendo a Kingdon (1995)- desde donde se hace un reconocimiento expreso por actores políticos relevantes acerca de la necesidad de intervenir, lo que abre el proceso de cambio en la política pública.

Otro momento crítico en la formulación de la reforma, al interior del gobierno, es cuando el Presidente Lagos nombra a Osvaldo Artaza como Ministro de Salud en reemplazo de Michelle Bachelet. Aunque en Mayo del 2001 el Presidente había aprobado la propuesta de reforma centrada en un “Plan Garantizado de Beneficios de Salud” (PBGS) y el esquema de costos convenido entre la Secretaría Ejecutiva y el Ministerio de Hacienda, el alejamiento de Bachelet del Ministerio de Salud y la llegada de Artaza sancionó con claridad el tipo de reforma que interesaba al gobierno y, especialmente, al Presidente, quien fue el gran impulsor de la política pública del AUGE.

El punto es interesante, también, desde el punto de vista de las visiones y creencias que se explicitaron en el diseño de la reforma, las que dieron origen a las coaliciones que se enfrentaron y fundamentaron su accionar. En este contexto, dos coaliciones aparecen como protagónicas y una tercera con roles acotados a determinados momentos del proceso de la política pública. Estas coaliciones son las que en el texto han sido identificadas con las posiciones estatista, privatista y de salud integrada.

Las diferencias en los marcos de creencias que expresaban estas coaliciones dieron origen al conflicto que acom-

pañó a buena parte del proceso de formulación de la reforma del AUGE. En ello los roles que cumplieron los Ministros varió. Mientras la Ministra Bachelet se identificó con la coalición estatista, los Ministros Artaza y García tomaron una posición neutra y se concentraron en la negociación y búsqueda de acuerdos para lograr la aprobación en la Cámara y Senado respectivamente. Uno de los directivos técnicos entrevistados señala que “la Ministra Bachelet se identificaba más con la posición estatista”. Un ex Ministro entrevistado agrega que en la época se produjo una situación en la cual “la autoridad del Ministerio estaba a favor de una parte y en contra de su propio gobierno, esa era la realidad en ese tiempo”. Boeninger (2005: 26) argumenta que el “decidido apoyo (que dio la Ministra Bachelet) al financiamiento con los 3/7 de las cotizaciones la dejaba mal posicionada para lograr acuerdos transversales”.

Artaza y García, en cambio, cumplieron roles de articulación de acuerdos. En el trámite parlamentario en la Cámara, Artaza enfrentó un ambiente hostil, por lo que priorizó la obtención de la aprobación y en ello se acercó e hizo concesiones a su grupo natural de referencia, lo que le dio un cierto tinte “chascón” y de falta de “terminación” a los proyectos aprobados en ese primer trámite.

El Ministro García debió articular acuerdos en un contexto distinto, en el que la mayoría en el Senado se inclinaba hacia una alianza entre la DC liberal y la derecha, lo que daba una posición ventajosa a la coalición de la salud integrada, atendido el hecho que luego la Cámara debía aprobar el acuerdo del Senado para completar el trámite parlamentario

de la reforma. En ello, se apoya en Boeninger, siguiendo la instrucción del Presidente. El liderazgo que toma Boeninger entre los Senadores DC y la interlocución que establece con los Senadores de derecha generó un apoyo sólido que permite aprobar los proyectos.

Así, lo que más propiamente muestra el análisis es la existencia de coaliciones que promueven tipos de reforma basadas en las creencias, intereses y convicciones que ellos profesan, y que entran en conflicto por el diseño y contenidos específicos de la reforma. En esa dinámica surgen articuladores que permiten hacer avanzar la reforma y la falta de ellos hace que el proceso se trabee. Así, el período de la Ministra Bachelet es identificado como un momento de estancamiento en la reforma, lo que coincide con la opción que ella toma a favor de la coalición estatista. El período del Ministro Artaza es caracterizado como una etapa de avance, pero en un ambiente de conflicto, en el que él articula entre las coaliciones estatista y de salud integrada, un acuerdo que da a la reforma un cierto tinte “chascón” por las concesiones que debe hacer a una mayoría relativamente inclinada a esa posición en la Cámara. Asimismo, los acuerdos dejan temas sin resolver dado el ambiente de conflicto existente y para facilitar el acuerdo. Con ello Artaza cumple la instrucción presidencial y es relevado. El período del Ministro García es identificado con la aprobación final de la reforma, en el que el trabajo conjunto con el Senador Boeninger permite articular a las coaliciones privatistas y de salud integrada -dadas las mayorías existentes en el Senado- y con ello cambiar la orienta-

ción que la reforma había tomado en la Cámara.

