

La Corporación de Estudios para Latinoamérica es una institución de derecho privado sin fines de lucro y con fines académicos y científicos. Con domicilio en Dag Hammarskjöld 3269-Piso 3, Vitacura, Santiago de Chile, autorizada por decreto N° 1102 del Ministerio de Justicia, con fecha 17 de octubre de 1975.

Serie Estudios Socio / Económicos N° 38

“PROCESO POLÍTICO DE LA REFORMA AUGE DE SALUD EN CHILE: ALGUNAS LECCIONES PARA AMÉRICA LATINA Una Mirada desde la Economía Política”

Rony Lenz

Junio 2007

Este trabajo forma parte del Proyecto “Una Nueva Agenda Económico Social para América Latina”, que cuenta con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

Esta serie de documentos de trabajo (ISSN 0717-5264) tiene el propósito de contribuir a la difusión de las investigaciones de CIEPLAN. Las opiniones que se presentan en los documentos, así como los análisis e interpretaciones que en ellos se contienen, son de la responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Corporación.

**“PROCESO POLÍTICO DE LA REFORMA
AUGE DE SALUD EN CHILE: ALGUNAS
LECCIONES PARA AMÉRICA LATINA
Una Mirada desde la Economía Política”**

Rony Lenz

RESUMEN

Este documento discute el proceso político de la reforma de salud AUGE en Chile, desde la perspectiva de la economía política, centrándose en las etapas de diseño, legislación y la fase de puesta en marcha. Se extraen algunas lecciones que se estima pudieran ser de interés para otros procesos de reforma en salud en Latinoamérica.

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANTECEDENTES DE LA REFORMA AUGE	6
3. MARCO CONCEPTUAL: LA NATURALEZA POLÍTICA DE LAS REFORMAS DE SALUD	8
4. ITINERARIO DE LA REFORMA AUGE	11
FASE DE DISEÑO	11
FASE DE NEGOCIACIÓN (EJECUTIVO)	14
FASE DE NEGOCIACIÓN (LEGISLATIVA)	15
FASE DE IMPLEMENTACIÓN	22
5. LECCIONES DEL PROCESO POLÍTICO DE LA REFORMA AUGE	30
CONTEXTO INSTITUCIONAL	30
ACTORES POLÍTICOS RELEVANTES	31
PROCESO POLÍTICO	32
ESTRATEGIA POLÍTICA	33

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo discute el proceso político de la reforma de salud AUGE en Chile, desde la perspectiva de la economía política, centrándose en las etapas de diseño, legislación e implementación, en su fase de puesta en marcha. Se extraen algunas lecciones que se estima pudieran ser de interés para los “policy makers” encargados de impulsar otros procesos de reforma en salud en Latinoamérica. No se discute conceptualmente quiénes pudieran ser destinatarios interesados de la experiencia chilena, ni qué tan relevante sea ésta para otros sistemas vecinos (MacPake y Mills, 2000),¹ que por cierto guardan importantes diferencias. Tampoco es el propósito de este trabajo discutir el contenido y la coherencia de la reforma AUGE ni del sistema de salud chileno, no obstante, se realizan alusiones a éstos, que se consideran necesarias para entender la evolución de la reforma.

Metodológicamente, el trabajo se basó en entrevistas a los principales impulsores de la reforma,² complementada por la revisión de la prensa escrita nacional para objetivar el relato de los actores, seguida por el análisis de los documentos oficiales ligados a la reforma, especialmente los proyectos de leyes y sus modificaciones. Evidentemente, este trabajo es tributario de la literatura económica de proceso político, principalmente aquella orientada a las reformas de salud en Latinoamérica. La información obtenida fue organizada y discutida con otros expertos³, en un intento del autor de superar sus propios puntos de vista respecto de la reforma y lograr una visión de consenso de la experiencia chilena de reforma. Con todo, la versión final de este trabajo es de entera responsabilidad del autor, y no compromete en modo alguno a terceros.

El documento se organiza de la siguiente manera. La primera sección corresponde a la introducción. En una segunda sección se abordan brevemente los antecedentes históricos a la reforma, subrayando los problemas que enfrentaba el sistema de salud chileno a los inicios del proceso de reforma. En la tercera parte se describe el modelo metodológico utilizado. En la cuarta sección se describen los principales acontecimientos que formaron parte del proceso de reforma AUGE, desde su inicio a la fecha. Finalmente, en la última sección se extraen las lecciones de la experiencia chilena de reforma.

¹ McPake, Barbara and Anne Mills (2000): “What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform?”. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6).

² Se agradecen los invaluable aportes entregados por el Dr. Osvaldo Artaza y el Dr. Pedro García, ex Ministros de Salud; el Dr. Antonio Infante, ex Subsecretario de Salud, y del Dr. Hernán Sandoval, Jefe de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interministerial de Reforma.

³ Fueron inestimables para el desarrollo de este trabajo los comentarios y sugerencias vertidos por el Senador Edgardo Boeninger. Se agradecen las opiniones del Dr. Jorge Jiménez de la Jara, respecto del primer borrador.

2. ANTECEDENTES DE LA REFORMA AUGE

La reforma AUGE no debe ser entendida como un intento aislado de cambio del sistema de salud chileno, sino que forma parte de un proceso de cambio sostenido, cuyos antecedentes más inmediatos se encuentran en la década de los 80. El Gobierno Militar se propuso readecuar el centralizado Servicio Nacional de Salud (SNS), introduciendo tres cambios sustanciales. Primero, la reorganización del sistema público con la creación del Fondo Nacional de Salud como institución financiadora y un intento de descentralización del aparato prestador con la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS); Segundo, la municipalización de la Atención Primaria; Tercero, la creación de compañías privadas aseguradoras –las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)– que operaron en un ambiente de mercado extremadamente desregulado.

Estas reformas estructurales fueron acompañadas de cambios importantes en las fuentes de financiamiento del sector que derivaron en una reducción del aporte fiscal a salud y un incremento del financiamiento a través de cotizaciones y copagos. Lo anterior, sumado al ambiente recesivo que se vivió a inicios de dicha década, y la menor disponibilidad de recursos humanos, físicos y de operación (insumos y medicamentos) en el sistema público de salud, deterioró el acceso de la población de ingresos medios y bajos a la atención de salud. Por otra parte, la falta de normas e instituciones que fijaran un marco regulatorio apropiado para transar planes de salud en el sistema privado redundó en seguros de corto plazo, con exclusiones, preexistencias, carencias, bajas coberturas en los riesgos catastróficos, discriminación de riesgo, poca transparencia en precios y coberturas y, en fin, todas las deficiencias propias de este tipo de arreglo económico.

Dada la naturaleza de los seguros privados, en que las primas son en función de los riesgos, sólo la población de bajo riesgo y de alto ingreso tuvo acceso al sistema ISAPRE. A la falta intrínseca de equidad, se sumó el hecho de que el arreglo institucional permitía que el alto riesgo, que no era rentable de cubrir por las ISAPRE, fuera absorbido por FONASA –en una suerte de reaseguro implícito–, principalmente población mayor de 65 años, enfermos crónicos y catastróficos. La resultante fue la instauración de un modelo altamente inequitativo, que privilegiaba el acceso de los más ricos a una mejor atención y postergaba a los más pobres y riesgosos a un deteriorado sistema público de atención. Paradójicamente, incluso los usuarios del sistema privado, supuestamente beneficiados por las ISAPRE, siempre tuvieron una mala evaluación de dicho sistema, por la discrecionalidad con que las aseguradoras privadas manipulaban planes, precios y primas, lo cual contribuyó a que nunca fuera percibido como un sistema totalmente legítimo en la sociedad chilena.

Cabe destacar que las propuestas del régimen militar carecieron de una estrategia sanitaria que le imprimiera una clara direccionalidad en el campo de la salud al proceso de reforma. Así, las directrices establecidas por el SNS siguieron siendo las imperantes –programas verticales orientados al binomio madre-niño, combate a las enfermedades infectocontagiosas

y los condicionantes básicos de la salud—, debilitadas, eso sí, por los cambios financieros y organizativos introducidos por los militares.

La reforma del gobierno militar, principalmente con la creación del sistema ISAPRE, no generó una alternativa que fuera viable para la gran mayoría de la población chilena, como posteriormente lo mostraran las tasas de afiliación, que en su mejor momento —a finales de la década de los 90— no pudieron sobrepasar significativamente la cobertura de un cuarto de la población chilena (FONASA, 2006).⁴ Por el contrario, el sistema ISAPRE contribuyó a acentuar la segmentación del sistema de salud chileno, introduciendo además la dicotomía público-privada, en reemplazo de la complementariedad que el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) había estado construyendo entre el aseguramiento público y la prestación privada. Lo anterior, sumado a la falta de una estrategia de salud que orientara el quehacer del sector, generó el escenario de desarticulación del sistema que se exhibe hasta hoy día.

Con el retorno del país a la democracia a inicios de la década de los 90, los dos primeros gobiernos de la Concertación se concentraron en compensar las falencias del sistema heredado del régimen militar, sin poder modificar estructuralmente la legislación, por la falta de mayoría política que la institucionalidad de la “democracia protegida” impedía. Se sumó a lo anterior la falta de un proyecto político común de salud de la Concertación. La estrategia del gobierno se concentró en fortalecer el sistema público de salud, iniciando un importante programa de inversiones, recuperando dotaciones y salarios públicos e introduciendo sustanciales modificaciones a la organización del financiamiento del sistema de salud. En este último aspecto se elevó de manera importante el aporte fiscal; se introdujeron mecanismos de pagos a prestadores orientados a darle mayor equidad y eficiencia al sistema de salud (pago capitado en atención primaria y los pagos asociados a diagnóstico —PAD— a nivel hospitalario), y se fortaleció la figura financiadora del FONASA como elemento dinamizador del sistema, iniciando una política que privilegiaba a los beneficiarios por sobre la oferta de salud (Programa de Oportunidad de la Atención —reducción de listas de espera quirúrgicas—, Seguro Catastrófico —acceso gratuito a prestaciones de alta complejidad—, Programa del Adulto Mayor —acceso a prótesis y ortesis— y Carta de Derechos del Paciente). El sesgo financiero de las reformas y el tardío surgimiento de diagnósticos y propuestas desde el campo de la salud pública no permitieron articular una estrategia sanitaria global que sirviera de base a los cambios financieros, sino que estos tuvieron que apoyarse en acciones aisladas (medicina familiar, cobertura de enfermedades del adulto y adulto mayor a través de programas específicos e impulso a las acciones de control medioambiental).

El tercer gobierno de la Concertación, bajo la administración del Presidente Lagos, decide iniciar una reforma de salud, como una de las acciones emblemáticas de su gestión, la

⁴ FONASA (2006): “Boletín Estadístico 2003-2004”.

cual se conoció posteriormente como reforma AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas). Este esfuerzo de reforma, a diferencia de la etapa anterior, tenía por estrategia central modificar la estructura legal del sistema de salud, con el propósito de promover una mayor equidad y solidaridad, la cual se estimaba posible por los cambios políticos ocurridos a nivel parlamentario.

