



Universidad Católica Silva Henríquez  
Facultad de Ciencias sociales, Jurídicas y Económicas  
Escuela de Sociología

# **GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD, RECONSTRUCCIÓN ANALÍTICA DEL PROCESO DE CONFORMACIÓN DEL AUGE COMO ALTERNATIVA DE POLÍTICA PÚBLICA**

SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL  
GRADO DE LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA

Pía Stephany Álvarez Iturriaga  
Macarena Cristina Arcos Puelles

PROFESOR GUÍA: Sergio Ibáñez Schuda  
Doctor © en Sociología y Magister en políticas públicas

Santiago, Chile

2014

## Agradecimientos

Por medio de estas líneas queremos manifestar gratitud a aquellas instituciones y personas que fueron de gran apoyo e impulso para llevar a cabo esta investigación. Agradecemos al Ministerio de Salud, por su continuo apoyo y colaboración. Agradecer de forma especial a la Secretaría técnica AUGE, a los Departamentos de Epidemiología, de Salud Mental y de Estrategia Nacional de Salud.

Agradecemos a aquellas autoridades gubernamentales y a actores públicos, quienes amablemente accedieron a colaborar con sus relatos, brindándonos antecedentes y contribuciones fundamentales.

Agradecemos a la escuela de sociología de la Universidad Católica Silva Henríquez, a cada uno de los docentes que contribuyeron en nuestra meta de ser sociólogos, en especial a nuestro profesor guía Sergio Ibáñez Schuda quien nos orientó en este proceso, agradecemos a Lorena Inostroza quien nos ayudó de muchas maneras, muchas gracias por tu disposición.

*Agradecidas por sobre todo, de él que es.*

## Dedicatoria

**Pía Álvarez I**

La vida me trajo hasta aquí, no sé si he hecho las cosas bien o mal, o más bien, si he de querer lo que siempre he deseado. Durante este proceso sólo me queda agradecer y dedicar este trabajo a los que siempre han estado para guiar mi camino.

A mi fiel compañera, Alicia Iturriaga, sin tú guía, cariño y templanza nada hubiera sido posible. Mamita linda. Gracias por leerme cada libro, enseñarme lo que es correcto y no en la vida, por fortalecer mi camino y el de la familia. Sé cuánto has luchado por conseguir nuestra educación. Esto es un reconocimiento a tus 40 años de trabajo, que de alguna forma en nosotros se ven retribuidos, y lo que el sistema olvida.

A ti papá, Edgardo Álvarez, por tu incansable lucha porque nunca faltara nada, gracias, muchas gracias por cada noche en vela, por cada incentivo y por tu fuerza al estar 40 años en el servicio público. Estoy muy orgullosa de ti, por haber construido una familia y una fortaleza única en nosotros.

Agradezco y dedico esto a mi hermano Rodrigo. Mi fuente de inspiración, mi guía innato a seguir, la persona que siempre depositó una confianza intransable en mí. Gracias, muchas gracias por tus enseñanzas, tus retos, cariño y buenas intenciones para cada día mejorarnos la vida. Y como te lo dije algún día, estoy muy orgullosa de ti.

Y a ti Benjamín, no sabes lo que te quiero, y espero que esto, sea un incentivo para tu futuro. Algún día lo leerás y sabrás que tu madrina de algún modo trató de hacerte la vida mucho más linda y de colores.

A mis amigos, por cada día de la vida entregando fuerzas y colores para mi camino. A ustedes, mOka, Belén, Dani, Kike, Javi, Leo, Karen y Natalia por todo y por nada. Gracias. El tiempo es solo función de lo que dejamos en las personas.

A mi compañera de tesis, Macarena. Si algo no me arrepiento, es de haber compartido este camino junto a ti. Gracias por cada risa y abrazo, porque no somos colegas, somos amigas y solo Dios supo guiarnos en este camino.

No quiero olvidar agradecer a mis guías académicos, a mis profesores, a la Lore que ahí siempre estuvo para darnos su apoyo y a la vida.

A mi tío René que allá arriba, en la eternidad, siempre me recuerda que lo importante es el aquí y el ahora, a mi nana por ser mí segunda madre y a los que de algún modo se me olvidan. Disculpen, pero al momento de redactar esto, estaba llorando.

*Cada uno da lo que recibe y luego recibe lo que da, nada es más simple, no hay otra norma: nada se pierde, todo se transforma.*

## Dedicatoria

**Macarena Arcos P**

Los sueños son realidad, la esperanza siempre es más alta de lo que puedes ver, la fe es mi cultura, es por ello, que dedico este logro de forma primera a Dios, a mi gran amado, quien es todo para mí. Siempre pensé en alcanzar todo y este es un inicio de ello. Sé que en cada instancia estuviste conmigo y guiaste todas las cosas, que tus pensamientos para mí son más altos y me gozo en ti.

Dedico este logro a mis padres, quienes con su gran amor e inmensa entrega, me enseñaron muchas cosas a lo largo de mi vida, por sobre todo la honestidad, el respeto, el amor hacia los demás. Mis padres, quienes creyeron en mí y jamás dejaron de invertir su tiempo y dedicación para que yo sea lo que Dios hablo sobre mí. Agradecer también a mis hermanos tan amados a Belén mi fiel compañera, hermana y amiga, a Benjamín que con su vida me enseña a ser mejor, mi hermanito amado, a María Gracia quién como tú que con tu forma de ser irradas alegría y vida. A esta maravillosa familia que me apoyo siempre.

Quiero compartir esta alegría con mi amado, con José Miguel, como no dedicar esto a ti, quien me impulsa día a día, quien llena mi vida de colores y de una felicidad tremenda, me haz acompañado todo este proceso y mucho más, eres un pilar fundamental en mi vida y siempre será así, lo logramos!! Porque esto es nuestro, te amo.

A mis amados abuelos que los amo demasiado, a mi nona quien con amor y servicio siempre me ama, a mi gudy y a mi abue, los amo inmensamente son razón importante de que sea como soy.

Es una linda instancia para reconocerte tío, Hugo sé que en tu vida diste muchas cosas para verme feliz y cumpliendo sueños, que las niñitas serían lo mejor, acá estoy agradecida de todo lo que hiciste por mí, te llevo siempre en mi corazón. GRACIAS

Quiero dar gracias aquellos amigos fieles quienes me impulsan día a día a mi segunda familia, a esta hermosa familia a Javier y Débora que me inundan con su amor y su tremenda entrega, a mi amigo Simón que cuando le contaba los avances se alegraba sinceramente, a Betel, Felipe, Hernán, Romina, Rocío, Israel, Andrea.

Agradecer a la tía María Angélica, gracias porque en esta etapa me apoyo de muchas maneras y me recibió con cariño cuando tenía que estudiar.

Pía, es lindo haber compartido algo tan agotador con alguien como tú, en estos cinco años en ti encontré una amiga, y otros tres más, fuimos muy felices con mis grandes Javier, Daniela, Camilo, con tantas risas y quehaceres, Amigos los quiero muchísimo.

Agradecer a la planta de docentes y la lore con su cariño rudo, a todos quienes me tope en esta hermosa etapa de mi vida, puedo decir que en la Universidad fui feliz, que encontré a grandes amigos que conocí gente hermosa, en especial curso calidad de vida, aparte de quienes ya mencione. El aprendizaje que me llevo no es sólo académico, sino que puedo decir que soy mejor persona porque crecí en aprender a querer, a ser feliz, pude dar el disfrutar casa momento a otros y a ver lo maravilloso que es vivir.

*1 Juan 5: 4*

*Porque todo lo que es nacido de Dios vence al mundo; y esta es la victoria que ha vencido al mundo: nuestra FE.*

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica que acredita al trabajo y a sus autoras.

FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
DIRECCION

\_\_\_\_\_  
TELEFONO – E-MAIL

# Índice



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SILVA HENRÍQUEZ

Resumen .....	10
Introducción.....	11
<b>Capítulo I: Área problemática .....</b>	<b>12</b>
1. Descripción general.....	12
2. Estado del arte .....	13
3. Problema de Investigación .....	17
4. Justificación.....	19
5. Delimitaciones y limitaciones.....	20
6. Objetivos .....	21
<b>Capítulo II: Marco teórico .....</b>	<b>23 - 41</b>
Hipótesis sustantivas.....	48
<b>Capítulo III: Marco Metodológico .....</b>	<b>49</b>
1. Caracterización General del Diseño.....	49
2. Opción metodológica: Estudio Cualitativo .....	51
3. Operacionalización: Temas Generadores .....	52
4. Fuentes de información y técnica de recolección de la información.....	54
5. Muestreo.....	55
6. Técnica de Análisis de los datos .....	56
7. Criterios de Rigor.....	57
8. Criterios Éticos .....	58
<b>Capítulo IV: Hallazgos y Análisis.....</b>	<b>60 - 78</b>
<b>Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones.....</b>	<b>88</b>
1. Conclusiones .....	88 - 87
2. Nuevas interrogantes .....	96
3. Recomendaciones .....	96
Referencias Bibliográficas .....	100
<b>Anexos .....</b>	<b>104</b>
Carta de consentimiento informado .....	104
Listado de actores relevantes entrevistados .....	105
Pauta de entrevista a actores claves .....	106
Pauta transcripción de entrevistas.....	107
Cronograma de actividades.....	108
Anexo 1- 17 .....	109 - 166



Anexo 18: Lista de documentos revisados .....	189
Tipo de documento .....	189

## Resumen

El presente estudio se inscribe en la constitución de las Garantías Explícitas en Salud (GES) el cual reconstruye analíticamente dicho proceso desde la conformación de los distintos actores relevantes que participaron en él. Esta reconstrucción se conformó desde una orientación retrospectiva, cuya inscripción se da desde la mirada deductiva, orientando su análisis conforme a datos primarios y secundarios adquiridos desde una revisión documentada y por medio de la recolección de 11 entrevistas semi-estructuradas a dichos actores.

**Conclusiones:** La conformación del GES en política pública es una construcción generada desde la necesidad de reforma al sistema de salud, dada mediante el conflicto de intereses entre distintos actores partícipes; intereses que finalmente fueron consensuados por medio del derrumbamiento de uno de los cinco proyectos de la reforma de salud chilena, el pilar solidario.

## Introducción

A continuación, se expone la tesis en sociología orientada al estudio de las garantías explícitas en salud (antes AUGE hoy GES), mediante una reconstrucción analítica del proceso de conformación de dicha política pública y su constitución como alternativa en la generación de la reforma de salud en Chile.

La investigación analiza el papel de diferentes actores que se vinculan a este proceso mediante la exposición de una agenda pública, que tiene por objetivo visibilizar una problemática social y definir la alternativa de acción a partir de una institucionalidad definida.

La ley AUGE O GES constituye una base de importancia y relevancia para conocer cuál es, en definitiva, el curso que tomó la reforma de salud en Chile, cuáles fueron los recursos institucionales abordados desde una exploración de información relevante, hasta que finalmente se optó porque esta política pública se constituyera como una alternativa al modelo existente. El propósito general de esta investigación está orientado a vislumbrar este proceso de acuerdo a sus actores, participantes e institucionalidad, a través de un proceso cíclico que abordan las políticas públicas para ser conformadas.

## Capítulo I: Área problemática

### 1. Descripción general

Las políticas públicas no solo funcionan como un elemento que constituye a un país de forma exclusiva, sino que son referentes para muchos países en la construcción de mecanismos de acción frente a problemáticas sociales de interés público: educación, economía, medio ambiente, etc. Es así, como reformas en los sistemas públicos constituyen muchas veces ejemplos a mirar para otras naciones o inspiraciones que permiten dilucidar errores y posibles soluciones.

En las siguientes líneas se expondrá la instauración de una política pública, específicamente en el área de la salud, desde una visión documental retrospectiva, como medio de aproximación teórica, metodológica y práctica: Acceso Universal con Garantías Explícitas. (AUGE) – Garantías Explícitas en Salud (GES).

Este es un programa que constituye una política pública del Estado de Chile y que busca priorizar determinadas condiciones de salud pública y privada. Una aproximación a este concepto la establece Joan Subirats al plantear que una política pública hace referencia a las interacciones, alianzas y conflictos, en un marco institucional específico, entre los diferentes actores públicos, para públicos y privados, para resolver un problema colectivo que requiere de una acción concreta. (Subirats, 2008, p.31).

La interacción de actores, frente a un contexto social de carácter público y privado, vincula y conforma variables y alternativas que inciden en una política pública determinada, desde su inclusión en la agenda pública hasta cómo se incluye y define como un problema público y se sustenta como una alternativa necesaria.

La discusión entre actores sociales, llamados a generar un debate en torno a esta problemática, sitúan al AUGE/GES como una experiencia relevante de analizar tanto desde un punto de vista teórico, como empírico, considerando las acciones concretas que el Estado desarrolla y las demandas que la sociedad civil articula frente a la necesidad de mejorar el sistema de salud.

Las Garantías Explícitas en Salud, (en adelante GES) como alternativa al modelo pre existente, significa estudiar cómo se fueron reformulando a lo largo del ciclo, en este caso, la “primera fase”.

Las distintas posturas frente al rol del Estado y la sociedad en general, se presentan respecto del problema y la elección de la alternativa de solución (el AUGE/GES), para conocer las causas o motivaciones de los diferentes actores. Lo que generó una visión comprensiva de esta política pública de salud desde su instauración en la agenda, visibilización, discusión y alternativa.

## 2. Estado del arte

El estudio de las políticas públicas puede ser trabajado desde múltiples visiones; economía, derecho, ciencias políticas, sociología, etc. Es decir, distintas corrientes pueden generar una base teórica y empírica sólida de investigación, aun cuando la perspectiva desde la cual se aborda esta investigación es la sociológica. Así, el foco estuvo puesto en entender las políticas públicas como un proceso de construcción social.

(...) Como una construcción dialógica (Habermas) entre Estado y sociedad. Diálogos que se desarrollan en diferentes arenas políticas, donde los diferentes actores sociales, políticos, económicos y gubernamentales despliegan distintas herramientas para imponer sus relatos de la realidad sobre el de los demás actores (Merlo, s/f/e, p. 19).

En consecuencia, en esta investigación se adoptó la definición de política pública de Joan Subirats, el que la define como un conjunto de interacciones repetidas entre actores públicos y privados orientados a resolver problemas que han sido tematizados como relevantes en el contexto de un país.

El propósito general de esta investigación consiste en dar cuenta, de manera retrospectiva, del proceso de constitución del GES/AUGE, poniendo especial énfasis en la reconstrucción (por eso retrospectiva) de dos

momentos analíticos claves en el desarrollo de cualquier política pública: la inclusión en la agenda y la definición de la alternativa de solución. Será reconstruida la interacción de los distintos actores que intervinieron en ambas faces, de manera de poder llegar a explicar, por qué el GES/AUGE llegó a ser lo que es hoy en la actualidad.

En el ámbito de las políticas públicas, particularmente en el contexto latinoamericano, existen algunos estudios que presentan reformas a los sistemas de salud, los que han debido dar cuenta de una nueva estructura epidemiológica; ello en el contexto de una mayor liberalización de las economías de mayor crecimiento económico y por tanto de mayores presiones al sector salud. En lo que sigue, resumimos algunos de ellos.

En el artículo “Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis” (Abad 2008), se realiza un análisis de actores involucrados en la formulación y desarrollo de políticas públicas en el sector salud. Considerando primero a aquellos provenientes del ámbito académico, segundo a los involucrados en la investigación de políticas de salud y por último, a actores del nivel estratégico de instituciones vinculados con la toma de decisiones.

Respecto de los actores involucrados, el mencionado estudio detecta tensiones y debates en, a lo menos, tres tipos de actores y procesos. El primero se relaciona con la toma de decisiones de los actores participantes de este proceso. El segundo, emerge entre los actores corporativos del sector salud, los cuales poseen un interés financiero, reorientado a su amplia y compleja función sanitaria provista de servicios y seguros sociales. Finalmente, el tercer hallazgo es dado al interior del quehacer investigativo y científico de los actores académicos, los que presentan preocupación por el bienestar social lo que los lleva a desarrollar interpretaciones disímiles respecto de los problemas de salud (Abad, 2008).

En lo que respecta específicamente al GES/AUGE, una primera línea de análisis es la desarrollada por Arrau 2002. Originalmente, la finalidad del trabajo desarrollado por dicho autor era entregar una visión general tanto del programa como del Fondo Solidario de Salud, examinándolo desde el punto de vista de sus grandes definiciones en materia de equidad y su operacionalización en la estructura de financiamiento de un fondo solidario, cuyo mecanismo de financiamiento finalmente, no prosperó al oponerse los legisladores de derecha en el parlamento. Así, al artículo termina siendo útil

en cuanto presenta una descripción acerca de cómo funciona el mecanismo de priorización de las patologías a incluir en el programa.

Por su parte, Cáceres & Cuba 2006, analizan el caso sueco y chileno, proponiendo éste último como ejemplo traducido al acceso sin excepción de personas, a través del Plan GES/AUGE. Los autores destacan tanto la participación y la relevancia del Estado y la academia como actores relevantes, así como la importancia del contexto social en el cual se ejercen y se llevan a cabo las reformas de salud.

A su vez, Lenz 2007, analiza el proceso político que enmarcó la reforma en salud AUGE en Chile, desde una visión económica- política. La revisión aborda dos etapas que son parte de una política pública: diseño, legislación y la fase de puesta en marcha, con lo cual busca obtener lecciones que pueden ser de interés para otros procesos de reforma en salud en América Latina como Perú y Colombia (Abad, 2008; Cáceres & Cuba, 2006; Lenz, 2007). Su estudio concluye que el GES/AUGE es un sistema que logra generar una alta cobertura, pero que no alcanza a satisfacer todas las necesidades de la población, porque siguen existiendo barreras de inequidad en el acceso, especialmente en regiones.

Desde el punto de vista metodológico, la relevancia de la investigación de Lenz (2007) para esta tesis es que plantea un diseño que incluye la revisión de prensa escrita y la utilización de los documentos oficiales o leyes modificadas. El abordaje metodológico se consideró de basta utilidad para este estudio, porque al poder generar un encuentro con los documentos y los discursos que se encuentran tras de ellos, complementados mediante entrevistas, alcanzó una mirada comprehensiva, que fue útil para orientar este diseño de investigación.

Tanto Puebla 2012 como Garrido 2008 analizan desde un punto de vista micro el programa GES/AUGE. Mientras el primero de los autores, se orienta a conocer la percepción de los actores involucrados respecto al impacto de la ley AUGE en materia de disminución de la exclusión en salud, el segundo estudia la implementación de la reforma a la salud Chilena en la comuna de Puerto Montt, observando la interacción entre los distintos actores. De la lectura de ambos trabajos es posible concluir que, efectivamente la reforma de salud trajo cambios que incidieron en la población en términos de construcción ciudadana, sin embargo, como ambos

destacan, existen falencias presentadas en zonas territoriales específicas, tal como es expuesto en el caso de Puerto Montt.

Por su parte, Valdez 2003 y a su turno, Castillo (s/f/e) dan cuenta de las condiciones políticas que se dieron en el proyecto de ley que tuvo que enfrentar el GES/AUGE y contextualizan el camino trazado para la instauración de la reforma de salud en Chile en el documento, en este último caso, desde el punto de vista de la gestión estratégica en el sector público, considerando aquellas variables que fueron fundamentales para que el AUGE se constituyera como política pública.

Olavarría, Navarrete y Figueroa, 2010 analizan el GES/AUGE revisando las diferentes visiones que se gestaron en torno a su constitución como política pública y generan un debate en torno a la formación y posterior promulgación de la ley. Todo ello en el marco de un objetivo más amplio cuyo propósito es exponer el desarrollo de la modernización de las políticas públicas del Estado, orientadas a la gestión y funcionamiento de la orgánica administrativa que éstas deben poseer en su generación.

Desde el ámbito del Estado, Erazo 2004, ex director de FONASA y Ministro de Salud del periodo de la presidenta Michelle Bachelet Jeria, justifica la existencia del GES/AUGE como política pública, presentando un diagnóstico del antiguo sistema de salud el cual estaba enfocado hacia una “cobertura discriminatoria, dualidad en lugar de solidaridad y déficits en atención de salud” (Erazo, 2004, p.8). Así, para afrontar esta situación era necesario – según él- instaurar un nuevo modelo y sistema de salud público como una obligación social del Estado de Chile.

También, desde el Estado, un parlamentario participante y activo en la planificación del AUGE como ley es el Dr. Mariano Ruiz- Esquide, quien expone en “La reforma de salud según un médico legislador”, la labor y rol que el parlamento jugó en la planificación, discusión y ejecución del AUGE como ley del Estado. Lo cual generó un debate hacia la democratización de la salud como reforma “una ética común para el sub sector público y privado institucional y un factor común para evaluarlos” (Ruiz-Esquide, 2003, p.73).

A partir de lo anteriormente expuesto es posible constatar que la reforma al sistema de salud conocida como GES/AUGE, pese a su relativa



corta edad, ha sido y sigue siendo hoy un caso de estudio y amplio motivo de debate. No obstante, esta breve revisión muestra que no existe una reconstrucción comprensiva de su proceso de constitución como política pública, considerando ésta como una interacción repetida entre distintos actores, que movilizan recursos y que a su vez deben hacer frente a coacciones institucionales a lo largo del ciclo de la política. Estos aspectos se abordan en el marco conceptual, una vez formalizada la pregunta de investigación en la sección que sigue.

### **3. Problema de Investigación**

La investigación tiene como propósito hacer una reconstrucción analítica del proceso de conformación del AUGE/GES como política pública, considerando el significado que tuvo para los distintos actores que participaron en ella y el rol jugado por éstos en su desarrollo. El estudio tiene un carácter descriptivo, aun cuando se propone un conjunto de hipótesis que orientan la recogida y el análisis de los datos, algunas de ellas con una orientación que trasciende la mera descripción del fenómeno.

#### **3.1 Pregunta de investigación:**

**¿Cómo fue que el GES se constituyó como alternativa de política pública? ¿Cómo la participación de distintos actores influyó en dicho proceso? ¿Qué desafíos institucionales significó su implementación como política pública?**

A través de la pregunta de investigación, se buscó identificar los distintos actores que conformaron la discusión del GES como problema público-privado y su inclusión en la agenda del Estado. A partir de allí, se buscó conocer e identificar los distintos recursos institucionales que movilaron estos actores y los intereses e ideologías que los orientaron, asimismo, se identificó las ventanas de oportunidades que se abrieron a lo largo del proceso para llevar adelante los propósitos de cada actor.

Se consideró como eje central de esta investigación las siguientes categorías: **Sistema de Salud público, Política Pública, Actores Sociales, Conflictos de intereses, Alternativa (AUGE/GES)**. Estas categorías intentan plasmar las distintas aristas que comprenden la interrogante frente al problema de investigación, permitiendo una vinculación entre políticas públicas de salud y sociología. Ambos como elementos esenciales de la sociedad en que vivimos.

Todas estas categorías son necesarias para el desarrollo empírico de una discusión que no tan solo remite a la constitución política, sino que también, a todo el proceso que compone la discusión de variados grupos de interés. En definitiva, se analizó cómo, políticos, técnicos, médicos, gremios, prensa y la ciudadanía concebían esta iniciativa.

El Plan AUGE/GES, propuesto y diseñado durante el gobierno de Ricardo Lagos Escobar, buscó garantizar un mínimo de equidad en el acceso a la atención de salud, con independencia de la capacidad de pago de las personas. La intención de este plan era contribuir al avance en temas de salud, no de manera definitiva, pues depende de un sinnúmero de otras variables no asociadas con el acceso a la salud y a la equidad en términos de impacto. Esto es, como lo señaló uno de los entrevistados, disminuir las brechas en ciertos indicadores sanitarios entre los chilenos de distinto origen socioeconómico.

Así, el diseño original contemplaba generar un plan de acceso universal que definía un conjunto de patologías (las de mayor prevalencia) que contribuyesen a mejorar los niveles de equidad en el acceso al sistema de salud y en el tratamiento de dichas patologías por el Estado. Sin discriminación de ninguna índole, con miras a contribuir en la disminución de tales brechas entre los chilenos de distintos sectores socioeconómicos en los indicadores sanitarios. De esta manera, se obligaba a que tanto el sector público como el privado explicitara la cobertura y garantizara el acceso, la oportunidad y la calidad del tratamiento.

## 4. Justificación

Las políticas públicas, han sido un eje central para el desarrollo de los Estados democráticos, tanto respecto a sus finalidades como al quehacer que compromete a cada Estado. Las políticas públicas, por lo demás, son desarrolladas en concordancia entre Estado y ciudadanía, para enfrentar los diversos desafíos públicos que son instaurados por los actores sociales.

Es así como la temática de las políticas públicas no ha dejado de ser un factor relevante para el Estado chileno, principalmente en los últimos veinte años. Es al interior de este terreno que se constituye la relevancia de la presente investigación, de forma específica en el área de Salud, en la política pública GES y en el impacto socio-cultural del sistema de salud público y privado.

La presente investigación tiene relevancia debido a que no tan solo da cuenta de la conformación de una política pública, sino que estudia y se inmiscuye en el escenario previo a la reforma; es decir, en cómo esa política pública se conforma en la alternativa, incluyendo los desafíos que implica su implementación.

**Aporte temático:** El aporte de esta investigación se encuentra sustentado en el desarrollo de la primera fase de planificación de una política pública; es decir, se busca analizar en profundidad la fase de constitución de la agenda pública, como también, seleccionar la alternativa de acción, la que se complementa con una mirada desde los distintos actores que participaron en ambas fases.

**Aporte teórico:** La contribución que despliega el presente estudio respecto al eje teórico radica en que ésta no se remite a generar un aporte en la expansión del desarrollo en políticas públicas, desde los mismos aleros que han sido trabajados. En efecto, este estudio presenta una característica peculiar, lo que por ende lo inscribe en una contribución novedosa dentro de la mirada sociológica. Así, su abordaje se lleva adelante desde los planteamientos teóricos proporcionados por Joan Subirats, cuyo enfoque de investigación no ha sido puesto en práctica en revisiones de políticas públicas en Chile y se considera compatible con una mirada sociológica. Así, en términos sociológicos, el interés por estudiar el GES se vincula en la

configuración discursiva disímil frente a un problema público, donde los diferentes actores movilizan recursos y enfrentan coacciones institucionales disímiles para hacer valer sus puntos de vista en los distintos momentos analíticos de la política pública.

**Aporte Metodológico:** El aporte metodológico del estudio dice relación con la diversidad del material que se utilizó para alcanzar los objetivos de la investigación. Entre las fuentes de información utilizadas se cuentan: artículos de prensa, discusiones desarrolladas en el senado, entrevistas a actores relevantes, entre otras; las cuales dieron cuenta de los recursos que movilizaron los actores, los roles que estos ejercieron, sus ideologías y las coacciones institucionales que debieron realizar para el cumplimiento de sus objetivos. Es decir, fuentes orientadas a la identificación de los procesos sociales que incidieron en la formación del GES como política pública.

**Aporte Práctico:** Este estudio no pretende ser sólo un aporte a la sociología, sino que también a la sociedad. Indagar en las formas de constitución de una política pública y en el desafío que enfrenta en sus inicios la conformación como alternativa, implica transparentar el proceso de toma de decisiones en un área del saber todavía invisible al común de los ciudadanos. Puesto así, cualquier investigación en este ámbito, debidamente socializada, puede ser contributiva de un mayor control ciudadano hacia los gestores de las políticas públicas.

## 5. Delimitaciones y limitaciones

Desde los aleros que comprenden la justificación del problema, vale decir, los por qué de la elección del objeto de estudio y principalmente las implicancias y relevancia de este fenómeno social, es que se inscriben sus limitaciones y sus delimitaciones. Todas ellas en un encuentro que pretende dilucidar los principales sesgos y la forma en cómo fue abordado.

La temática de salud, en específico la política pública GES, ha sido revisada en diversas ocasiones con anterioridad desde múltiples puntos de vista que comprenden una variedad de disciplinas, tales como la economía, el derecho y el periodismo. En este sentido, una de las principales

limitaciones ha sido la diversa cantidad de material existente y la desigualdad de su calidad. Tal abundancia presenta dos dificultades no fáciles de sortear. La primera, distinguir lo relevante de aquello que no lo es y la segunda, evitar los sesgos de miradas anteriores que podían ser un factor perjudicial para el acercamiento y recogida de datos de esta investigación.

A fin de contar con una mirada propia, se propusieron las investigadoras, realizar una serie de entrevistas a algunos representantes de los actores partícipes de dicho proceso, quienes fueron clave en el momento de la discusión y de la conformación del GES como alternativa escogida. De esta forma, sería otorgada una visión más profunda y cercana, tanto del escenario del objeto de estudio, como de las posturas como actores en determinado momento. Ahora bien, ello condujo a una tercera dificultad a saber: el difícil acceso a algunos de los principales representantes de los actores quienes participaron en la discusión, esto debido a su gran relevancia política, social o institucional. Sin embargo, la presente investigación logró sortear dicha dificultad, aún en los marcos acotados de una tesis de grado, cuyos resultados se presentan aquí.

## **6. Objetivos**

### **6.1 Objetivo general**

Describir y comprender el proceso que constituyó al GES como alternativa de política pública del sector salud.

### **6.2 Objetivos específicos**

- Describir la coyuntura y el contexto en el cual se llegó a levantar el programa de acceso garantizado a una salud de calidad GES/AUGE, como un problema público relevante dentro de la agenda.
- Identificar los actores que intervinieron, sus posturas ideológicas y los intereses en la fase de definición del problema. Con miras a posicionar la perspectiva del problema desde los actores, en la agenda pública.

- Distinguir e identificar los recursos que movilizaron los actores, las coacciones institucionales que enfrentaron y los mecanismos de negociación que desarrollaron en la fase de levantamiento del problema, así también como su posicionamiento en la agenda pública.

- Describir y explicar cómo se relaciona el resultado de la interacción entre los distintos actores que intervinieron en la fase de definición del problema. Teniendo en consideración el posicionamiento del GES como una alternativa viable de política pública, orientada a solucionar el acceso garantizado a una salud de calidad.