En la coalición de la salud integrada el PDC tenía fuerte presencia, las propuestas de reforma que personeros de esa creencia habían preparado en la Comisión Económico Social del partido habían pasado a ser la posición oficial DC, los Ministros Artaza y García y el Senador Boeninger eran militantes activos del partido, aunque con posiciones distintas: mientras Artaza es un reconocido "chascón", García y Boeninger eran proclives a los sectores más liberales. Ello sugiere que el PDC tuvo gran influencia en el proceso de la reforma y que jugó un rol de bisagra: en la Cámara favoreció un acercamiento con los sectores estatistas y en el Senado estableció alianza con la coalición privatista.

Visto en perspectiva, el análisis del proceso de la reforma del AUGE deja ver como un conjunto de ideas sobre un área de política pública circulan durante un cierto tiempo, como esas ideas se intersectan con creencias y visiones de los actores políticos, como ellas dan origen a coaliciones que se enfrentan por el curso que tomará la política pública, y como el rol de los articuladores permite que el conflicto de paso al acuerdo y la ausencia de articuladores profundiza el desacuerdo. Así, la revisión del Plan AUGE provee una oportunidad para analizar como cambian las políticas públicas.

5. Conclusiones

El análisis del surgimiento del Plan AUGE deja ver momentos analíticos que configuran el proceso de cambio y formulación de una política pública. Así, en pri-

mer término, aparece que los diseños de política pública tienen un cierto período de vigencia, que durante ese tiempo los ajustes se producen dentro de la propia área de operación de la política -el subsistema de la política pública- y que las reformas más probablemente surgen cuando el debate desborda al subsistema, captura la atención de actores influyentes, se instala en la agenda pública y escala a la agenda del gobierno.

El análisis del AUGE también muestra que el surgimiento de una reforma es el resultado de un proceso que se desarrolla en un horizonte tiempo que no es breve, que muestra la circulación de ideas sobre el objeto de la reforma y que, muy centralmente, confronta creencias, visiones y actores políticos que las profesan. En este esquema, el diseño mismo de la reforma aparece precedido de una larga etapa de diagnósticos, estudios que describen y explican el comportamiento del subsistema bajo escrutinio, e ideas sobre como resolver los problemas detectados y optimizar su funcionamiento. Este flujo de ideas se orienta a persuadir a actores políticos relevantes y tomadores de decisiones acerca de la necesidad de cambio en la política pública. A esto Kingdon (1995) lo denomina la "sopa primitiva" de la política pública, que es un ambiente en el que las ideas circulan, se confrontan y en algún momento convergen para dar forma a una intervención gubernamental, de manera análoga al espacio en el que las células se dividen y combinan para dar origen a la vida.

El análisis del AUGE también sugiere que los actores toman posición en el flujo de ideas a partir de sus creencias y visiones acerca de la sociedad y del fun-

cionamiento del subsistema de la política pública en particular. Ello lleva al surgimiento de coaliciones que se enfrentarán para que el diseño de la política pública refleje su sistema de creencias y visiones sociales. El conflicto puede paralizar el proceso, pero de haber un líder político con poder suficiente y articuladores influyentes, con capacidad de interlocución, es altamente probable que se alcancen acuerdos básicos y que la nueva política pública emerja.

Así, visto en perspectiva, lo que enseña el análisis de la reforma de salud chilena, del AUGE, es que las políticas públicas pueden ser vistas como el resultado de la confrontación de sistemas de creencias, desde las cuales actores políticos influyentes seleccionan problemas sobre los cuales intervenir e ideas que representan las soluciones, y de la acción decidida de actores que concilian posiciones y articulan acuerdos que permiten que materializar una nueva intervención. El análisis igualmente insinúa que sin ellos los esfuerzos por formular políticas públicas probablemente naufragarían en un mar de conflictos.