Al momento de plantearse la reforma, el sistema de salud chileno sufría de una serie de problemas claramente identificables: i) Un alto grado de inequidad en el acceso a las atenciones de salud, principalmente –aunque no únicamente– entre el sistema ISAPRE y FONASA; ii) Deficiencias en la gestión de los establecimientos hospitalarios públicos, que se expresaban en ineficiencia y descoordinación de las redes nacionales y regionales; iii) Falta de regulación de planes y de atenciones en el subsistema privado; iv) Inadecuación del modelo de atención –construido para atender a las enfermedades infectocontagiosas y al binomio madre-niño– e inflexibilidad para adaptarse a los cambios en el perfil epidemiológico de una población que está en la mitad del proceso de envejecimiento y a las expectativas ciudadanas; v) Insuficiencia en el volumen de financiamiento, principalmente en el subsector público, para sostener el mayor gasto derivado del envejecimiento y necesidad de seguir avanzando en el desarrollo de mecanismos de pagos que incentiven mayor equidad, eficiencia y cambios en el modelo de atención.

3. MARCO CONCEPTUAL: LA NATURALEZA POLÍTICA DE LAS REFORMAS DE SALUD

No existe una definición única en la literatura en torno a lo que se entiende por reforma de salud y cuál debe ser el alcance de ésta para obtener este estatus. Algunos autores (Berman y Bossert, 2000)⁵ destacan que los procesos de reforma se caracterizan por involucrar un proceso sistemático de cambios, los cuales deben ser sostenidos en el tiempo y que además es posible identificar un conjunto de objetivos deseados a los cuales los cambios apuntan. En este sentido, a veces denominan reforma con “R” mayúscula, en contraposición a las reformas con “r” minúscula, a aquellas que comprometen un vasto conjunto de aspectos relacionados con la organización del sistema de salud. Este conjunto de variables de control abarca modificaciones simultáneas en el financiamiento, los mecanismos de pagos, la organización, la regulación y cambios en la conducta de los agentes sectoriales incluyendo a la población (Roberts, Hsiao, Berman y Reich, 2004).⁶

⁵ Berman, P. y Bossert, T. (2000): “A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What have we learn?”, Data for Decision Making Project, International Health Systems Group, Harvard School of Public Health.

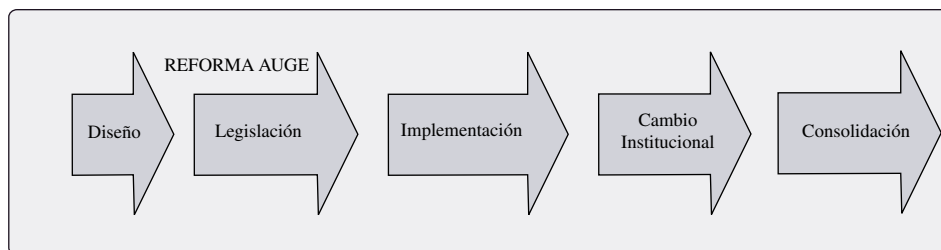
⁶ Roberts, M. y W. Hsiao, Berman, P., Reich, M. (2004): “Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity”. Oxford University Press.

Independientemente del alcance o naturaleza de las reformas de salud estas son esencialmente procesos políticos (Walt y Gilson, 1994;⁷ Walt, 1994;⁸ Reich, 1995;⁹ González y Bossert, 1999).¹⁰ Así, el resultado de un proceso de reforma en salud depende tanto del contenido de la reforma (epidemiología, economía y organización de las propuestas de cambio), como de la economía política del proceso político. El proceso político condiciona los alcances y la forma que la reforma puede tomar. Cabe destacar que, a las dimensiones anteriores, hay que sumar un factor de éxito adicional, habitualmente olvidado por los *policy makers*: la capacidad organizativa de implementar los cambios propuestos (Crosby, 1996).¹¹

En esta perspectiva, las fases por las cuales atraviesa una reforma son ilustrativas respecto del alcance de la misma. Habitualmente se distinguen las etapas de diseño, legislación e implementación (ver Cuadro 1). Dependiendo del foco del análisis, algunos autores identifican una etapa posterior de evaluación (Busse, Zentner y Schlette, 2006)¹² o inclusive dos etapas adicionales, como cambio institucional y consolidación de la reforma (González y Bossert, *ibid.*).

CUADRO 1

ETAPAS ANALÍTICAS DEL PROCESO DE REFORMA DE SALUD (NO SON LINEALES)



En base a González, A. y T. Bossert (1999).

El término “proceso político” está basado en la noción de que las políticas son formuladas e implementadas en un contexto social e histórico específico y que ese contexto es condicionante de la forma que un proceso de reforma va a asumir. La idea de proceso político

⁷ Walt, Gill and Lucy Gilson (1994): “Reforming the Health Sector in Developing Countries: the Central Role of Policy Analysis”. *Health Policy and Planning* 9 (4): 353-70.

⁸ Walt, Gill (1994): “Health Policy: An Introduction to Process and Power”. Zed Books, London.

⁹ Reich, Michael (1995): “The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy”. *Health Policy* 32 (1995): 47-77.

¹⁰ González, A. y Thomas Bossert (1999): “Comparative Analysis of Policy Processes: Enhancing the Political Feasibility of Health Reform”. LAC Health Sector Reform Initiative.

¹¹ Crosby, Benjamin (1996): “Organizational Dimensions to the Implementation of Policy Change”. *Implementing Policy Change*, Monograph N° 2 USAID.

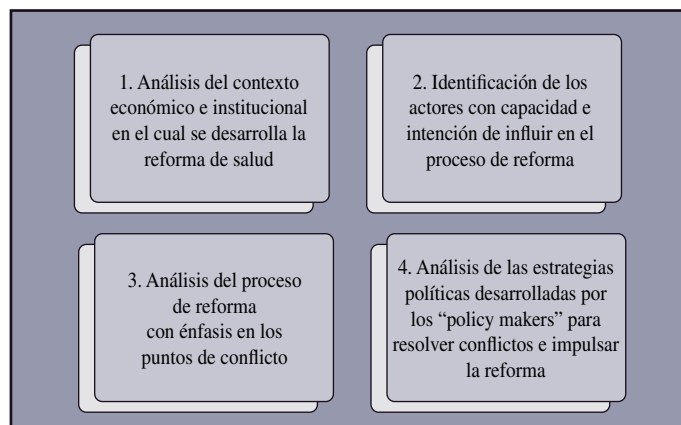
¹² Reinhart, B, Annette Zentner, and Sophia Schlette (2006): “Health Policy Developments”. Issue 6, Focus in Continuity in Care, Evaluation Techniques, IT for Health, Verlag Bertelsmann Stiftung.

habitualmente se contraponen a la noción de “receta de política”, la cual está basada en recomendaciones que los técnicos realizan a la sociedad, fundamentadas en sus conocimientos y experiencia, pero haciendo abstracción o minimizando la importancia que tienen los mecanismos a través de los cuales las sociedades forman sus decisiones y cuál es la correlación de fuerzas políticas en un momento dado.

En la literatura económica de proceso político de las reformas de salud se distinguen cuatro elementos de análisis (ver Cuadro 2), que son los que servirán de matriz para nuestro trabajo (González y Bossert, *op. cit.*): i) Análisis del contexto económico e institucional en el cual se desarrolla la reforma de salud; ii) La identificación de los actores con capacidad e intención de influir en el proceso de reforma; iii) Análisis del proceso de reforma con énfasis en los puntos de conflicto, y iv) Análisis de las estrategias políticas desarrolladas por los “policy makers” para resolver conflictos e impulsar la reforma.

CUADRO 2

ELEMENTOS DE ANÁLISIS DEL PROCESO POLÍTICO



En base a González, A. y T. Bossert (1999).

Los distintos enfoques enfatizan aspectos particulares de los elementos descritos. El nuevo institucionalismo (Thelen y Steinmo 1992;¹³ Immergut, 1992;¹⁴ Thelen, 1999¹⁵) se concentra en explorar cómo ciertas configuraciones institucionales modelan las

¹³ Steinmo, Sven, Kathleen Thelen and Frank Longstreth (1992): “Structuring Politics, Historical Institutionalism in Comparative Analysis”. Cambridge University Press.

¹⁴ Immergut, Ellen (1992): “The rules of the game: The logic of health policy making in France, Switzerland and Sweden”, in *Structuring Politics, Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Eds. Steinmo, Sven, Kathleen Thelen and Frank Longstreth. Cambridge University Press.

¹⁵ Thelen, Kathleen (1999): “Historical Institutionalism in Comparative Politics”. *Anne. Rev. Sci.* 1999, 2:369-404.

interacciones políticas y definen el grado en que los actores pueden influir en las políticas. Los condicionamientos institucionales hacen posible sólo un conjunto acotado de posibilidades de reforma –en general, mucho más acotado que los proyectos originales–, independientemente de los actores involucrados y de las estrategias por ellos desplegadas. En este sentido, una reforma de salud debe ser sobre todo un proceso de cambio sostenido en el tiempo, que incorpore el cambio institucional como uno de sus ejes fundamentales de estrategia.

La escuela pluralista coloca el acento en los actores y en las presiones que éstos son capaces de ejercer para modelar la política. La identificación de actores ha sido una de las áreas más desarrolladas en la literatura económica del proceso político y coloca el énfasis en los equipos de cambio encargados de llevar adelante la reforma de salud.

Metodológicamente se abordará el análisis del proceso político de la reforma AUGE haciendo un esfuerzo por identificar los cuatro elementos de análisis ya descritos. El propósito es rescatar la mayor cantidad de elementos que puedan ser de utilidad a otros procesos, a pesar del riesgo que se corre de restarle coherencia interna a un proceso que es de por sí sumamente complejo.

4. ITINERARIO DE LA REFORMA AUGE

FASE DE DISEÑO

En octubre de 1999, en el Hospital Barros Luco ubicado en Santiago de Chile, el candidato de la Concertación Ricardo Lagos, en plena campaña presidencial, se comprometió frente a los actores del sistema público en avanzar hacia una reforma de salud. Este acto es memorable, pues los dos gobiernos anteriores habían evitado darle este carácter a los cambios que sus equipos sectoriales habían estado impulsando en el sistema de salud. Marca también un hito, en el sentido de que a partir de ese instante el futuro Presidente de la República se convertiría en el principal impulsor de la reforma AUGE. En esta oportunidad se menciona la Carta de Derechos y Deberes en Salud, que garantizará a toda persona oportunidad y calidad en los servicios de salud, independientemente del sistema al que pertenezca la persona –Isapre, Fonasa– y la creación de un Fondo Solidario de Salud para su financiamiento, además de mejorar la atención primaria, consolidar lo avanzado en reducción de listas de espera hospitalaria y ampliar la regulación del sistema ISAPRE.