## Capítulo II: Marco teórico

### 1. Introducción: Políticas Públicas y Estado Moderno

La política nace conceptualmente con Platón y Sócrates, pero ha ido transitando y trascendiendo desde la perspectiva espacio-temporal, a través del pensamiento político desarrollado por Maquiavello, Montesquieu, Rousseau- Tocqueville y un sinnúmero de intelectuales más. Sin embargo, lo que hoy conocemos como política pública tiene un derrotero diferente. En efecto, las políticas públicas como hoy las conocemos tienen su origen en el siglo XIX, aun cuando existen ciertos precedentes anteriores.

En efecto, a mediados del siglo XIX, en plena época del *laissez faire*, se creía firmemente en la capacidad del mercado para satisfacer la casi totalidad de las necesidades humanas. Sin embargo, hacia el término de aquel siglo, las diferencias sociales producidas entre los trabajadores asalariados, especialmente el mundo obrero y los poseedores del capital eran notorias. A su vez, las crisis cíclicas del capitalismo generaban aún más pobreza y concentración del capital. Ello, junto al creciente descontento social, pone en tela de juicio la capacidad del mercado como asignador de recursos y como instrumento para generar bienestar en la población.

Así, las políticas públicas nacen como consecuencia de este descontento social y a la par con la ampliación de la democracia política, sucesos que, en muchos casos se consiguieron después de olas de revoluciones, contra-revoluciones y reformas políticas. Con ello, las políticas públicas se sitúan dentro de las acciones del Estado y la sociedad civil, como mecanismo de acción en torno de una problemática en común que adquiere importancia en la agenda pública.

Las políticas públicas, al menos como hoy las entendemos, son desarrolladas en los Estados Modernos, es decir, aquellos que cuentan con una burocracia, no de carácter patrimonial, como la que existía en el antiguo régimen, sino aquella que se mueve en el marco de lo que Max Weber alguna vez llamó dominación racional legal. En las páginas que siguen caracterizamos brevemente lo que Max Weber consideró por Estado Moderno, lugar en el cual situamos las políticas públicas como hoy las conocemos

Como es sabido, el sociólogo alemán no explicita el concepto de política pública, pero sí promueve una reflexión en torno a los componentes que generan al Estado, actor principal en la cuantificación y cualificación del dominio racional legal. Éste, sin embargo, no se puede entender al margen del problema de la política y el poder. Para Weber, es preciso entender la política como “la aspiración a participar en el poder o a influir en la distribución del poder entre los distintos Estados o, dentro de un mismo Estado, entre los distintos grupos de hombres que lo componen” (Weber, 1919, p. 2).

A su vez, Weber define el poder como la probabilidad de que un actor dentro de un sistema social esté en posición de realizar su propio deseo, a pesar de las resistencias (Weber, 1919). Este puede ser entendido como una atribución asociada a la distinción social frente a una acción comunitaria. La distinción se da mediante la imposición de un rol, el cual se va concretando y definiendo según el predominio de una relación impositiva. Esta puede estar definida desde un ordenamiento económico, político, social, jurídico, etc.

En consecuencia, el Estado es el objeto de disputa de toda contienda política, porque es el medio legítimo a través del cual se ejercer poder. Weber define al Estado como “aquella comunidad humana que, dentro de un determinado territorio (el territorio es el elemento distintivo), reclama (con éxito) para sí el monopolio de la violencia física legítima” (Weber, 1919, p.2).

La fuerza es el argumento de último recurso para hacer cumplir los mandatos de la autoridad política. Sin embargo, es importante señalar que las Políticas Públicas, como las conocemos hoy, son fruto del Estado moderno, aquel que se desarrolla en los marcos del modelo de la dominación racional legal que caracterizan a las sociedades capitalistas y cuyos rasgos distintivos Weber los extrajo de la burocracia estatal imperial alemana de fines del siglo XIX, bajo el mandato del canciller Otto Von Bismarck.

Como se puede recordar, la dominación racional legal en cuyo espacio se sitúa el Estado Moderno se expresa a través de los estatutos o las leyes, es decir, mediante normas impersonales que no tienen un origen en la tradición, sino que han sido establecidas conscientemente dentro de un contexto de racionalidad con arreglos a fines o a valores. Al respecto hay que recordar que el Estado moderno es a la vez, consecuencia y vector del proceso de racionalización y secularización del mundo, junto con la ética



calvinista y el capitalismo. El tipo puro de racionalidad legal es la burocracia estatal moderna.

Existen dos características esenciales de dicho Estado. Como primera característica, a la cabeza se encuentran políticos de profesión. En efecto, los Estados modernos apelan a normas de legitimidad de índole racional legal y con independencia de las variadas formas en que éstos se expresan sus fundamentos invocan, en última instancia, el principio de delegación del poder en manos de una autoridad política que conduce la nación, haciéndose eco de las demandas de los ciudadanos después de haber triunfado en la contienda política.

En este marco entonces, las políticas públicas pueden ser concebidas como las acciones que lleva adelante la autoridad política en el marco de un mandato expresado por la voluntad popular.

Una segunda característica, esencial y tan importante como la anterior es que en el Estado Moderno, los que están sujetos a la autoridad obedecen a su superior porque aceptan las normas impersonales que definen a dicha autoridad; sea ésta un político o un funcionario de más alto rango.

En la burocracia estatal moderna, los que están sujetos a la autoridad racional, no deben fidelidad personal a un superior, sino que cumplen con sus órdenes dentro del ámbito restringido de su jurisdicción y en ella las jerarquías y los puestos -salvo aquellos que ejercen funciones políticas- son llenados conforme a estos criterios impersonales que han sido definidos a priori, por lo general conforme a la demostración de ciertas competencias para los cargos sea que se evalúen en el momento o a través de su acreditación.

Así, se guarda la separación entre el funcionario y su cargo, cuestión que no ocurría en el pasado, por ejemplo en las burocracias patrimoniales. La situación antes descrita tiene claras consecuencias para el funcionario: a) su carrera se rige por una concepción abstracta del deber -el cumplimiento de las tareas es un fin en sí mismo-; b) el funcionario obtiene su puesto de un nombramiento; c) ocupa su puesto con ciertos derechos; d) su remuneración toma la forma de un sueldo fijo y regular; e) el puesto tiene perspectivas de carrera. En este marco entonces, las políticas públicas pueden ser concebidas como acciones racionales efectuadas por la sociedad sobre si

misma a través de un instrumento que busca maximizar la eficacia de dicha acción: la burocracia estatal moderna.

Uniendo las dos aristas esbozadas anteriormente, es posible señalar que la influencia que el Estado posee en la generación de una política pública, lo sitúa desde la interpretación que este efectúa sobre las demandas de la sociedad civil y la dirección que estas toman mediante la administración del poder, mostrando al Estado movilizado en función de las demandas y de las interacciones entre actores mediante la representación jurídica de un gobierno.

La institucionalidad de las políticas públicas, abordadas desde el Estado, vincula al poder y la política a través de la definición e intervención administrativas de un problema público-privado. La dominación se manifiesta mediante la existencia de una correlación entre autoridad e imposición, la cual es legitimada mediante la comprensión de mecanismos afianzados al interior de la contextualización jurídica del Estado Moderno y su legitimidad democrática.

## **2. El abordaje de las Políticas Públicas: La perspectiva de Joan Subirats**

Las políticas públicas han sido abordadas desde distintas disciplinas como la ciencia política, la economía o la sociología. En este último caso, su aporte ha estado enfocado tradicionalmente en la construcción de diagnósticos y levantamiento de necesidades. La sociología también ha aportado más escasamente en el análisis del comportamiento de los actores en la generación de redes e interacciones sociales y en cómo una política pública se convierte en una alternativa, mediante la negociación dentro de la esfera público-privada de un problema en común. Este es el enfoque que se le quiere dar aquí.

Ahora bien, la aparición de problemáticas sociales obligan al Estado a hacerse cargo de ellas y a ofrecer soluciones que evidencien resultados en términos de su solución. Por ello, las políticas públicas, pueden entenderse como esfuerzos políticamente intencionados tendientes a cambiar una situación problema, en uno o más sectores de actividad. Ello aplicado a

políticas públicas en salud, significa que el surgimiento de ellas se origina en distintos requerimientos de la población o por cambios epidemiológicos al interior de esta misma (Gambi, Navarrete y Figueroa, 2011; MINSAL, 2013).

No obstante, toda política pública cuenta con un proceso de conformación y muchas veces de reestructuración. Ello como parte de una secuencia cíclica.

Estos cambios pueden ser definidos a raíz del componente político que estas mismas conservan, es decir, como resultado no solo de variables técnicas que dicen relación con los problemas que pretenden solucionar, sino también como resultado de la visión de los problemas y las soluciones de los distintos actores que participan en su conformación. Así también, como los principios que cada uno de ellos quiere defender (igualdad versus libertad, por ejemplo). En suma, las políticas públicas se enfrentan a reformas en su constitución, respondiendo a cambios de distinta índole, los que pueden tener un origen disímil.

En lo que respecta al estudio de las políticas públicas, destacan los aportes hechos por distintos autores. Lahera (2004), define las políticas públicas como flujos de información relacionados con un objetivo político definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado (2004, p.8).

Aguilar (2008), centra su mirada en el desarrollo y análisis estructural de la política pública como acción colectiva, buscando estudiar los factores que inciden en éstas, tanto en la esfera gubernamental como civil, además de los Estados democráticos. Bañon (1997) y Carillo (1997), realizan un debate teórico vinculado a la generación del ciclo de una política pública, buscando avanzar en la comprensión teórica de ésta desde la perspectiva de su eficacia y funcionalidad en la resolución y delimitación de problemas dentro de la sociedad.

Sin embargo, el principal referente teórico utilizado en la presente investigación es Subirats (2008). Para este autor las políticas públicas forman parte esencial de las acciones que desarrollan los regímenes democráticos - sean presidenciales o parlamentarios-, en conjunto con otros actores de la sociedad civil que participan en la gestación de las mismas. La

caracterización de actores y la administración del sistema político-administrativo son también parte del análisis que este autor genera en torno al desarrollo de las políticas públicas. Subirats presenta estudios basados en las interacciones entre actores públicos y privados, a partir de un problema público, y desde la comparación con otros modelos de política pública (Subirats y otros, 2008). Éste define a las políticas públicas como:

“Un conjunto de interacciones repetidas entre actores públicos y privados orientadas a resolver situaciones definidas en la agenda pública como problemáticas, y que requieren de la intervención estatal. Estas interacciones que se ven influenciadas por los recursos de que disponen y por las reglas institucionales generales (concernientes al funcionamiento global del sistema político) y específicas propias del ámbito de intervención en cuestión (Subirat y otros, 2008, p.34).

Subirats, al igual que Weber, sitúa al Estado como un actor fundamental a considerar dentro de la administración pública de los países, ello respecto a la toma de decisiones y el modo conducente de la política frente a las políticas públicas. El Estado es “el conjunto de instituciones públicas que forman lo que llamamos el sistema político administrativo de un país” (Subirats y otros, 2008, p.8). Con esta definición, Joan Subirats expone el análisis sostenido por las políticas públicas a partir de las interpretaciones que se le hacen al Estado, buscando expresar la acción política en torno al proceso administrativo de las instituciones u organizaciones frente a la solución de una problemática pública de índole colectivo.

El problema público está definido en la medida en que se entiendan las estructuras y procesos burocráticos. Ello desde la burocracia moderna planteada por Max Weber, un ejemplo clásico de racionalización donde todos los elementos que componen la organización están ya determinados según los diferentes roles y funciones que se requieren para llevar a cabo los objetivos. Siendo de esta manera cómo se alcanza la eficacia y a su vez la forma más racional de ejercer orden y autoridad en los humanos (Weber, 1997).

La construcción comparativa de la organización y los objetivos están enfocados en generar un análisis basado en la constitución de diferentes políticas públicas sujetas a nuevos y diferentes contextos administrativos y

políticos de implementación, de acuerdo al contexto y coyuntura de los países (Subirats y otros, 2008). Mediante este análisis, se pretende expresar una metodología de trabajo que permita evaluar el éxito o fracaso (a partir de su implementación y ejecución) de toda política pública, con el propósito de contribuir a forjar experiencias que fortalezcan las políticas públicas.

Aportando al debate teórico, Joan Subirats contribuye a la noción de políticas públicas desde los elementos constitutivos, es decir, conceptos claves en la generación de objetivos perseguidos por una política pública; abordar la solución de un problema público, el origen y la coherencia intencional al proceso, la toma de decisiones diversas, la programación de intervenciones, el rol de los actores claves, actores formales y la obligación de estos para tomar decisiones a partir de la generación de actividades (Subirats y otros, 2008).

Junto a lo anterior, el análisis propuesto por Subirats, plantea la necesidad de estudiar el ciclo que debe transitar toda política pública para constituirse como tal. Dicho ciclo inicia a través del surgimiento de un problema; continúa con la percepción de estos desde lo público y privado; sigue con la inclusión en la agenda gubernamental; posteriormente se encuentra la formulación de alternativas; continúa con la adopción de un programa legislativo; sigue con la implementación de los planes de acción; para terminar con la evaluación de los efectos de la política pública.

La orientación de las políticas públicas mediante la conformación de un ciclo de estas, consienten la teorización principal de esta investigación, vinculada a la intervención de los problemas de salud y promulgación de la ley N°19.996 AUGE.

A continuación, se presenta una diagramación del ciclo de las políticas públicas propuesto por Joan Subirats y que se expondrán en la revisión documentada del AUGE como alternativa de política pública.

DIAGRAMA N°1 Ciclo de las políticas públicas según Subirats y otros (2008)



(Subirats y otros, 2008, p. 42)

El Diagrama N °1 plantea el ciclo de las políticas públicas según Subirats y otros considerando, además, que este ciclo puede volver a iniciar si la política así lo requiere o retomar una fase en específico, ya sea por la ampliación de una política pública o por la reestructuración de esta misma.

El ciclo de las políticas públicas se compone de cinco fases, al interior del cual se encuentran ubicados los siete puntos presentados en el esquema. Estas fases son:

- 1) **Fase de surgimiento y percepción de los problemas:** Esta fase posee como finalidad la percepción del problema, es decir, busca definir el problema identificando las causas que lo constituyen y determinar la situación social a través de la cual se constituye como tal. Esta fase responde a la interrogante: ¿Cómo se ha tomado conciencia del problema?
- 2) **Fase de incorporación a la agenda política:** Es considerada como un filtro de los problemas por parte de los actores públicos, debido a que es en esta fase donde los problemas pueden ser tomados en cuenta por parte de los actores decisivos del sistema político administrativo. El cuestionamiento que la conduce es: ¿Cuáles son los factores que han llevado al Gobierno a actuar ante el problema?

- 3) **Fase de la formulación y decisión del programa de la política:** Esta fase presenta una definición del modelo casual por parte de los actores públicos, en medio de la cual los actores sociales tratan de influir en un mayor o menor grado según sus intereses. y de modo posterior, el forjamiento de un programa de actuación político-administrativo que se oriente a la resolución del problema en cuestión.
- 4) **Fase de la implementación de la política:** En esta fase se enfrentan los actores dando cabida a las acciones de los agentes administrativos a cargo de la implementación. La interrogante que lo conduce es: ¿Se han aplicado las decisiones del Gobierno y del Parlamento?
- 5) **Fase de evaluación de la política:** La finalidad de esta fase se orienta a determinar si los resultados y los efectos de dicha política cumplen en tres sentidos: pertinencia de lo realizado respecto al problema inicial, eficacia y eficiencia. La interrogante que lo conduce es: ¿Cuáles han sido los efectos directos e indirectos de la política?

El presente estudio se encuentra situado al interior de las tres primeras fases del ciclo, es decir: fase de surgimiento y percepción de los problemas, fase de incorporación a la agenda política y fase de la formulación y decisión del programa de la política. Ello, en función del cumplimiento del objetivo central que conduce a esta investigación, poniendo énfasis en el rol de los actores al iniciar este proceso, en los factores que conducen a que el problema sea parte de la agenda y en las soluciones propuestas y aceptadas. En lo que sigue se analizan en detalle cada una de las fases de análisis.

### **3. Primera Fase: Agenda pública. El rol de los actores y recursos institucionales en la toma de decisiones**

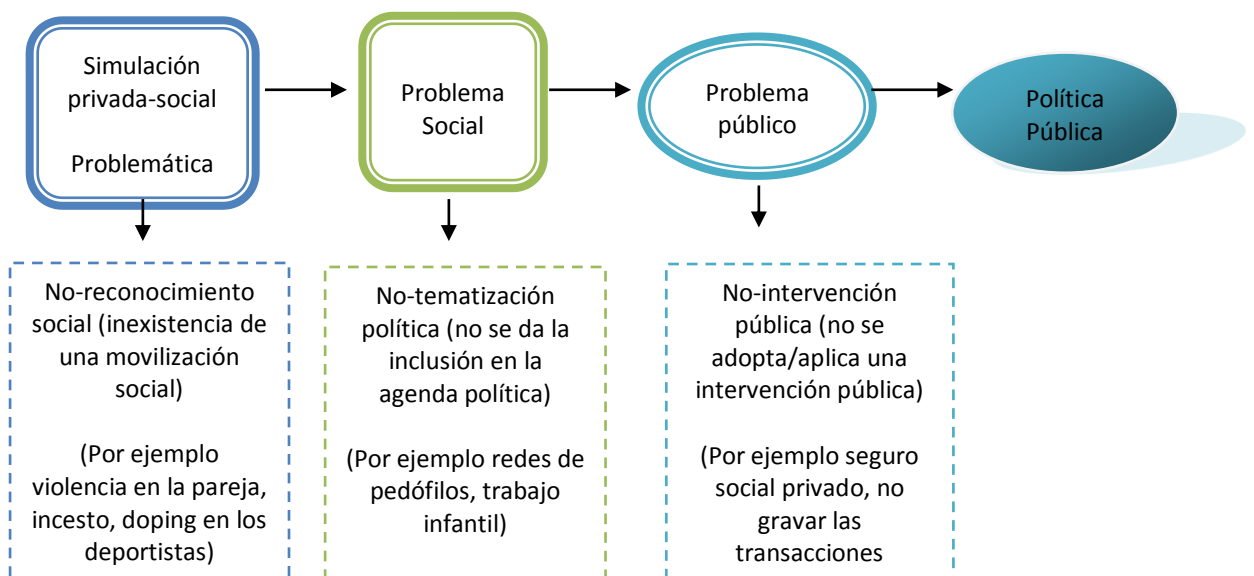
Un elemento central y constituyente de las políticas públicas es sin duda la Agenda pública, debido a que es en su interior donde se inscriben los problemas sociales. La sociedad manifiesta la necesidad de visibilizar

factores sociales que se constituyen en la agenda pública y al ser considerados y abordados, se da inicio al ciclo de las políticas públicas. Por esta razón, se entiende que la definición del problema genera la política pública. (Subirats, 2008, p.34).

Al interior de la definición previa e inicial, que ya hemos proporcionado de agenda pública, situaremos teóricamente en nuestro estudio por qué esta decisión radica en la consideración de la agenda pública como elemento fundamental a la problemática social y al proceso que incurre a dicha categoría. Sin embargo, el problema social o la problemática que se incluye en la agenda pública, presenta una serie de requisitos previos para constituirse como problema y ser considerado al interior de la agenda.

El diagrama N°2 expone el proceso en que incurren los problemas para ser incluidos en la agenda, donde se da inicio para que se desarrolle la política pública. Para ello es requisito fundamental que el problema haya sido políticamente definido, es decir, hablar de problema público solo cuando sea juzgado políticamente y sea objeto de debate político.

**DIAGRAMA N°2** Proceso de definición de un problema público y sus posibles obstáculos



(Fuente: Subirats, Knoepfe, Larrue, Varonne, 2008, p.131)

Esta parte del ciclo se inicia con la identificación de un problema social, el que debe ser tematizado y luego transformado en problema público a ser incluido en la agenda. Comienza cuando irrumpe una situación social determinada, la cual penetra el contexto de lo privado convirtiéndose en problema social, para luego ser transformado en un problema público y posteriormente en una política pública (Subirats, 2008). Así, la incorporación



de una cierta temática como parte de una política pública requiere de un proceso previo: haber sido socialmente problematizada y políticamente visibilizada.

Esto puede darse de dos modos: desde arriba (Top-Down), es decir, por iniciativa presidencial/técnicos o desde abajo (Bottom-Up), a través de demandas de movimientos sociales. Por tanto, la agenda setting es el proceso mediante el cual distintas problemáticas se visibilizan en el espacio público llamando (o perdiendo) el interés y preocupación, tanto de las autoridades de gobierno como de la ciudadanía. Puesto así, las problemáticas no existen por sí mismas, sólo adquieren realidad y pueden formar parte de la agenda en la medida que son experimentadas por los sujetos.

Aquí, un aspecto clave es el poder. La visibilización de un problema y su incorporación a la agenda es una construcción que resulta del conjunto de las luchas que los actores sociales y políticos liberan para imponer una lectura de un problema que sea la más ventajosa posible para sus intereses, entendidos en un sentido amplio. (Roth, 2002: 58).

La mirada propuesta por Subirats y otros, (2008) sobre agenda pública será nuestra mirada conducente. Incluyendo nociones de esta categoría desde distintos nichos teóricos. En este alero encontramos la noción expuesta por Tamayo y compilada por Bañon y Carillo (1997), la que sitúa su énfasis en la priorización de los problemas, siendo este el origen primordial para la conformación de la agenda, de modo que presenta un distanciamiento teórico frente al planteamiento de Subirats como agenda pública.

La constitución de la agenda pública desde la visión de Tamayo, compilada por Bañon y Carillo (1997), lleva a la consideración de dos agendas en su interior, cuyo complemento da origen a la constitución de la agenda pública y a su diseño.

Para estos autores los problemas reciben atención por parte de la administración pública, para luego pasar por un proceso de priorización el cual se encuentra en manos de los decisores públicos, siendo este proceso eje central para que éstos puedan constituirse como problemas públicos. Es decir, un problema para constituirse en problema público debe presentar una distinción de prioridad para establecerse como tal.

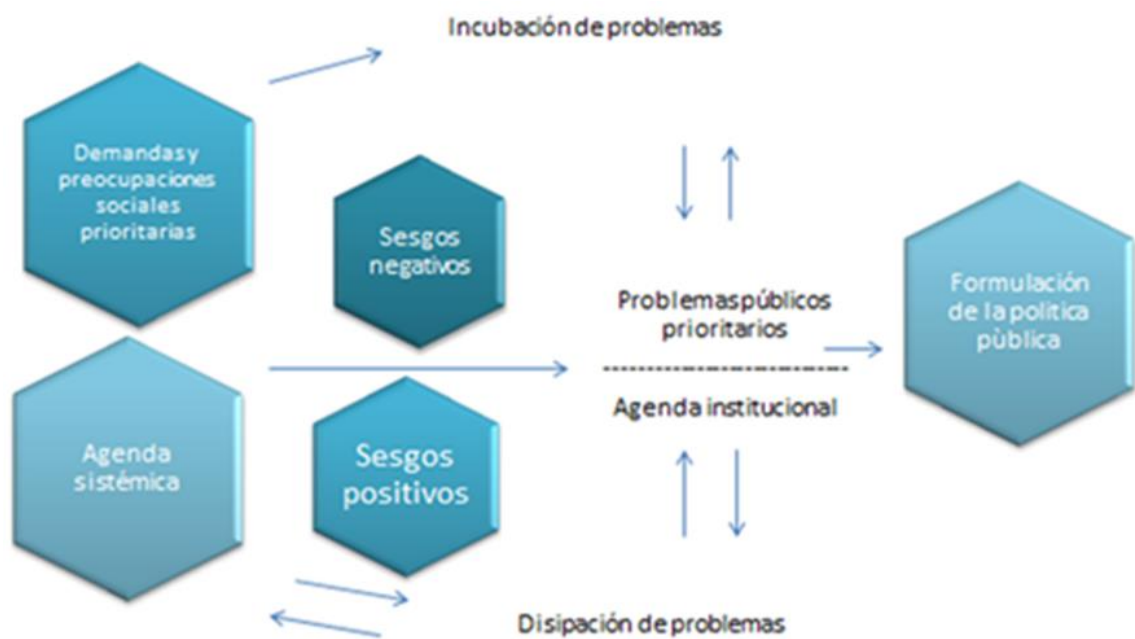
Una de los elementos principales para la constitución de la agenda pública es la *agenda* sistémica, la que en su interior alberga un conjunto de problemas que posee una sociedad en un momento específico, siendo nicho para que los decisores públicos extraigan determinados problemas. De esta manera, se conforma la *agenda* institucional o política escogiendo los problemas que los directivos públicos consideran prioritarios en un determinado momento.

Es al interior de dicho proceso que, tras la agenda sistémica, la disipación de problemas y la agenda institucional pueden acaecer sesgos que remiten a la fase del diseño de la agenda y retornan la disipación de problemas. Es decir, que algunos de los problemas que son parte de la agenda institucional pueden ingresar o salir de ella debido a motivos diversos, entre los cuales puede mencionarse: la pérdida del interés presentado por parte de los directivos respecto al problema, una indagación sin frutos respecto a los recursos para afrontarlo o, sencillamente, por la priorización de otros temas de mayor gravedad (Bañon y Carillo, 1997).

La formulación de un problema público no es, necesariamente, motivo determinante para que adopte un lugar al interior de la agenda pública y se transforme en una política pública. La constitución de los problemas en la agenda sistémica solo es un primer paso para que estos sean considerados como parte de la agenda institucional. Sin embargo, son los sesgos los que determinan su continuidad en el proceso o inclusión en la incubadora de problemas, es decir, que deban esperar el momento propicio para volver a ser priorizados e incluidos en la agenda institucional, (Bañon y Carrillo, 1997).

A continuación se presenta un diagrama explicativo de la formulación de un problema y su constitución en la agenda pública.

**DIAGRAMA N°3:** Formulación de un problema y su constitución en la agenda pública



(Bañon y Carillo, 1997, p.7)

De este modo se visualiza cómo la agenda pública puede ser conformada desde nociones distintas que la comprenden como un proceso paulatino. Este proceso es determinado por una serie de requisitos previos, ya sea por la importancia o preponderancia de un problema, contexto socio-político -al interior del cual se presenta el conflicto de intereses por parte de los actores, en pos de la inclusión de un problema en la agenda- y por la inferencia o presentación por parte del gobierno de un tema o problema en específico.

Los requisitos necesarios para la formación de la agenda pública son: la articulación de un problema público (demanda social), la existencia de actores precursores de este proceso y que el problema de paso a un impacto social en su constitución, el cual sea mediatizado en la formación de la política pública. Asimismo, en gran medida se necesita una explotación partidista que le de juego político a la resolución del problema dentro de la agenda pública, donde las reglas institucionales se generen a partir de la utilización de estas.

Coincidentemente con lo dicho hasta ahora por los autores revisados, Lahera (2000) aborda el concepto de la agenda pública desde la relación dialógica, pero también de tensión entre el gobierno y la oposición, incluyendo a su vez a la ciudadanía desde un grado menor de incidencia.

Aquí, la inclusión de un problema en la agenda pública debe ser definida como un problema político, con la condición de que previamente se haya instalado en la discusión social. Con ello y tal como señala Lahera (2000), la agenda pública se constituye como un juego de poder donde se construyen legitimidades e ilegitimidades y el ordenamiento de unos valores a otros, aunque sea de manera implícita.

Todo lo expuesto anteriormente, permite la constitución del terreno en el cual se defienden intereses, posturas e ideologías, tratando de que sean consideradas en el proceso en el cual se irán constituyendo las políticas públicas. Políticas que según el autor son un marco, una estructura procesal que permite la especificación de las intenciones u objetivos que se desprenden de la agenda pública. (Lahera, 2000, p.10).

Continuando con el análisis del concepto de agenda pública, el autor en cuestión menciona que esta incluye muchos puntos de vista, incluso contradictorios, los que podrían no tener cabida en el mismo programa. Sin embargo, es aquí donde se producen las negociaciones y los encuentros de los actores al interior de la agenda pública. Ello, adherido a que hay sectores sociales subrepresentados, mientras otros tienen una capacidad desproporcionada de representación de sus propios intereses. La participación es un bien que se distribuye de manera muy heterogénea. (Lahera, 2000, p.14).

Respecto a lo anterior y remitiendo a las diversas posturas de sectores sociales, subsectores y la negociación que se genera entre estos, al considerar la premisa de que no toda idea entra en la agenda, se torna fundamental la apertura de la ventana de oportunidades. Esto, debido a que su aprovechamiento repercutirá intensamente en la importancia del problema, cuya aceptación política será apremiante para el desarrollo de su solución. En ello, la consideración de la ventana de oportunidades nos remite a la constitución de la agenda pública que es definida y redefinida por las fuerzas políticas. Esto último, sin olvidar considerar la factibilidad técnica y una previsión de costos tolerables (Lahera, 2000).

#### 4. Segunda Fase: Programación y decisión en políticas públicas.

El cierre de las alternativas configura el escenario de discusión establecido alrededor de la política pública, dando origen a una segunda fase. Desde la mirada de Joan Subirats (2008), la configuración de esta segunda fase no sólo se instaure tras la definición de alternativas, sino también responde a cómo llevar a cabo o poner en práctica dicha política, incluyendo aquellos parámetros de actuación que deben ser implantados, considerando los acuerdos específicos para que determinen y aseguren una efectiva ejecución. (Subirats y otros, 2008).

Desde los criterios decisores, se articulan dos productos en esta segunda fase, el primero de ellos es el programa de actuación político-administrativo (PPA) y el segundo es el acuerdo (de actuación) político administrativo (APA). En el primer programa se establecen las bases jurídicas que sostienen a los objetivos, los instrumentos de intervención y también las modalidades de tipo operativa al interior de la acción pública; como a su vez decisiones en la organización administrativa y en el proceso que conlleva a la implementación de la política pública.

El segundo programa se estima la decisión tomada, es decir, el acuerdo propio establecido para la política pública. Cuando la identificación de estos dos productos, PPA y APA se realiza empíricamente se completa la fase de programación. Etapa que para Bañon y Carillo (1997), constituye una cuarta etapa al interior del ciclo de la política pública, respondiendo a quién es la población beneficiada, cuáles son los costos y si finalmente la política constituye un carácter necesario y posible de continuar.

Para estos autores esta fase de la política pública se encuentra constituida en cuatro perspectivas: la primera, definida como la implementación en la puesta en marcha, modelo top down; la segunda perspectiva, constituida por la implantación del proceso de interacción entre las condiciones iniciales y los resultados esperados; la tercera sería la implantación como ensamblaje; y finalmente, la cuarta perspectiva vendría siendo la implantación desde abajo, el modelo bottom-up.