Referencias bibliográficas

- Artaza, Osvaldo (2004). "Reformas y Financiamiento de Sistemas de Salud de la Subregión Andina". Lima, Perú: Organismo Andino de Salud.
- Banco Central de Chile (2010). www.bcentral.cl. Sitio web visitado en Mayo 2010.
- Bastías, Gabriel y Valdivia, Gonzalo (2007). "Reforma de Salud en Chile: el Plan AUGE o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su origen y evolución"; en **Boletín Escuela de Medicina**, Vol. 32, N° 2. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Boeninger, Edgardo (2007). **Políticas públicas en democracia. Institucionalidad y experiencia chilena**. Santiago: UQBAR Editores.
- Boeninger, Edgardo (2005). "Economía Política de la Reforma de la Salud", en Héctor Sánchez y Javier Labbé, Editores Técnicos, **Reforma de la Salud en Chile: Desafíos de la Implementación**. Santiago, Chile: Instituto de Políticas Públicas y Gestión en Salud Salud y Futuro, Universidad Andrés Bello. Pp. 21-30.
- Castro Fernández, Rodrigo (2005). "Los Desafíos del Nuevo Marco Regulatorio", en Héctor Sánchez y Javier Labbé, Editores Técnicos, **Reforma de la Salud en Chile: Desafíos de la Implementación**. Santiago, Chile: Instituto de Políticas Públicas y Gestión en Salud Salud y Futuro, Universidad Andrés Bello. Pp. 83-98.
- Centro de Estudios Públicos (CEP) (2010). Encuestas CEP/Programa de Opinión Pública. Estudios de Opinión Pública 1990-2000; en www.cepchile.cl. Sitio web visitado en Marzo de 2010.
- Diario La Tercera (1999). Ediciones del 11/06/1999; 05/04/1999; y 19/02/1999, en www.tercera.com. Sitio web visitado en Marzo 2010.
- Diario el Sur (1999). Edición del 10/04/1999; www.elsur.cl. Sitio web visitado en Marzo del 2010.
- Drago, Marcelo (2006). "La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos". **Serie Políticas Sociales**, Documento N° 121. Santiago, Chile: CEPAL.
- Erazo, Álvaro (2004). "La reforma de salud: una obligación social". **Revista Foro**, septiembre. Santiago, Chile: Fundación Chile 21.

- Flory, Karin (2005). "Los imaginarios sociales de la reforma de la salud en Chile (1990- 2003)". **Revista MAD** N° 12 (mayo). Santiago, Chile: Departamento de Antropología, Universidad de Chile.
- Kingdon, John (1995). "**Agendas, Alternatives, and Public Policy**", 2nd edition New York: Harper Collins.
- Larraín, Felipe y Vergara, Rodrigo, Editores (2000). "**La transformación económica de Chile**". Santiago, Chile: Centro de Estudios Públicos.
- Lenz, Rony (2007). "Proceso político de la reforma AUGE de Salud en Chile. Algunas lecciones para América Latina. Una mirada desde la economía política". Serie Estudios Socio- Económicos, Documento N° 38. Santiago, Chile: CIEPLAN.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2002). "Construyendo una política pública en salud. Plan AUGE: Una base sanitaria para la Reforma del Sistema de Salud Chileno", Documento de Trabajo para los talleres Planificando el futuro de la salud.
- Nancuante, Ulises (2009). "Breve Introducción al Marco Jurídico en Salud", Superintendencia de Salud (Mayo); ppt.
- Olavarría Gambi, Mauricio (2005). "**Pobreza, Crecimiento Económico y Políticas Sociales**". Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
- Olavarría Gambi, Mauricio (2000). "Social Security in Perspective: a parallel between Chile and the United States". **Georgetown Public Policy Review**, Vol. 5, N°2, Spring 2000, pp. 165-182. Washington DC: Georgetown University.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002). "Perfil del Sistema de Servicios de Salud en Chile". Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Santiago, Chile: OPS.
- Oyarzo, Cesar (2007). "Reforma de Salud. Los problemas de un proceso en marcha". En *Institucionalidad para el Desarrollo, Nuevos Desafíos*. Santiago, Chile: CEP – Expansiva.
- Perdomo, Alejandro (2007). "Hegemonía neoliberal y matriz sociopolítica: el caso de la reforma de salud en Chile". **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Vol 6, N°12; pp. 83-110. Bogotá, Colombia: Universidad Javeriana.
- Sabatier, Paul y Jenkins – Smith, Hank (1999). "The Advocacy Coalition Framework: An Assessment", en Sabatier, Paul, "**Theories of the Policy Process**". Boulder, Colorado: Westview Press; pp. 117-166.
- Sabatier, Paul (1995). "An Advocacy Coalition Framework of Policy Change and the Role of Policy – Oriented Learning Therein", en Daniel C. McCool, "**Public Policies Theories, Models, and Concepts: An Anthology**". New Jersey: Prentice Hall. pp. 339-379.
- Semanario Qué Pasa (1999). Edición del 27/02/1999; en www.quepasa.cl. Sitio web visitado en Marzo del 2010.
- True, James; Jones, Bryan y Baumgartner, Frank (1999). "Explaining Stability and Change in American Policymaking", en Daniel C. McCool, "**Public Policies Theories, Models, and Concepts: An Anthology**". New Jersey: Prentice Hall. pp. 97-115.
- Valles, Miguel S. (2007). "**Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión metodológica y práctica profesional**", Cuarta Reimpresión. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Yin, Robert (1994). "**Case Study Research: Design and Methods**". California, USA: SAGE.