Una vez instalado el tercer gobierno de la Concertación en marzo del año 2000, asume la cartera de salud la socialista Dra. Michelle Bachelet –actualmente Presidenta de Chile– encomendándole el entonces Presidente Lagos dos tareas claras: el llevar adelante la reforma de salud y reducir las colas de espera existentes en la atención primaria municipalizada, con un plazo de escasos 3 meses para completar esta segunda misión. Paralelamente, Lagos

forma la Comisión Interministerial de Reforma¹⁶ (Comisión) como organismo técnico-político encargado de generar la propuesta de reforma y coloca a su íntimo colaborador el Dr. Hernán Sandoval en la Secretaría Ejecutiva de dicha comisión, lo cual generará una estructura bicéfala en el área de salud al no coincidir necesariamente la posición del Ministro con la de Secretaría Ejecutiva. En los primeros meses de gobierno la Ministra concentra su accionar en la reducción de las colas en la atención primaria, problema que no logra solucionar cabalmente, menos en el tiempo señalado –lo cual era evidente–, pero sus esfuerzos en terreno le ganan las simpatías de la ciudadanía y el gobierno da una señal política clara en torno a su voluntad de querer entregarle garantías en el acceso a la salud a la población chilena. Transcurre el primer año, donde el elemento más característico es la sensación que tiene la ciudadanía y los actores sectoriales, entre ellos el influyente Colegio Médico, de no poder lograr espacios de participación reales en la elaboración de las propuestas de reforma.¹⁷

Internamente en el Ejecutivo existía una amplia discusión en torno al financiamiento de la reforma y sus otros ejes. En la Secretaría Ejecutiva de la Comisión se había estado trabajando desde inicios del gobierno en tres elementos que se consideraban centrales para la reforma: i) Colocar objetivos y un discurso sanitario por sobre los problemas de gestión y financiamiento del sistema; ii) Generar derechos exigibles y garantizados para la población, y iii) Impulsar un mejoramiento de la equidad del sistema. Estas líneas se habían consensuado en la Comisión y el punto de discusión entre el sector salud y las autoridades económicas era cómo acotar la potencial presión de costos que la entrega de derechos explícitos podía tener sobre los recursos fiscales.

La Secretaría Ejecutiva recurrió a una idea que se había planteado a mediados de los 90 en el marco del proyecto de reforma de la seguridad social que desarrolló el MINSAL,¹⁸ esto es, el Plan Garantizado de Beneficios de Salud (PGBS), idea que el propio Subsecretario Infante había ayudado a crear. El PGBS definía con precisión las prestaciones de salud que el Estado se hacía responsable de asegurar al conjunto de la población (Larrañaga, 1996)¹⁹ y por tanto generaba el marco de contención de costos que el Ministerio de Hacienda requería para dar su apoyo irrestricto a la reforma de salud. Así, a partir de ese momento, buena parte del trabajo de la Secretaría se concentró en costear el refe-

¹⁶ Formada por los Ministros de Hacienda, Trabajo y Previsión Social, de la Presidencia y presidido por el Ministro de Salud.

¹⁷ Esto queda ejemplificado en que la Secretaría Ejecutiva tenía ya afinadas varias propuestas de reforma en agosto del 2000, entre ellas, darle importancia a los objetivos sanitarios en el discurso, introducir la separación y fortalecimiento de la autoridad sanitaria, la introducción del plan de salud garantizado y el financiamiento solidario. En diciembre del 2000 la primera lista de lo que posteriormente serían las 56 patologías ya estaba disponible.

¹⁸ Este proyecto fue impulsado por el entonces Ministro de Salud Carlos Massad y liderado por el Director de FONASA, César Oyarzo.

¹⁹ Larrañaga, Osvaldo (1996): “Estudio Técnico de la Reforma de la Seguridad Social de Salud”, con participación del Depto. de Economía UCH, GREDIS y Bitrán y Asociados.

rido plan. Paralelamente, el MINSAL había estado trabajando en la elaboración de su nueva política sanitaria (Minsal, 2002),^{20, 21} desarrollando uno de los ejes del discurso de reforma.

El Presidente Lagos, animado por los avances y acuerdos que se habían logrado al interior de la Comisión, anuncia en mayo a la nación algunos de los elementos de lo que sería su reforma de salud. No obstante, la discusión pública se concentró inmediatamente en la que posteriormente mostró ser una feble fórmula de financiamiento que proponía el gobierno: 3/7 de la cotización obligatoria de los afiliados a ISAPRE se destinarían a financiar un Fondo de Compensación Solidario (FCS), el cual serviría para darle sustento al mayor acceso a la salud a los beneficiarios de FONASA. Si bien la medida apuntaba a resolver el problema real de inequidad que sufre el sistema de salud chileno, favoreciendo a los 10 millones de chilenos que pertenecían al sistema público, la idea se encontró con una enconada oposición de la derecha y de una parte importante de la Democracia Cristiana (DC) –partido que forma parte de la coalición de gobierno– por los efectos que esto pudiera tener sobre los casi 3 millones de personas que pertenecían al sistema de seguros privados. Adicionalmente, la medida descansaba únicamente en una redistribución de las cotizaciones existentes y no se comprometía un incremento del aporte fiscal como había planteado el Colegio Médico.

La fórmula de financiamiento de la reforma despertó las viejas divisiones entre las corrientes estatistas, neoliberales y los sectores que propiciaban fórmulas mixtas de organización del sistema de salud, y por tanto el debate rápidamente se ideologizó y polarizó a nivel político. Internamente, hacia el tercer trimestre del 2001 la Secretaría Ejecutiva presentaba sus ideas a los Directores de los Servicios de Salud, quienes reclamaban un mayor espacio de participación en la reforma. No obstante, los borradores de leyes entregados –que estarían listos para el último trimestre de ese año– se filtran a la prensa y se quiebran las confianzas y las mesas de conversación al interior del Ministerio de Salud, a lo cual se suma el congelamiento que la Ministra Bachelet da a las propuestas, lo cual estanca el desarrollo de la reforma. Para salvar la presión pública el Ministerio envió ese año el primero de los proyectos de ley de la Reforma “La Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Salud”, basado en la iniciativa que FONASA había estado impulsando desde fines de los 90²² y con el cual la Secretaría Ejecutiva no se sentía identificada y que no consideró como parte del paquete de leyes que había que impulsar legislativamente.

²⁰ Minsal (2002): “Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la Década 2000-2010”.

²¹ Los objetivos sanitarios trazados eran: i) Mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados; ii) Enfrentar los nuevos desafíos derivados del envejecimiento poblacional; iii) Reducir las desigualdades en situación de salud y en acceso a la atención de salud, y iv) Proveer servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población.

²² Carta de Derechos de los Pacientes.

FASE DE NEGOCIACIÓN (EJECUTIVO)

La situación se hace insostenible pasados ya dos años de gobierno y el Presidente Lagos aprovecha el cambio de gabinete de enero del 2002 para colocar en la cartera de Salud al mediático Dr. Osvaldo Artaza, demócratacristiano. Paralelamente, el gobierno resuelve abandonar la tesis de la redistribución de cotizaciones con el propósito de volver a alinear a los sectores opositores de la DC. Estos coincidían con la esencia de la reforma de salud pero no querían dar señales ni en contra del sector privado ni en contra de los sectores de ingresos medios que se encontraban afiliados a las ISAPRE. Artaza recibe la misión de destrabar el estancamiento de la reforma, comunicar sus contenidos y plasmar la misma en sendos proyectos de ley. La estrategia que implícitamente adoptaba el gobierno era sacar la discusión del Ejecutivo y particularmente del Ministerio de Salud y llevársela al Congreso, a pesar que las propuestas del Ejecutivo, como se vería más tarde, no estaban totalmente maduras. Por otra parte, el perfil de Artaza, perteneciente al sector más cercano a la izquierda del partido de centro, era el adecuado para la próxima fase de negociación legislativa, ya que el primer trámite que tendrían que experimentar los proyectos de ley sería con el sector de izquierda y medicalizado de la Concertación.

Así, el nuevo Ministro, a poco de ser nombrado, anuncia el Plan AUGE, destinado a cubrir 56 patologías que se consideran prioritarias para la población, con lo cual espera que el debate momentáneamente se traslade a los problemas sanitarios, lo cual le daría tiempo para acercar posiciones en torno a los temas que dividían a los actores políticos. La “banda médica” y algunos parlamentarios del sector más duro de la izquierda, que ocupaban estratégicamente la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, por donde los proyectos tenían que iniciar su trámite, habían mostrado claros signos de independencia de la postura del gobierno y de la reforma de salud, criticando abiertamente al ministro de dicha cartera. Externamente, el gobierno tenía que hacerse cargo de dos sectores tradicionalmente opositores a las iniciativas de la Concertación: los gremios de la salud, particularmente el poderoso Colegio Médico y la oposición de derecha.

Los gremios tomaron la posición de atacar tanto al Plan AUGE como a las fórmulas de financiamiento, insistiendo en el incremento del aporte fiscal y recibiendo al nuevo ministro con un paro en el mes de marzo. Este involucró a la atención primaria, a los hospitales públicos y un plebiscito médico, cuyo propósito era evitar que el Ejecutivo enviara los proyectos de ley al parlamento. La derecha estaba concentrada en defender la integralidad de las cotizaciones de sus afiliados y el sistema ISAPRE. Cabe destacar que la posición de las ISAPRE respecto del Plan AUGE fue inicialmente favorable, ya que veían que el eje de la discusión se desplazó desde las fórmulas de financiamiento basadas en la redistribución de cotizaciones de sus afiliados al contenido del plan de salud.

Como era de esperar, la discusión sanitaria duró poco y la atención sobre el AUGE se volvió a centrar sobre el costo del Plan y sobre su contrapartida natural de financiamiento. La DC y la derecha se oponían a la redistribución de cotizaciones y, por tanto, para evitar que

naufagara el plan de salud AUGE era necesario considerar otras alternativas de financiamiento. El incremento de cotizaciones se veía al interior del Ejecutivo y la Concertación como inviable por el impacto político, al afectar principalmente a los grupos de ingresos medios y bajos²³ y, por tanto, la tesis del aumento de impuestos comienza a instalarse. Después de algunas descoordinaciones al interior del Ejecutivo en torno a este punto, dado que no se quería admitir públicamente hasta días antes de enviar las cuatro leyes adicionales de la reforma AUGE –que se ingresan al Parlamento a fines de mayo del 2002–, que estaban barajando un alza de impuestos. La sensación que queda públicamente es que el Ministerio de Hacienda marca su posición, liderando la discusión del financiamiento de la reforma de salud, y se evidencia que jugará un rol importante durante el resto del proceso de reforma.