Conforme a los objetivos comprendidos en este estudio, la noción sobre la cual se abordó esta segunda fase responde al primer momento de puesta en marcha conforme a un modelo top down. Es decir, esferas

separadas sin línea de contacto, en donde es la esfera administrativa quien decide la puesta en marcha que cuenta con una especialización absoluta de los papeles de los grupos y el decisor toma el protagonismo en la conformación de la política pública. De este modo, la administración que es una variable dependiente de la política, se configura bajo el modelo top down.

## 5. Decisiones en la fase de programación y decisión en las políticas públicas

Las decisiones en políticas públicas, en el programa de actuación político-administrativo (en adelante PPA), responden a un marco legal o principio de legalidad, desde el cual se incluye la participación de los parlamentos, los gobiernos y de aquellos organismos a cargo de la implementación y aplicación de la política pública. Este programa define en términos jurídicos el mandato político que los legisladores formulan para tratar de solventar o afrontar un problema público. (Subirats y otros, 2008, 152).

La constitución de este programa contiene normas jurídicas o también llamadas materia normativo, considerado en su interior a normas, orden general, objetivos, disposiciones organizacionales y procedimentales. Siendo esta una base para el análisis de las decisiones respectivas basadas en diversos documentos legales y reglamentarios, que acompañan el proceso de decisión y los cinco elementos que constituyen el programa de actuación político-administrativo. De estos cinco elementos, tres de ellos remiten a un carácter sustantivo (objetivos, elementos evaluativos y elementos operativos) y los otros dos elementos responden a un carácter institucional.

Basados en que el objetivo de los PPA es comprender desde una mirada normativa, sus cinco elementos constituyentes son:

- **Los objetivos:** Son parte de cada PPA, su determinación puede variar según la composición explícita que estos presenten. Su finalidad es permitir concebir la intervención pública en pos de las metas de una determinada política pública.

- **Los elementos evaluativos:** En el caso de los PPA con objetivos claramente definidos y concretos, fijando indicaciones respecto del tipo de datos que se desea obtener con la finalidad de determinar de modo exacto el nivel de cumplimiento de los objetivos.
- **Los elementos operativos:** Estos elementos poseen la habilidad de definir las modalidades de intervención con la finalidad de alcanzar los objetivos de una política pública. Adherido a esto, definen los grupos objetivos, determinan derechos y obligaciones que les sean directamente encargadas, considerando: el grado, tipo, amplitud y la calidad sin intervenciones públicas previstas.

Estos elementos poseen distintas vías por las cuales pueden concebir el cumplimiento de su finalidad, ellas son: la vía reguladora, basada en prohibiciones, en obligaciones o en la atribución de diversos derechos, pudiendo incluir sanciones en el caso de no respetarse; la vía incentivadora, la cual opera mediante transferencias financieras, en dos ámbitos, positivo y negativo. En el ámbito negativo puede ser en impuestos y en el ámbito positivo puede ser una subvención u otro elemento con logros redistributivos. También puede ser por medio de la provisión directa de bienes y servicios a la población, está posee la finalidad de facilitar la conducta prevista o esperada de los grupos-objetivos. (Subirats y otros, 2008).

- **Acuerdo de actuación político administrativo y recursos:** las disposiciones que acompañan al PPA establecen autoridades y servicios administrativos de carácter competente, destinando diversos recursos para poder concretar las nuevas actividades o también instancias de consultas. Para esto, la política pública requiere de la competencia de servicios de especialización, incluyendo diversos elementos técnicos, administrativos y financieros en pos del cumplimiento de los objetivos de la política pública.
- **Elementos procedimentales:** Bajo la base de respeto de las interacciones entre los distintos grupos, se establece una serie de estructuras que permiten manejar de buena manera las interacciones entre los grupos-objetivo, orientándolos hacia el cumplimiento de las disposiciones institucionales que enmarcan al PPA. Esto permite que los elementos procedimentales sean un garante de la transparencia

en la realización de los intercambios de información, de medios y de prestaciones financieras. Ya que por medio de esta composición, estos elementos adquieren valor en miras hacia la población y respecto a elementos evaluativos. Ello desde la visión conducente de este estudio a lo cual se añaden algunos componentes respecto al área decisional y de programación de las políticas públicas, desde la mirada de Bañon y Carrillo (1997).

Respecto al ámbito decisional, la propuesta de Bañon y Carrillo (1997) en la fase de programación o de implementación, considera a la decisión como un factor crítico de las políticas públicas; estableciendo desde diferentes perspectivas un bagaje conceptual, cuya meta es ayudar al decisor a seguir el modelo racional de adopción de decisiones, con la finalidad de transformar cualquier decisión en una decisión programable. (Bañon y Carrillo, 1997, p.14).

Desde la comprensión de lo anterior, se instaura una idea subyacente en que si la decisión no se cumple, es porque no se conoce o porque los sistemas de control a disposición de los directivos son insuficientes para asegurar el cumplimiento de sus decisiones. (Bañon y Carrillo, 1997, p.14). Lo que determina que las consideraciones en función de la programación se tornen débiles, no pudiendo cumplir con el objetivo de la política pública *per se*.

## **6. Actores, recursos institucionales movilizados y coacciones**

Mediante este proceso existe la construcción formal de la discusión legislativa de la política pública, la cual está vinculada a partir de la agenda pública en función de los recursos movilizados por actores e instituciones. Este proceso se manifiesta a través de dos bases: legal y reglamentaria (Subirats, 2008).

La movilización de los recursos se manifiesta a partir de los diferentes actores y las diversas coaliciones, mediante las coacciones generadas e influencias que se depositan en el sistema de discusión e intercambios entre PPA y APA, definidas en función de las reglas institucionales y el sistema administrativo político movilizador de recursos.



Las interacciones constituyen el entorno social por donde confluyen los idearios de confección y resolución de la política pública, según objetivos y medios afines entre actores; politizados, burocráticos, ideológicos, coyunturales y recursos destinados para este proceso; económicos, políticos, de gestión, infraestructurales y de derecho.

Al comprender la diversidad de enfoques que circunscriben las políticas públicas, es que también esta característica es permeada en su concepción de actor. Es decir, de quienes participan en el proceso de las políticas públicas en cualquiera de sus etapas y poseen relevancia en la realización de dicho proceso.

Estos actores pueden ser un individuo, varios individuos, una persona jurídica o incluso un grupo social. Hemos de hacer hincapié, sin embargo, en que la condicionante para que un individuo o individuos puedan ser considerados como actores es la homogeneidad, prescindiendo de divisiones que puedan ser caóticas. En otras palabras, la conformación de actor por uno o por unos individuos tiene que darse en concordancia de ideales, de intereses y de pensamientos en común, de modo que cohesionen al grupo constituyéndolo como actor.

Para poseer una comprensión referente a la noción de actor, es sumamente necesario remitir la *acción social* que hay en ello y, por supuesto, su componente mínimo, lo que nos lleva al «acto elemental que significa la búsqueda de un objetivo por parte de un actor determinado haciendo alusión a un estado futuro y el cual se persigue a través de medios para conseguir su finalidad (Subirats y otros, 2008).

Cuestionamientos pertinentes respecto al concepto de actor refieren a: ¿En qué momento el actor es constituido como tal? ¿Desde qué momento los individuos, los grupos sociales las personas jurídicas, pueden ser considerados como actores? La respuesta a estas interrogantes suele ser dirigida erróneamente, vinculándose a los acontecimientos, a sus intereses o a su concientización en el proceso. Sin embargo, lo que constituye al actor como tal es el hecho de que este es perteneciente a un campo social que resulta adecuado para el análisis, convirtiéndose en el nicho preciso que lo determina por el hecho de contribuir en el campo que se ha desarrollado o que le compete.

El campo social, entendido desde el planteamiento de Pierre Bourdieu (1998), al determinarlo desde la configuración de un capital, está asociado a recursos que poseen una estructura en la cual están conformados entre sí. El campo social está definido es un sistema estructurado de relaciones de fuerza entre estas posiciones. (Bourdieu, 1998).

El actor, desde la concepción de Subirats (2008), nos presenta una gran amplitud en aquello que es considerado bajo esta noción. Permitiendo una bisagra entre la teoría y lo práctico, ello respecto de su capital social, entendido como el conjunto de recursos actuales y potenciales conectores a una red social; no referido a las personas, sino a las interacciones entre estas, que son en base al capital. (Bourdieu, 1998).

Se considera de este modo a aquellos actores que pueden ser actores en potencia, lo cual proporciona una ventaja comparativa porque esta noción permite una valoración de actores que puedan ir tomando un curso de mayor relevancia, sean estos públicos o privados. Los actores pueden ser presentados de modo activo o inactivo, por lo cual, no necesariamente pueden ser visibilizados en todas las etapas. (Subirats, Knoepfe, Larrue, Varonne, 2008).

Uno de los riesgos que pueden acontecer, es el no tener en consideración a todos los actores partícipes del proceso, proporcionando sesgos que analíticamente pueden llegar a ser inexplicables según el comportamiento de ellos en el proceso de la política pública. Empero, este no es el único riesgo en el que se puede incurrir. La no consideración de todos los actores puede ser una acción estratégica por parte del actor, supliendo la acción por una restricción respecto al área decisional.

Esta no acción, puede ser reflejo de una importante capacidad de movilizar recursos, construir coaliciones y muchos otros factores que pueden darse en favor de este actor. La no consideración, sólo establece la carencia de un elemento fundamental en la constitución del proceso o del ciclo de la política pública.

La concepción de actor de Aguilar (2008), finalmente, remite a tres grandes tipos de actores, los que interactúan en el denominado “triángulo de

actores”, en donde quienes participan son, por una parte, los actores de carácter público, los cuales serán inscritos como actores político-administrativos. En otra arista se encuentran los actores privados/grupos objetivos o quienes causan el problema (afectados) y frente a ella, los beneficiarios finales o quienes padecen de los efectos negativos del problema.

Como ya hemos hecho mención, la noción de actor en políticas públicas posee diversas miradas. Desde esta premisa inscribiremos otras visiones respecto a este concepto, las que se presentan a continuación.

Para Bañon y Carillo (1997), compiladores de Tamayo, el concepto de actor es desarrollado en la fase de la definición de los problemas públicos, en cuyo lugar toma cierta relevancia, entendida en la inscripción de que “los problemas no existen, sino que son contruidos, definidos subjetiva e interesadamente por un observador” (Bañon y Carillo, 1997, p. 5).

Al interior de este alero, los actores son vistos como elemento fundamental frente al problema, teniendo en consideración el lugar en el cual se sitúan y sobre todo como visualizan la problemática, como presentan y exponen sus intereses y los valores que adscriben a su composición.

Desde esta perspectiva es posible distinguir una relación dialógica entre el concepto de actor y la definición del problema público, respecto del rol que los gestores presentan en dicha etapa. El motivo de ello radica en la postura que estos deben involucrar en su visión del problema, siendo conscientes de que su visión no es la única y se debe, por ende, tomar en consideración la posición de otros actores, cuestionándose cómo entienden el problema estos últimos. Esto con la centralidad de incorporar, entonces, en la definición de la perspectiva frente al problema, el enfoque que poseen los actores políticos como los actores estratégicos.

Es justamente aquí en donde los decisores públicos deben ser conscientes de los sesgos con los que se pueden encontrar en el proceso de las políticas públicas, no sólo los de los demás actores, sino también los propios, eliminándoles hasta donde sea posible, siempre cuando existan las facultades y las disposiciones para ejercer dicha labor.

Es en torno a la relación dialógica expuesta con anterioridad, (en la cual los actores están en la fase de la definición del problema, cuyo nexo emerge con los decisores públicos), que se va encarnando de cierto modo el rol que les compete a los actores frente a las etapas por venir de la política pública. Debido a que los actores según Bañon y Carillo (1997) sólo presentan una relevancia central en la definición del problema. Sin embargo, la preponderancia de los actores es mayormente relevante en dichas etapas y no deja de presentarse y de exponerse a lo largo de la política pública en sí.

La primera de estas perspectivas refiere a los policy maker en las organizaciones públicas y a la perspectiva del analista, como agente enriquecedor del universo de información que se pone a disposición de los directivos para que puedan tener un criterio en la decisión, en cualquiera de las fases de la política pública (Bañon y Carillo, 1997). El traslado de actores a decisores públicos, en esta visión, es transmitido por la definición del problema y la expresión del entendimiento y concientización de estos últimos respecto a los actores.

Es aquí donde radica el motivo por el cual la mirada en la que se centra esta tesis anhela poseer un enfoque más amplio respecto a los actores, adoptando la postura que Subirats (2008) proporciona; evitando así encontrarse con los diversos sesgos que se presentan al interior de esta perspectiva. El motivo central emerge, entonces, desde el conocimiento acabado de los actores, sus recursos, sus intereses y todo aquello que lo conforma.

Se considera de suma relevancia el poder extraer la mirada específica que estos autores presentan respecto a la fase de la definición de los problemas y el énfasis que estos establecen respecto a qué es lo que entienden los actores, intereses y valores respecto a un determinado problema en vías de política pública.

Por otra parte, los recursos serán entendidos desde la raíz que los compone, vale decir, los valores e intereses que los actores, tanto públicos como privados, establezcan como importantes para el despliegue de su participación en las diversas etapas de las políticas públicas.

Los recursos que poseen los actores serán distintos debido a su capacidad de movilizar y el papel que estos presenten en la política pública. Por lo que cada actor dispone de ciertos recursos, los que pueden diferir de forma consistente respecto a otros actores. Pese a ello, los recursos de los distintos actores se van encontrando en la arena decisional y en la conformación de la política en sus distintas fases.

La utilización de los recursos por parte de los actores en la política pública, poseen una gran influencia sobre efectos y resultados en el proceso cíclico de esta. Antes incluso que se haya realizado el primer esquema de intervención, el funcionario, el político y los actores privados, deberán pensar y afrontar cómo llevar a cabo ese proceso y cuáles serán «las condiciones de producción» de la acción pública prevista. (Subirats y otros, 2008). Los recursos, por su gran efecto en las políticas públicas, deben ser considerados como decisiones políticas en torno a su distribución y gestión, afectados por los flujos que presentan las decisiones.

**DIAGRAMA N°4** Gestión y tipos de recursos



(Visión de conjunto de los diferentes recursos de políticas públicas, Knoepfle, Larrue, Varonne, 2001, p.71)

Los recursos pueden ser intercambiados entre los actores, de modo que por medio de esta acción consigan lograr los objetivos que ellos persiguen. La información es un recurso útil en medio de la política pública como movilización de recursos. Puede ser de carácter privado, pero puede verse transformada si esta ha sido puesta a disposición de todos los actores, tornándose así en información pública (Subirats y otros, 2008).

Respecto a dicha consideración es que será centrado el estudio: se establecerán e identificarán recursos, así como la movilización, intercambios y tipos de éstos, los que se encuentran repartidos de manera desigual entre los actores participantes en las diversas etapas del ciclo de una política pública, a pesar de que, en su mayoría, dado su carácter de bienes públicos, puedan ser accesibles a todos.

## **7. Breve caracterización de la política a evaluar: el caso del AUGE/ GES**

El GES como ley del Estado de Chile, y tomando como referencia el ciclo de las políticas públicas, se define a partir de las garantías universales de acceso en salud que la población chilena demanda;

“establece una institucionalidad respecto de su desarrollo e implementación, y plantea la necesidad de desarrollar un proceso de priorización cuyas variables y mecanismos serían definidos por un reglamento ad hoc” (Ministerio de Salud, 2012).

Esta ley apunta la constitución de objetivos que la reforma debería tomar a partir del discurso público y de los intereses propuestos dentro de la idea de legislar. Mediante la generación de una comisión técnica, mandatada por el presidente de la república Don Ricardo Lagos Escobar, es que se pone a disposición del doctor Hernán Sandoval Orellana la secretaría ejecutiva de la comisión AUGE el año 2000, para que fuera diseñada la política pública e ingresada al congreso nacional para ser legislada y posteriormente promulgada. Los objetivos fueron claros:

- ✓ “Mejorar los logros sanitarios alcanzados en el Siglo XX
- ✓ Disminuir la inequidad en Salud
- ✓ Enfrentar los nuevos desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios ocurridos en la sociedad chilena
- ✓ Proveer servicios a la altura de las expectativas de la población (Ministerio de Salud, 2012)

El 13 de agosto del año 2003 se publica en el diario oficial la ley N° 19.888, posteriormente el día 24 de febrero de 2004 se publicaría oficialmente la ley N° 19.937 de autoridad sanitaria y gestión, para lograr finalmente la publicación de la ley N° 19.966 del Régimen de Garantías Explícitas en Salud el día 3 de septiembre de 2004. Posteriormente el parlamento iría aprobando la ley N° 20.015 sobre Instituciones de Salud Previsional, para finalizar en diciembre de 2011 la aprobación de la ley de derechos y deberes de las personas en Salud.

Los actores que intervinieron en este proceso fueron el presidente de la república, la comisión interministerial, el parlamento, la clase política en general, gremios de la salud y la ciudadanía frente a la necesidad de encontrar un fin en sí mismo al término de cada una de las leyes que la reforma a la salud del siglo XXI requería.

El plan AUGE en su inicio obedeció a la protocolización de doce enfermedades catastróficas, que fueron definidas a partir de:

1. Considerar el envejecimiento progresivo de la población, que involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica;
2. Enfrentar las desigualdades en la situación de salud de la población, que se traducen en una brecha sanitaria existente entre los grupos de población de distinto nivel socioeconómico.
3. Responder adecuadamente a las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, continuamente señalado como un elemento de insatisfacción para la sociedad chilena.
4. Resolver los problemas de salud pendientes y mantener los logros sanitarios alcanzados.

(Bastías, 2007, p.52)

Asimismo, se determinó que a partir de este sistema de prestaciones públicas y privadas, se considerarían garantías legales en función de proteger el gasto en salud de las personas. Eliminando el cheque en garantía y nivelando los costos incrementales de la atención privada, con aporte del Estado, a partir de la cotización de AUGE en Isapres.

## 8. Hipótesis sustantivas

### Hipótesis 1

La identificación de los actores partícipes de la discusión que fue conformando y que a su vez inscribió al AUGE como la alternativa de solución, se genera producto de la relación entre los distintos intereses y grupos de presión. Manifestando desafíos institucionales por medio de alianzas conformadas entre los propios actores en función de una discusión de priorización del rol del Estado y la priorización del rol privado.

### Hipótesis 2:

La conformación del AUGE/GES como política pública presenta sus inicios en una conformación top down, exponiendo una política pública llevada de modo presidencialista en su constitución como alternativa en pos de su constitución como ley.

### Hipótesis 3:

El AUGE/GES se presenta como alternativa de política pública, manifestando una visión de salud público-privada, de acuerdo a un plan de desarrollo social y político de actores relevantes de la salud. Siendo, desde la conformación de estos mismos, la razón de su constitución como la alternativa.

### Hipótesis 4:

Frente a la Reforma Sanitaria de Salud, el declive del pilar solidario fue resultado del proceso de contraste entre las soluciones ideales y los medios disponibles.



## Capítulo III: Marco Metodológico

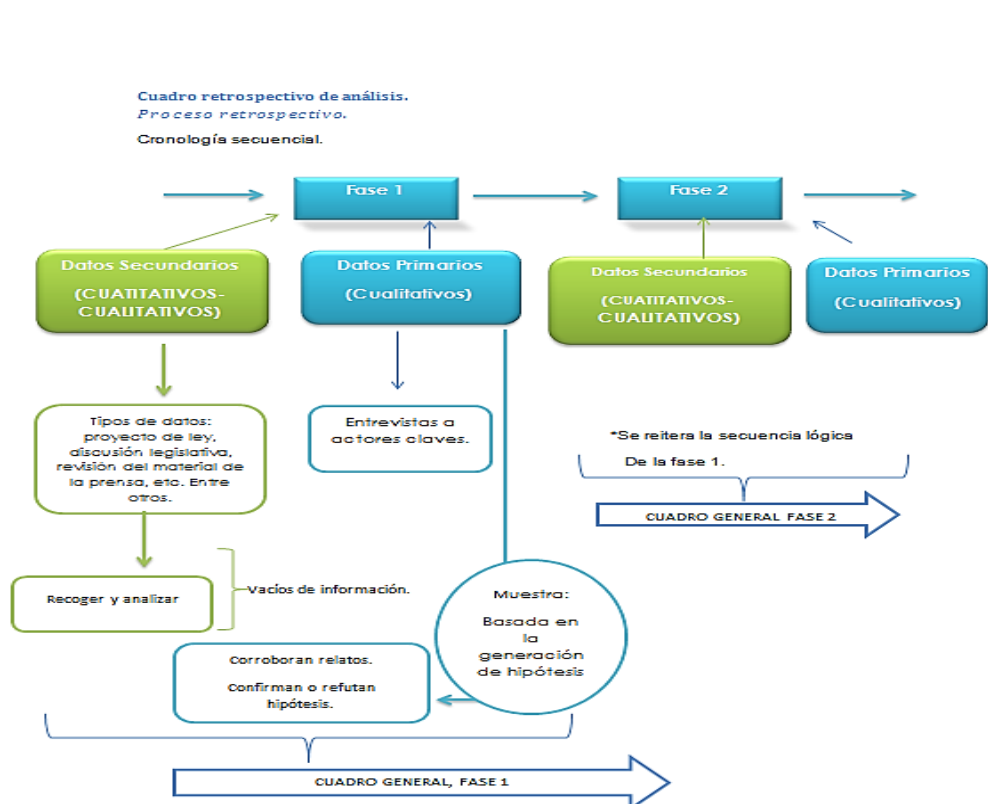
### 1. Caracterización General del Diseño

Esta investigación tuvo por objetivo general caracterizar, describir y comprender, el proceso de constitución del AUGE/GES como política pública. En vista que dicha reforma cuenta con 11 años de funcionamiento, se trató de reconstruir de manera retrospectiva dicho proceso, considerando los elementos descritos en el marco conceptual, es decir, concibiendo el proceso que dio origen a dicha política como una interacción repetida entre distintos actores, con distintos intereses que movilizan recursos y que enfrentan coacciones institucionales a lo largo del ciclo de la política pública.

No obstante, hay que recordar, que esta investigación se centró en dos momentos del ciclo, por una parte aquel que considera el surgimiento y percepción del problema y su incorporación a la agenda política y por otra parte, aquella fase de la formulación y decisión de la alternativa de solución y su propuesta como política.

Este proceso de reconstrucción exigía un diseño de carácter secuencial, deductivo en un ciclo de dos fases tal como se muestra en el siguiente esquema.

Diagrama N°5



El diseño se puede entender brevemente, de la siguiente manera. Con los conceptos e hipótesis desarrollados a partir del marco conceptual de esta investigación, se realizó una primera indagatoria, particularmente, de la información secundaria disponible (documentos programáticos, discusión parlamentaria, proyectos de ley, etc.). Una vez analizada dicha información, se procedió a revisar las hipótesis iniciales contrastándolas y/o puliéndolas y detectando además vacíos de información.

Habiendo pulido tales hipótesis y basadas en el proceso anterior, se confeccionó y se aplicó una pauta de entrevista semi-estructurada a una serie de informantes, considerados actores claves en el proceso. Su selección resultó ser una combinación entre un muestreo teórico y por medio de bola de nieve, cuyos detalles serán analizados más adelante.

Tal como es posible apreciar, a pesar de que la presente investigación es de corte deductiva, al estar orientada por un marco conceptual como el descrito en los capítulos anteriores, el que proporcionó las hipótesis (de trabajo) iniciales y orientó la indagatoria, no responde a los cánones tradicionales de una investigación de este tipo. Esto debido a que su carácter secuencial permitió afinar tales hipótesis a lo largo de la investigación, en la medida que avanzó el estudio. Las conclusiones presentadas en esta investigación intentan reflejar dicha evolución surgida en el proceso sucesivo de triangulación de información

El cuadro retrospectivo, indica dos momentos de trabajo metodológico de nuestra investigación; tras la primera fase recolección y revisión de documentos, toma de notas de campo y la primera tanda de entrevistados (trabajando en paralelo), surgen tras la aplicación de este esquema nuevas hipótesis que abordaron el AUGE/GES como alternativa de política pública. Cada una de estas hipótesis dio cabida a una nueva revisión de documentos (muestreo teórico), dando paso a la ampliación del número de entrevistados (muestreo por bola de nieve) debido al descubrimiento de nuevos actores claves en dicho proceso, y contextos socio-políticos por investigar.

El trabajo de campo se realizó en cuatro oportunidades, generando sus respectivas hipótesis de trabajo tras la triangulación de información. Finalmente, se llegó a la saturación de información y corroboración de la última hipótesis generada.

Por último, la naturaleza de la pregunta, el material recopilado y el análisis efectuado sobre dicho material, ubican esta investigación en el campo de los estudios de carácter cualitativo: dicha metodología de investigación se emplea para comprender las circunstancias, momentos y la realidad que dieron cabida para la formulación del AUGE/GES como la alternativa de política pública, los actores participantes, las coacciones generadas y la movilización de recursos institucionales que se efectuaron en este proceso.

En las secciones que siguen ampliamos cada uno de los elementos del diseño descritos en esta breve caracterización.

## **2. Opción metodológica: Estudio Cualitativo**

Como ya fue explicitado, el enfoque metodológico que orientó esta investigación fue el cualitativo, en tanto éste era el único capaz de suministrar un posicionamiento clave para la pregunta de investigación. Se trató de comprender el proceso que originó el AUGE/GES como política pública, otorgando sentido e interpretando la situación social que comprendía a la salud chilena en dicho momento e identificando los determinantes sociales que la afectaban, como también, al propio sistema de salud, presentando la necesidad de una reforma al interior de éste.

Asimismo, dicho enfoque era el que permitía no tan sólo la identificación de quienes fueron los actores sociales principales, sino que a su vez, de los recursos movilizados por ellos, las coacciones institucionales que enfrentaron, sus ideologías, posturas y todo aquello que ocurrió alrededor de su configuración como actores sociales claves en el proceso.

La reconstrucción de dicho proceso buscó combinar la perspectiva de los actores involucrados con los documentos que fueron fruto de la interacción de dichos actores. El programa de gobierno del ex Presidente Ricardo Lagos plasmó un conjunto de iniciativas legislativas, resoluciones, reglamentos, entre otros, el cual fue originado a partir de acuerdos políticos llevados a cabo en determinadas coyunturas por las que atravesaron distintos actores. Muchos de ellos enfrentados entre sí en el juego político.

De allí entonces la necesidad de recurrir a la perspectiva de dichos actores a través de su relato vivencial de lo que fueron tales acuerdos y el escenario socio-político que los rodeó. Mediante este escenario se pudieron establecer cuáles fueron las razones por las cuales el AUGE/GES terminó siendo lo que hoy conocemos. En donde se desarrolla el estudio, acotando al sujeto social como estudio de caso y fundamentando el muestreo pertinente.

### 3. Operacionalización: Temas Generadores

Los temas generadores de la presente investigación y que orientaron la indagatoria fueron los siguientes

Agenda pública – Rol de los actores – recursos institucionales – sistema de salud.

- La Agenda pública, es uno de los temas generadores primordiales, debido a que es en ella donde se circunscriben las demás temáticas. Esto posee justificación, en que la agenda pública es el momento socio-temporal estricto que se desea estudiar, anidando en su interior la conformación del GES como política pública y todo el proceso que este ha debido incurrir, para ser considerado como tema país y por supuesto, como la alternativa de solución en acceso a la salud. Se consideran dentro de este proceso los siguientes elementos:
  - ❖ Actores precursores del proceso
  - ❖ Grado de articulación de la demanda social
  - ❖ Impacto social del problema
  - ❖ Existencia de un conflicto mediatizado
  - ❖ Explotación partidista
  - ❖ Principales reglas institucionales
  
- El rol de los actores como tema generador, va pronunciándose en la medida en que el estudio se concentra en las posturas de ellos. Por ello interesó conocer, entre otros aspectos: ¿Quiénes fueron los que participaron de dicho proceso? ¿Quiénes se opusieron a él? ¿Qué ideologías defendieron? ¿Cuáles fueron sus posturas? Todo aquello, respecto a cómo se fue pensando el GES, qué respuesta o qué

planteamientos perseguía y por supuesto frente a qué problemática de salud o social intentaba brindar contestación.

- Los recursos institucionales exponen su función como tema generador, en relación con los actores, es decir, son referentes a los desafíos institucionales y a aquello que debió acaecer (un proceso o aquel elemento que debió ser modificado), para que la finalidad que persiguen los actores sea dada.

Los recursos institucionales se establecen a partir de la relación de intercambio entre los actores. Relaciones que pueden darse según cada uno busca su propio beneficio y en ocasiones el beneficio mutuo. Caracterizados en:

- ❖ Recursos de fuerza
- ❖ Recurso de derecho (jurídicos)
- ❖ Recursos personales (R.R.H.H)
- ❖ Recursos organizacionales
- ❖ Recursos económicos
- ❖ Recursos de infraestructura
- ❖ Recursos cronológicos (tiempo)
- ❖ Recursos de información
- ❖ Recursos políticos

Sus implicancias también son referentes a cambios en la realidad legal, presentando la necesidad de reformular minutas o de la reformulación de un acto que ya viene dado. Son los medios que están al alcance y con los que cuentan los actores para alcanzar los propósitos o fines buscados y por ende defender sus posiciones, correlaciones a los objetivos, a los instrumentos y a los procesos de elaboración de una intervención pública

- El Sistema de Salud es el terreno estructural en el que transcurre la instalación del AUGE/GES y en el que se instala la reforma.

#### 4. Fuentes de información y técnica de recolección de la información

Este estudio recurrió tanto a fuentes de información secundaria como primaria de forma de poder reconstruir el universo socio-espacial que contextualizó la discusión del GES/AUGE antes de su promulgación como política pública.

Las fuentes secundarias de información contemplaron, entre otros, documentos periodísticos, discusión parlamentaria en actas del congreso, proyecto de ley, prensa escrita y digital, etc., (anexo 18). Con dicho material, se elaboraron fichas que ordenaron la información necesaria para la discusión entre las investigadoras, tendientes a construir un relato empírico que permitiera comprender la gestación del AUGE/GES.