FASE DE NEGOCIACIÓN (LEGISLATIVA)

La propuesta de reforma de salud queda así conformada por 5 proyectos de ley. Primero, la ley que creaba el Régimen de Garantías de Salud, más conocido como AUGE. En este cuerpo legal se establecían la extensión del régimen (FONASA e ISAPRE) y las dimensiones respecto de las cuales se constituirían las garantías: acceso, oportunidad, cobertura financiera y calidad. También se contemplaban en este proyecto de ley: i) Los mecanismos a través de los cuales se crearían las garantías –principalmente entregándole al MINSAL la potestad de poder fijar el plan de salud AUGE–; ii) Los mecanismos de control –proponiendo la creación de la Superintendencia de Garantías para fiscalizar a FONASA–, y iii) Especificando los instrumentos de gestión del financiamiento del nuevo régimen. En particular, es necesario aclarar que la ley no fija las 56 patologías cuyo tratamiento será garantizado sino que establece el procedimiento para definir las.

Respecto de los mecanismos financieros, estos contemplaban: i) El aporte del Estado para los indigentes y pobres que no puedan financiar con su cotización el plan AUGE, cuyo costo se denominaba Prima Universal; ii) El Fondo de Compensación Solidario,²⁴ cuyo objeto era compensar entre sí a las ISAPRE y FONASA, por concepto de ajuste de riesgo –sexo y edad– respecto de la prima universal; iii) La introducción de cotizaciones al grupo de independientes de bajos ingresos que en general utilizaban el sistema público de salud pero no contribuían al mismo porque el sistema de cotizaciones no contemplaba la contribución sobre rentas variables, y iv) La creación de un Fondo Maternal Solidario y el subsidio compensatorio para mujeres de menores rentas, pensado para hacer más

²³ Cabe señalar que la tasa de cotización promedio en el sistema Isapre ya se había incrementado a un 8,5%, producto de la libertad que tienen las aseguradoras privadas de pactar con los afiliados primas o cotizaciones adicionales por sobre la contribución obligatoria del 7,0%, modalidad que no está permitida en FONASA donde la tasa es 7,0% pareja para todos los afiliados.

²⁴ El FCS se constituirá con un monto equivalente a la Prima Universal correspondiente a cada uno de los beneficiarios de FONASA e ISAPRE.

equitativa la distribución del subsidio maternal estatal que se entregaba en proporción a las rentas, lo cual hacía que las mujeres más ricas recibieran más subsidio.

El segundo gran eje de la reforma estaba constituido por la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión Pública que modificaba el decreto ley 2763 de 1979, el cual organizaba el sistema público de salud. Este conjunto de normas pretendía, por una parte, fortalecer el rol regulador del MINSAL y, por otra, mejorar la gestión de los establecimientos públicos. Para poder hacer lo primero se contemplaba traspasar las funciones regulatorias que tradicionalmente habían estado en manos de los Servicios de Salud a las Secretarías Regionales Ministeriales dependientes del MINSAL, quedándose los Servicios con la articulación de las redes de prestadores bajo su jurisdicción. Este reordenamiento regional se complementaba con una reestructuración del Ministerio, el cual se reorganizaba en dos Subsecretarías de Salud: una dedicada a la salud pública y otra de redes asistenciales. Para abordar el problema de gestión de los establecimientos hospitalarios públicos, la ley introducía la figura del hospital autogestionado, es decir, un establecimiento con mayor autonomía de gestión necesaria para convertirse en el ente ejecutor de las garantías que el régimen AUGE iba a implicar.

El tercer eje de la reforma era la Ley que establecía nuevas regulaciones a las ISAPRE modificando la Ley 18.933 y adaptando el sistema privado de seguros a las nuevas regulaciones de planes que el AUGE implicaba. El cuarto eje era la Ley de Financiamiento de la Reforma de la Salud y de Chile Solidario, la cual generaba las fuentes de financiamiento para la reforma. Los incrementos propuestos en los gravámenes incluyeron alzas a los impuestos al tabaco,²⁵ alcohol,²⁶ petróleo diesel,²⁷ juegos de azar²⁸ y un aumento del IVA en 0,25%, desde 18,0% a 18,25%. Finalmente, se encontraba la Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Materia de Salud, que había sido enviada en los discursos públicos como parte del paquete de reformas, pero que en la práctica no formaba parte del paquete de reformas que se encontraba impulsando el Ejecutivo.

Formalmente, los objetivos que se esperaba alcanzar con este paquete de medidas eran: i) Favorecer la integración de los subsistemas público y privado bajo una lógica común, utilizando las necesidades de la población representadas en el plan AUGE como eje ordenador; ii) Mejorar el acceso de los grupos más vulnerables a las atenciones de salud por la vía de introducir las garantías explícitas; iii) Adecuar el modelo de atención y los servicios de salud al actual perfil epidemiológico de la población; iv) Aumentar la confianza y segu-

²⁵ Se proponía subir el impuesto a los cigarrillos, puros y tabaco al 61,0%.

²⁶ Proponía alzas al Impuesto Ley de Alcoholes (ILA) de licores, piscos y whiskys de 27,0% a 28,0%; vino y cerveza de 15,0% a 19,0%.

²⁷ Alzas propuestas al impuesto a la importación del petróleo diesel equivalente a 0,2 Unidad Tributaria Mensual (UTM) por metro cúbico que afectará al importador e incrementos en los impuestos a los vehículos que utilicen diesel.

²⁸ Se duplican las tasas a los juegos de azar: Polla, Lotería de Concepción y tarjetas de apuestas de 15,0% a 30,0%; Casinos de 0,07 UTM a 0,14 UTM; Hipódromos de 3,0% al 6,0%.

ridad de las personas en el sistema de salud por la vía de incorporar derechos y deberes, y v) Modernizar la organización y gestión del sector público en función de fortalecer la autoridad sanitaria.

La estrategia presidencial de sacar la discusión del Ejecutivo, y en particular del MINSAL, al parecer dio resultado, y los actores sectoriales, acostumbrados al lobby a nivel del Ejecutivo, quedaron descolocados con el envío de los proyectos de ley al Parlamento (Artaza, 2004).²⁹ El gobierno refuerza su estrategia lanzando dos acciones adicionales que buscan ganar credibilidad en la población: Por una parte, se inicia una agresiva campaña por medios masivos de comunicación; por otra, se inicia la operación del “Plan Piloto” AUGE³⁰ en agosto de ese mismo año. El gobierno, como muestra de la voluntad y compromiso con la reforma, saca a sus ministros a realizar “puerta a puerta”, explicándole a la población las bondades de la reforma. Esta embestida comunicacional se sustenta en la información que maneja internamente La Moneda en torno al alto apoyo ciudadano que mostraban las encuestas respecto de la necesidad de un cambio en salud y la simpatía que despertaba el AUGE.

La estrategia del Ejecutivo fue contestada por los gremios con una intensificación de las movilizaciones alcanzando uno de los numerosos *peak* que tendría que enfrentar el gobierno, con el paro de la salud encabezado por el Colegio Médico en el mes de octubre y otro en diciembre del 2002. El principal objetivo de los gremios era congelar el proyecto de reforma en una primera fase y luego retornar la discusión al Ejecutivo donde el Colegio Médico sentía que tenía mayor poder de presión. La derecha optó, a través de los medios de comunicación, por informar profusamente respecto de las maniobras de los gremios y en concentrarse en discutir las fórmulas de financiamiento del AUGE ahora basadas en impuestos.

Conviene detenerse un momento a analizar las razones que tenía el Colegio Médico para oponerse a la reforma de salud. En primer lugar, el Colegio Médico no representa necesariamente la posición de toda la profesión médica. Un hecho que respalda esta percepción es el amplio apoyo que otorgaron las Sociedades Científicas médicas al AUGE, participando activa y decisivamente en la elaboración de protocolos y guías clínicas de los 56 problemas de salud del AUGE. En segundo lugar, el gremio médico había levantado –no sin razón– el argumento político de que lo que necesitaba el sistema de salud chileno era principalmente –y casi únicamente, lo cual no es tan razonable– una inyección de recursos nuevos. En un sector donde el componente del gasto más importante es el trabajo, un incremento de recursos generaba las condiciones para un mejoramiento salarial. La posición del gobierno en el plano financiero había sido comprometer un aumento más bien

²⁹ Artaza, Osvaldo; Fernando Sacoto, Arturo Iglesias, Leopoldo Yáñez, Félix Martínez y Javier Torres-Goitea (2004): “Reformas y Financiamiento de la Salud en la Subregión Andina”, Organismo Andino en Salud-Convenio Hipólito Unanue.

³⁰ Cardiopatías Congénitas, Insuficiencia Renal Crónica y todos los cánceres infantiles.

acotado de recursos –asociado a incrementos en las compras de medicamentos, insumos y otros factores variables que generaban cuellos de botella en la atención–, estrategia lejana de las expectativas del gremio. En tercer lugar, la reforma de salud, al entregar garantías explícitas a los beneficiarios, generaba una serie de amenazas para la profesión médica: Una potencial pérdida de libertad de elección al introducir la figura de los prestadores preferentes de la red AUGE; un mayor control de la actividad médica por parte del sistema en virtud de guías y protocolos, y la fijación de prioridades desde el MINSAL implicaba una pérdida de poder para que el médico priorizara. En cuarto lugar, el temor –totalmente razonable– de que una priorización de pacientes con patología AUGE podía traducirse en una postergación de pacientes no-AUGE, sobre todo en un escenario donde no existía un incremento importante de recursos.

Volviendo a la secuencia de eventos del proceso de reforma, es necesario recordar que la campaña comunicacional del AUGE le costó al ministro Artaza una investigación por parte de la Contraloría General de la República, que si bien se resolvió tiempo después a su favor, generó durante su gestión una sombra de duda que debilitó su imagen. A lo anterior se sumó el desgaste de enfrentar cerca de 6 meses de paralizaciones y negociaciones con los gremios de la salud y el agotador trabajo de conseguir el apoyo de los parlamentarios que se tradujo en un alejamiento del quehacer interno del Ministerio y problemas operativos, que terminaron minando el capital comunicacional y político con que llegó al gobierno. El ministro Artaza estaba políticamente agotado, pero había logrado los objetivos propuestos por el Presidente, y un subproducto no menor, cual fue la negociación con los trabajadores de la salud de modificaciones en los estatutos funcionarios que introducían la ligazón en los futuros aumentos salariales a remuneraciones variables y el desempeño y cumplimiento de metas fijadas por la autoridad (Artaza, *ibid*).

El avance de la reforma requirió renovar la ahora desgastada cartera de Salud, por lo que aprovechando un nuevo cambio de gabinete, en marzo del 2003, asume el democratacristiano Dr. Pedro García, más afín a las posiciones que habían mostrado los sectores que ocupaban la mesa directiva de la DC frente a la reforma. El escenario que enfrentaba García era distinto al de su predecesor. Durante la gestión ministerial anterior los cuatro proyectos de reforma enviados se aprobaron en la Cámara de Diputados a inicios de enero del 2003, venciendo la resistencia de la “bancada médica”, principalmente porque el discurso y perfil de Artaza eran más afines a dicho sector y porque el Presidente logró alinear a este sector y a otros parlamentarios de izquierda con su influencia en el momento decisivo.

En la nueva fase García debía concentrarse en: Lograr la aprobación de los proyectos en su segundo trámite en el Senado, donde el sector más liberal de la DC y la derecha eran el principal escollo; Modificar la imagen de estructura bicéfala que proyectaba el Ministerio de Salud, que había sido útil para el diseño de la reforma y la primera fase de negociación, pero que ahora era un obstáculo en el proceso de negociación política, y Resolver el tema aún pendiente del financiamiento de la reforma (fuentes y mecanismos).

El sector más liberal de la DC había encontrado concordancias con el área económica del gobierno, específicamente el Ministerio de Hacienda y ahora lograban una mayor sintonía con el Ministro García. La DC había apoyado el Plan AUGE, el mejoramiento en la gestión de los establecimientos públicos y había levantado la necesidad de introducir gradualidad en la implementación de las 56 patologías para que la reforma fuese creíble (Boeninger, 2005).³¹ Además este Partido había planteado la necesidad de explorar una fórmula de financiamiento de la reforma más sólida (Boeninger, *op. cit.*), estaba alineado con el discurso de privilegiar los objetivos sanitarios que habían levantado la Comisión de Reforma y el MINSAL y era proclive a una mayor regulación del sistema ISAPRE a través de fórmulas como las del Fondo de Compensación Solidario. No obstante, seguían existiendo discrepancias en torno al Subsidio Maternal que la Cámara de Diputados había aprobado a pesar del rechazo de la DC. Un trabajo conjunto, técnico-político entre la DC –Comisión de Salud y Parlamentarios–, el MINSAL y el Ministerio de Hacienda logró articular una propuesta de indicaciones que el Presidente finalmente respaldó.

Un evento externo a la reforma de salud significó un primer avance y tendría implicancias posteriores en la aprobación de la ley de financiamiento de la reforma. El proyecto de ley que modificaba el sistema ISAPRE se desagregó en dos leyes: La “Ley Corta” que se explica a continuación y la “Ley Larga” centrada en adaptar el sistema ISAPRE al funcionamiento del AUGE. La crisis por la que atravesaba el sistema financiero en el verano del 2003, producto de la estafa y quiebra de un emergente e inescrupuloso grupo económico, evidenció una serie de fallas regulatorias en las instituciones financieras chilenas y la exposición que numerosas entidades fiscales sufrieron, entre ellas la CORFO. La crisis alcanzó al sector privado de seguros de salud con la quiebra de la ISAPRE Vida Plena perteneciente al grupo Inverlink. Se hizo evidente, para todos los sectores políticos, la necesidad de introducir normas que regularan la solvencia, liquidez y protegieran a los afiliados a ISAPRE en el caso de quiebra. La crisis fue de tal magnitud política que las posibilidades de continuidad del Gobierno y la Concertación se percibieron menguadas en ese entonces, abriéndose para la derecha la posibilidad cierta de ser gobierno. Esto llevó a una serie de acuerdos políticos entre la oposición y el gobierno orientados a garantizar la gobernabilidad del país, entre ellos el nombrar a un Presidente del Banco Central de agrado de la derecha y, en lo que se pensaba entonces, en generar una ordenada transición. Esto marcó un trasfondo durante el año 2003 y parte del 2004 que fue positivo para la reforma, pues la derecha disminuyó su resistencia a los paquetes de leyes.

En mayo del 2003 se había consensuado a nivel del Ejecutivo la necesidad de hacer más explícitas las necesidades de financiamiento de la reforma de salud y del Programa Chile Solidario³² y el Ejecutivo planteó un alza explícita en el IVA, el cual subiría del 18,0% al 19,0% hasta el año 2007. El nuevo Presidente del Banco Central llamó públicamente a la

³¹ Boeninger, Edgardo (2005): “Economía Política de la Reforma de la Salud”, en *Reforma de Salud en Chile: Desafíos de la Implementación*, ed. Sánchez, Héctor y Javier Labbé.

³² El cual incorporaba la entrega de subsidios fiscales monetarios directos a las familias más pobres.

derecha a aprobar el alza del IVA y los impuestos específicos, basado fundamentalmente en el argumento de la compensación tributaria. Es decir, había que subir el IVA en un escenario en que las negociaciones del Tratado de Libre Comercio (TLC) de Chile con Estados Unidos y Europa iban a implicar una disminución futura de los ingresos fiscales, en un escenario en que se estaban planteando mayores gastos sociales. La derecha no quiso asumir el costo político de enfrentar un alza de impuestos en su ya proyectado próximo gobierno, para balancear el presupuesto público, y rápidamente votó a favor de la ley de financiamiento de la reforma. Paralelamente, la ley de autoridad sanitaria, que además contenía las fórmulas de autogestión para los hospitales públicos, no encontró mayores resistencias en la derecha, ya que la ineficiencia de la gestión hospitalaria había sido por años uno de los blancos del ataque del discurso derechista y claramente esta propuesta de legislación contribuía a reparar esta situación.

Frente a este escenario, en que se gestaba ahora un telón propicio para la reforma con la aprobación de las leyes aludidas y una posición más comúnmente compartida a nivel del Ejecutivo, el gremio médico contestó sumando a su estrategia de paralizaciones el argumento de la discriminación entre pacientes AUGE y paciente no-AUGE que la reforma explícitamente introducía. El paro médico de diciembre del 2003 no minó la decisión del gobierno de seguir con la reforma y, frente al escaso éxito de su estrategia, en enero del 2004 el Colegio Médico tuvo que modificar su discurso, cambiando el objetivo de congelar la reforma por el de mejorarla, lo cual evidentemente significaba un éxito para el gobierno.

El año 2004 había comenzado favorablemente para la reforma y en febrero de ese mismo año se promulgaba otra importante ley del paquete de reformas: la Ley 19.937, referida a la autoridad sanitaria y hospitales autogestionados. No obstante, las negociaciones para aprobar la ley AUGE, corazón de la reforma, se comienzan a entrampar. La principal razón radica en un problema de diseño del Fondo de Compensación Solidario (Lenz, 2005).³³ En efecto, el objetivo inicial del Fondo era propiciar la equidad entre el sistema público y privado, habida cuenta de las desigualdades existentes. Sin embargo, la presión de las ISAPRE, la derecha y sectores de la DC pronto hicieron cambiar el propósito del Fondo, el cual se tuvo que centrar en dar mayor solidaridad al sistema, desde los enfermos no-AUGE a los enfermos AUGE, independientemente de su situación previsional. El nuevo enfoque generaba la posibilidad de que los hospitales públicos, frente a los nuevos incentivos y la normativa, pudieran postergar a un enfermo no-AUGE FONASA, en beneficio de un enfermo AUGE ISAPRE. Esta mayor solidaridad admitía la posibilidad de generar inequidad, toda vez que el enfermo no-AUGE fuera una persona pobre. El Fondo fue perdiendo apoyo político al interior de la Concertación, lo cual se sumó a la oposición de la derecha –basada en que abría la posibilidad de redistribuciones desde ISAPRE a FONASA, dada la mayor siniestralidad de sus beneficiarios– y del Colegio Médico –basada en la insuficiencia de

³³ Lenz, Rony (2005): “Políticas Públicas en Salud: Experiencias y Desafíos en Chile 1990-2010, Una Mirada Económica”, en *La Paradoja Aparente*, editor Patricio Meller, Ed. Taurus.

recursos financieros que la reforma implicaba y la discriminación que se introducía entre pacientes AUGE y no-AUGE.

Pronto el Fondo quedó desarticulado al momento de eliminar la posibilidad de que un paciente AUGE del sistema ISAPRE pudiera usar las camas institucionales de los hospitales públicos, tema al cual los parlamentarios se oponían tenazmente. Dada la imposibilidad de ocupar una cama pública, el paciente AUGE ISAPRE se vería en la necesidad de acudir al sistema privado para acceder a la atención, pagando precios relativamente más altos. Resultaba insostenible que los pacientes AUGE de FONASA y los ISAPRE cargaran los gastos de las atenciones contra el Fondo de Compensación a precios distintos, y no a precios institucionales como originalmente se había pensado. Esto último generaría más inequidad y probablemente mayor presión fiscal como el Ministerio de Hacienda avizoraba. Este solo efecto –más allá de las compensaciones que pretendía establecer la ley por sexo y edad– podría traducirse eventualmente en movimientos de fondos desde FONASA a ISAPRE, lo cual, a todas luces, resultaba contradictorio con el espíritu de la propuesta de reforma. Adicionalmente, senadores de derecha comenzaron a alegar la inconstitucionalidad del Fondo, lo cual abría un flanco jurídico que podía debilitar la propuesta del Ejecutivo.

Así, la exclusividad de las camas hospitalarias públicas para paciente FONASA, sostenida fuertemente por la “bancada médica” y sectores de izquierda, sumada a la amenaza de inconstitucionalidad que senadores de derecha levantaron en contra del mecanismo financiero, precipitó la caída del Fondo Solidario, el que tuvo que ser retirado por el Ejecutivo para salvar la reforma a mediados del 2004.

Con todo, la evaluación del Ejecutivo era que el *trade-off* político producto del proceso político de tramitación de la reforma AUGE era largamente favorable a la reforma. Esto se fundamentaba en que el tema de las Garantías Explícitas en Salud, el corazón de la reforma, había salido intacto del proceso político en su etapa de negociación legislativa. Así, el plan AUGE, formalmente el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), se promulgaba en agosto del 2004, estableciéndose su fecha de entrada en vigencia en julio del 2005.

El gobierno del Presidente había logrado una victoria política no menor y todavía no aquilatada en toda su trascendencia: el AUGE lo que recupera esencialmente es el hecho de que la administración de las cotizaciones previsionales de salud conlleva obligaciones que el Estado puede imponer a los administradores públicos y privados de estas, en términos de coberturas mínimas a las cuales tienen derecho los afiliados y sus cargas. Dicho de otra manera, el escenario implantado por el gobierno militar en el cual las ISAPRE podían administrar el 7,0% sin obligaciones mínimas de cobertura llega a su fin, lo cual también es válido ahora para FONASA.

Los esfuerzos del año 2005 se concentraron en dos temas: Sacar la Ley Larga e implementar las primeras garantías explícitas. El elemento más significativo en la tramitación de

la Ley Larga, aprobada en mayo del 2005, no es sólo la adecuación del sistema ISAPRE para ajustarse a la entrega del Plan AUGE, sino que el fallido Fondo de Compensación Solidario entre FONASA y el sistema ISAPRE se incluyó sólo para el Sistema ISAPRE, como un fondo de compensación inter-ISAPRE para las patologías AUGE.

FASE DE IMPLEMENTACIÓN

El principio de gradualidad introducido en el AUGE implicó que en julio del 2005 entraron en vigencia 25 patologías garantizadas. Este número se elevó a 40 en el segundo semestre de 2006 y a 56 durante el 2007. La gradualidad ha demostrado ser la aproximación apropiada al abordar el cambio de sistemas sociales altamente complejos, como más tarde mostró la experiencia de implementación del Plan Transantiago,³⁴ donde se pensó, equivocadamente, que bastaba un buen diseño para dar forma a la reforma del modelo de transporte público de la capital, minimizando las dificultades propias del proceso de ejecución.