Las fuentes primarias de información fueron entrevistas semi-estructuradas a actores que participaron en las distintas fases de la política de análisis. Éstas estuvieron orientadas a conocer la construcción discursiva de variados actores que incurrieron en la planificación y promulgación del GES como política pública. Estos actores, previamente seleccionados, fueron entrevistados de acuerdo a los requerimientos de la investigación en el marco de las fases ya descritas en el diseño.

La entrevista semi-estructurada está orientada a una exploración en el universo simbólico y cultural del entrevistado, accediendo al sentido que éste le atribuye a los sucesos que le toca vivir y enfrentar; en este caso particular, su participación directa o indirecta en algunas de las fases de estudio del AUGE/GES. Se espera que en este caso la entrevista permita comprender: cuál fue el diagnóstico que lo originó; que actores participaron en él; cómo fue tematizado en la agenda pública y si surgió desde arriba o abajo este proceso político; los recursos movilizados por los actores; las coacciones institucionales que enfrentaron y las ventanas de oportunidades que surgieron para destrabar la negociación parlamentaria, entre otros.

Si bien -a diferencia de las entrevistas en profundidad- las semi-estructuradas están organizadas a través de preguntas previamente sometidas a prueba y predeterminadas, las que en este caso fueron pauteadas en un cuestionario. Se buscó que el entrevistado elabore la respuesta con sus propias palabras, en su propio lenguaje, explicando detalladamente aquello a lo cual se refiere, sin que ésta sea guiada por el investigador o limitada por un número de alternativas de respuesta.

## 5. Muestreo

Las unidades de muestreo que comprendieron este estudio fueron divididas en dos:

a) Muestreo teórico: documentos que dieran cuenta del proceso tales como diarios de circulación nacional (Chile), actas legislativas, programas de gobiernos, informes públicos, revistas científicas e informes radiales en web.

b) Muestreo por bola de nieve: personas representantes de cada uno de los actores relevantes como ex ministros (Concertación- Alianza por Chile), senadores y diputados de la república, gremios de la salud, técnicos comisión AUGE (reformadora de la salud) y políticos.

Estos fueron descubiertos a medida que se fue realizando el trabajo de campo. Esta decisión fue abordada con la finalidad de reconstruir y comprender la conformación del AUGE/GES como política pública lo más verídico posible.

### Criterios de selección

a) Criterios de selección para documentos: la modalidad utilizada para la recolección de documentos contó con dos fases, la primera de ellas referida al proceso de inclusión del AUGE/GES en la agenda pública y la segunda a documentos que diesen cuenta del proceso de conformación y definición del AUGE/GES como política pública, referido hasta su constitución como ley.

El objetivo fue reunir documentos representativos de la mayor diversidad posible de participantes en la discusión, en ambas fases del análisis.

b) Entrevistas a actores relevantes: los criterios conducentes para la realización de las entrevistas estuvieron determinados por su participación en dicho proceso, con la finalidad de complementar y contrarrestar la información percibida desde los documentos revisados. Constituyendo así la muestra de esta investigación.

El tipo de muestreo que orientó a esta investigación fue de dos tipos, es decir, una mezcla entre el muestro teórico y el muestreo por bola de nieve.

**Muestreo teórico:** Orientó este estudio debido a la amplitud que este posee para la comprensión de un determinado objeto de estudio, tal como lo fue el AUGE/GES. Su utilización permitió considerar la mayor parte de las

perspectivas expuestas por cada actor relevante, respondiendo a un nivel de experto frente al proceso que pasó el AUGÉ para constituirse en una política pública.

La utilización de este muestreo también se justificó en el relato de las experiencias propias de cada entrevistado, quienes fueron entregando datos relevantes para el análisis (anexo 18)

**Muestreo por Bola de nieve:** El muestreo por bola de nieve se llevó a cabo por la alta complejidad de los entrevistados, para su contacto (ya sea por su carácter político o por su ocupación en labores técnicas de gran relevancia). En donde, tras el contacto con uno de los representantes de los actores claves dirigieron a las realizadoras de esta investigación a otros actores partícipes del proceso, esto hasta el punto de saturación de la muestra. Finalmente, la investigación contó con once entrevistas a actores relevantes y partícipes de dicho proceso, sin embargo y por motivos de audio sólo se pudo transcribir nueve de las once entrevistas realizadas.

## 6. Técnica de Análisis de los datos

Para el logro de esta investigación se determinó un análisis de contenido con la finalidad de aportar a lo expuesto anteriormente y a la fundamentación teórica y empírica de las categorías centrales a investigar; **agenda pública, rol de los actores, recursos institucionales, toma de decisiones, política pública y GES.**

El análisis constó de varias etapas, las que se describen a continuación.

La primera etapa consistió en la generación de una pauta de análisis. Esta pauta de análisis, construida sobre la base de la pauta de entrevista, tuvo por objetivo ordenar y clasificar la información obtenida por cada una de las entrevistas. En rigor, se trataba de reunir, por cada entrevistado, un conjunto de citas que dieran cuenta de los nodos temáticos o los tópicos.

Paralelamente a la etapa descrita en el párrafo anterior se realizó una lectura de cada una de las entrevistas. Cada entrevista fue leída, por cada una de las investigadoras antes de proceder a la clasificación y al ordenamiento del material en la grilla. La lectura tenía la doble finalidad de



clasificar las citas en la grilla y, al mismo tiempo, retener el contexto en que fue formulada la conversación.

En una segunda etapa, se procedió a realizar la clasificación de citas referidas a cada uno de los tópicos temáticos considerados en la pauta de análisis. En consecuencia, todas las entrevistas fueron revisadas y posteriormente, se procedió a clasificar el material. El criterio de clasificación fue la correspondencia entre la cita y el eje temático de la pauta, aun cuando haya aparecido a raíz de otras preguntas. Evidentemente, ello significó que en varios de los casos analizados, una cita pudiese servir para más de uno de los tópicos de análisis.

Sobre la base de lo efectuado en la etapa anterior, el tercer paso consistió en un análisis de la información propiamente tal. Para estos efectos, se construyeron categorías o códigos de análisis que dieran cuenta de las expresiones o significaciones que los entrevistados le otorgaban a aquello de lo cual trataban en su discurso y que permitiesen clasificar, en este caso, la postura del entrevistado frente al tópico.

La última etapa consistió en verificar si existía algún tipo de patrón entre las respuestas o los códigos expresados allí. En definitiva, se trataba de determinar si los códigos (unidades de sentido) que daban cuenta de la visión o el sentir y el pensar sobre el programa o los actores involucrados en algunas de las fases, eran consistentes entre sí y su relación con las diversas posiciones ideológicas que defendían, la discusión parlamentaria, la inscripción en la agenda o las resoluciones posteriores.

## 7. Criterios de Rigor

Criterios de rigor datos primarios:

- Notas de campo (fichas documentadas): poseen como objetivo la decodificación de información, con el fin de que el campo científico tenga noción del trabajo investigativo a nivel físico (espacios, posturas, pensamientos, etc.). Por esto plasmar datos recolectados es fundamental para el orden y coherencia pertinente, en caso de que

sea solicitada por algún otro investigador, o persona interesada en el tema.

- Métodos de triangulación de datos: La finalidad de este método fue determinar la congruencia entre los resultados, sus vertientes, formas y funciones, para dar cumplimiento y respuesta científica a las preguntas y objetivos de investigación.
- Uso de transcripciones textuales de las entrevistas para respaldar significados de las interpretaciones y unidades de sentido (uso de transcripciones en anexos).
- Discusión de interpretaciones, entre investigadores: generación de diálogo y escritos por parte de los investigadores, con el objetivo de plasmar las fuentes de información de cada uno en torno al desarrollo experimental de la investigación en curso.
- Retroalimentación de hallazgos científicos a los informantes: en caso que estos sean requeridos o solicitados, se puede generar esta instancia, aportando confianza y rigurosidad científica a la investigación.

#### Criterios de rigor para datos secundarios

- Para los datos secundarios abordados en el análisis, se consideró la objetividad al momento de la sustracción de estos, comprometiendo una no distorsión de la información, ello descartando cualquier tipo de riesgos para la información que alimenta a los datos secundarios.

## 8. Criterios Éticos

La construcción ética de este estudio está fundada en la responsabilidad investigativa ante la finalidad y utilidad que presenta dicho estudio para las ciencias sociales.

Resguardar la ética bajo el orden de la profesión investigativa es fundamental para formular una coherencia y solvencia en las formas de

concebir las preguntas, objetivos e hipótesis de trabajo en torno a la relación cronológica de una política pública.

La formación profesional desde la ética se funda, en esta investigación, desde las ciencias sociales, constituida bajo una relación dialéctica entre las prácticas individuales y colectivas de los sujetos en torno al estudio de la sociedad.

La ética, junto al rol del sociólogo como profesional dotado de herramientas investigativas, debe generar un análisis crítico que cumpla un rol social y por ende genere y aporte un conocimiento científico desde la construcción pública de la disciplina y profesión.

Para el cumplimiento de una finalidad y utilidad aplicable a la investigación en sociología hacia las ciencias sociales, se resguardarán los siguientes criterios:

- Informar a cada entrevistado de los objetivos que esta investigación busca desarrollar. Certificación con un consentimiento informado firmado por ambas partes: investigadoras e informantes claves.
- Proponer un trabajo serio y fidedigno en el campo de trabajo que esta investigación aportará.
- Resguardar la identidad en caso que el entrevistado así lo solicite.
- Generar actas que indiquen el trabajo realizado.
- Documentar la información pertinente y relevante.
- Utilizar la información recolectada con fines investigativos, y no desvirtuando las opiniones de nuestros entrevistados.

En conclusión, el aporte ético está vinculado mediante la coherencia y responsabilidad frente al ámbito científico de las ciencias sociales, aportando verosimilitud a la construcción empírica y teórica, pero también forjando redes institucionales en torno a las formas de trabajo que como investigadoras sociales se pretende plasmar en esta tesis, para obtener el grado de licenciadas en Sociología de la Universidad Católica Silva Henríquez.

## Capítulo IV: Hallazgos y Análisis

### 1. Fase de inclusión de un problema en la agenda pública

Si bien los entrevistados coinciden en que las razones que motivan el desarrollo del GES como política pública, gira en torno a la idea de introducir **equidad** en el área de la salud. Existen visiones distintas al respecto, las que no son necesariamente excluyentes entre sí.

Una primera visión postula que el AUGE fue la continuidad natural de un proceso de transformación mayor en el Estado chileno que ya se venía gestando en los gobiernos de la Concertación. Con el retorno de la democracia en Chile en el año 1990, retornan también las necesidades de reestructuraciones al interior del Estado. En ello y al igual que en otras iniciativas, en el resto de América latina, se inicia un proceso reformador en el que se vuelve a poner en la palestra una serie de ejes apremiantes como Educación, Salud, Seguridad social, entre otros.

El proceso reformador del Estado Chileno se inició con modificaciones en el ámbito de la educación, lo que tuvo lugar en el gobierno del ex presidente Patricio Aylwin, para ser continuado en el gobierno del ex presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle; quién tradujo el proceso reformador en el ámbito jurídico, de forma específica, en la reforma procesal penal, adherido a la extensión de la jornada escolar completa. Desde la continuidad del proceso reformador se vislumbró que el siguiente ámbito en ser transformado debía ser la salud, ello avalado en las inequidades que produjeron las modificaciones al sistema de salud en periodo de dictadura.

*“Entonces se toma la decisión que además hay que reconocer que se habían hecho ciertas otras reformas en los gobiernos anteriores, el gobierno de Aylwin había hecho reformas políticas, había iniciado reformas en el área de educación. Frei hizo toda la reforma de la infraestructura y la reforma del procesal penal, tenía como cierta lógica el tema de la salud; que por haber hecho las otras cosas, había quedado un poquito postergado”*

(Entrevista 3)

Frente a este planteamiento y considerando el periodo transcurrido con el retorno de la democracia, se comprendía que el sucesor del presidente Eduardo Frei debía considerar la salud como el siguiente ámbito en ser reformado. De esta forma se transformó en “el gran desafío” reformar el sistema de salud chileno, desafío que fue abordado por el Ex - Presidente

Ricardo Lagos, quien estableció en la reforma de salud el gran objetivo de su gobierno.

*“En Chile cuando se estaban discutiendo estas materias, se evalúa que en la dictadura se había hecho una reformulación del sistema sanitario chileno. En donde entre otras cosas se produjo el proceso de descentralización. Ahí fue la creación de los servicios de salud, se fomentó el desarrollo del mundo privado con el desarrollo de las Isapres y de todos los prestadores privados, se generaron algunas instancias como lo eran las SEREMIS y la descentralización del país”*

(Entrevista 3)

La segunda visión, no necesariamente contradictoria con la anterior, defendida por el doctor H. Sandoval (presidente de la comisión reforma a la salud), señala que el programa nace con objetivos precisos y acotados y no es concebido como parte del proceso de transformación del Estado. Según él se trata de generar una mayor equidad en salud en ciertos objetivos sanitarios a ser alcanzados como meta al año 2010.

*“Por qué se lo digo, porque nosotros basamos nuestro discurso para plantear el tema de reformar el sistema de salud en la equidad. Y nosotros planteamos desde el principio, de que en Chile, a pesar de tener un Servicio Nacional de Salud, a pesar de tener una de las coberturas más amplias de todo el continente en salud, o sea, en acceso a los servicios de salud, los diferenciales de esperanza de vida y de discapacidad eran enormes (...) siempre dábamos, y el presidente Lagos se lo aprendió de memoria y lo repetía siempre, que es inadmisibile que en un país como Chile tengamos que la mortalidad infantil en Vitacura sea de 2,7 y en Puerto Saavedra 41, que eran las cifras de mortalidad infantil de esas dos comunas respectivamente en el año 1999. Y Lagos lo repitió eso el pasado gobierno”.*

(Entrevista 1)

La reforma del sistema de salud fue un hecho que se planteó desde la candidatura, cuando Ricardo Lagos competía contra Joaquín Lavín por el cargo de presidente de la república; fue en dicho periodo que al presentar sus programas de gobiernos Ricardo Lagos expone a la salud como tema central al interior de su agenda presidencial, relevando la falta de acceso, la baja calidad y la escasa oportunidad de la población para contar con una salud digna. Una vez electo la reforma de salud pasó a ser una meta clara y fija a concretar.

*“La salud de su población es la mayor riqueza de un país. La desigualdad en el acceso a la salud es la peor de las injusticias del Chile actual. El país está hoy en condiciones de emprender una reforma integral del sistema de salud para asegurar que todas las personas y familias, independientemente de su nivel de ingresos, puedan acceder a una atención de salud satisfactoria. No se tendrá que recurrir a la caridad o al endeudamiento para recibir una atención*

*necesaria para enfrentar una enfermedad. Habrá atención garantizada para las enfermedades, incluidas las de alto costo, para todos los habitantes, poniendo fin a la siniestra institución de los "cheques en garantía". Este es el compromiso del gobierno de Ricardo Lagos*

(Programa de gobierno de Ricardo Lagos Escobar, p.10)

En razón de lo anterior, puede señalarse que la fase de la construcción social del problema y su inclusión en la agenda pública surge desde arriba hacia abajo (Top-Down), pues es puesta en el tapete en el marco de la competencia electoral y es parte de la oferta política que realiza la candidatura de Ricardo Lagos al país. Es desde allí, y no desde otro lugar, donde se presenta como una dimensión relevante de la equidad el acceso a la salud y los derechos y garantías sanitarias

*“Tienes que incorporar al AUGE dentro de una política mayor y es que el programa de Gobierno del presidente Lagos, entre sus paradigmas estaba construir una sociedad más igualitaria. A partir de ahí, hay un conjunto de políticas públicas que cuando llegamos a salud, es establecer un principio, que la salud es un derecho”*

(Entrevista 1)

## **2. Rol de actores en la fase de inclusión en la agenda pública**

Según H. Sandoval, presidente de la comisión de la reforma, todos los actores políticos y gremiales consideraban necesario ampliar los recursos para el sistema de salud. Sin embargo, dicha coincidencia ocultaba el hecho de que todos ellos perseguían fines u objetivos contrapuestos.

*“O sea, todos, de izquierda o de derecha, con la salvedad de que para los de izquierda había que darle más recursos al sistema público, y para los de derecha había que facilitar la afiliación a las Isapres, y que la gente tuviera un Voucher, o sea un bono del Estado que le permitiera afiliarse a la Isapre, ellos sí seguían creyendo en ese eslogan que decía: “Isapre para todos”, negando el rol que podría tener el seguro público.”*

(Entrevista 8)

En este sentido entonces, la reforma fue vista inicialmente bajo el prisma ideológico de los actores políticos y gremiales, revelándose posturas completamente disímiles sobre la reforma (Estatistas versus Liberales). Por un lado, estaban quienes desconfiaban que ésta introdujese elementos neoliberales al sistema de salud. Por el otro, quienes consideraban que no debía atentarse contra los pilares fundacionales del sistema mixto de salud introducido bajo la dictadura. En consecuencia, la reforma debió enfrentar

una fuerte oposición de distintos actores de un lado y el otro del espectro político y de los gremios de la salud.

*“(...) o sea, o uno era estatista porque quería darle más plata al sistema público. O uno era privatizador porque, y cuando uno no era ni uno ni lo otro, porque nosotros dijimos, mire a ver, el tema de más plata ¿para qué? Y el tema: A quién se le entregan las platas no puede ser resuelto sino definimos una cosa primera que es: Qué queremos hacer. Y, mi planteamiento, una reforma de salud no es reforma sino tiene como objetivo, no mejorar la gestión de los recursos, sino como objetivo mejorar la salud de la población.”*

*(Entrevista 8)*

En síntesis, la contienda electoral se transformó en una ventana de oportunidad para incluir en la agenda pública la necesidad de una reforma a la salud que asegurase un mínimo de prestaciones sanitarias con atención oportuna, mejorando con ello la equidad en el sector salud, cobrando dicha temática, así, una gran relevancia política y social.

Puesto así, los principales recursos movilizados fueron: organización, información y apoyo político. En el primer caso, sustentado por la misma coalición política que apoyó la campaña de Lagos, que supo estructurarse internamente, al menos en esta fase, para actuar de manera coherente y unificada, levantando la reforma como uno de los ejes de la campaña. En el segundo caso, promoviendo el debate público y publicitando los ejes de la reforma. En el tercero, aprovechando la coyuntura de una elección para otorgarle cierta legitimidad a la reforma basada en la deliberación colectiva y la soberanía popular.

El triunfo de Ricardo Lagos, permitió imponer en forma definitiva en la agenda la reforma, trasladando la disputa ideológica a la fase de construcción y definición del GES como política pública. Fase en la cual los distintos actores en disputa buscaron legitimar socialmente sus propias definiciones respecto de cuáles debían ser los ejes de la reforma.

### **3. Fase de construcción y definición del GES como política pública**

La creación de la reforma sanitaria estuvo comprendida en cinco proyectos, cuyo primer nicho fue los objetivos sanitarios, de forma de otorgar un marco que le diera legitimidad y preparase el terreno para el AUGE/GES como una segunda ventana de oportunidades. Ello permitió, la articulación

de la reforma de salud en función de las demandas sociales y políticas que se comenzaban a gestar a raíz de la instalación en la agenda del problema del acceso a la salud.

Así, con los cambios epidemiológicos y la definición de objetivos sanitarios (2000-2010), comenzó un periodo en el cual la salud fue visualizada como una problemática social, tomando paulatinamente relevancia e interés ciudadano, para luego convertirse en la política pública de salud y en su cara más visible hacia la población, el AUGÉ/GES.

*“En el año 2001-2000 por ahí, y uno de los cambios importantes son los cambios epidemiológicos y demográficos, que la población está envejeciendo, por lo tanto, aparecen con mayor frecuencias las enfermedades crónicas, la gente antes se moría antes de los 40 años”*

(Entrevista 6)

En la construcción de los objetivos sanitarios se comienza a albergar el tema y la percepción del problema de salud (impacto social) cuestionándose ¿qué hace que la necesidad de una reforma en salud sea requerida en aquel periodo?, es decir, la reestructuración que demandó el Estado no fue el único tema que impulsó la reforma, sino que también lo que se estaba comprendiendo por salud. La inclusión de enfermedades no transmisibles (ENT), la salud mental y otras patologías fueron manifestándose como parte de la necesidad de una mejor salud, pero a su vez, aquello que la población comprendía como salud:

*“El pensamiento hegemónico a la salud, cuyo imaginario colectivo es el acceso a la atención médica, no debe ser... no debe ser, que salud sea equivalente a sector salud. (Comisión de estudios de la reforma)”.*  
*“Países (Basado en estudios serios e integrales) con acceso de población general al sistema de salud, no garantizan la equidad en salud”. (Comisión de estudios de la Reforma)*

Con ello, la gestación del problema público de la salud, se da a través de una suerte de cuestionamiento al imaginario social sustentado por la población referente: ¿qué es a lo que llamamos salud? Es así, como se da comienzo a la segunda, en medio de la cual se buscó la respuesta de los poderes públicos y privados.

Dentro del ala privada del sector salud, hubo dos visiones que a partir de la explotación partidista intentaron orientar la legislación de la reforma



sanitaria. La primera de ellas, orientada en una noción privatizadora del sistema de salud, vislumbra mejoras al interior del sistema desde la recaudación, postura validada desde las ISAPRES, sectores políticos aliados (derecha) y una parte del colegio médico. La segunda, por actores privados que visualizan la reforma como una oportunidad de apoyo a la salud pública y su provisión estatal.

*“(...) democracia y la alternancia en el poder que hemos tenido de muchos, que tenemos visiones muy distintas sobre el destino final de estos sistemas, tenemos gente que sustenta las ISAPRES en donde les gustaría que tuvieran ISAPRES para todos subsidiados por el estado para financiar un plan de salud por ISAPRES con el lucro incluido, gente que impulsa eso y que hoy día está reflejado en lo que ha sido la conducción de este gobierno”.*

*“Hay otra visión que, Propone la idea de que aquí debe haber solo el Estado en salud y que ningún privado ni en la ISAPRES ni en las clínicas pudiese lucrar con la salud”.*

(Entrevista 2)

El escenario descrito, albergó distintas nociones que fueron conformando la disputa entre quienes ya comenzaban a visualizarse como actores relevantes frente a los decisores políticos de aquella época, tanto privados como públicos, pasando así de la inclusión en la agenda, a la formulación y decisión del programa de la política pública, mediante la Reforma Sanitaria al Sistema de Salud. Este escenario de disputa hizo que finalmente, el poder ejecutivo optara por subdividir la reforma en cinco proyectos de ley distintos.

*“La configuración de la Reforma Sanitaria al Sistema de Salud, no fue dada en un proyecto único sino que esta fue dividida en (5) proyectos que fueron: Ley de Derechos y Deberes, Financiamiento, Autoridad Sanitaria y Gestión (división de las subsecretarías), Ley de Isapres – subdividida en dos proyectos y el Régimen de Garantías en salud, cada uno de estos proyectos adheridos a objetivos declarados de la reforma en salud: “mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad”: reducir las desigualdades en salud y mejorar la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad.”*

(Bastías y Valdivia, 2007, p.1)

Este fue el contexto y el ambiente político en el que se fraguó la Reforma Sanitaria al Sistema de salud, pero para ello fue necesario que los decisores políticos, en este caso el Ex – Presidente Ricardo Lagos, tomara decisiones drásticas, con la finalidad de que el proceso de Reforma tuviera el rumbo requerido. Una de esas decisiones fue el cambio de Ministros, en

una primera instancia de la Ex Ministra de Salud Bachelet, por el Ex – Ministro de Salud Artaza, ambos relevados de sus cargos.

*“La experiencia internacional indica que si la máxima figura política de un país no se involucra en la reforma, la reforma no se aprueba, de hecho los ministros son fusibles, nosotros tuvimos que cambiar a dos ministros a Bachelet y a Artázar, finalmente con el tercer ministro la reforma salió adelante”. (Se refiere a Pedro García Aspillaga)*

(Entrevista 2)

Durante el mandato del ministro Garcia en el año 2003 se promulga la ley 19.966 “Régimen General de Garantías Explícitas en Salud”, hecho que desencadenó la constitución de los juegos de poder que enfrentó a una serie de actores que buscaban legitimar posiciones, usándolos como recursos en pos del ordenamiento de unos valores a otros (Lahera, 2000):

*“La reforma la aprobamos en cinco proyectos de ley, nosotros hicimos la estrategia de no juntar todo en una gran reforma, sino que separarlas y la batalla decisiva fue la reforma de autoridad sanitaria, esa fue la ley que creaba las dos subsecretarías, los hospitales auto gestionados, la superintendencia de salud (...)”*

(Entrevista 2)

El apoyo político fue un recurso obligado a utilizar, en el cual la división de la conformación de la reforma fue un eje absoluto para la constitución de la política pública. Al igual y en acuerdo con el rol ejercido por el Ex–Presidente Lagos, quien desarrolló una estructura procesual conducente para la optimización de la Reforma Sanitaria de Salud.

Finalmente, como política pública en salud el AUGE/GES, para su conformación, constituyó un proceso de construcción social mediante la representatividad e inclusión en la agenda pública, por medio de una serie de actores quienes fueron definiendo y redefiniendo dicho proceso, hasta la promulgación de la ley y de la conformación del proceso propiamente tal. No dejando atrás que dicha conformación es el resultado del proceso sufrido por la reforma entre los encuentros y desencuentros constantes entre aquellos sectores privados y públicos, pero también en la consideración de la ciudadanía.

#### 4. Rol de los actores en la fase de construcción y definición del GES como política pública

El escenario socio-político conformado por los decisores públicos y los planteamientos de los actores privados, dio inicio a la inclusión y estructuración de los distintos actores que participaron en la construcción del AUGE como política pública en salud.

La comisión reformadora de la salud fue la encargada de establecer cómo se haría la reforma en salud. Este grupo de siete u ocho personas, encabezado por el Dr. Hernán Sandoval, fueron los que orientaron todo el proceso conformador del AUGE/GES. Su noción y comprensión de qué es salud fue un eje determinante en la conformación del proceso reformador y de modo específico del AUGE/GES. El rol de la comisión reformadora de la salud fue primordial para poder llevar a cabo la reforma sanitaria, a pesar de tener que ejecutar una serie de negociaciones en las cuales tuvo que ceder.

Una de las modificaciones de mayor significado fue que en el proceso de esta Reforma, uno de los cinco proyectos que alimentaban- en términos económicos- al AUGE/GES fue derogado. Este fue uno de los principales temas generadores de disputas, es decir “la caída del Pilar Solidario”:

“El gran error nuestro fue haber cedido y no haber luchado más por el pilar solidario”. (Ex Director de FONASA – Ex Ministro de Salud 2008-2010) .

El Fondo Solidario estuvo fuertemente cuestionado por varios sectores involucrados en la tramitación de la ley. La institucionalidad abordada estuvo efectuada desde la capacidad de rechazar este artículo, mediante las negociaciones progresivas que se fueron dando en la ejecución e implementación del proyecto de ley en el congreso. Varios actores aducen que finalmente fue rechazado por conveniencia y con el objetivo principal de sacar adelante la ley de la República de Chile AUGE.

El fondo de compensación solidario aportaba a los cotizantes más vulnerables de FONASA, un financiamiento tripartito, en el cual los cotizantes aportarían el 7% de sus cotizaciones a un fondo común para la atención y financiamiento del sistema de salud. Distintos sectores políticos y médicos plantearon serios reparos en la promulgación de este apartado de la ley, que estaba vinculado hacia la construcción solidaria del sistema público de Chile.

Más que constitucionalidad esto tiene que ver con solidaridad. Espero que los parlamentarios que representan a las zonas más pobres, donde el grueso de la gente está en FONASA, estén a la altura de lo que esa gente quiere y pide. Esos diez millones piden solidaridad.

(Radio Cooperativa, Publicado: lunes 19 de abril de 2004)

En definitiva, el fondo solidario estuvo articulado desde la necesidad instrumental de aprobar finalmente la ley AUGE; significando una derrota en el gobierno, al plasmar y profundizar el discurso público en torno al sistema equitativo de repartición financiera de las prestaciones de salud en Chile.

Pero la centralidad del Pilar Solidario no fue dada de un momento a otro, sino que conformó una serie de disputas, en ello el rol de los actores fue primordial como tema generador. En lo que sigue se enumeran someramente los principales actores que intervinieron.

En primer lugar el Gobierno. Su rol estuvo en asumir la tarea de la reforma de la Salud encabezado por la figura del Ex Presidente Ricardo Lagos. En alianza y contribución directa al actor del Gobierno, se añadió la Comisión de Estudios de la Reforma, quienes presentaban una misma ideología y postura respecto a cómo debía realizarse la Reforma en Salud.

La figura principal de uno de los participantes de la Comisión fue el Dr. Sandoval, quien aparte de llevar a cabo este desafío, presentaba un nexo sumamente necesario entre la Comisión y el Gobierno, para hacer de estos un mismo actor en sintonía, de modo de robustecer la figura del actor y ante los actores opositores, presentar una variedad de recursos para defender su postura.

*Desde el funcionamiento del gobierno, los equipos técnicos de salud de debate, luego llegan las propuestas al presidente, este informa a comité político y luego el presidente toma la decisión... Chile es súper presidencialista... a lo más el presidente escucha, pero él toma la decisión, él toma la decisión y luego viene el trámite parlamentario y el volvió a tomar la decisión contra muchos de sus adherentes y seguir, no obstante que la derecha colocaba estos obstáculos. Yo te diría que la principal definición de Lagos, fue que prefirió sacar adelante el AUGE aunque no fuera solidario a perderlo.*

(Entrevista 1)

En segundo lugar, funcionando como actor relevante se encuentra el Ministerio de Salud. El distanciamiento de la categoría de Gobierno se debe a que a pesar de estar directamente relacionado en temas de poder; la

postura disímil fue dada respecto a la conformación, posición ideológica y la mirada que conformaba cada Ministro de Salud ante el proceso de aprobación del AUGE como ley.

Es debido a la presentación de dichas posturas que en diversas oportunidades eran opositoras a la visión del Gobierno –como actor- y requirió una rotación y cambios de Ministros hasta encontrar en ello, la voluntad política requerida para hacer de estos proyectos una reforma en salud.

*Entonces se decide hacer esta reforma, en donde también Lagos, que era el presidente de la república y que estaba, y eso fue una cosa que siempre hay que tenerla en estos procesos, tiene que haber voluntad política y aquí había una voluntad extraordinaria de parte del Presidente de la República que no siempre ocurre en estos procesos a veces los presidentes tiene que hacer procesos a medio contra pelo o no tienen nivel de convicción. Lagos tenía una profunda convicción porque él tenía ciertas afinidades personales desde un punto de vista ideológico, un hombre socialista.*

(Entrevista 3)

En tercer lugar, FONASA manifestó un rol importante. El Fondo Nacional de Salud proporcionó una plataforma necesaria para la transformación, que implicaba la Reforma respecto a temas financieros, pero también frente a la ciudadanía, no olvidando la cuestionada campaña del AUGE que se dio a través de FONASA, criticado por el marketing en salud y por el alto costo que esta campaña tuvo.

Pese a ello es reconocido por el director FONASA de la Época, Álvaro Erazo, el Ministro de Salud Pedro García, el Ex Superintendente de Isapres Manuel Inostroza, y por parte del Gobierno, que esta campaña fue fundamental para poder soslayar la oposición del Colegio médico y de quienes se oponían al AUGE como tal, ya sea por la defensa ideológica o por la defensa de sus propios intereses. Ante ello la iniciativa de la campaña consiguió socializar al AUGE, es decir lo introdujo en el consiente de las personas. De este modo se intentó que el hablar del AUGE fuese dominio de la población, en el sentido que esta misma conociera cómo funcionaba y conociera los “beneficios” que esta política pública otorgaba en acceso a la salud, pero también en materia de salud propiamente tal, incidiendo en la calidad de vida de las personas.

*“Yo creo que le costó hasta que comenzó a vivirlo, porque la persona que se acercaba para agradecerle al Presidente era un grupo familiar, un grupo de amigos o de compañeros de trabajo y socializó. Hoy en día nadie está en contra del AUGE, ni el colegio médico”*

(Entrevista 3)

Si bien la postura de FONASA ideológicamente estaba en acuerdo con la del Gobierno, su participación en la constitución del AUGE como política pública tuvo una orientación más técnica a pesar de su alta injerencia respecto a la población.

*FONASA lanza campaña de difusión de plan AUGE, La entidad invirtió 160 millones de pesos en spots publicitarios de televisión y radio además de afiches y volantes, los que comenzarán a circular a partir de mañana*

(Diario El Mercurio, 22 de Septiembre del 2004)

La ciudadanía constituyó un rol importante, pese a lo poco conocido del proceso tras bambalinas que conformó la Comisión de Estudios de la Reforma quienes, en palabras del Dr. Sandoval, participaron de sesenta consejos consultivos con parte de la población. El rol de la ciudadanía configuró un elemento de importancia en los inicios, es decir, en la configuración del AUGE/GES como tal, pero que poco se ha mirado.

Es necesario recordar que el funcionamiento y la aceptación del AUGE/GES como política pública fue un eje frente al cual los demás actores debieron convencer o intentar convencer. Ahí se encuentra la construcción de campañas publicitarias como la estrategia de marketing utilizada por FONASA o la campaña “el AUGE es puro cuento”.

*Una campaña comunicacional donde, sin anestesia, afirman que "el Auge es puro cuento", constituye la respuesta del Colegio Médico a la indicación de urgencia que puso el Gobierno a la tramitación en el Parlamento de los proyectos de ley que conforman la reforma a la salud.*

(Diario La Cuarta, 9 de Noviembre del 2002)

Aunque los planteamientos iniciales de la ciudadanía fueron a favor del AUGE/GES, esta se vio afectada tras la realización de la campaña publicitaria en contra del AUGE/GES, sin embargo una vez iniciado el plan piloto y conforme a la aprobación de las leyes de la reforma sanitaria, la

ciudadanía, al conocer el funcionamiento del AUGE/GES, fue retomando la postura inicial, pese a tener en todo momento una buena aprobación.

*El Colegio Médico lanzó hoy una campaña publicitaria en que crítica la forma en que está concebido el plan Auge impulsado por el Gobierno y que será desplegada a través de la televisión, avisos en los microbuses, lienzos y pancartas distribuidos en consultorios y sitios públicos (...) En un lienzo que los médicos desplegaron hoy en el frontis del colegio de estos profesionales se señalaba que el Auge como está concebido no cubre el cáncer de pulmón, hígado, hueso y riñón. En otro spot se refiere a que el Auge deja fuera 3.944 enfermedades”*

(Diario El Mercurio, 8 de Noviembre del 2002)

La interacción emitida entre los actores se encuentra basada en un campo social, es decir, en una valoración entre los actores, la cual se predispone a la interacción misma, frente a la superposición de los actores considerando, en medio de esta, la confrontación. Para este caso, la confrontación fue llevada a cabo por algunos de los actores que se darán a conocer a continuación.

En primer lugar, el Colegio Médico cuyo papel fue organizado en dos aristas, la primera de ellas refiere a una base ideológica, frente a la cual se plantea, según Ricardo García Secretario General del Colegio médico, la oposición al AUGE no como un defender intereses propios, sino que enmarcado detrás de la conformación de una salud de equidad, cosa que para el Colegio médico el AUGE/GES no otorgaba. Entonces la oposición se conformaba – según la propia visión del colegio médico- en aquel ideal que ellos perseguían como salud.

*“De este modo como los componentes decisores referentes a la postura del Colegio médico, se van a ir configurando desde su propio ímpetu de legitimación, como desde la visión que los demás actores poseen respecto de este”.*

(Entrevista 2)

La integración de los actores de la política pública del AUGE, en la disputa de situar de modo prevalente sus ideales, determinan que el mayor opositor o uno de los opositores más considerables de la política pública fue el Colegio médico, el cual en defensa de sus propios intereses movilizó distintos recursos a partir de su institucionalidad para refrenar el AUGE/GES, por la no conveniencia económica que este conllevaba.

*El colegio médico hizo oposición desde el comienzo, luego nosotros conversamos con el colegio médico y le introdujimos varias modificaciones al AUGE. El AUGE que salió finalmente del parlamento no era igual al AUGE que diseñó Sandoval, hubo cambios y a pesar de todos esos cambios que se hicieron, el colegio médico al final de todas las negociaciones siguió en su postura de oposición pese a todas las mejoras que se le hicieron y finalmente se presentó al parlamento tal cual quedó.*

(Entrevista 2)

El Colegio Médico fue visualizado por una variedad de actores como opositor al AUGE/GES, independiente de la visión política, graficando una incongruencia en el discurso propuesto y dejando al descubierto la defensa de sus intereses económicos como gremio. Respecto a ello, otros actores establecieron distintas lecturas del colegio médico, sin embargo todas ellas coincidentes de ser este uno de los importantes opositores.

*Los que actuaban ideológicamente sobre todo el colegio médico y su dirigencia, más que el colegio, la dirigencia del colegio médico, después algunas actuaban por temores y que sucumbían antes esta posibilidad de estos otros que tenían la fuerza.*

(Entrevista 3)

Tras aquella elaboración de las posturas respecto al Colegio médico podemos dilucidar que sus construcciones ideológicas, como gremio, se dan alrededor de una dicotomía que sitúa al colectivo, es decir, al actor del colegio médico, en función del discurso propuesto hacia la sociedad en la política pública, pero que a su vez es releído e interpretado por los demás actores como un escollo para el AUGE y sus razones sólo radican en intereses propios.

Las Coaliciones políticas, como toda política pública, contiene en algún nivel un cierto grado de política y sobre todo debido al contexto socio-espacial dentro del cual emerge el AUGE. El componente político remite a un nicho que deja en riesgo la constitución de algunos de los actores debido a la heterogeneidad bajo la cual se instala.

En aquella época la izquierda y la concertación misma, se constituyen en pos de encuentros y desencuentros constantes, manifestando tensiones al interior de la misma concertación, plasmando visiones más estatista y generando críticas respecto al AUGE/GES como elemento neo liberalizador de la salud. La decisión *“fue dura, fue dura porque la gente más estatista de la concertación hasta el día de hoy dicen que el AUGE es bueno, aunque*



*podría haber sido mucho mejor y mucho más solidario*". (Entrevista 1), como señala uno de los Ex ministros del presidente Ricardo Lagos.

Por una parte la concertación – aquella ala con una orientación estatista más profunda- consideraba al AUGE como una reforma con cierto grado privatizador, elemento que dio cabida para que, al interior de la concertación, se mirara con cierta distancia al AUGE, considerándolo como un proyecto alejado de la construcción de los principios de equidad en salud, dando una dura oposición a la cual el presidente de dicha época tuvo que movilizar recursos para poder sacar el AUGE/GES del escollo de la concertación.

Ahora la configuración que aconteció con la derecha – Unión Demócrata Independiente y Renovación Nacional- se configuró frente al carácter de aprobación o no aprobación, presentando un escollo político en la votación de dicho proyecto, y que generó la explotación partidista dentro de la instauración de la reforma en la agenda pública.

*Resuelto eso con el presidente nos encontramos con el principal escollo, con la derecha y que consistió en que el AUGE en su origen, tenía una dimensión de solidaridad entre los dos subsistemas, donde el subsistema de ISAPRES que en alguna medida financiaba el subsistema FONASA, eso la derecha se negó y dados los cuórum que se requerían se llegó a un acuerdo político, por lo cual se sacrificó el pilar solidario del AUGE, en consecuencia quedo sólo el gasto fiscal y sin puente solidario el AUGE, en su financiamiento*

(Entrevista 1)

Pese a ello, según su propia visión el gran opositor continuaba siendo el colegio médico. Así la disputa entre el o los principales opositores de la reforma se encuentra entre el Colegio médico y la derecha.

Por último, las ISAPRES jugaron y establecieron su rol, desde alianzas con otros actores siendo estos mismos puentes para la conformación de sus propios intereses. Particularmente, destacaba su oposición al pilar solidario, expresado mediante la alianza intrínseca entre la "derecha" y el sector más afín a la privatización de la salud del Colegio Médico.

*Eso fue parte de la negociación con la derecha, la derecha defendió dos temas; que no hubiera solidaridad uno y segundo mantener el negocio, son los dos temas con los que hizo frontera la derecha. La negociadora por la derecha fue la Evelyn Matthei, o sea las ISAPRES fueron defendidas por la derecha en el sentido, de los afiliados a las ISAPRES (se forma un paréntesis, remitiendo: "entre ellos me*

*incluyo”), no tuvimos que pagar un adicional para financiar el FONASA, primer logro de la derecha para el 17% de los chilenos y el segundo logro que mantuvo el negocio DE LAS ISAPRES*

(Entrevista 1)

La vinculación entre la postura de la derecha y la configuración de las ISAPRES encuentra raíz en la coordinación de la defensa de intereses, vinculados a una voluntad política o mejor dicho, en pos del entrampamiento de la voluntad política del gobierno, para poder sacar adelante sus objetivos privatizadores y con finalidad de lucro en materia de salud.

La derecha nos dijo que si ustedes aprueban esa cuestión, nosotros le votamos en contra de auge y no le aprobamos el auge, con el presidente conversamos y vimos si transamos o no el fondo solidario.

(Entrevista 2)

Finalmente, la reforma se instaura mediante los acuerdos políticos y el acuerdo de posturas conforme al juego de interés. Pero la problemática de la construcción del AUGE no se instala frente a la conformación de dicho proceso. La disputa que lo conforma puede solventar un acuerdo político y presentar la tramitación del AUGE como ley.

“Al final la cosa comenzó a aflojarse y al final ganamos la pelea y estas leyes fueron aprobadas de forma universal de derecha a izquierda, salvo dos o tres”.

(Entrevista 3)

## **5. Recursos Institucionales en la fase de construcción y definición del GES como política pública**

La participación de los distintos actores políticos y sociales involucrados en la discusión parlamentaria y civil de la ley AUGE, se constituyó bajo una institucionalidad discursiva de cómo y porqué esta ley iba a beneficiar directamente a la población chilena, a través de la modernización del Estado y su sistema de salud.

La llamada gran reforma del siglo XXI se concretó mediante la instauración de recursos institucionales que estaban orientados hacia la conformación jurídica y parlamentaria de la discusión emergente de la salud pública de Chile. A partir de los valores e intereses que los actores, tanto públicos como privados, establecieron como importantes para el despliegue

de su participación en las diversas etapas de conformación de esta política pública.

En este sentido el AUGE estuvo visionado desde el programa de gobierno del presidente Ricardo Lagos Escobar, el que instruyó a su equipo de gobierno y generó un equipo comandado por el Dr. Hernán Sandoval con el objetivo de orientar el proyecto de ley a nivel técnico y comandar el programa de salud del gobierno en ejercicio.

A través de la creación de los objetivos sanitarios para la década, la comisión técnica buscó gestionar el sistema de salud cómo forma de empoderar a las personas en torno a las garantías financieras, de mortalidad y movilidad de la población chilena, generando una óptima universalidad pública del sistema de salud.

*Esto va a dejar de ser un problema y la gente va a valorar el AUGE porque no va a tener problemas de listas de espera porque se va a resolver cuando corresponde porque está garantizado y segundo es un ejercicio de priorización técnicamente bien definido que nos orienta que estas patologías se determina en base a lo que más enferma y mata a los chilenos.*

*En general las patologías del AUGE se definen por eso, por lo que se llama la carga de enfermedad técnicamente, pero en resumen es, que es lo que más mata y enferma a los chilenos y esas son las prioridades.*

(Entrevista 2)

El AUGE enfrentó en el parlamento apoyo y resistencias en la discusión política para la promulgación de la ley. Así surgieron tensiones entre el gobierno y el parlamento (recursos de fuerza), que buscaban afrontar esta ley desde la profundización de los recursos institucionales, de caracteres económicos, sociales y jurídicos (recursos de derecho, organización y dinero), que estuvieron plasmados al interior de la discusión parlamentaria.

La búsqueda de un pilar solidario en la reforma de salud significó, al interior de los recursos institucionales movilizados, la orientación hacia el encuentro de consensos (recursos: apoyo político), entre una concertación fragmentada ideológicamente frente al AUGE: Los pro AUGE con una base reformadora, gestora de las prestaciones mixtas en salud y los NO AUGE, que condujeron su discurso hacia plasmar que esta reforma tenía bases economicistas, que profundizarían la privatización del sistema de salud

público. Asimismo, la oposición de la Alianza por Chile y los respectivos gremios de la salud.

*Ahora ese proyecto de ley tuvo dos dificultades, primero al interior del gobierno por el choque de visiones al interior de la concertación, entre visiones garantistas de la salud como un derecho, ver su visión con la de una política pública focalizada. Resuelto eso con el presidente nos encontramos con el principal escoyo, con la derecha y que consistió en que el AUGE en su origen, tenía una dimensión de solidaridad entre los dos subsistemas, donde el subsistema de ISAPRES que en alguna medida financiaba el subsistema FONASA, eso la derecha se negó y dados los quórum que se requerían se llegó a un acuerdo político, por lo cual se sacrificó el pilar solidario del AUGE.*

(Entrevista 1)

## **6. Coacciones: construcción burocrática del sistema de salud de Chile**

La influencia del Estado en los procesos burocráticos de la constitución y promulgación de las leyes se hace efectivo desde la conformación de la carta magna de los países, la cual posee el objetivo de administrar y dirigir la construcción política, económica, cultural y social de las sociedades.

Una política pública como el AUGE estuvo vinculada a la interpretación de las demandas de la sociedad por mejoras en el sistema de salud. Por lo que dentro del plan piloto y proyecto de ley definitivo estuvo contemplada la descongestión del sistema a partir de la división jurídica y orgánica del ministerio de salud. La creación de la subsecretaría pública y de redes asistenciales tomó forma desde la administración del poder y las demandas que el gobierno y la ciudadanía solicitaba para la refundación del sistema de salud público en Chile.

La institucionalidad de las políticas públicas, abordadas desde el Estado, vincula al poder y la política a través de la definición e intervención administrativas de un problema público-privado. La dominación se manifiesta mediante la existencia de una correlación entre autoridad e imposición, la cual es legitimada mediante la comprensión de mecanismos afianzados al interior de la contextualización jurídica del Estado.

La modernización al sistema de salud articulada desde el Ministerio de Salud, encargado principalmente del manejo del presupuesto entregado por el gobierno central, regulado por la Contraloría General de la República y la

Superintendencia de Salud, generan las redes administrativas de atención pública de salud de la población chilena.

El AUGE o la política del AUGE, obedece a un movimiento mundial de economía de la salud generado por un informe del banco mundial el año 82' 83' por ahí, es que básicamente el banco mundial, muestra preocupación por el grado de gastos que están haciendo los países en vía de desarrollo en salud, en proyecciones de salud más que en prevención y define que esta vorágine, está pendiente de gastos.

(Entrevista 7)

El derecho constitucional de financiamiento es regulado por FONASA, organismo encargado de regular la atención de sus afiliados de acuerdo a cotizaciones efectuadas por cada uno de los beneficiarios de éste sistema. Este organismo contribuye a la noción de políticas pública desde los elementos constitutivos, es decir, conceptos claves en la generación de objetivos perseguidos por una política pública, como son: abordar la solución de un problema público, el origen y la coherencia intencional al proceso, la toma de decisiones diversas, la programación de intervenciones, el rol de los actores claves, actores formales y la obligación de estos para tomar decisiones a partir de la generación de actividades.

En el año 2000 se establece la comisión de estudios de la reforma, donde el presidente de ese entonces, Ricardo Lagos Escobar, plantea en el congreso la necesidad de generar acciones concretas para mejorar la salud en Chile, principalmente a través de la mejora en los derechos y deberes de los pacientes del sector público y privado de salud, ejemplo de ello es la prohibición del cheque en garantía.

Ahí se aprobó primero la ley de autoridad sanitaria y después la del AUGE y entonces yendo a tu pregunta, el AUGE es una herramienta que tiene dos componentes, uno que es político que es generar equidad, porque efectivamente todo el mundo puede apelar y reclamar su derecho para ser atendido en igualdad de condiciones según el protocolo definido pero sobretodo también genera un catalizador para que los procesos que están definidos en la ley de autoridad sanitaria funcionen y que efectivamente el director del servicio de salud coordine la red asistencial, que el director del hospital se preocupe de dar cuenta de estas necesidades, que los consultorios se relacionen con el hospital, que el Seremi.

(Entrevista 3)

Esta reforma radicó en la implementación de un nuevo sistema de prestación de salud, con mayor eficiencia y desarrollo social, donde el Estado se comprometió a garantizar el derecho a una atención de calidad e igualitaria dentro del sistema de salud pública y privada. Finalmente, en

Septiembre de 2004, y luego de múltiples negociaciones entre gobierno y oposición, se logra promulgar la Ley Núm. 19.966, que dispone: “el plan se pondrá en marcha el 1 de abril de 2005 e instruye a los sistemas de salud público y privado que den prioridad y beneficios a la atención de 25 patologías. Este número es temporal, pues la idea es que la cantidad vaya en aumento con el correr del tiempo hasta llegar a las 56 patologías el 1 de abril de 2007” (Biblioteca del congreso nacional de Chile). Tras este proceso en la red chilena de salud se da inicio al Plan AUGE o Acceso Universal con Garantías Explícitas.

El sistema de salud pública, mediante su financiamiento, actúa como elemento central para concretizar el desempeño social del Estado en materia de salud. Busca a través del poder público la estabilidad social de la salud, y su correspondiente financiamiento, mediante la caracterización pragmática del poder gubernamental dentro de la esfera social. Efectivamente esto está relacionado con la construcción pública de una política de Estado vigente, donde la opinión pública de la ciudadanía actúa como mecanismo de presión frente a la demanda financiera de la salud del país, es decir, enfatizan los problemas públicos que hay dentro de la sociedad, y su priorización.

Entonces empieza a ir priorizando y empieza a ir viendo que cosas son las más importantes y finalmente que es un quinto elemento que hace que un problema de salud pueda ir entrando en el AUGE es la capacidad de las redes, uno tiene que tener una red instalada para ir instalando un problema y ahí hay algo que tiene que ver con el inicio, él por qué entraron estos problemas primero, porque la verdad a veces uno dice ¿Por qué esta la escoliosis? ¿Por qué están las patologías congénitas? Entraron porque ya había una capacidad de red instalada, esa es la verdad, entonces no había que hacer el esfuerzo de armar todo.

(Entrevista 6)

La accesibilidad a la ley se da mediante FONASA. Esta institución es la encargada de regular el financiamiento y planes de salud del AUGE, y fue parte importante en la reforma al proceso de descongestión financiera de redes asistenciales. Dentro de su sistema se incorpora la atención, además de contraer convenios con centros hospitalarios públicos y privados. FONASA es el encargado asimismo de gestionar las listas AUGE, las cuales tienen como función principal ordenar y categorizar los grados de complejidad de cada enfermedad según el estado de salud de los pacientes, donde la protección social es el principal lema de apoyo a la construcción significativa del problema de financiamiento estatal de la salud en Chile, por lo que se creó en un inicio un plan piloto de funcionamiento AUGE con tres

patologías. Es decir, una institucionalidad fuerte y con objetivos claros, donde el Estado se comprometió a garantizar el derecho a una atención de calidad e igualitaria dentro del sistema de salud pública y privada, sin que la condición monetaria fuera un obstáculo para recibir una atención digna y de calidad frente a una enfermedad de carácter catastrófica.

El AUGE mediante la presión y evaluación pública se ha ido proponiendo nuevas metas a alcanzar en materia de salud, principalmente radicadas en la accesibilidad a nuevas enfermedades catastróficas al sistema de financiamiento, y priorización en salud, buscando consigo ahondar en una reforma orientada a una sociedad de derechos y deberes, a una solidaridad social, y por sobre todo a la legitimación política y civil de las leyes del país.

## **7. Análisis: conformación del AUGE/GES como alternativa de política pública.**

La adopción de un determinado sistema de salud en los países está enfocada a partir de la regulación institucional y legal de la estructura burocrática de los sistemas de salud que las sociedades en general adoptan.

La salud, es un determinante social de importancia que está dirigida mediante la conformación de los derechos y deberes que las personas necesitan y demandan para su bienestar social, emocional, económico y cultural. Un buen sistema de salud es una necesidad y una meta fundamental para todos los países que aspiran al desarrollo o están en vías de este.

Desde ahí que la comprensión del proceso que constituyó al AUGE/GES como alternativa de política pública, incluyendo aquellos desafíos institucionales que conllevó dicho proceso, fue la directriz principal de la presente investigación, con la finalidad de conocer el icono de la llamada “reforma de salud” pos dictadura.

Las reformas a los sistemas de salud en América Latina, en particular en Chile, han estado abocadas a buscar experiencias internacionales que dicten cátedra en torno a la construcción de estas, en función de otorgar equidad y bienestar social a las personas.

La búsqueda del perfeccionamiento de los sistemas de salud a través de estudios poblacionales, ha incidido en que estén orientados hacia la conformación de un plan regulador sólido y eficiente que busque priorizar, organizar y poner énfasis en el desarrollo de tecnologías acorde a las necesidades epidemiológicas y financieras de los países.

La llegada del milenio profundizó la necesidad del Estado de modernizar el sistema de salud existente en Chile; hasta ese entonces, la última modificación realizada al sistema de salud había acontecido en el periodo de dictadura con la creación de las Isapres, las AFP (s), la creación de FONASA (fusión entre SERMENA y el SNS), la creación de los servicios de salud decreto 2790 y el nacimiento del Ministerio de Salud.

La modernización de la salud, fue un eje central empleado durante el Gobierno del ex presidente Ricardo Lagos Escobar, quien desde su programa de gobierno elaborado en épocas de elecciones, determinaba la impronta de una modernización a fondo en el sistema de salud, debido a la injusticia dada por las desigualdades en el acceso a esta. Este fue el escenario que albergó a la primera ventana de oportunidades, plasmando la necesidad de reformar la salud.

Con la llegada de la democracia se inició un proceso reformador del Estado chileno en diversas áreas, al interior de distintos periodos presidenciales. El primer periodo encabezado por el ex presidente Patricio Aylwin, tuvo como tarea reformar la educación, en un segundo periodo el presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle, durante su gobierno llevó a cabo la reforma procesal penal, además de reformar algunos ámbitos de la educación (jornada escolar completa). El tercer periodo, fue el contexto socio-político en donde se inscribió la necesidad de reformar la salud. A partir de este contexto se explica el porqué de la primera ventana de oportunidades referente al proceso reformador en salud.

## **7.1 La incorporación de un problema en la Agenda Pública**

Tras la elección de Ricardo Lagos como presidente, la posible reforma a la salud se vuelve una realidad; una vez electo, se encomienda a la Comisión Reformadora de la Salud, presidida por el Dr. Hernán Sandoval, dirigir el proceso. Sin embargo, la existencia de diversos actores y de



distintas posturas ideológicas de cómo enfrentar la reforma, presentó una divergencia que fue fundamental para lo que hoy conocemos como GES. Pese a ello, la necesidad de reformar la salud, era vista como necesaria desde ambas perspectivas.

Parte de los entrevistados de esta investigación concluyen que el AUGE/GES es una política pública que se destina a generar sistemas de equidad entorno al sistema de salud en Chile, otros sin embargo, plantean la visión que esta ley es símbolo de la profundización del sistema neoliberal y privatizador de la salud en Chile. Pero algo si es claro, las visiones apuntan a un objetivo, la consigna ideológica de vincular a las políticas públicas desde el reconocimiento de un valor asociado al tipo de sociedad que se busca construir.

Desde este marco, se distinguió dos grandes posturas políticas, sin embargo no son el único factor que determinó a dichas posturas, ni tampoco las únicas dos perspectivas; considerando también la visión del Estado, de los equipos técnicos (convocados a orientar dicho proceso), incluyendo también al Ministerio de Salud y distintos aparatos estatales.

Las posturas expuestas por los actores partícipes de la conformación de dicha política pública, se expusieron en dos momentos de esta. En una primera instancia o bien llamada fase de incorporación, de un problema en la agenda pública; el juego de poder entre las legitimaciones e ilegitimidades como menciona Lahera 2000, nos llevan a posicionar a los actores frente a tres grandes grupos.

El primer grupo estuvo conformado por los actores partícipes del gobierno, es decir, el Ministerio de Salud, FONASA, equipos técnicos, junto a quienes lideraron este grupo: la Comisión Reformadora de la Salud y el ex presidente Ricardo Lagos Escobar.

A pesar de su conformación como grupo de actores relevantes, las disparidades de posturas ideológicas y de visiones sobre el AUGE/GES no permitieron que este estuviese exento de discrepancias, por lo que para poder sacar adelante dicho proyecto se requirió de cambios de Ministros y voluntades políticas nuevas, manifestando el empleo de coacciones para ir en pos de lograr el objetivo, la reforma.

Algunas de las discrepancias ideológicas se transmitieron en esfuerzos de organizarse en contra del AUGE/GES, llegando incluso a instancias de poder, pese a ello, la Comisión reformadora pudo seguir

avanzando en su finalidad por la movilización de distintos recursos institucionales ejercidos por el ex presidente Ricardo Lagos.

El segundo grupo estuvo determinado por la conformación de la oposición política del gobierno de aquel entonces. La “derecha”, si bien en los inicios de este proceso se mostró a favor de la reforma, en la siguiente fase ya evaluada queda en evidencia sus verdaderos intereses y las alianzas que estableció para poder movilizar algunos de sus recursos en pos de la defensa de dichos intereses.

Finalmente, el tercer grupo se encuentra determinado por la “concertación”, grupo que, si bien se encuentran unidos sus actores en función de una ideología política y en un supuesto apoyo al presidente de aquella época, socialista y parte del conglomerado, no fue razón para que la postura ideológica fuese consensuada. La visión de aquellos con una mayor orientación al partido de la Democracia Cristiana, brindaron un mayor apoyo a la ley 19.966 cuando sólo era un proyecto, sin embargo, las discrepancias no se dejaron esperar y comenzaron a manifestarse mediante algunos representantes de la concertación por medio de críticas, del modo de concebir la reforma y a su vez de como se llevó a cabo, aludiendo a que el proyecto no respondía a su razón de ser.

Las desigualdades e inequidades en el acceso a la salud y que, muy por el contrario, acrecentaba las brechas con sus sistemas de prioridades, relacionando al proyecto con presunciones neoliberales y lejanas a responder a las dificultades que el sistema de salud público presentaba, sin olvidar que también se aludía a este proyecto un favorecimiento de los sectores privados.

Pese a que se expresan estos tres grandes grupos de actores, no quedaron marginados aquellos actores gremiales, destacando al colegio médico; quienes expusieron fuertes voluntades en pos de la defensa de sus intereses ejecutándolas por medio de intensas y diversas coacciones comunicacionales y una fuerte oposición, desconociendo el proyecto y presentando como premisa “el AUGE es puro cuento”. Ello debido a que según el colegio médico este proyecto no representaba un beneficio real para la ciudadanía y que solo era un beneficio para actores privados.

Respecto a lo ya planteado, se determinó que aquella hipótesis que afirmaba que el AUGE/GES se presentó como alternativa de política pública, manifestaba una visión de salud público-privada, de acuerdo a un plan de desarrollo social y político de actores relevantes de la salud. Siendo, desde la

conformación de estos mismos, la razón de su constitución como la alternativa.

La conformación del AUGE/GES como alternativa de política pública, tuvo origen en la agenda pública desde el programa de gobierno de Ricardo Lagos como presidente de Chile en este periodo. Una vez que tuvo lugar en el programa, su desarrollo fue mucho más que una alternativa, ya que según el discurso de los entrevistados el AUGE/GES fue “la” alternativa de reforma, entonces su desarrollo estuvo distanciado de la elección entre otras opciones o propuestas de reformas.

Ahora, la manifestación o inclusión de una visión público-privada, tenía en sus inicios una constitución establecida en pos del fortalecimiento del sistema público y de la cobertura respecto a la atención de las primeras patologías. Lo planteado con anterioridad se ve respaldado en el pilar solidario uno de los cinco proyectos que constituían a dicha reforma en salud.

Si bien los acuerdos políticos existieron, las coacciones que lo rigieron fueron determinadas más adelante, es decir, en la segunda fase de la política pública, debido a que su constitución al pasar por las distintas fases de la política pública (aquellas analizadas en este estudio), responden a un distanciamiento en el proyecto de reforma en sus inicios y en el proyecto de ley que fue firmado.

La reforma de salud se constituyó por una conformación top down, es decir, fue juzgada políticamente desde quienes conformaban el poder de la toma de decisiones, el gobierno. Desde ahí que haya sido la alternativa de la reforma, siendo determinada desde arriba hacia la ciudadanía y al resto de la población.