A principios del año 2005 entró a regir la Ley de Autoridad Sanitaria, lo cual supuso una serie de cambios internos en la estructura del MINSAL –se crean dos Subsecretarías, la de Salud Pública y la de Redes Asistenciales– y de los Servicios de Salud. En estos últimos destaca la separación de funciones entre la autoridad sanitaria, representada por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, como ente regulador y fiscalizador, y los Servicios de Salud, como prestadores de acciones de salud.

Al final de la administración Lagos, cinco proyectos de ley habían sido aprobados³⁵ y la reforma AUGE dejaba su fase de negociación legislativa y se adentraba en la etapa de implementación. El año 2005 había sido un año electoral, yendo la Concertación –al igual que en 1999– a una segunda vuelta, de donde sale victoriosa Michelle Bachelet, primera mujer en ser Presidente de Chile en enero del 2006. La reforma AUGE fue uno de los temas de discusión de la campaña, comprometiendo, la entonces candidata, su apoyo al proceso de implementación. Sin embargo la reforma, como era esperable, no ocupa un lugar destacado en el programa del nuevo gobierno de la Concertación.

³⁴ La reforma del sistema de transporte público de la ciudad de Santiago, iniciada en la administración Lagos y puesta en ejecución a inicios del segundo año de gobierno de la administración Bachelet, descansó sobre la premisa de introducir un cambio radical en un período breve para vencer la oposición al modelo de transporte. A pesar del fuerte deseo y apoyo ciudadano de cambiar el anterior sistema de transporte, los innumerables problemas de ejecución, muchos de ellos previsibles, no sólo han minado la efectividad del sistema, sino que han disminuido la confianza de la opinión pública en el gobierno, provocando una crisis de gabinete.

³⁵ Estos son: i) Ley N° 19.966, conocida como “Ley AUGE”; ii) La Ley N° 19.937, conocida como “Ley sobre Autoridad Sanitaria”; iii) Ley N° 19.895, conocida como “Ley Corta de Isapres”; iv) Ley N° 20.015, conocida como “Ley Larga de Isapres”; v) Mensaje N° 84-347, conocida como Ley de Financiamiento del AUGE y Chile Solidario.

Algunos elementos comienzan a dar indicios de una pérdida del ímpetu que el Presidente Lagos había logrado darle al AUGE en la fase de negociación y que se comienzan a convertir en la tónica de la fase de implementación de la reforma. La Presidenta Bachelet nombra a un equipo ministerial poco afín con la reforma, representada por la Ministra Dra. Marisol Barría. La idea de los hospitales autogestionados, como principales elementos ejecutores de las garantías, se debilita: hasta fines del 2006 sólo existían 3 hospitales autogestionados, cuando la meta eran 50 para el año 2009. El nuevo equipo no repara la inadecuación de los sistemas de información, lo cual genera una escasez de datos, que impide evaluar objetivamente el cumplimiento de garantías y el avance de la reforma. La Superintendencia de Salud ejerce su rol fiscalizador con una cautela inesperada, cuya principal razón parece radicar en que el MINSAL no acepta que se responsabilice a sus dependencias del no cumplimiento de las garantías. No se dota a la población ni de información ni de medios para ejercer un control eficaz del cumplimiento de sus derechos.

Paralelamente, hoy aparecen como temas prioritarios para la Cartera de Salud los aspectos valóricos, como la píldora del día después y temas de género. Si bien estos temas son importantes, la fase de implementación requería concentrar la atención de la opinión pública en los puntos y actores que naturalmente se resistirían al cambio que supone la reforma, para vencer esta natural resistencia.

Al nuevo discurso ministerial se suma una interpretación particular de la reforma. Existe una clara apuesta por que sea el sistema público quien cumpla –cueste lo que cueste– con las garantías, bloqueando de esta manera la participación del sector privado prestador. Esta interpretación de la reforma explica una serie de acciones que están caracterizando esta fase: Un fuerte desdibujamiento del FONASA que asume un rol totalmente secundario en el proceso de implementación; fuerte inversión en equipamientos y contratación de personal en los Servicios de Salud para expandir la capacidad de oferta pública en un intento de disminuir las brechas de demanda, y el insuficiente celo en identificar incumplimientos de garantías por parte de los actores públicos. La contrapartida es una creciente incomodidad en el sector privado prestador que apostaba a una mayor integración con el FONASA.

Este cambio de énfasis ministerial en un momento tan temprano de la fase de implementación es posible dado que la reforma no resolvió la dicotomía público-privada que instaló el gobierno militar. El AUGE lo que hace es desplazar la discusión a la necesidad de introducir regulaciones mínimas en los planes de salud, lo cual admite soluciones públicas (tiempos de espera máximos en el FONASA) y privadas (coberturas mínimas en los planes de ISAPRE). En este sentido, la reforma AUGE admite interpretaciones pro públicas –como lo está haciendo la actual cartera– o interpretaciones pro privadas como esperaba el sector prestador privado, sin que ninguna de las posturas esté reñida con la esencia de la reforma.

A nivel local, los médicos recibieron de manera fría la implementación del AUGE. Si bien la férrea oposición mostrada en el gobierno anterior desaparece, es reemplazada por la falta de comunicación de la reforma a los pacientes y en la ejecución distante de la misma, lo cual comienza a tornarse en un factor de retardo de la reforma. Si bien la resistencia médica ha ido de más a menos, y muy lentamente los grupos clínicos van experimentando las ventajas de trabajar bajo un ambiente de priorizaciones, aún no se experimenta la sensación de entusiasmo que los procesos de reforma requieren.

Se suma a lo anterior la complejidad intrínseca que introduce la reforma: 56 patologías, cada una con 4 garantías de acceso, oportunidad, cobertura financiera y calidad, las cuales están basadas en guías clínicas y protocolos indicativos, que a su vez se plasman en canastas estandarizadas como mecanismos de pagos. Ni ejecutores, ni el público entiende a cabalidad el alcance de las garantías, lo cual se ejemplifica, por ejemplo, en la baja tasa de reclamo que muestran los pacientes. La Superintendencia de Salud realizó una encuesta de opinión sobre la implementación del AUGE cuyos resultados se comunicaron en marzo del 2007. Allí se menciona que el 81% de los encuestados considera que el principal problema de implementación ha sido la falta de información y un 45% señala que los médicos aconsejan no atenderse por el AUGE, ya que lo consideran más engorroso. Un 64% de los encuestados responde que no han hecho uso del AUGE, a pesar de haber identificado una de las 40 patologías, principalmente porque no le informaron que podían atenderse por el Plan AUGE.³⁶

La implementación comienza a evidenciar vacíos que no se previeron en las etapas de diseño y negociación legislativa. Dado el mayor peso relativo de patologías como la hipertensión y diabetes, una parte importante de la reforma comienza a ejecutarse con medios y en lugares de la red que no fueron adecuadamente abordados por la reforma: medicamentos y la atención primaria municipalizada.

En efecto, la reforma se concentró en la reestructuración del MINSAL, Servicios de Salud y hospitales autogestionados, sin embargo no tocó otros elementos del sistema como el Instituto de Salud Pública, el propio FONASA y los establecimientos de atención primaria municipalizada, los cuales comienzan a traslucir los vacíos.

Por ejemplo, estimaciones propias nos indican que más de un tercio del gasto del AUGE estaría concentrado en medicamentos, mientras que paralelamente cerca de un 20,0% de los usuarios públicos del AUGE señalan haber tenido problemas en la entrega de medicamentos.³⁷ Otro tanto sucede con la actividad regulatoria en medicamentos: en Chile

³⁶ Superintendencia de Salud (2007): “Estudio de Opinión, Implementación del AUGE o GES”, www.superdesalud.cl.

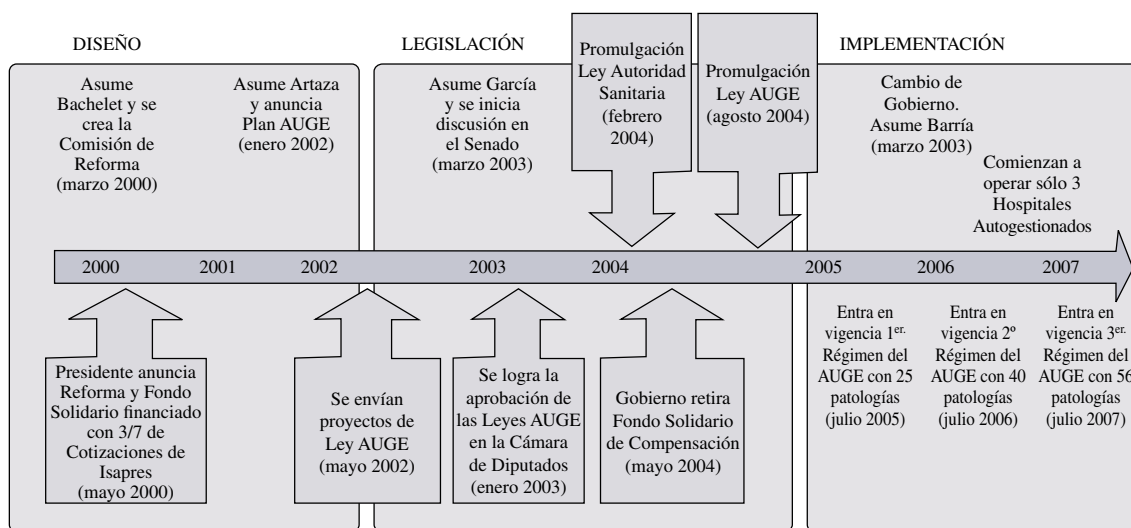
³⁷ Superintendencia de Salud (2006): “Garantías Explícitas en Salud, Resultados de Fiscalización”, Presentación del Superintendente, www.supersalud.cl.

no se han introducido derechamente medicamentos genéricos;³⁸ no existe una actividad de farmacovigilancia acorde a los desafíos del nuevo escenario, y el mercado es poco transparente en torno a la competencia de precio-calidad que lo caracteriza. Todo esto dificulta o entorpece la implementación del AUGE, tal como se observó en el episodio de las insulinas indias.

Si bien no existen estadísticas oficiales en torno a la frecuencia de prestaciones AUGE, la estructura de prestaciones y la forma como están fraseadas las garantías –haciendo énfasis en la atención primaria como puerta de entrada al sistema– nos hace pensar que el grueso de la atención está ocurriendo en este nivel, en circunstancias que no han existido acomodados institucionales a este nivel. Cabe al menos preguntarse si este será un punto débil de ejecución cuando las garantías estén plenamente vigentes.