Desde la conformación top down, se da respuesta a otra de las hipótesis expuestas. En que la conformación del AUGE/GES como política pública presenta sus inicios con una conformación top down, exponiendo una política pública llevada de modo presidencialista en su constitución como alternativa en pos de su constitución como ley. Está es una de las hipótesis que cobró mayor relevancia al interior del desarrollo del estudio, debido al fuerte rol del presidente de dicha época respecto a los escollos que se

presentaron con la finalidad de sacar la reforma adelante, incluso teniendo que ceder en algunos de los ejes centrales de la reforma.

## **7.2 Fase de construcción, definición del AUGE/GES como política pública**

En la segunda fase definida por Subirats (2008), el AUGE/GES estuvo determinado por la utilización de distintos recursos para movilizar las posturas ideológicas de los actores partícipes del proceso. Estos recursos fueron movilizados desde la conformación de poder que definió a cada uno de los actores, conforme a su quehacer y al peso político que estos poseían.

Desde ese escenario, la construcción del AUGE/GES y su definición estuvieron determinadas por las coacciones ejercidas desde las alianzas generadas al interior de los grupos de poder. De forma inicial la “derecha” apoyó la iniciativa del proyecto reformador de la salud, pero con el transcurso del proyecto por el ciclo de la política pública, hubo un cambio en su noción de como concebir dicha reforma por la alianza que aconteció entre las Isapres y la “derecha”. Por lo cual se estableció que el proyecto (5) reformador de la salud, en específico el AUGE/GES iba a ser rechazado por este sector en el senado con la salvedad que se diera pie atrás frente al pilar solidario, ello debido a la lógica con la cual operaba este proyecto y la no conveniencia para las Isapres en caso de su aprobación, por ello las coacciones se establecieron en función de los acuerdos y en pos de la mantención de la relación entre Isapres y la derecha.

Pese a lo anterior este no fue el único escollo que el AUGE/GES debió enfrentar para ser constituido como ley, en camino a este fin el proyecto debió enfrentar la fuerte oposición del colegio médico utilizando su posición como eje de autoridad para dirigirse a la población, pero además utilizando los medios de comunicación e incluso realizando campañas con el eslogan “el AUGE es puro cuento” en el transporte público. Pese a estos esfuerzos y a las marchas realizadas por el colegio médico en contra del AUGE/GES, la concepción de la ciudadanía fue variada en un porcentaje considerable pero no fundamental, lo cual con la puesta en marcha del AUGE/GES la opinión respecto de este retomó el apoyo de la ciudadanía, lo que en nuestros días también ha provocado “augerizar” la concepción que se posee respecto a la salud de carácter público.

Ante los distintos esfuerzos en contra del AUGE/GES, la clave para que este proyecto llegase a convertirse en ley, estuvo en el rol que ejerció el presidente Lagos, tras la presión de la derecha y sus aliados. La respuesta que se debió emplear fue el ceder el pilar solidario para que el AUGE/GES fuese el icono de la reforma de la salud en Chile.

Así finalmente, la Reforma Sanitaria de Salud, pudo contar con el AUGE/GES, pese al declive del pilar solidario, como resultado del proceso de contraste entre las soluciones ideales y los medios disponibles, como razón primordial para que la reforma en salud fuese constituida.

La mirada retrospectiva permite posicionar al AUGE/GES como una política pública resultado de un esfuerzo entre voluntades políticas y deja de manifiesto el presidencialismo existente para su constitución, dando respuesta a cómo fue que el AUGE/GES se constituyó en la alternativa de política pública en salud para la reforma sanitaria, dejando en claro a los actores partícipes de dicho proceso y los distintos recursos y coacciones que permiten en la actualidad hablar del GES.

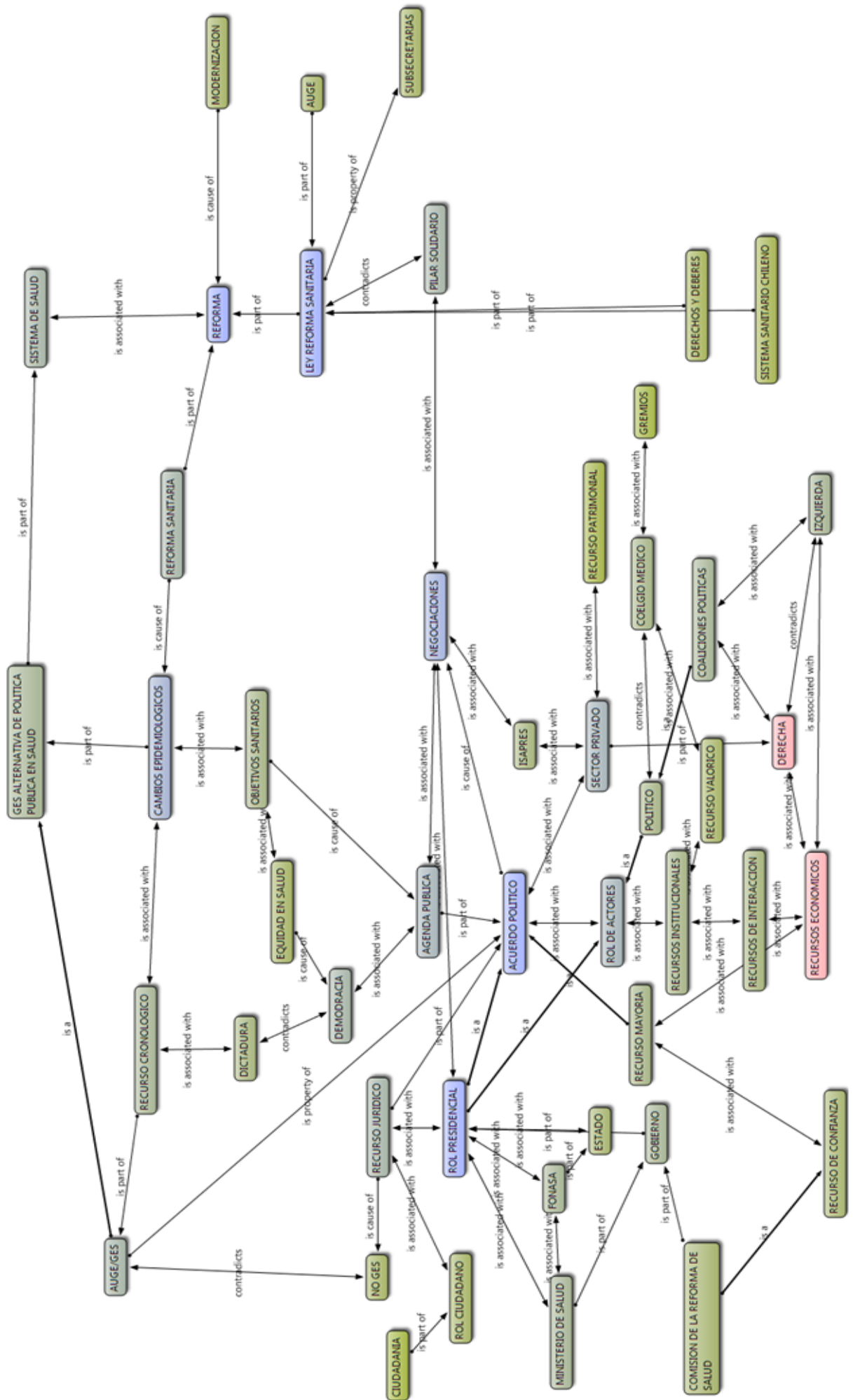
Dentro de la ley AUGE se puede advertir la necesidad de profundizar en: el recurso humano para redes asistenciales; la formación de capacitación de especialistas en cada área de las 80 patologías priorizadas; el refinanciamiento del AUGE a partir de la inclusión de nuevas patologías al sistema de prestaciones; la evaluación de las enfermedades, qué está pasando con ellas y cómo se están financiando y la conformación y orientaciones de nuevos objetivos pos reforma que estén vinculados con los objetivos sanitarios para el año 2020.

Chile al ser parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) tiene como misión: perfeccionar su sistema de salud, vinculado a la generación de una equidad proporcional a la realidad del país. Para esto, es necesario volver a reevaluar el sistema en su totalidad, la sociedad chilena se ha “*augerizado*” y cada día mandata más derecho y más deberes por parte del Estado para la resolución y descongestión del sistema de salud, comprendiendo que el 75% de la población chilena se atiende por FONASA.

La reforma a la salud debe ser comprendida más allá del financiamiento económico, esta debe estar direccionada acorde a los objetivos que el país se ha propuesto en la última década. Lo económico no debe yuxtaponer al derecho social y a la equidad que el país mandata de su sistema de salud.

Respecto al eje que se buscó dar respuesta con la implementación de la reforma de salud: “la equidad”, se cuestiona finalmente su rol y la respuesta que se requiere desde la formulación de políticas públicas en respuesta a los planteamientos de salud. La gran mayoría de los actores investigados expresan que la ley N°19.966 AUGE posee un concepto de equidad desde sus orígenes, ligada a la población, donde la priorización estuvo abocada al rol del Estado y a las personas en la constitución del sistema de salud. Es decir, que el rol en sí no estuvo adecuadamente definido, porque la reforma está abordada desde un carácter curativo y no preventivo como objetivo y que el rol que los actores participantes de este proceso pudieron plasmar en la ley definitiva.

Diagrama N° 6 GES: análisis constitución como alternativa de política pública



## Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

### 1. Conclusiones

Las políticas públicas están articuladas desde un proceso cíclico de constitución. Por tanto es un referente para concluir que el GES en sí vivió un proceso cíclico en la instauración del discurso público que se generó entre la ciudadanía, el Estado y los actores representantes de cada sector de la sociedad participantes de la reforma de salud, a través de las funciones institucionales que dan origen a un problema histórico en Chile pos dictadura.

Esta investigación fue abordada a partir de una metodología cualitativa, mediante una revisión retrospectiva del proceso que el GES vivió en su constitución como alternativa de política pública. Asimismo, cómo el sistema se instaura desde la modernización burocrática y administrativa de la salud; referente a su financiamiento y rol en la curación oportuna de una enfermedad de gravedad y donde el Estado actúa como garante de un bien público.

A continuación se intenta dar cuenta de cada uno de los objetivos de esta investigación

Objetivo general

- Comprender el proceso que constituyó al GES como alternativa de política pública desde una revisión documentada, incluyendo los desafíos institucionales que conllevó dicho proceso.

La constitución del GES fue dada desde el mandato del presidente, Ricardo Lagos Escobar a la comisión reformadora de la salud encargada de establecer una reforma al sistema de salud chileno. Este proceso estuvo dirigido por el padre del AUGE, el Dr. Hernán Sandoval Orellana, que junto a un grupo de expertos visionó y estableció cómo y por qué esta reforma debía ser llevada a cabo.

La alternativa estuvo manifestada en la extrapolación del discurso del presidente Lagos, que tuvo por objetivo generar y respaldar los derechos de las personas en torno a la salud; mejorando el rol de la equidad al interior de la sociedad y plasmándolo en su programa de gobierno.



Los desafíos institucionales estuvieron ligados a partir de la tramitación de la ley, donde gran parte tuvo que ser consensuada, para que finalmente fuera promulgada. La caída del fondo solidario en gran medida fue una derrota para el gobierno, pero aun así, se siguió el curso del desarrollo del proyecto. Se priorizó la ley de derechos y deberes y los objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Requerimiento sustancial en los desafíos que el equipo técnico tuvo que lidiar con los diferentes actores participantes del proceso de la reforma a la salud.

Las visiones contrapuestas se formularon a partir de los requerimientos de cada actor partícipe del proceso, los cuales extrapolaron distintas exigencias para dar inicio a la discusión pública de la reforma a la salud.

Los recursos institucionales que conllevaron a la realización de este proceso estuvieron dados a partir de las negociaciones que se realizaron para la conformación de la alternativa de solución. Las diferentes ideologías se yuxtapusieron a los requerimientos técnicos proporcionados por la comisión reformadora de la salud. La solución al entrabe técnico estuvo dado a partir del manejo del gobierno en la arena política del parlamento, donde finalmente se dio inicio a la discusión de la ley.

La formación de grupos de poder estuvo vinculada en función de los intereses y recursos institucionales movilizados: alianzas estratégicas; aprovechamiento de la profesión médica; la popularidad política del ministro Artázar para introducir el proyecto de ley al parlamento; las campañas comunicacionales en contra del AUGE por parte del colegio médico; el rol presidencial; el declive del pilar solidario y la formación de acuerdos transversales en torno al proyecto de ley. Finalmente, trajo consigo la promulgación parlamentaria, ampliamente reconocida por todos los actores partícipes de este proceso.

#### Objetivo específico N°1

- Describir cuál fue el contexto en el cual se llegó a levantar el problema de acceso garantizado a una salud de calidad como un problema público relevante dentro de la agenda.

El contexto estuvo establecido desde los aspectos políticos y técnicos por el cual el GES transitó en la construcción del ciclo de una política pública, la que estuvo ligada a partir de los aspectos que una reforma de gran

envergadura necesitaba para lograr establecerse dentro de la sociedad chilena.

La reforma fue manifestada a partir de la profundización de un sistema público eficiente y con signos ligados a la instauración de un discurso combinado mediante la distribución equitativa de los derechos de las personas en salud.

Concebir un problema público desde la esfera de la agenda mediante la necesidad de garantizar derechos y deberes de las personas a través de la creación de políticas públicas eficientes: que priorice en gasto social y resolución de la salud en Chile.

La reforma, desde la visibilización de la agenda pública, estuvo dada desde la realidad significativa del AUGE como política pública de estado, vinculada principalmente a generar una oportunidad significativa de las personas. La articulación a través de la prevalencia de enfermedades en la sociedad chilena. Refundando así el sistema público de atención y financiamiento de la salud en Chile.

La modernización del Estado y sus instituciones, está ligada a la construcción argumentativa de generar aspectos éticos y vinculantes de derechos en la generación de políticas públicas, influyendo de forma directa en la vida cotidiana de los ciudadanos. La agenda y su mecanismo de acción, facilitó la discusión significativa de lo que se quería para la salud chilena, y cómo definir el déficit que la democracia se había puesto como foco para refundar los sistemas sociales en el siglo XXI.

El contexto en definitiva estuvo a partir de la refundación del Estado pos dictadura, fortaleciendo la institucionalidad pública que fuese capaz de administrar los bienes y derechos de las personas. La reforma a la salud obedece a un movimiento mundial para determinar el rol de la equidad en la sociedad, pero también obedece a un plan de gobierno, que sustentó bajo una lógica argumentativa orientada a fortalecer la democracia y las instituciones.

Objetivo específico N°2

- Establecer cuáles fueron los actores que intervinieron, sus posturas ideológicas y los intereses que defendieron, en la fase de definición del

problema con miras a posicionar su perspectiva del problema en la agenda pública.

Los actores que intervinieron fueron personas o instituciones ligadas al ámbito de la salud, principalmente a través de la exposición de discursos asociados a la construcción de políticas públicas emergentes, donde la definición del problema de la salud estuvo ligada a plasmar discursos en torno a una sociedad vinculada hacia el desarrollo y la modernización de las instituciones.

Los gremios, técnicos, ministros, políticos y la ciudadanía en general se articulan en fase a la cuantificación y cualificación de oportunidades, orientadas a la visibilización de un discurso situado desde la agenda pública y la conformación de significados asociados a la constitución de una política pública como el AUGE. Es decir, mediante la administración de los bienes públicos del país, de forma eficiente y directa hacia la configuración de objetivos.

Desde la visión de los actores claves participantes de este proceso, se plantea en su gran mayoría, y no solo del sector político que respaldó el GES, que el gran propulsor de esta reforma fue el presidente, el cual se jugó gran parte de su capital político al respaldarla, con una fuerte presencia institucional por parte del gobierno, haciendo hincapié en que lo importante era mejorar las condiciones de salud de la población en general.

- Distinguir e identificar cuáles fueron los recursos que movilizaron los actores, las coacciones institucionales que enfrentaron y los mecanismos de negociación que desarrollaron en la fase de levantamiento del problema y su posicionamiento en la agenda pública.

Los recursos movilizados estuvieron ligados a través del financiamiento económico y social que el AUGE como política pública requería, asimismo, garantizaron la ejecución a la llamada gran reforma a la salud de Chile en el siglo XXI.

La instauración de posiciones orientó la necesidad que los recursos movilizados estuvieran ligados a los distintos requisitos que los actores intervinientes de la discusión pusieran en la palestra de la agenda pública.

No solo de carácter económico, sino también desde el rol que la salud debería tener en la sociedad.

Actores articulados desde la posición estatista, neoliberal, privatizadora, comunitaria y técnica de la resolución de la salud en Chile. Cómo se concibe la salud en Chile, y cómo está vinculada hacia la construcción significativa de la equidad en la sociedad desde la constitución de políticas públicas.

En función de esto, los recursos movilizados fueron: la formación de alianzas estratégicas por parte de los diferentes sectores políticos (acuerdos Democracia Cristiana/ Alianza por Chile); el aprovechamiento comunicacional de la profesión médica; la popularidad política del ministro Osvaldo Artázor para poder ingresar a tramitación en el congreso el proyecto de ley; las campañas comunicacionales por parte de los gremios de la salud en contra de la promulgación de la ley, “*el AUGE es puro cuento*” decía el colegio médico”. Asimismo el rol presidencial de Ricardo Lagos en posicionarse como un referente político, jugando con el poder y la necesidad de reformar el sistema de salud en pos de su popularidad que en ese entonces gozaba de gran respaldo ciudadano.

### Objetivo específico N°3

- Describir y explicar cómo se relacionó el resultado de la interacción entre los distintos actores que intervinieron en la fase de definición del problema, con el posicionamiento del GES como una alternativa viable de política pública, orientada a solucionar el acceso garantizado a una salud de calidad.

El proceso de discusión del GES como política pública estuvo ligado a través de las interacciones de los distintos actores que actuaron en el proceso, generando consigo finalmente, la promulgación de esta ley.

La articulación de requerimientos de cada actor en definitiva significó la generación de una alternativa de política pública vinculada a resultados que fijaran un sistema de salud financiado y equitativo dentro de la sociedad chilena.

Mediante la promulgación de la ley y hasta que estuviera en funcionamiento óptimo, su aprobación iba a estar sujeta a los requerimientos

de la agenda pública y a los intereses de los actores. Por ejemplo, la “caída” del pilar solidario.

El resultado de la interacción entre actores se dio en la medida que existieron consensos para generar la idea de legislar, tanto en la cámara de diputados como en el senado, la tramitación de la ley. Las influencias políticas jugaron un rol importante al legitimar las coacciones existentes entre los grupos disidentes y a favor de esta ley.

#### Objetivo específico N°4

- Reconocer cuáles fueron los recursos que movilizaron los actores, las coacciones institucionales que enfrentaron y los mecanismos de negociación que desarrollaron en la fase de diseño e implementación del AUGE como política pública.

Los recursos movilizados por los actores estuvieron articulados en función de posturas ideológicas de cómo ver al sistema de salud público de Chile. Uno de los recursos con mayor relevancia fue el ligado a los aspectos económicos que una reforma de gran envergadura requirió, asimismo, la necesidad de generar un capital político lo suficientemente rentable que significara una adhesión preponderante en la masificación de esta nueva ley. Es decir, hacer parte a la ciudadanía de la implementación de esta, generando una construcción equitativa del proceso y que tuviera como finalidad que la ley AUGE tuviera impacto social.

El sistema de salud público se constituye mediante la priorización que concretiza el desempeño social del Estado en materia de salud. Es a través del poder público que se genera la equidad social del país y el financiamiento, mediante la caracterización pragmática del poder gubernamental dentro de la esfera social.

Efectivamente, esto está relacionado con la construcción pública de una política de Estado vigente, a partir de la instauración de un problema social dentro de la agenda de los gobiernos.

La opinión pública de la ciudadanía actúa como mecanismo de presión frente a la demanda financiera de la salud del país, es decir, enfatizan los problemas públicos que hay dentro de la sociedad.

La política pública, en este caso la ley GES, se constituye bajo una organización gubernamental encabezada por la comisión reformadora de la salud, que tuvo por objetivo generar el programa de gobierno de Ricardo Lagos a partir de las necesidades y demandas de la ciudadanía, los grupos de presión y actores claves que se articularon mediante discursos asociados a intereses afines.

El GES mediante la presión y evaluación pública se ha ido proponiendo nuevos objetivos a alcanzar en materia de salud, principalmente radicadas en la accesibilidad a nuevas enfermedades catastróficas y al sistema de financiamiento de las enfermedades que no están cubiertas por GES.

A través de la puesta en marcha de la Ley GES se ha profundizado en la agenda pública el ampliar los beneficios a la ciudadanía, asimismo, nuevas formas de actuar por parte del Estado y los actores participantes de la reforma de salud en Chile.

Los grupos de poder frente a esta ley concretizaron su visión, dependiendo de los intereses propios dentro del sistema. El Estado, Parlamento, clase política, privados y gremios de la salud se constituyeron a partir de una interdependencia vertical, abordada a partir de la discusión de la ley GES, el fondo solidario, la ley de deberes y derechos y los objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Estos grupos de poder frente al GES se caracterizan por poseer una diversidad de actores y metas frente al servicio, donde la principal demanda recae en la integración de más enfermedades patológicas al sistema GES.

La principal función es constituir una política de acuerdo y prestaciones, donde el rol planificador de cada una de estas estructuras de poder, se verán constituidas en la generación de una política pública, sólida y viable. En el caso del poder social ejercido por la ciudadanía se manifiesta a través de la necesidad tangible de satisfacer necesidades básicas y elementales para el ser humano, como es la salud y el rol de la equidad dentro de la sociedad. Además de hacer valer a través de una política pública, los derechos civiles de las personas.

La implementación de esta política pública constituyó un mayor desarrollo del servicio de salud en Chile, posicionando al ciudadano demandante frente a las necesidades de salud.

El GES se constituyó bajo un plan de desarrollo estatal, donde el Estado se comprometió a garantizar el derecho a una atención de calidad e igualitaria dentro del sistema de salud pública y privada, sin que la condición monetaria fuera un obstáculo para recibir una atención digna y de calidad frente a una enfermedad de carácter catastrófica. Además de descongestionar el sistema a través de la división ministerial de la subsecretaría pública y de redes asistenciales.

Los resultados de esta política pública se expresan en la modernización de la salud pública de Chile, donde el beneficio garantizado por ley no discrimina por ninguna condición, y se implementa para mejorar la calidad de vida y disminuir el impacto económico de enfermarse de alguna de las patologías incluidas. Todo esto en función de una confección de política pública desde el top down.

Asimismo, la obligación del Estado al pago o copago de la atención de salud, en caso de enfermedades catastróficas, convenios con instituciones privadas y la implementación de 80 enfermedades catastróficas cubiertas por el GES. En el fondo el GES se constituye como una política pública a largo plazo, viéndolo desde sus inicios con las primeras 12 patologías, donde el objetivo principal radica en la necesidad de gestionar una profundización dentro de la salud pública y privada.

El Estado se constituye como validador de la salud a partir de su financiamiento, pero también a través del empoderamiento ciudadano. En el fondo, que en Chile nadie esté ajeno al sistema, donde la clase social, política o económica no sea sinónimo de atención digna y de calidad. El AUGE propone la necesidad de gestar una igualdad civil y social frente al tema de salud.

Ahora, muchos de los entrevistados exponen que el GES, si bien es una política pública rentable para el Estado y el sector privado, no es preciso llamarla como la gran reforma a la salud del siglo XXI, mientras sigan existiendo déficit en la atención de redes asistenciales, y no haya un análisis de las enfermedades no GES.

En definitiva, es la finalidad de una reforma integrar en su conjunto al sistema, y no sectorizar, porque directamente se está creando ciudadanos de

primer y segundo orden respecto a la construcción del sistema público de salud.

## 2. Nuevas interrogantes

Algunas interrogantes nuevas que podrían definir nuevos campos de investigación en torno de esta política pública son:

- ¿Qué actores e intereses existen tras la reforma de salud actualmente?
- ¿Cuál es la percepción ciudadana de la ley AUGE?
- ¿Cuál es el impacto social de la carga de enfermedades no AUGE?

## 3. Recomendaciones

El estudio de las políticas públicas en este caso en temas de salud, ha sido un eje para las nuevas miradas sobre reforma o modernización que los sistemas sociales requieren.

La indagación y elaboración de estudios que proporcionen datos significativos con la finalidad de vislumbrar la constitución de dicho proceso, sobre todo en un país como Chile que se planteó un desafío tan importante como la reforma de Salud. Reforma que abarcó la transformación en temas de desarrollo organizacional en el Ministerio, desde la conformación de las dos Subsecretarías (pública y redes); el cómo abordar financieramente algunas enfermedades con alta carga de mortalidad; la instauración de la priorización y el cuestionamiento del tema de la equidad en salud. Retornando así la discusión del quehacer a nivel país.

Desde las nociones y fundamentos que constituyen esta tesis, es que se considera relevante para el futuro estudio de las políticas públicas - ya sea en salud u en otra materia de la sociología-, indagar en la participación ciudadana en las políticas públicas, la fundamentación teórica de la sociología de la salud y la evaluación de las patologías no AUGE. Temáticas que se hicieron presente en este estudio, pero no desde nuestros objetivos de investigación, pero que si son relevantes de plasmar.



#### a) Participación ciudadana en la constitución de las políticas públicas:

Se debe establecer en la constitución de las políticas públicas un mayor énfasis en el rol de la población. La conformación de las políticas públicas en gran medida se incluyen en la agenda pública, ya sea desde la iniciativa del gobierno *top Down* o desde la iniciativa de la población -mediante la impronta de la instauración de un problema público-. Se considera que la mira ciudadana y su participación no solamente debe darse en un primer momento, si no que se debe ir realizando en forma conjunta -no en términos técnicos propiamente tal-, sino que proporcionando un nexo continuo entre política pública y ciudadanía, cuya relación dialógica permita crear principios normativos que sean considerados en un esfuerzo de reconocer de forma clara y atingente los requerimientos de la población, para que en su traducción y frente al escenario sociopolítico sea abordado del mejor modo posible, comprendiendo la situación real de la población.

Pese a ello, el enfoque que se propone es una mayor centralidad en la participación de la ciudadanía, pero con una ciudadanía empoderada. Es decir, que se parte de la elaboración de la política pública mediante la participación de asambleas ciudadanas o convocatorias de las – u otras iniciativas, desde las cuales se pueda obtener un producto desde su visión al interior de las distintas fases de la política pública según esta lo requiera.

#### b) Sociología y salud:

Desde los fundamentos que conciben al sociólogo incluyendo la mirada de aquellos clásicos, cuya impronta siempre fue realizar una crítica a la sociedad y desde ahí exponer sus planteamientos como una posible solución, pero de forma primera, siempre entregando y proporcionando el entendimiento desde su cosmovisión para luego exponer un camino de referencia.

Si consideramos dichos elementos y habilidades del quehacer sociológico, resulta pertinente también establecer una mayor incidencia en temas de salud, considerando preponderante el porvenir de la salud chilena.

Basados en los distintos postulados de los teóricos abordados al interior de este estudio, comprendemos que un eje importante tras la constitución de una política pública – y según el relato también de algunos entrevistados- que 10 años desde la constitución de una política pública exponen un periodo vital, para la remirada de dicho proceso.

Ante lo cual la inclusión de las 80 patologías en este periodo, requieren no tan sólo un cuestionamiento frente a la necesidad de si continuar o no agregando enfermedades al GES o si se debe “Augerizar” todas las enfermedades. Consideramos que el camino del AUGE debe ir mucho más allá del número de patologías inmersas en este sistema.

Considerando una evaluación más allá de criterios de funcionamiento del AUGE, del acceso y todo aquello que remite a un sistema de salud, pero no a una evaluación pertinente de que es Salud. Es decir, a una evaluación frente a las nociones que integran a cada patología frente al eje de calidad y a los diversos tópicos que se presentan como necesario. En ello el abordaje sociológico claramente presenta un requerimiento del estado actual de la composición del AUGE/GES en su contenido neto – salud- y la evaluación y recomendación de cómo abordar el AUGE hacia miradas futuras, para que este pueda recibir de modo constante consideraciones que pueden hacer de este mejoras en la salud chilena y evitando así también el desgaste o escenarios peores para esta política pública.

### c) Recomendación de evaluación del estado de las enfermedades no AUGE y enfermedades AUGE:

Pese al gran esfuerzo que se ha ido desarrollando a lo largo de la constitución de GES como política pública en la fase de su implementación, es producto de aquella discusión inicial que lo conformó, mediante disputas expuestas entre principios de integridad y de qué se entendía por salud.

Considerando aquellas contribuciones ideológicas que tanto fueron defendidas, la realidad es que no son expresadas en la fase de implementación. Es decir, su consideración y su constitución como producto de salud, solo remite a la configuración de las listas de espera y siendo ese el eje orientador, solo contribuye más a las inequidades del sistema y a

establecer la atención en salud conforme a la priorización en la gravedad de las patologías. Sin embargo, no contribuye a lograr una atención integral para las personas, lo cual se tornó relevante evaluar, pues en definitiva, muchos actores expusieron que el sistema se auerizó y las enfermedades no AUGE están a la deriva y sin evaluación y financiamiento, tanto en redes asistenciales, cómo en las Isapres.

## Referencias Bibliográficas

- Abad, H. (Agosto, 2008). *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia. Recuperado de: <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/Políticas%20publicas%20en%20salud.pdf>
- Allin, S. Mossialos, E, Mckee, M, Holland, W. (2004) *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Publicado por Observatory on health systems and policies. Bélgica. Recuperada de: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/98413/E84884.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98413/E84884.pdf)
- Arrau, F. (2002). *Contextualización del plan de acceso universal con garantías explícitas; eje actual de la reforma de la salud*. Estudios Anticipación. Biblioteca del Congreso nacional de Chile. Recuperada de: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf>
- Aguilar. L (2008). *Marco para el análisis de las políticas públicas*. Publicado por Administración & Ciudadanía, vol., Num.2, Ecola Galega de Administración pública (EGAP), Santiago de Compostela.
- Bañón, R. Carillo, E. Tamayo, M. (1997). *La nueva administración*, Madrid. Alianza Universidad.
- Batías, S, Valdivia G. (2007): *Reforma de salud en Chile; el plan auge o régimen de garantías explícitas en salud*. (GES). Su origen y evolución. Boletín escuela medicina U.C, Pontificia universidad católica de Chile. Vol. 32 nº2. Recuperado de: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf>
- Bourdieu, P. (1998). *Capital cultural, escuela y espacio social*. Compilado y traducción Isabel Jiménez. Siglo XXI editores. México
- Cáceres, C. Cuba, V. (Julio 2006). *Investigación científica y políticas públicas en salud: Memoria de las Primeras Jornadas Científicas en Salud Pública*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, facultad de salud pública.