CUADRO 3

HITOS MÁS SIGNIFICATIVOS DEL PROCESO POLÍTICO DE LA REFORMA AUGE



³⁸ Esto es producto de que simultáneamente cumplan con tres condiciones: existencia de una patente caducada o cedida; existencia de estudios que prueben su bioequivalencia terapéutica, y comercialización bajo el nombre de principio activo y no la marca. En Chile, lo que existe, y con lo cual la opinión pública se confunde habitualmente, son medicamentos similares: no tienen estudios de bioequivalencia y se comercializan habitualmente bajo una marca comercial.

Mecanismo de Generación de las Garantías Explícitas en Salud o Plan AUGE

Las Garantías Explícitas en Salud son elaboradas por el Ministerio de Salud y deben ser aprobadas por decreto supremo de dicho Ministerio suscrito, además, por el Ministro de Hacienda. El proceso se inicia con la fijación, por parte del Ministerio de Hacienda, del marco de recursos disponibles para su financiamiento en Fonasa y el valor de la Prima Universal, expresado en unidades de fomento, al que deberán ajustarse las Garantías. Las GES no pueden generar un costo esperado individual promedio pertinente del conjunto de los beneficiarios de Fonasa e Isapres, estimado para un período de doce meses, significativamente diferente de la Prima Universal que se haya establecido. El costo esperado debe estimarse sobre la base de los protocolos referenciales que haya definido el Ministerio de Salud y de las demás normas que establezca un reglamento suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda.

Adicionalmente, se deben desarrollar estudios para determinar el listado de prioridades en salud y de intervenciones. Tales estudios deben considerar: La situación de salud de la población; La efectividad de las intervenciones; Su contribución a la extensión o a la calidad de vida, y Su relación costo efectividad cuando sea posible. Los estudios deben ser epidemiológicos, de carga de enfermedad, de revisiones sistemáticas sobre la efectividad, de evaluaciones económicas, de demanda potencial y de capacidad de oferta del sistema de salud chileno. Con los estudios y la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confecciona un listado de enfermedades y sus prestaciones asociadas.

Para confeccionar el listado se deben observar las siguientes reglas: i) Se deben descartar todas aquellas para las cuales no haya fundamentos de que significan un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados; ii) Se debe estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones.

La propuesta se somete a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado, mediante un estudio convocado, dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud, pero el cual tiene que ser licitado por la autoridad. Tanto Fonasa como las Isapres pueden intervenir en el proceso. Luego, se somete a consideración del Consejo Consultivo, el cual está compuesto por 9 miembros, los que deben ser de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas. Si el Consejo propone modificaciones deberá indicar los ajustes necesarios para mantener el costo de la propuesta dentro del marco presupuestario definido.

La regla general es que las GES rigen por tres años. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años y así sucesivamente. En circunstancias especiales, el Presidente de la República puede disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse los tres años.

Garantías Explícitas que Contempla el Plan AUGE

La ley ha dispuesto que tanto las ISAPRE como FONASA están obligados a otorgar a sus beneficiarios cuatro garantías: acceso, calidad, protección financiera y oportunidad en relación con el otorgamiento de aquellas prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. Estas Garantías Explícitas en Salud (GES) son un derecho para las personas y deben ser las mismas, independiente de si la persona es beneficiaria de una ISAPRE o de FONASA, pero podrán ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes. Esto significa, por ejemplo, que una patología podría señalar que una Resonancia Nuclear Magnética se haga dentro de 10 días; pero otra patología podría señalar que dicha Resonancia se haga dentro de 48 horas. Lo que nunca podría establecerse son plazos distintos dependiendo de si una persona está en FONASA o en Isapre. Las GES se contienen en un Decreto Supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Garantía Explícita de Acceso. *Es la obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a sus beneficiarios, en la forma y condiciones que determine el decreto que contiene las GES.*

Garantía Explícita de Calidad. *Es el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado en la Intendencia de Prestadores.*

Garantía Explícita de Oportunidad. *Es el plazo máximo que tiene FONASA y las ISAPRE para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto que contiene las GES.*

Garantía Explícita de Protección Financiera. *Es la contribución que debe efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia que debe ser aprobado en el mismo decreto que contenga las GES.*

Garantía de Oportunidad

El decreto que contiene las GES debe indicar, para cada patología, el momento concreto a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a ellas. Lo anterior implica que el decreto debe definir cuál es la prestación “trazadora” que permite entender que se está en presencia de una patología con GES. (Por ejemplo, en el caso del cáncer de mamas, si el médico sospecha de su presencia, mandará a la mujer a hacerse una ecomamografía; en este periodo, aún no hay GES. Si la eco determina que hay presencia de cáncer, se desencadena el proceso, definiéndose el plazo en que debe comenzar el tratamiento.

El plazo de la garantía de oportunidad debe considerar, a lo menos: i) El tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; ii) El tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; iii) En defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas.

Tanto en caso de que el prestador inicial no cumpliera el plazo garantizado como en el caso de que tampoco lo hiciera el prestador señalado por FONASA, el beneficiario deberá concurrir, por sí o por tercero, ante el Fonasa o la Isapre, desde que tuvo conocimiento de dicha circunstancia y hasta el tercer día de vencido el plazo que corresponda y que se define en el decreto que contiene las GES, para que se le designe un nuevo prestador. La designación indicada se deberá efectuar dentro de segundo día, y el nuevo prestador deberá cumplir con similares características a las del prestador designado originalmente. Para efectos de la nueva designación, la Garantía de oportunidad para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento, según corresponda, será de diez días, plazo que se contará desde la designación, salvo que el plazo establecido en el decreto fuese inferior, caso en el cual este nuevo término será el que allí se establece.

En el caso de que el prestador designado por la Superintendencia de Salud no cumpla con la garantía de oportunidad, el beneficiario, por sí o por tercero, deberá concurrir a la Superintendencia, desde que tuvo conocimiento de dicha circunstancia y hasta el tercer día de vencido el plazo. La Superintendencia procederá a designar un nuevo prestador dentro del segundo día, plazo que se contará desde la comparecencia del beneficiario. Una vez designado el prestador por la Superintendencia, la Garantía de oportunidad para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento, según corresponda, será de cinco días, contados desde la designación, salvo que el plazo establecido en el decreto fuese inferior, caso en el que este nuevo plazo será el que allí se establece.

No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado por el Fonasa o la Isapre. Para los efectos de la garantía de oportunidad, los plazos de días que se establezcan serán de días corridos. En caso que el vencimiento del plazo se produzca en día sábado, domingo o festivo, el término se prorrogará hasta el día siguiente hábil, salvo situación de urgencia o emergencia. La obligatoriedad en el cumplimiento de la Garantía Explícita de oportunidad podrá suspenderse de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario, por el plazo máximo de un mes, prorrogable si se mantuvieran las causales indicadas en dicho precepto. Los casos que regula el artículo 36 del Código Sanitario son: i) Epidemia; ii) Aumento notable de una enfermedad; iii) Emergencias que pongan en grave riesgo la salud o la vida de las personas.

Requisitos para tener derecho al Plan AUGE

Para que los beneficiarios de FONASA y de las ISAPRE tengan derecho a las GES, es necesario que se cumplan los siguientes requisitos o condiciones: Primer requisito: que se trate de un problema de salud incluido en el decreto. Segundo requisito: que el beneficiario sea de aquellos a quienes se haya considerado para el acceso a las prestaciones de la patología que se trate. Tercer requisito: que se sospeche o confirme el diagnóstico de uno o más de los problemas de salud, por el profesional que corresponda en la Red de Prestadores. Cuarto requisito: que las prestaciones se otorguen en la Red de Prestadores del FONASA y de las ISAPRE según correspond (Los prestadores deberán estar ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato de salud previsual. Los contratos que contemplen la ejecución de prestaciones en el extranjero deberán ajustarse a las instrucciones que dicte la Superintendencia de Salud). Quinto requisito: que se trate de las prestaciones incluidas en el decreto, y que hayan sido debidamente prescritas por el profesional que corresponda (La homologación está prohibida, es decir, no se permite el reemplazo de las prestaciones por otras que no se encuentran contempladas en el decreto o con especificaciones distintas a las exigidas).

Fundado en razones de carácter clínico o sanitario, el profesional de la salud tratante podrá no prescribir una o más de las prestaciones cuando, atendida la situación de salud del beneficiario y el estado de la medicina en el país, las perspectivas de éxito o sobrevivencia no hagan aconsejable la prestación correspondiente. Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, los beneficiarios tendrán derecho a solicitar una segunda opinión profesional, a la que se estará en definitiva. Si se otorga una prestación no contemplada en el decreto, la cobertura financiera será aquella que corresponda a la Modalidad de Atención Institucional, en el caso de beneficiarios del FONASA o del plan complementario de salud, en el caso de las ISAPRE. En esta situación, la prestación deberá encontrarse contemplada en el arancel respectivo.

5. LECCIONES DEL PROCESO POLÍTICO DE LA REFORMA AUGE

El propósito de esta sección es esbozar algunas reflexiones en torno a la Reforma AUGE chilena, en sus fases de diseño, legislación e implementación, que pudieran ser de interés para otros procesos de reforma de América Latina. El esquema en el cual se presentan las lecciones propuestas se ajusta a lo señalado en el marco conceptual, esto es, distinguiendo los elementos de contexto, actores, proceso y estrategias.

CONTEXTO INSTITUCIONAL

Lección 1: Las reformas de salud son procesos políticos complejos cuyo liderazgo debe asumirlo directamente el gobierno, representados por la Presidencia, y no dejarlos sólo a la responsabilidad de los Ministerios de Salud. Tal vez una de las lecciones más contundentes de la Reforma AUGE es que el principal artífice e impulsor del proceso de cambio fue el propio Presidente Lagos. Sin la participación activa de éste, ninguno de los escollos políticos que enfrentó la reforma probablemente se hubieran podido resolver favorablemente. Esto es doblemente cierto en un régimen fuertemente presidencialista como en el sistema político chileno. La acción de la presidencia fue decisiva para: i) Colocar la reforma en la agenda de gobierno y legislativa con la importancia que requería a pesar de la dificultad técnica y política que suponía; ii) Diseñar la estrategia política y organizacional que viabilizó la etapa de diseño y negociación legislativa; iii) Apoyar a las autoridades sectoriales de salud para resistir la fuerte presión gremial; iv) Presionar para que los actores del Ejecutivo y la Concertación generaran propuestas técnicas consensuadas que se ajustaran a las restricciones políticas; v) Alinear a los distintos sectores de la coalición de gobierno en torno a una propuesta políticamente viable, y vi) Negociar con la alianza opositora para allanar el camino a la reforma de salud. Es muy improbable que un ministro de Salud, por hábil y prestigioso que fuera, pudiera haber articulado un conjunto de iniciativas de tal envergadura.