- *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos, declaración provisional* [monografía en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. Disponible en línea: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/), consultado el 16 de octubre de 2013.
- Decreto de Ley N° 19.966. *Establece un régimen de garantías de salud*. Publicada en el Diario Oficial de (03/09/04). (<http://www.leychile.cl/>)
- Diario la Cuarta. (2002) “Artaza es el Pinocho de cuento llamado Auge”. Disponible en: [http://www.lacuarta.com/diario/2002/11/09/09.06.4a.CRO.MEDI\\_COS.html](http://www.lacuarta.com/diario/2002/11/09/09.06.4a.CRO.MEDI_COS.html) (09/11/2002).
- Diario El Mercurio (2004). “FONASA lanza campaña de difusión del plan AUGE”. Disponible en: <http://www.emol.com/noticias/nacional/2004/09/22/159188/fonasa-lanza-campana-de-difusion-de-plan-auge.html> (22/09/2004).
- Erazo, A. (2004). *La reforma de la salud: una obligación social*. Artículo Foro septiembre 2004. Publicado por Fundación Chile 21. 9-10.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. 2ª edición. Madrid: Morata. Cap. XI datos verbales: Una panorámica general y Cap. XVII. Interpretación de textos: Una panorámica general.
- Garrido, L. (2008). *“Estado, Sociedad y Políticas Públicas: Estudio sobre la implementación de la reforma a la salud Chilena en la comuna de Puerto Montt”*. (Tesis título profesional sociólogo). Recuperada en: [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2008/garrido\\_l/sources/garrido\\_l.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2008/garrido_l/sources/garrido_l.pdf)
- Hess.C, Schwartz.S, Rosenthal, - Snyder, - Weil.A (2008). *State health policies aimed at promoting excellent systems: a report on states roles, in health systems performance*. Publicado por the national academy for state health policy. Recuperada de: [http://nashp.org/sites/default/files/shapes\\_report.pdf?q=files/shapes\\_report.pdf](http://nashp.org/sites/default/files/shapes_report.pdf?q=files/shapes_report.pdf)
- Instituto de Salud pública Universidad Andrés Bello. (s/f/e). Baja evaluación del Auge: Desfinanciamiento y menor calidad en las prestaciones. Disponible en: <http://www.ispandresbello.cl/deficit->

[de-financiamiento-y-menor-calidad-en-las-prestaciones-  
impactan-en-la-baja-evaluacion-de-los-usuarios-del-auge/](#)

- Lenz, R. (2007). *Proceso político de la reforma auge de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina, Una Mirada desde la Economía Política*. (Eds. 38), Serie Estudios Socio/Económicos (pp. 1 - 40). Chile: CEDPLAN, Corporación de estudios para Latinoamérica.
- Lahera, E. (2004). *Política y políticas públicas*. Publicado: División de Desarrollo social. Chile, CEPAL.
- Lahera, E. (2000). *Reforma del Estado: un enfoque de las políticas públicas*. Revista CLAD Reforma y democracia. No.16: Caracas
- Merlo, I. (s/f/e). *Proyecto de Tesis de Maestría en Gestión Política: Indeterminación de las políticas públicas: una metodología para su superación*. Universidad Católica de Córdoba Maestría en Gestión Política.
- Martinon, R. (2005). *Las ideas en las políticas públicas: El enfoque de las coaliciones promotoras*. Publicado por Universidad Carlos III de Madrid. Departamento de Ciencias políticas y Sociología.
- Ministerio de salud. Gobierno de Chile. (2012) *Informe: revisión del proceso de priorización de las garantías explícitas en salud (GES)*. División de planificación sanitaria. Depto. Economía de la salud.
- Müller, M. (2004). *El plan AUGE y la estrategia comunicacional del gobierno. Análisis sobre el proceso de Reforma de la Salud en Chile*. (Tesis licenciado en comunicación Social, Universidad Diego Portales): recuperada en: <http://www.comunicacionyletras.udp.cl/files/muller.pdf>
- Pérez, G. (2008). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla.
- Puebla, T. (2012). *“Ley AUGE, herramienta para la disminución de la exclusión social en salud: visión desde los actores involucrados”*. (Tesis magister en gestión y políticas públicas) recuperada en: [http://www.tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/111348/cfpuebla\\_tn.pdf?sequence](http://www.tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/111348/cfpuebla_tn.pdf?sequence)
- Rodríguez, G. Gil, García, E. (1999). *Metodología de la investigación*. España: Aljibe.

- Ruiz-Esquide, M. (2003). *Reforma de salud: plazos imposibles*. Revista Vida médica. Publicación oficial del Colegio Médico de Chile A.G., volumen 55. Nº1. 72-76
- Subirats., Knoepfe. P., Larrue. L, Varonne. F (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Editorial Ariel, S. A. Barcelona.
- Strauss, A y Corvina, J. (2002). *Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia. Universidad de Antioquía.
- Valdés, G. (2003). *Reforma de salud: plazos imposibles*. Revista Vida médica. Publicación oficial del Colegio Médico de Chile A.G., volumen 55. Nº1. 14-17.
- Weber, Max. (1992). *Economía y Sociedad: esbozo de una Sociología comprensiva*. Edición preparada por Johannes Winckelmann. Nota preliminar de José Medina Echavarría. México, Fondo de Cultura Económica.
- Weber, M. (1919). *La política como vocación*, Traducción de Denes Martos, La editorial virtual.
- Weber, M (1997). *Economía y sociedad: esbozo de sociología comprensiva*. Barcelona: Fondo de cultura económica.
- Weber, M. (1998). *El político y el científico*, Editorial Libertador. Argentina

# ANEXOS

## 1. Carta de consentimiento informado

Garantías Explícitas en Salud (GES): Participación de actores sociales y su constitución como alternativa de política pública, tesis para optar al grado de licenciatura en sociología, desarrolla un estudio de metodología mixta, cuya área cualitativa, requiere de una serie de entrevistas a actores claves de dicho proceso, para el logro de los objetivos de esta investigación.

Los datos son confidenciales, toda la información que entregue será usada para propósitos exclusivamente académicos. Su identidad no será revelada y las publicaciones que deriven del estudio se realizarán conforme a los principios ya estipulados.

Yo....., he recibido una invitación a participar en el estudio sobre “Garantías Explícitas en Salud (GES): Participación de actores sociales y su constitución como alternativa de política pública, realizado por las tesis de sociología, Pía Álvarez Iturriaga y Macarena Arcos Puelles, Candidatas a Licenciadas en Sociología, de la Universidad Católica Silva Henríquez.

Confirmando que mi participación en este estudio, es voluntaria y puedo pasar por alto las preguntas que no quiera responder o retirarme en el momento que desee.

Esta página me fue leída por una persona debidamente identificada y estoy de acuerdo en participar en este estudio.

FECHA

\_\_\_\_\_   
 FIRMA

FIRMAS INVESTIGADORAS

\_\_\_\_\_   
 Pía Álvarez Iturriaga

\_\_\_\_\_   
 Macarena Arcos Puelles

Si desea verificar la información o aclarar cualquier duda, puede comunicarse con el investigador responsable, Sergio Ibáñez Schuda en el teléfono (02) 7614570 o 8-4491988 o en la dirección siguiente: [Sergio.ibanez.sch@gmail.com](mailto:Sergio.ibanez.sch@gmail.com), agradecemos su participación.



## 2. Listado de actores relevantes entrevistados

Entrevistados	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alberto Espina Otero</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Senador de la República de Chile</u> por Circunscripción XIV, <u>Araucanía Norte</u></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dr. Álvaro Erazo Latorre</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2000-2006: Director Fondo Nacional de Salud</li> <li>✓ 2008-2010: Ministro de Salud</li> <li>✓ <u>1995-1996</u>: Presidente de la Comisión de Fortalecimiento Institucional de Salud Ambiental y de la Comisión de Fortalecimiento de la Salud Ocupacional</li> <li><u>2001-2005</u>. Participó en el Consejo AUGE y en la Comisión de Reforma a la Salud</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dr. Hernán Sandoval Orellana</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Secretario Ejecutivo de la Comisión de la Reforma de Salud, AUGE.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dr. Manuel Inostroza Palma</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2003-2010: Superintendente de salud. Gobiernos Ricardo Lagos Escobar - Michelle Bachelet Jeria</li> <li>✓ 1994: Jefe de Gabinete. Ministerio de Salud</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dra. María Dolores Tohá Torm</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Encargada Secretaría Técnica AUGE. Ministerio de Salud de Chile</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dr. Jaime Mañalich Muxi</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2010-2013: Ministro de Salud de Chile</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dr. Ricardo García P.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Secretario General Colegio médico.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Francisco Vidal Salinas</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2006-2011: Ministro de Defensa Nacional de Chile</li> <li>✓ 2007-2009: Ministro Secretario General de la Presidencia</li> <li>✓ 2005-2006: Ministro del Interior de Chile</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Paola Vergara</b></li> <li>• <b>Francisco Garrido</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gestión de clientes. Fondo Nacional de Salud (FONASA)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dr. Pedro García Aspillaga</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2003-2006 Ministro de Salud</li> <li>✓ 2000: Director Servicio de Salud Metropolitano Oriente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pietro Cifuentes Parra</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ex Jefe Subdepartamento Plan de Beneficios en Fondo Nacional de Salud (FONASA)</li> <li>✓ Profesor instructor curso de Bioética en Salud Pública en Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile</li> <li>✓ Consultor en CLAISS</li> </ul>

### 3. a. Pauta de entrevista a actores claves

Departamento de Sociología

Tesis: políticas públicas en salud

Integrantes: Pía Álvarez – Macarena Arcos

#### Modelo introductorio

1. ¿Qué factores considera que fueron claves para la conformación del AUGE?
2. En una primera instancia ¿Cuál era su visión y/o noción del AUGE?
3. ¿Cuál fue el escenario político dentro del cual surgió el AUGE?
4. ¿Considera que el país requería esta política pública y porque?
5. Desde su experiencia ¿Cuál o cuáles eran los mayores beneficios que esta propuesta de reforma en salud proporcionaba al país?
6. ¿Cuál era la postura y visión de aquellos que se oponían al AUGE?
7. Respecto a quienes estaban en acuerdo con el AUGE, ¿Cuáles o cual fue el mayor desafío que debió enfrentar esta política pública para pasar de una propuesta a una ley?
8. De esos desafíos ¿Qué importancia se le dio AUGE cuando se empezó a gestar la idea de esta política pública?
9. ¿Hubo un estudio previo sobre reformas de sistemas de salud en el mundo antes que se empezara a conformar el AUGE como política pública?
10. ¿La discusión social, parlamentaria y civil, conformó ejes de desarrollo del AUGE como alternativa de política pública?
11. ¿Cuál es la importancia del AUGE en el país?
12. ¿Qué actores cree usted que fueron claves para que el AUGE surgiera como ley?
13. De esos actores, ¿Qué diferencias y visiones aportaron a la discusión de la política pública?

### 3. b. Pauta transcripción de entrevistas

Nombre informante:

Cargo:

Fecha de entrevista:

Tiempo:

Palabras claves:

#### 4. Cronograma de actividades

Implementación Trabajo de Campo	Mes	Julio				Agosto				Septiembre				Octubre.			
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	Tareas por realizar:																
Etapa de acercamiento	Acercamiento al campo De estudio																
	Recolección inicial de datos																
	Formulación de Hipótesis																
	Realización de fichas bibliográficas																
Etapa de recolección de Datos.	Realización de entrevistas a actores claves																
	Confirmación o reformulación de hipótesis																
	Sustentabilidad de las hipótesis																
	Recopilación y reorganización de Información																
Etapa de análisis de los datos	Ordenación y preparación de los Datos para el análisis																
	Análisis de la información																
	Resultados																
	Presentación de resultados																
Conclusiones y recomendaciones	Construcción de conclusiones																
	Edición de conclusiones																
	Establecimiento y construcción de recomendaciones																
	Edición de recomendaciones																

## Anexo 1

❖ Dr. Manuel Inostroza Palma

✓ 2003-2010: Superintendente de salud. Gobiernos Ricardo Lagos Escobar - Michelle Bachelet Jeria

Fecha: 12/09/2013

Hora: 17:00-18:00

Lugar: Escuela de Salud Pública Universidad Andrés Bello

### Descripción teórica

- Derecho de las personas
- Superintendencia de ISAPRES actuó como un actor político en la discusión del AUGE
- Existió por parte del Presidente Ricardo Lagos un fuerte apoyo político al ministro de salud Pedro García para fortalecer las negociaciones y posterior promulgación de la ley AUGE
- Oposición de distintos actores políticos a la reforma de la salud, comandados por el colegio médico desde un comienzo
- El año 2005 se inicia la implementación de la ley N° 19.996
- El AUGE busca estimular la productividad de los médicos y del sistema de salud público de salud en general
- Ley AUGE “si la máxima autoridad no se involucra, las reformas no se hacen”, aludiendo al fuerte respaldo e impulso que el presidente Ricardo Lagos generó en el espectro político y social para que la ley AUGE finalmente se lograra aprobar en el congreso.
- El fondo de compensación solidario formó parte del modo de “transar” con la derecha para poder finalmente aprobar la ley AUGE, y el 7% de cotizaciones
- Prioridades en salud: defensa del AUGE y sus premisas
- Contrarreforma: ajuste al financiamiento, según 80 patologías ¿estamos matando el AUGE?
- Existió una bancada política transversal para apoyar la reforma de la salud, pese a que dentro del oficialismo de ese entonces (Concertación), existieron disidente para aprobar esta ley
- Evelyn Matthei y Alberto Espina por el lado de la alianza fueron los que en definitiva lograron generar un apoyo político transversal para la promulgación del AUGE
- Negociaciones con gremios de la salud

## Anexo 2

❖ Francisco Vidal Maturana

✓ 2005-2006: Ministro del Interior de Chile

Fecha: 30/09/2013

Hora: 13:00 – 13:15

Lugar: Fundación Chile 21

### Descripción teórica

- Construcción de un derecho universal
- Choque de visiones políticas y sociales en torno a la seguridad social que postula el AUGE como proyecto de ley
- Pilar solidario: gasto social que el Estado propone para solventar los pagos de los pacientes y prestaciones de salud
- Surgen dos posturas en torno a este estipulado del proyecto de ley. Los que estaban a favor del AUGE, legislar en torno al pilar solidario, y los que no estaban de acuerdo, y que proponía sacar este ítem, o la ley no de aprobaba en el congreso.
- No AUGE : Banca Alianza por Chile, Colegio de profesores, sectores de ultra izquierda de la Concertación (PS )
- Si AUGE: Presidente Ricardo Lagos, bancada concertación (DC, PPD, PRSD), equipos técnicos
- Se forma una disputa ideológica entre liberales v/s estatistas
- Expresión del derecho social independiente
- Materializar el derecho a la salud
- Nuevo concepto en políticas públicas como derecho fundamental en salud
- Seguro público orientado al gasto y necesidad de incorporación de mecanismos de acción
- Establecimientos de redes y guías clínicas
- Garantía financiera
- Solución a inequidades en salud
- Actores claves: Presidente Ricardo Lagos Escobar y actores políticos
- Críticas: existieron prioridades políticas y se dejaron de lado prioridades sanitarias.

### Anexo 3

❖ Paola Vergara , Francisco Garrido

Fecha: 10/09/2013

Hora: 15:00-14:00

Lugar: Fondo Nacional de Salud (FONASA). Monjitas 665

✓ Gestión de clientes. Fondo Nacional de Salud (FONASA)

#### **Descripción teórica**

- Desafíos: variable geográfica para dar cobertura en salud
- Sensibilización a la población
- Chile es un país que tiene buena medicina
- Filosofía preventiva, más que reactiva
- Debilidad: red asistencial pública
- Sistema equitativo, solidario. El 80% de la población de Chile se atiende en FONASA a través de prestaciones AUGE
- Actor clave: la ciudadanía, que buscó ejercer sus derechos
- Solución al empobrecimiento en salud pública

## Anexo 4

- ❖ Dra. María Dolores Tohá Torm
- ✓ Encargada Secretaría Técnica AUGE. Ministerio de Salud de Chile

### **Descripción teórica**

- Consejo consultivo AUGE para el estudio de cambios epidemiológicos y demográficos
- OMS: 2000 indicadores de supervivencia, sin embargo sigue persistiendo inequidades en el sector salud.
- Promulgación del AUGE a través de la capacidad que tuviera redes asistenciales para ser ejecutada
- Acceso y oportunidad sobre un piso universal y de garantía, que fuera diferenciado y preferencial
- Impulsores: Presidente Ricardo Lagos y equipos técnicos
- Opositores: Gremios médicos
- Caída de la ley del fondo solidario en medio del debate parlamentario. Fue parte de lo que tuvo que negociar el gobierno para lograr acuerdo en el congreso nacional y los gremios de la salud.
- Críticas: monitoreo a las garantías y médicos.



## Anexo 5

- ❖ Álvaro Erazo Latorre
- ✓ 2000-2006: Director Fondo Nacional de Salud
- ✓ 2008-2010: Ministro de Salud
- ✓ 1995-1996: Presidente de la Comisión de Fortalecimiento Institucional de Salud Ambiental y de la Comisión de Fortalecimiento de la Salud Ocupacional
- ✓ 2001-2005. Participó en el Consejo AUGE y en la Comisión de Reforma a la Salud

Fecha: 24/10/2013

Hora: 11:00 – 12:00

Lugar: Facultad de medicina. Universidad Católica

### Descripción teórica

- Cambio tributario
- Modelo solidario de riesgo
- Generación de un piloto AUGE por parte de FONASA. Puesta en marcha con 3 patologías
- Universalidad orientada a los derechos sociales
- Sociedad de garantías
- FONASA como actor clave en la promulgación del AUGE
- Causas del fondo solidario
- El principal aliado del AUGE fue la ciudadanía y el presidente Ricardo Lagos Escobar
- FONASA como seguro público
- Desmenuzar el tema financiero de la reforma
- El recurso humano como medio de modernización de la institución pública de salud. FONASA contribuyó a esto mediante la generación e implementación de pasantías al extranjero de sus funcionarios como método de capacitación para la implementación paulatina del AUGE.
- Vectores políticos y sociales
- Gastos sostenido, pero contenido

## Anexo 6

❖ Alberto Espina Otero

✓ Senador de la República de Chile  
por Circunscripción XIV, Araucanía Norte

Fecha: 24/10/2013

Hora: 18:00-18:30

Lugar: Facultad de Derecho. Universidad San Sebastián

### **Descripción teórica**

- Ley de autoridad sanitaria
- Mecanismos para ver cuáles iban a ser las enfermedades AUGE
- Buena política pública para la sociedad, lo ideal es que estuvieran todas las enfermedades no AUGE, las que no han sido evaluadas
- Modernización de todo el aparato de salud
- Incentivos en las instituciones gubernamentales

## Anexo 7

- ❖ Dr. Jaime Mañalich Muxi
- ✓ Ministro de salud 2010-2013

Fecha: 06/11/2013

Hora: 9:00-9:45

Lugar: Ministerio de Salud. Gabinete

### Descripción teórica

- Banco Mundial: generó un mandato un debate en torno al gasto de los países en salud, a través de los programas de economía de la salud
- La salud debe ser mirada como un gasto, más que como un presupuesto
- Definición de bienes de salud
- AUGE: concepción utilitaria “el mayor bien, para mayor cantidad de población”
- Inquietud: ¿Por qué no han imitado al AUGE otros países como reformas de sistema de salud?
- Política pública orientada a la generación de una discriminación positiva
- Se necesita una reforma de previsión
- Contradicciones entre AUGE y GES: cambio en el concepto de universalidad, por el de garantías
- La universalidad debe ser dirigida y apuntada progresivamente en la reforma de salud
- La percepción es muy buena por parte de la ciudadanía
- Hay que tener un AUGE preventivo
- El eslogan del AUGE fue tener un énfasis en la enfermedad y no en la salud, por lo tanto esto debe ser mirado nuevamente en nuevas incursiones del sistema de salud público.

## Anexo 8

❖ Hernán Sandoval Orellana

✓ Secretario Ejecutivo de la Comisión de la Reforma de Salud, AUGE.

Fecha: 06/11/2013

Hora: 17:00 – 19:30

Lugar: Facultad de medicina Universidad Las Américas

### Descripción teórica

- Garantías: única forma de empoderar a las personas
- Desarrollo económico social
- La salud no es sólo el abuso de la capacidad médica
- El acceso no garantiza la equidad en salud
- No existe la profundización de una reforma, sino no existen objetivos (sanitarios) para mejorar la salud de la población
- Creación de los objetivos sanitarios para la década
- Generar un presupuesto único para la salud pública y para redes asistenciales
- El proyecto (AUGE, reforma sanitaria, ley de deberes y derecho de los pacientes y fondo solidario) estuvo listo en agosto de 2001
- Se pide a los técnicos cambiar la semántica de la ley de deberes y derechos del paciente, por “derechos y deberes del paciente”, con el objetivo de empoderar aún más a la población
- El ex ministro Osvaldo Artázar jugó un importante rol, al agilizar la inclusión del proyecto de ley en el congreso a través de capitalizar su fuerte apoyo ciudadana en pos de sacar adelante la reforma
- Los derechos sociales se proclaman, no se garantizan
- La caída del fondo solidario no tuvo gran importancia, sino más bien tuvo relevancia el aporte económico que sustentaba su objetivo: Las cotizaciones no son de las personas, son del seguro, el cual se configura desde una condición compulsiva y obligatoria
- La equidad se hace en base a la justicia social
- La distinción sustancial del AUGE se hizo en base a una contribución sanitaria
- En el sistema de salud no existe una mirada preventiva, sino más bien curativa, lo que a su juicio presenta un grave error, pues no tiene un objetivo claro de funcionamiento y ejecución
- Antes de generar hubo 60 asambleas ciudadanas para medir la percepción del sistema de salud público, y contribuir a la primera generación de listas de patologías AUGE. Planteando consigo, la generación sustancial del derecho a plasmar las necesidades que posee la población beneficiaria. “Nunca antes se había tomado en cuenta a la población a la hora de generar una política pública”

<b>Título del texto fichado</b>	Proyecto de Ley N° 19.966. Establece un régimen de garantías en salud
<b>Autor</b>	República de Chile. Ministerio de salud
<b>Año</b>	2004
<b>Editorial</b>	
<b>Capítulos fichados</b>	Artículo 1 - 55

#### Desarrollo de los argumentos del autor:

La ley N°19.966 expone la cuantificación y cualificación necesaria para sostener la regulación sanitaria del país, con el fin de proporcionar un financiamiento GES en torno a las prestaciones de salud pública. La premisa central está abocada a fortalecer el trabajo del sector público de la salud, generando consigo mejoramiento en el sistema de equidad social que el país necesita. A partir del pilar solidario, es que el AUGE O GES está estipulado como mecanismo de innovación en las referencias a la reforma de salud, que el sistema público (FONASA Y MINSAL) busca obtener mediante la promulgación de este proyecto de ley.

Para esto, se iniciaron cálculos financieros en torno a la prima económica que el AUGE requerirá para financiar las 12 patologías que la ley N°19.966 dispone, mediante las normas estipuladas por el ministerio de salud. Otorgando a los beneficiarios del sistema: acceso, calidad, oportunidad y protección.

*“Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derecho para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan” (Ministerio de salud, 2004)*

#### Síntesis del Texto o capítulo analizado:

El proyecto de ley N° 19.966 enviado por el ministerio de salud al congreso de Chile el año 2004, se desarrolla conforme al establecimiento de instrumentos de regulación sanitaria, con el fin de integrar este requerimiento al estatuto administrativo que el país solicita para llevar a cabo la regulación financiera y administrativa de las prestaciones de salud AUGE.

El proyecto de ley N°19.966 está establecido conforme a la ley N°18.469 dispuesta por el fondo nacional de salud para el financiamiento y ejecución de las prestaciones de salud. Este consta de 55 artículos de resolución jurídica, que están orientadas a establecer las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo de los programas nacionales de FONASA y el ministerio de salud, conforme a la calidad de atención que se presta a los beneficiarios del sistema de salud público en Chile.

Las garantías explícitas en salud están orientadas a satisfacer económica y socialmente la salud de los beneficiarios de este ley, asimismo, la constitución de políticas públicas orientadas a la conformidad de esta resolución legislativa, mediante la promulgación de 12 patologías asociadas a al concepto técnico de “catastróficas”.

#### Comentario analítico:

Al ser un proyecto de ley, estipulado jurídicamente por el ministerio de salud y el congreso de Chile es preciso señalar que se manifiesta administrativamente los requerimientos que el AUGE como ley de Estado debe cumplir, asimismo, la orientación que las instituciones y beneficiarios deben tener ajustados a los requerimientos legales y administrativos.

## Anexo 10

ENTREVISTA: Francisco Vidal – Ex Ministro del Interior y Secretario general de Gobierno

---

Cargo: Ex ministro secretario General de Gobierno

Fecha de entrevista: 30/09/2013

Tiempo: 15 minutos, 39 segundos.

Palabras claves: gobierno, salud universal, Ricardo Lagos.

Conociendo su visión desde el gobierno, sobre aquella noción de dicha época y más o menos identificar qué factores ustedes consideraron importantes para la conformación del AUGE.

Tienes que incorporar al AUGE dentro de una política mayor, y es que el programa de Gobierno del presidente Lagos, entre sus paradigmas estaba construir una sociedad más igualitaria. A partir de ahí, hay un conjunto de políticas públicas que cuando llegamos a salud es establecer un principio, que la salud es un derecho. Segundo principio, que el derecho a la Salud es universal, de ahí que el AUGE sea un plan de garantías universales, que se diferencia de todas las otras políticas públicas, que en general toma concepto la focalización, el 40 más pobre el 60 más pobre el 80 más pobre, no, el AUGE es universal. ¿Estamos? Yo diría que la primera política, (salvo las educacionales). La primera política pública en salud que tiene la capacidad de garantizar, los derechos universal, independiente del nivel de ingreso de la persona. En ese contexto va el proyecto de ley al parlamento.

Ahora ese proyecto de ley tuvo dos dificultades, primero al interior del gobierno por el choque de visiones al interior de la concertación, entre visiones garantistas de la salud como un derecho, ver su visión con la de una política pública focalizada. Resuelto eso con el presidente nos encontramos con el principal escollo, con la derecha y que consistió en que el AUGE en su origen, tenía una dimensión de solidaridad entre los dos subsistemas, donde el subsistema de ISAPRES que en alguna medida financiaba el subsistema FONASA, eso la derecha se negó y dados los cuórum que se requerían se llegó a un acuerdo político, por lo cual se sacrificó el pilar solidario del AUGE, en consecuencia quedo sólo de gasto fiscal y sin puente solidario el AUGE, en su financiamiento.

¿En esa época cuál era su visión y su noción del AUGE?

Lo que pasa es que yo era Ministro vocero de Lagos, entonces estaba informado no en lo técnico, sino que, en cómo enfrentar a la derecha y en las negociaciones, en cómo enfrentar la opinión pública, ese era mi rol. Entonces claro yo tenía las pautas de en qué consistía el AUGE, entonces esas pautas había que traducirlas en lenguaje comunicacional, tanto en radio, diario y en

la televisión y eso te obligaba a reducir, a resumir, a sintetizar, la política del AUGE.

Su experiencia ante las distintas confrontaciones de poder que detonaron el AUGE ¿Cuáles fueron los desafíos institucionales que el Gobierno en ese entonces debió enfrentar?

Explicarle a la gente común y corriente, en qué consistía la política, entonces las primeras doce patologías, si empezamos con tres y luego con doce, entonces la tarea fue comunicar el AUGE, junto con lo que hacía Lagos todos los días, con lo que hacía el Ministro de Salud, todos los días... mi tarea era complementar en eso.

En el rol dentro de la concertación el Dr. Inostroza nos comentaba que un actor principal en la fase del AUGE fue el Presidente Ricardo Lagos, en esa discusión. ¿Cómo se dio el ambiente, como se gestaron?

Mucha tensión al interior de la concertación de los partidos parlamentarios, como de los equipos técnicos, porque Inostroza era más liberal y había otros más estatista – por así decirlo-. En el parlamento era la misma división, algunos que si no había pilar solidario, eran partidarios que no hubiera AUGE y otros que sacrificando el pilar solidario mantenían el AUGE y finalmente Lagos tomo esa decisión, sacrificando el pilar solidario mantuvo el AUGE.

¿Eso indico que tuviera reticencia política en torno a la decisión del Presidente Ricardo Lagos?

Fue dura, fue dura porque la gente más estatista de la concertación hasta el día de hoy dicen que el AUGE es bueno, aunque podría haber sido mucho mejor y mucho más solidario.

En medio de esas diferencias ¿Qué pasa cuando el colegio médico comienza a manifestar su opinión más fuerte, como fue ese encuentro?

Ahí sencillamente, se le dio como una presión corporativa, que defendía los intereses de los médicos y tú tenías no sé, tres mil afiliados al colegio médico y quince millones de chilenos, no había donde perderse. No, no, no...había presión, el colegio médico es chico pero poderoso e influyente, hay parlamentarios médicos, pero si tú tienes claro que esa es una presión legítima, una presión corporativa al fin y al cabo, la defensa del gremio y tú tienes que proteger la política pública, por algo es pública.

Desde la visión de una construcción de una política pública, la inclusión por ejemplo de las ISAPRES ¿Cómo se ahondo respecto a este planteamiento, en la construcción del AUGE?

...

¿En la visión que el AUGE tendería a privatizar el sistema, que ciertas prestaciones que el sistema público no iba a poder ampliar?

Eso fue parte de la negociación con la derecha, la derecha defendió dos temas, que no hubiera solidaridad uno y segundo mantener el negocio, son



los dos temas con los que hizo frontera la derecha. La negociadora por la derecha fue la Evelyn Matthei, o sea las ISAPRES fueron defendidas por la derecha en el sentido, de los afiliados a las ISAPRES (se forma un paréntesis, remitiendo: “entre ellos me incluyo”), no tuvimos que pagar un adicional para financiar el FONASA, primer logro de la derecha para el 17% de los chilenos y el segundo logro que mantuvo el negocio DE LAS ISAPRES.