Lección 2: Los procesos de reforma de salud desplazan la frontera de discusión ayudando a superar las polémicas anteriores. Probablemente uno de los aportes más interesantes realizados por la reforma AUGE, independientemente del éxito que pudiera tener o no en su fase de implementación, es que definitivamente desplazó la discusión de salud de los temas que acapararon la atención en la década de los 90 a nuevos asuntos. El efecto inmediato fue dar por superada la discusión que las autoridades reformadoras de salud de los dos primeros gobiernos de la Concertación tuvieron que enfrentar con todos sus detractores. Automáticamente, prácticamente todo el paquete de medidas de la etapa denominada “reforma financiera” quedó comprendida y legitimada dentro de la nueva fase, que utilizó los otrora objetivos como instrumentos (financiamiento asociado a actividad,

mejoramiento de la gestión de los prestadores, oportunidad en la atención a los pacientes, cobertura de enfermedades catastróficas, separación de funciones, etc.), incorporándolos en una estrategia de salud más amplia.

Lección 3: El éxito en la fase de negociación política de una reforma de salud no asegura el éxito en la fase de implementación, la cual depende fuertemente de factores institucionales. Otra de las lecciones interesantes del proceso de reforma AUGE es que el éxito que experimentó la reforma en su etapa de negociación política no ha sido capital suficiente para allanar el camino y asegurar su implementación. Al parecer dos obstáculos son insalvables: Primero, todos los actores que quedan heridos o descontentos en la fase de negociación ven en la fase de implementación la “revancha” y bloquean o aminoran el ritmo de avance de la reforma. Segundo, el diseño y la negociación política son procesos básicamente abstractos que poco tienen que ver con las complejidades operativas de la fase de implementación. Las discusiones de las elites políticas y técnicas en esta etapa están centradas en conceptos, principios, valores y promesas. La dura realidad de la implementación está muy distante de este ambiente olímpico estando más bien relacionado con cuestiones consideradas más bien mundanas por la inteligencia política: Coordinar objetivos y planes de acción de organizaciones concretas en sus distintos niveles; Liderar equipos de trabajos, carentes del personal adecuado, para enfrentar temas específicos en situaciones y contingencias específicas a pesar de una cultura organizacional inercial largamente arraigada; Construcción de procesos operativos complejos que abarcan un conjunto amplio de instituciones; Compensar las falencias de los sistemas de información vigentes que no generan datos para el nuevo contexto; Interactuar con un público desinformado y con expectativas desmedidas que el propio proceso de reforma alimentó, etc. Este segundo aspecto obliga a conceptualizar la reforma como un continuo que incorpore la ejecución como parte integral del proceso. Pensar que una reforma de salud es un éxito por el sólo hecho de haber legislado, es poner en riesgo el éxito de la reforma. No hay que olvidar que el acto de legislar nos señala la voluntad de la sociedad de avanzar en una cierta dirección, lo cual es un requisito innegable para iniciar la marcha, pero claramente no es un sinónimo de que se esté avanzando realmente.

ACTORES POLÍTICOS RELEVANTES

Lección 4: Sumando al sector económico del gobierno con garantías de contención de costos y promoviendo un uso más eficiente de los recursos. El primer cliente y obstáculo que enfrenta todo proceso de reforma son los Ministerios de Hacienda o Finanzas. Los Ministerios de Hacienda al ser habitualmente los financistas más importantes de los sistemas de salud poseen una influencia política y técnica innegable. Esta se acrecienta cuando, además, éstos pueden exhibir importantes éxitos macroeconómicos, como en el caso chileno, los cuales son reconocidos internacionalmente y alabados por prácticamente todos los sectores políticos del país. Uno de los ejes de la política macroeconómica que

se ha ido institucionalizando en Chile es el férreo control del gasto público. Es así que no era viable un proceso de reforma de salud que no incorpore al menos dos elementos que son críticos para las autoridades económicas: i) Mecanismos eficaces de contención de costos y ii) Instrumentos que promuevan un uso más eficiente de los recursos. La reforma AUGE logró superar la resistencia económica: Primero, como fórmula de financiamiento del Plan AUGE, se ancló el gasto del plan a la prima universal, lo cual le entregaba certeza al Ministerio de Hacienda que cualquier presión de gasto por la inclusión de las garantías tenía un efecto presupuestario posible de prever y acotado. Segundo, se incluyó la figura del hospital autogestionado, lo cual generaba confianzas en torno a contar con un nuevo actor que administrara de manera más eficiente los recursos asociados al plan AUGE. Tan claras fueron las señales al área financiera del gobierno, que el propio Ministro de Hacienda jugó un rol de suma importancia en las negociaciones finales del plan AUGE.

Lección 5: Facilita la implementación de una reforma de salud una activa participación médica. Paradójicamente, no obstante la contundente derrota política que el gobierno infligió al gremio médico en la fase de negociación, esta misma tendría consecuencias no deseadas en la fase de implementación. La extrema complejidad de los cambios propuestos, los cuales descansan fuertemente en la adopción de guías y protocolos clínicos por parte de los galenos y la importancia de los hospitales autogestionados en el armado de la reforma –de los cuales se espera que realicen un uso más eficiente, merced a un mejoramiento en la gestión clínica–, hace que la reforma sea “médico-dependiente”. Sin embargo, el propio proceso político de la reforma se encargó de alejar inicialmente a los médicos del AUGE, por lo menos al sector representado por los gremios. Si bien paulatinamente la profesión médica se ha ido abriendo a las bondades del AUGE, muchos sectores médicos y de otros profesionales y trabajadores de la salud están observando distanciamiento el proceso de reforma, más que trabajando comprometidamente por el mejoramiento del acceso de la población al régimen de garantías explícitas.

PROCESO POLÍTICO

Lección 6: No se requiere tener un diseño de reforma afinado para iniciar la fase de negociación política en un proceso de reforma de salud. La reforma AUGE evitó una de las tentaciones en la que los grupos reformadores habitualmente incurren, esto es, contar con una propuesta acabada y coherente antes de iniciar el proceso de negociación política. Este enfoque secuencial es muy intensivo en tiempo y los enfoques modelísticos tienden a subvalorar los problemas operativos de la fase de implantación. La reforma partió con algunos elementos esenciales: derechos garantizados, equidad y objetivos sanitarios y progresivamente fue ganando en instrumentos que permitieran plasmar estos objetivos y en coherencia entre los mismos. Esta misma indefinición de temas sirvió para que distintos sectores se sumaran a la reforma haciéndola suya, a pesar de haberse opuesto en un principio.

Lección 7: Neutralizar al Ministerio de Salud en la etapa de diseño y potenciarlo en la etapa de negociación. Otro de los elementos que se introduce en dinámica de la reforma AUGE es la creación de una unidad de reforma fuera del MINSAL, la Comisión de Reforma Interministerial, con su influyente Secretaría Ejecutiva, en manos de uno de los más estrechos colaboradores del Presidente. Esta figura permite generar un ambiente de creatividad en el cual es posible construir propuestas alternativas de reforma con una libertad que es impensable en las rígidas y restrictivas estructuras ministeriales. No obstante, una vez concluida la etapa de diseño, la estrategia presidencial reconoció la importancia de potenciar la figura ministerial más allá de otros compromisos, con el propósito político de dotar de autoridad negociadora a la cartera de salud, en una fase en que esta secretaría es la depositaria natural de la articulación política sectorial.

ESTRATEGIA POLÍTICA

Lección 9: El gobierno articuló un “discurso” de reforma centrado en las garantías explícitas que fue vital para el éxito de la reforma. Otro de los elementos destacables del proceso de reforma de salud chileno es que desde temprano el gobierno del Presidente Lagos avizoró el potencial político de las “garantías” para la ciudadanía, acostumbrada a estar a expensas del Estado y de las grandes empresas privadas. Ciertamente los discursos, como construcciones que definen el mundo de cierta forma, son fundamentales en los fenómenos políticos. La garantía, que además se transformó en “explícitas” y “legalmente exigible”, abrió la esperanza de un trato más justo para los pacientes, apareciendo el gobierno como promotor de este “derecho”. Este discurso, a pesar de que hasta la fecha la mayor parte de la población no entiende cabalmente el contenido de la reforma AUGE, le permitió conquistar al gobierno el apoyo ciudadano.

Lección 10: La estrategia política de sacar la discusión de la reforma del Ministerio de Salud y el Ejecutivo y llevarla al Parlamento fue decisiva para viabilizar la reforma. La presidencia adoptó una estrategia riesgosa al trasladar la discusión desde el interior del Ejecutivo al Parlamento, cuando aún varios de los elementos de diseño no estaban maduros. No obstante, esto se hizo con el objeto de romper la inercia que estaba empantanando la reforma, la cual se caracterizaba por dos elementos: Primero, en un régimen tan presidencial como el chileno existe la tendencia a realizar la discusión política al interior del Ejecutivo, donde tanto los grupos de interés como los *policy makers* se sienten más cómodos; segundo, no existía consenso al interior del Ministerio de Salud y el Ejecutivo en torno a la propuesta. La estrategia principal es complementada hábilmente con una estrategia secundaria: utilizar a la DC y las tendencias internas del partido de centro como interlocutores para vencer primero las resistencias de los sectores opositores de izquierda y luego las de la derecha.

Lección 11: El influyente gremio médico no visualizó adecuadamente el nuevo escenario político e insistió en una estrategia que lo terminó marginando de la reforma.

La estrategia política del gremio médico, de movilizaciones y paralizaciones, había probado ser exitosa en los intentos de reforma de los gobiernos anteriores de la Concertación, presionando por el *statu quo* eficazmente. No obstante, la reforma AUGE se perfilaba en un ambiente político muy diferente, que el Colegio Médico y los gremios no lograron captar correctamente: La reforma estaba siendo impulsada presidencialmente y no sectorialmente como en los intentos anteriores; La discusión se llevó a cabo en el Congreso donde tenía menor poder de presión, y El gobierno logró colocar un discurso de reforma que la ciudadanía acogió. Las movilizaciones, paros y la actitud crítica y poco propositiva de los gremios terminaron por cansar a la población, aislando a los opositores gremiales, lo cual no sólo anuló sus esfuerzos, sino que se ganaron la crítica de la opinión pública. El gobierno aprovechó esta coyuntura para anular al gremio médico en la fase de discusión legislativa.

Lección 12: La derecha interpretó correctamente el escenario político, los puntos de conflicto y diseñó una estrategia limitada a cuidar sus intereses y darle legitimidad al sistema ISAPRE.

Uno de los elementos a destacar en el proceso político de la reforma AUGE es la estrategia selectiva desarrollada por la derecha. El sistema ISAPRE y la derecha visualizaron tempranamente que el Plan AUGE era una oportunidad para el sistema de seguros privados, toda vez que al existir un plan de aseguramiento transversal que los dos subsistemas, público y privado, estaban obligados a otorgar, con un marco regulatorio común, tendría un impacto social importante que ayudaría a legitimar a las criticadas ISAPRE. Así la estrategia de la derecha se orientó a impedir que se produjeran redistribuciones de cotizaciones entre los beneficiarios del sistema ISAPRE y FONASA, sin tener que asumir ningún costo político por ello.