¿Desde esa perspectiva considera usted que el país requería del AUGE?

Sí de todas maneras, de hecho leí en el diario hoy día que se cumplió 18 millones de atenciones en el AUGE, 18 millones...

¿Porque AUGE y no otro tipo de plan? ¿Se evaluó otro tipo de plan en ese entonces?

Ahí desconozco lo que si recuerdo, es que el AUGE es la expresión de un derecho social garantizado independiente del nivel de ingreso, eso es lo valioso del AUGE en un país donde más o menos el 90% tiene el mismo ingreso y el 10% se escapa con una política universal que arremetía al 10 pero beneficia al 90.

El escenario político de confrontación de derecha e izquierda ¿se vio relacionado con lo que quería la gente que estaba demandando por un cambio en el sistema de salud?

La gente una vez que empezó a vivir el AUGE, lo percibió. Yo tengo muchas anécdotas con Lagos viajando por Chile y que mucha gente se le acercaba para agradecerle el AUGE y le contaba sus temas.

En ese desafío político que emprendió el presidente Ricardo Lagos ¿Cómo fue el proceso interno de decir Presidente es necesario o no realmente no lo es?

Desde el funcionamiento del gobierno, los equipos técnicos de salud de debate, luego llegan las propuestas al presidente, este informa a comité político y luego el presidente toma la decisión... Chile es supe presidencialista... a lo más el presidente escucha, pero él toma la decisión, él toma la decisión y luego viene el trámite parlamentario y el volvió a tomar la decisión contra muchos de sus adherentes y seguir, no obstante que la derecha colocaba estos obstáculos. Yo te diría que la principal definición de Lagos, fue que presidió sacar adelante el AUGE aunque no fuera solidario y a perderlo.

A partir de esa visión presidencialista como ve a los gobiernos sucesores de Michelle Bachelet y de Sebastián Piñera

Bueno se ha ido consolidando el AUGE, bueno hoy en día tenemos 80 patologías, el problema del AUGE para la gente no es el AUGE, es la demora de usar el AUGE. Esa es la mejor definición de que el AUGE sirvió.

La gente reclama no por el AUGE, la gente reclama porque no se puede atender con la rapidez necesaria en el AUGE y ahí están las listas de espera y toda esta historia.

Cuando hablábamos con el Dr. Inostroza él nos decía que sentía un cierto recelo por las 80 patologías hoy porque ha sido el mismo fondo económico (cálculo de prima) y que a pesar de ello se han incrementado más enfermedades, entonces los valores asignados para cada patología, es decir, para cada persona van disminuyendo

Claro y eso requiere que el AUGE está en el presupuesto de la nación y claro ahí es más probable que tú requieras más plata para apurar las listas de espera, no olvidarse de las listas de espera no AUGE, ¿estamos? Pero con 80 enfermedades tienes que tener el 90% de las patologías más frecuentes en Chile, lejos... y si vas por otro lado tienes el tema de los medicamentos y de las enfermedades catastróficas, vas cubriendo cosas distintas.

Si usted tuviera que remitir un enunciado que dijese para mí esto es AUGE ¿Qué es lo que usted nos diría?

Es que tú puedes presentar una enfermedad compleja sin que eso signifique una crisis terminal como familia, como grupo humano o crisis patrimonial. O sea hoy día alguien en el AUGE afectado con cáncer, no están todos, pero los que están, no significa que va a perder la casa, ni a vender el auto, ni a encallarse.

Eso va en la responsabilidad que el Estado tenga...

Obvio, eso significa materializar el concepto del derecho a la salud... o sea que tú puedes enfermarte y el Estado te garantiza un piso para enfrentar la enfermedad. Sin AUGE el que estaba en ISAPRE tenía el piso y el que estaba en FONASA tenía un piso chiquitito y lo demás tenía que ponerlo él... hoy día no.

¿Cuál fue la mayor frontera que tuvo que enfrentar el AUGE como política pública?

La derecha con su negación de construir el pilar solidario, porque el AUGE tendría más recursos, si a los que estamos en ISAPRES nos hubiesen sacado un poco para financiar eso.

En ese caso no era que Chile no estaba preparado, sino que la oposición...

No si la oposición no quiso, esos fueron los intereses de su electorado porque el 90% de la derecha está en ISAPRES.

¿A la población le costó mucho entender cómo se iba a conformar el AUGE?

Yo creo que le costó hasta que comenzó a vivirlo, porque la persona que se acercaba para agradecerle al Presidente era un grupo familiar, un grupo de amigos o de compañeros de trabajo y socializo. Hoy en día nadie está en contra del AUGE, ni el colegio médico.

Es una política pública que sociabilizo en pos de un objetivo positivo

Exactamente, y te reitero el problema del AUGE no es el AUGE, es la demora para atenderse en el AUGE, esa fue la mejor demostración que fue, que es una buena política pública.

Nuestro enfoque se centra en la conformación del AUGE, ante ello cuando usted dice que a la gente le gusto el AUGE desde que se formó, parte de algunas revisiones de documentos remiten a quienes quedaron fuera del AUGE ¿Cómo se maneja esta premisa y la priorización de enfermedades?

La gradualidad, las primeras tres y doce patologías cubrían la mitad de las dos enfermedades más frecuentes, después fueron 48, 70, hasta..., es un mecanismo gradual y había que aplicarlo, porque a su vez había una restricción económica y ahí no hay vuelta.

Nos gustaría dejar espacio para que usted pudiese aportar aquello que considere necesario e importante desde su noción, desde su visión.

Mira para mí lo más importante del AUGE es que estableció un nuevo principio en políticas públicas, el principio del derecho universal que en un país como Chile esa política de derechos universales choca con otra mirada que es derecho focalizados del 40, del 60 % más pobre, pero que dada la mala distribución del ingreso en Chile, cuando tu rindes una política para el 40, para el 60 y hasta para el 80, estas dejando fuera de esa política a un sector que no es rico, que no tiene capacidad de costeo.

¿Entonces el AUGE vendría siendo un ejemplo hacia otras políticas públicas?

Así es, de hecho el AUGE fue el que le dio el pase por ejemplo ahora ir al derecho de la educación superior, gratuita.

¿Ser un referente latinoamericano de reformas a la salud?

No sé el impacto en América latina del modelo, lo que pasa es que el impacto de las políticas en América latina los países se habían quedado sin neoliberalismo, entonces en Argentina, en Uruguay, el derecho a la salud es histórico. Nosotros tuvimos hasta el 73 un derecho más o menos garantizado, pero en la dictadura no, se retrocedió, entonces ahí se produce la segmentación, como en todo orden de cosas porque la política neoliberal es usted si tiene plata arrégleselas, sino tiene plata el Estado pone, pero ese pone era insignificante.

## Anexo 11

ENTREVISTA: Manuel Inostroza- Ex – Superintendente de ISAPRES

---

Cargo: Superintendente de salud.

Fecha de entrevista:

Tiempo: 38 minutos con 55 segundos.

Palabras claves: calculo prima- pilar solidario- AUGE- Ricardo Lagos.

Tiene que ver con combinar dos aspectos de las políticas públicas de la salud. La primera, cómo hacer que al menos para un conjunto de problemas específicos de salud, el problema de la lista de espera no sea un problema. O sea que haya una garantía de atención, mediante plazos técnicamente definidos y que eso se resuelva efectivamente como un derecho adquirido de las personas, porque a mi juicio esta mejora de que esta todo garantizado y que la plata gradualmente se va incrementando de apoco, porque Chile no es un país para decir vamos a duplicar el presupuesto en salud en los próximos dos o tres años, sino que siempre ha sido muy gradual, llevaba a que en general los problemas de las listas de espera eran eternos y seguían siendo un problema para la salud pública, entonces para este conjunto de problemas, ese problema va a dejar de ser un problema y lo vamos a resolver y la gente se va a poder atender como corresponde, esa fue como el primer porqué del AUGE. El segundo, yo diría, es que en salud ya permanentemente estamos priorizando, por ejemplo cuando yo determino mediante el sistema de traiga frente a una emergencia o catástrofe como médico, miré no hay nada que hacer este se va a morir en cuatro horas así que en realidad no hay que atenderlo o este sí porque atenderlo oportunamente va a significar salvarlo, entonces uno como médico está decidiendo en base a la vida y la muerte, estamos priorizando permanentemente y la segunda característica de esta política pública era que consistente con eso uno igual tiene que priorizar, entonces si tú me preguntas el porqué del AUGE, yo te voy a decir mire, esto va a dejar de ser un problema y la gente va a valorar le AUGE porque no va a tener problemas de listas de espera porque se va a resolver cuando corresponde por que está garantizado y segundo es un ejercicio de priorización técnicamente bien definido que nos orienta que estas patologías se determina en base a lo que más enferma y mata a los chilenos. En general las patologías del AUGE se definen por eso, por lo que se llama la carga de enfermedad técnicamente, pero en resumen es, que es lo que más mata y enferma a los chilenos y esas son las prioridades.

Haciendo una revisión retrospectiva, sabemos que usted fue parte de la superintendencia de Isapres, el rol que jugo en la superintendencia en la construcción del AUGE, desde la visión que tuvo la institución, como usted la definiría.

Nosotros ejercimos una labor política y técnica que fue clave, yo y mi equipo. Yo llegue cuando el ministro García fue nombrado Ministro de salud, y a las pocas semanas de que a él lo nombran Ministro de salud, el me nombra

superintendente de Isapre, entonces yo llegue claramente a respaldar su gestión como ministro para destrabar la reforma, porque cuando nosotros llegamos, ya habían sacado antes a la Ministra Bachelet, que la habían sacado de salud por las dificultades de ponerse de acuerdo con el tema del AUGE y Sandoval, habían sacado a Artázar, que había tenido la virtud de mandar los proyectos al parlamento pero no tenía acuerdo para sacar los proyectos del parlamento, entonces cuando llega el ministro García y luego yo como superintendente, llegamos con la clara tarea de lograr acuerdo político en el parlamento, con todos los parlamentarios de gobierno y oposición para que el AUGE como reforma pudiera ser aprobada, o sea cuando nosotros llegamos estaba todo el mundo en contra del AUGE y por distintas razones, las ISAPRES estaban en contra porque no les gustaba, el colegio médico no lo quería porque probablemente les iba a mermar sus ingresos profesionales, las clínicas no estaban seguras de que iba a ser actores, para que hablar de los gremios de la salud se oponían todos al AUGE porque esto era una reforma economicista, en fin, por distintas razones por lo tanto yo diría que más allá de que Hernán Sandoval haya sido el que gestó la idea, lo que hicimos viable el que esto se aprobara en el parlamento fue básicamente el ministro García y su equipo, entre los cuales yo me contaba, de hecho yo dure en el cargo siete años así que algo de eso dice el tiempo que dure como superintendente.

Usted considera que en el país, porque básicamente usted nos plantea que en este escenario político había un poco de oposición pero usted diría, ¿por quién podría definir que hizo ese esfuerzo básicamente por sacar el AUGE adelante y por qué?

Bueno porque nosotros estábamos convencidos por estas dos razones que te señalaba, de que era una buena política pública, las patologías del AUGE no son súper simples, por ejemplo una patología del auge, por nombrarte una, son todos los cánceres infantiles, todos los que afectan a los niños menores de 15 años están garantizados, entonces es una política pública súper potente, entonces nosotros estábamos convencidos que esta política pública valía la pena implementarla porque iba a generar ganancias importantes a la población, pero como tú señalas había oposición, y si tú revisas la historia, no ha habido ninguna reforma del mundo que no cuente con la oposición de los médicos al comienzo, o sea por el contrario los que gestionan salud tienen que partir de la base que cualquier mejora que hagamos va a contar con alguna oposición porque siempre va a contar con algún conflicto que se toca, algún interés que entra en cuestión pero cuando uno tiene la convicción de que es bueno para la gente tiene que echarle para adelante no más pues, y nosotros estábamos convencidos de que era bueno para la gente, ahora de hecho si tú analizas los estudios de evaluación de opinión pública que hay, el auge hasta ahora ha estado entre las mejores políticas públicas evaluadas por la gente.

De esos conflictos de los que usted habla, ¿Cuál se podría definir como los más relevantes que hubo entre los distintos actores que participaron?

Entrevistado: Yo creo que el actor más relevante que se opuso terminantemente al auge y que al final incluso no cambió su postura, fue el colegio médico. El colegio médico hizo oposición desde el comienzo, luego

nosotros conversamos con el colegio médico y le introdujimos varias modificaciones al auge, el auge que salió finalmente del parlamento no era igual al auge que diseñó Sandoval, hubo cambios y a pesar de todos esos cambios que se hicieron, el colegio médico al final de todas las negociaciones siguió en su postura de oposición pese a todas las mejoras que se le hicieron y finalmente se presentó al parlamento tal cual quedó. Incluso cuando el auge salió y comenzó a implementarse el 2005, hicieron una campaña en los medios de comunicación, en los buses de amarillos que decía “el auge es puro cuento”, dejando ver que nosotros les estábamos mintiendo a la gente con esto de las garantías del auge. ¿Qué paso con esa campaña? Después ya nadie más se acuerda porque el colegio si bien nunca ha querido reconocer públicamente que se equivocaron, pero es evidente que al poco andar la gente valoró muy bien el auge y ya la oposición del colegio médico perdió toda la fuerza.

### ¿En qué recaía esa oposición?

El conflicto pensando en el sector público, es que los médicos tienen que trabajar, o sea en auge en el sector público estipula la productividad, dependiendo de las horas de trabajo, haga horas de atención, y los médicos se quejan de ello porque piensan que no se les debe controlar la productividad. Y en el sector privado, el auge significa redes cerradas no libre elección, cuando yo como médico cobro por libre elección, cobro más caro, por ejemplo, yo tengo que operar esta vesícula y por ello cobro tres millones de pesos, sin embargo ahora el médico tiene que negociar precio por volumen, es decir, se les manda a operar a la clínica todas las vesículas, tres mil vesículas, entonces tu no me puedes cobrar tres millones de pesos por las tres mil vesículas, entonces tu me tienes que hacer un descuento por volumen, entonces eso hace que el médico, con justa razón, que sus honorarios profesionales iban a ser variables a ajustes, entonces dicho en otras palabras, para ganar lo mismo que yo ganaba antes voy a tener que trabajar más, porque si antes con dos vesículas ganaba seis millones ahora probablemente voy a tener que operar cinco vesículas para ganar los mismos seis millones y es malo para ellos porque todo el mundo quiere trabajar menos y ganar más. Entonces yo creo que esa fue la principal preocupación y porque eso afectaba la libertad de elecciones que el colegio médico defiende mucho en el sector público, esto de la salud social pero en el sector privado defiende la libre elección a raja tabla, garantizar y resguardar la libre elección, y ahora la libre elección en el mundo es de las cosas que más estimula la inflación y el gasto en la salud, o sea el mejor ejemplo es Estados Unidos ellos tienen una importante participación del sector privado tanto en el seguro como en la prestación y por eso que el sistema más caro en el mundo es el americano, gastan ocho mil dólares per cápita, nosotros gastamos mil cien, ellos gastan el dieciocho por ciento del producto interno bruto, nosotros gastamos el ocho, o sea claramente la libertad de elección tiene a gastar más y a los médicos les conviene porque así ganan más.

Desde otro ámbito entonces, desde aquellos que si estaban de acuerdo con el auge, usted ¿Cuál cree que fueron los mayores desafíos que debió enfrentar el auge para pasar de ser una propuesta a una ley?



Yo creo que básicamente, el presidente Lagos cuando le dio el impulso político a esta reforma, el logro junto a todo el equipo ministerial, enganchar en la clave ciudadana, de que esto más allá de los conflictos con los gremios o los grupos de interés que había, logro hacerle ver a la gente que el auge significaba esto de una ganancia para el ciudadano común y corriente. ¿Mire si usted tiene una patología auge y su problema es la lista de espera? Mire eso no va a ser un problema. Y eso fue un mensaje que llegó directamente y que fue imposible de que ese mensaje de ganancia ciudadana fuese acreditado finalmente por cualquier otro gremio y yo diría que esa conexión comunicacional y política con el ciudadano de a pie hizo que al final el presidente Lagos tuviese dispuesto a ganar todos los conflictos. Lagos, como todas las reformas en salud, él personalmente tuvo que verse muy involucrado, analice el empleo de Estados Unidos, Obama porque finalmente logro pasar su reforma con todo lo que le costó, porque él personalmente se involucró comunicacionalmente, con mensajes llamando a los parlamentarios. La experiencia internacional indica que si la máxima figura política de un país no se involucra en la reforma, la reforma no se aprueba, de hecho los ministros son fusibles, nosotros tuvimos que cambiar a dos ministros a Bachelet y a Artázar, finalmente con el tercer ministro la reforma salió adelante pero Lagos siempre fue un presidente que se la jugó públicamente el, gastó su capital político en convencer a la ciudadanía de las bondades del auge, entonces esa clave político comunicacional con los ciudadanos hicieron que el auge finalmente se aprobara y que cuando nosotros votamos la reforma, porque la reforma la aprobamos en cinco proyectos de ley, nosotros hicimos la estrategia de no juntar todo en una gran reforma sino que separarlas y la batalla decisiva fue la reforma de autoridad sanitaria, esa fue la ley que creaba las dos subsecretarías, los hospitales auto gestionados, la superintendencia de salud pero que además le llevaba todos los bonos, esa es la ley que tenía el bono de retiro, todos los peajes para aprobar la reforma, aun con todos esos peajes, cuando la ley se votó en el parlamento, en el congreso, se votó en ambas cámaras, teníamos las graderías llenas de funcionarios, todos diciendo “no la auge” porque el proyecto que venía después era el auge, y a pesar de todos los bonos, los gremios estaban pro no reforma, no auge. Los parlamentarios votaron favorablemente en ambas cámaras el proyecto de ley y ya cuando discutimos el auge, que supuestamente era el corazón de la reforma, ya las graderías estaban vacías porque ya la gente se dio cuenta que no podía para la reforma, los gremios dijeron eso, por lo tanto ya entendían que la reforma estaba dentro, entonces ellos trataron de pararla para cobrar más caro, pero como no pudieron cobrarla más caro y la ley se aprobó, ya cuando hubo que votar le auge y votamos el auge, ya las graderías estaban vacías, porque ya entendieron que habían perdido la batalla comunicacional y que la ciudadanía respaldaba el auge por eso los parlamentarios votaron a favor a pesar que los gremios estaban en contra.

### ¿Cuál fue entonces la clave que hizo que se ganara esa batalla?

Básicamente nosotros ganamos la batalla comunicacional, la batalla de persuadir a la gente a diferencia de que el auge era una mentira, puro cuento, sino de acortar los tiempos de espera para los medicamentos, las operaciones, las atenciones. Esa imagen de que a lo menos en estas

enfermedades usted no va a tener que esperar y no va a tener que co-pagar o va a ser cero y esa es su ganancia, la gente dijo bueno eso es lo que yo quiero.

Atendiendo un poco a la reforma, ¿Los técnicos o ideólogos del auge, apuntaron a otros sistemas de reforma del mundo? ¿En el fondo se experimentaron distintas experiencias en torno a la contribución de una nueva policita pública de salud?

Si claro, las personas que trabajaron, miraron otras experiencias y lo que pasa es que la reforma era mucho más ambiciosa, pero como toda reforma al negociar uno tiene que tener claro cuáles son los aspectos esenciales de la reforma que no va a negociar y cuáles son los que va a ceder para lograr avanzar y uno va cediendo antes los distintos actores, por ejemplo nosotros con los gremios queríamos que los hospitales fueran autónomos, al final tuvimos que ceder y crear esta suerte de autogestión hospitalaria para tranquilizar a los gremios porque a ellos los ponía muy nervioso esto de la autonomía como un inicio de la privatización de hospitales y en eso cedimos, porque para nosotros nos importaba la eficiencia de los hospitales y se inventó el tema de la autogestión, o en el caso del sector privado, nosotros planteamos un fondo de compensación solidario del tres del siete por ciento de las cotizaciones, nosotros proponíamos un fondo de redistribución tomando los tres por ciento de los siete por ciento de todos los chilenos y que esa plata un porcentaje importante fuera a FONASA y otra a las ISAPRES porque en FONASA está la población más riesgosa, más pobre, más vulnerable y por lo tanto con más riesgo en salud, esto significaba según nuestros cálculos como veinte mil millones de pesos que hoy día estaban en las cotizaciones que llegaban en la ISAPRE y que esa plata iba a pasar a FONASA, a eso la derecha nos dijo que si ustedes aprueban esa cuestión, nosotros le votamos en contra de auge y no le aprobamos el auge, con el presidente conversamos y vimos si transamos o no el fondo solidario y así con cada sector fuimos fijando cosas que íbamos a transar y cosas que no, entonces cuando nosotros hicimos el diseño original de esta reforma, miramos las experiencias internacionales, lo que hoy día dice la OMS, lo que son las experiencias más exitosas pero no logramos sacar todos los temas, nos quedamos con la idea esencial y la idea de un plan de salud con prioridades, con garantías fue una idea que nos surgió de otras reformas pero que nosotros las perfeccionamos, nosotros fuimos más audaces, no hay ningún país del mundo que tal garantía como en Chile, o sea el auge en ese sentido es único.

¿Se ha transformado en un referente latinoamericano, por ejemplo los casos peruanos y colombianos que han mirado mucho el sistema de salud pública chilena?

A ver, Perú tiene un sistema especial, los parlamentarios tienen mucha iniciativa legislativa pero no tienen capacidad de ponerle financiamiento a sus iniciativas legislativas, entonces ellos crearon el PEAS exactamente tratando de copiar el auge. Colombia hizo su reforma mucho antes pero ellos tiene un problema, tienen dos planes de salud, un plan para el régimen subsidiado que es un plan más pobre, ellos tienen el POS –el plan obligatorio de salud– que es para el régimen subsidiado que en nuestro caso son para los grupos



A y B de FONASA y tienen un régimen en pos, que es más rico en prestaciones para los que ellos llaman el régimen contributivo que es para las personas que cotizan el siete por ciento que en nuestro caso en FONASA o ISAPRE, entonces la existencia de estos dos planes para ellos ha sido claramente un error, o sea ellos no pueden tener un plan para ricos y uno para pobres, porque los pobres han reclamado en los tribunales y han judicializado mucho el asunto y los tribunales han ganado todos los juicios, diciendo mire usted cúbrale esta prestación que no está garantizada en el pos de los subsidiados y que están en los contributivos usted se va a tener que tratar igual. Entonces, ellos están tratando ahora de construir un pos para todos. Nuestro gran auge es el mismo para FONASA como para ISAPRE, son más mismas patologías, las mismas garantías, es la misma protección financiera, incluso es más el auge tiene más protección financiera por que le A y el B son gratuitos, lo mismo que los adultos mayores de sesenta años son gratuitos. Entonces, yo creo que nosotros fuimos más allá, sobre la base de las experiencias y fuimos más audaces con esto de fijar una plan garantizado común entre fonas e ISAPRE, no que hubiera un auge rasca para FONASA y un auge Premium para ISAPRE, el auge es el mismo como producto garantizado.

[En el fondo cumplía la premisa como política pública de estado.](#)

Exacto.

[Usted nos mencionaba el caso de Colombia y como se forma esa discrepancia. Sin embargo, en el principio del auge cuando se habla de que van a salir estas primeras enfermedades, la población también reclamaba sentirse discriminada porque si bien la estrategia comunicativa fue potente por otra parte también se criticaba un poco esto ¿Cómo lo enfrentaron? ¿Cómo lo vio esto?](#)

Bueno lo que pasa es que, parafraseando al padre hurtado, las prioridades son prioridades cuando duelen, cuando las prioridades no duelen no son prioridades. O sea cuando uno tiene que saber, yo priorizo esto por sobre esto otro, tiene que ser doloroso porque en realidad uno siempre quiere hacerlo todo pero nunca hay recurso para hacerlo todo. Entonces, nosotros defendimos mucho ese concepto, concepto de que esto eran prioridades y que por lo tanto no podían estar todas las patologías, porque si estaban todas incluidas, no habían prioridad y volvíamos al mismo problema que íbamos a estar todos en las listas de espera. Ahora, nosotros sabíamos que eso competía con esa aspiración ciudadana, que estuviese todo metido dentro en el plan auge y de hecho de alguna manera los gobiernos de Bachelet o como de Piñera, han caído en la tentación del juicio populista de elevar el número de patologías auges, o sea el número de patologías auges eran de cincuenta y seis y ya van en ochenta, porque Bachelet la subió a sesenta y nueve y ahora Piñera lo subió a ochenta, y con un problema técnico serio porque ninguno de los dos gobiernos cambio el valor de financiamiento, el valor del financiamiento, la prima que se calculó con un valor referencial máximo de 3.06 UF, más el reajuste del índice de remuneraciones que hoy día nos da como de 3.86 UF por persona, no ha sido cambiado y ese límite era para cincuenta y seis y ahora ese mismo límite financiera esta para ochenta, es decir, claramente tu metiste más

patologías y la única manera de meter más patologías es con canasta de prestaciones medias aguadas, no con todo lo que debiera tener una canasta de prestación, entonces de hecho yo soy de los que cree –tengo una editorial- en donde yo digo que estamos matando el auge como política pública, o sea si nosotros seguimos en esta espiral de meter más y más patologías sin el financiamiento correspondiente, las patologías que estamos metiendo no serán satisfactorias.

¿Entonces se tendría que formar una contra reforma en torno al AUGE?

No, por ejemplo si yo la quiero dejar en ochenta patologías y no subirlas más, porque es difícil bajar las patologías que ya están metidas, políticamente es muy complejo. Entonces, yo creo que hay que hacer un ajuste de financiamiento, es decir, habría que sincerar el valor actual del financiamiento de las ochenta, que según mis cálculos van en 4.5 UF y darle al auge en el FONASA el financiamiento de las ochentas para que las canastas sean mejores tratamientos que nos están garantizadas en las canastas. O sea, con ese mayor financiamiento mejorar las prestaciones y no aumentarlas más y resolver el problema de las garantías de los no auge, por otras vías pero no por la vía de seguir metiendo patologías en el auge.

¿Qué actores entonces, aparte de su grupo de trabajo y del presidente en ese entonces, cree que fueron claves para que el auge se aprobara para la ley?

A ver, el primero fue el presidente, yo soy un absoluto convencido de que si el presidente no hubiera comprometido su capital político esta reforma no hubiera salido. Segundo, yo creo que logramos armar un grupo técnico al interior del ministerio con los distintos organismos, FONASA, nosotros y el ministerio que fue clave para ser respaldo técnico de la gestión política encabezada por el ministro. Tercero, yo creo que construimos una bancada política transversal, en la línea de convertirla en una política de estado, o sea, nosotros dijimos que en la cámara de diputados son muy díscolos, son muy desordenados y centramos esto en el senado y ahí en el senado construimos una bancada transversal básicamente apoyándonos en la comisión de salud pero buscando actores claves, por ejemplo Edgardo Belinger quien era demócrata cristiano siendo un senador designado fue un actor clave para ordenar a la D.C., en el P.C. estaba entonces Juan Antonio Viera-Gallos que después perdió la elección con Navarro y solo fue ministro pero es esa época era un senador bastante destacado con el que ordenamos a los sectores más de izquierda de la concertación y en la derecha logramos articular a Evelyn Matthei, quien en ese tiempo era senadora con mucha influencia y a Alberto Espina de Renovación Nacional, entonces con estos cuatro senadores nosotros logramos establecer un acuerdo político transversal para que tanto la concertación como la derecha se cuadraran con aprobar los cambios que nosotros técnicamente le íbamos haciendo a la reforma. Entonces yo diría que esos tres actores fueron claves finalmente, o sea, el liderazgo político del presidente, este equipo técnico de gobierno y luego una bancada transversal pro reforma, pro auge que nos permitió ponernos de acuerdo en el senado y todos esos acuerdos después los votábamos en la cámara de diputados pidiendo que los partidos se

ordenaran y todo lo que se acordaba en el senado terminaba ratificando en la cámara de diputados.

Según esa premisa, podríamos plantear que le auge más que una política social, fue una política-política como tal, o sea en su aprobación posterior

No, lo que pasa es que un su proceso de aprobación, es un proceso político legislativo, nosotros hicimos todo el esfuerzo en negociar con el colegio médico, de hecho hicimos una negociación de más de un año, negociamos con los gremios y pagamos todos los peajes. Ahora, yo creo que las convicciones ideológicas de los gremios hicieron que no obstante a pesar de sus logros, igual decidieron votar que no. Entonces, uno al final después de toda esta negociación final, lo que a nosotros nos interesaba era la convicción de que esto era bueno para la gente, pero a la gente como la haces tú participar, en una democracia representativa, la gente interactúa mediante sus parlamentarios e interactúa mediante los medios de comunicación con lo que es la opinión pública y nosotros, te insisto, creíamos que teníamos a la opinión pública de nuestro lado, lo decían nuestras encuestas que la gente estaba de acuerdo con el auge, le creía más al gobierno que al colegio médico y con esa convicción después de negociar la reforma hasta donde nosotros estábamos dispuestos, ordenamos políticamente a los parlamentarios y ellos se cuadraron.

Desde esa noción de ese grupo bastante heterogéneo con visiones distintas y visiones políticas quizás hay intereses diversos. Usted que cree de cuáles fueron las diferencias de visiones y estas discrepancias que fueron aportando a la discusión pública del auge y que quizás refinaron y lo potenciaron en algún eje o también hizo que se cayeran otros.

No, lo que pasa es que en Chile, su democracia y la alternancia en el poder que hemos tenido de muchos que tenemos visiones muy distintas sobre el destino final de estos sistemas, tenemos gente que sustenta las ISAPRES en donde les gustaría que tuvieran ISAPRES para todos subsidiados por el estado para financiar un plan de salud por el ISAPRES con el lucro incluido, gente que impulsa eso y que hoy día está reflejado en lo que ha sido la conducción de este gobierno de Piñera y personas que en la concertación por ejemplo y en candidaturas alternativas a la nueva mayoría como MEO, Marcel Claude, en fin u otro, que propone la idea de que aquí debe haber solo el estado en salud y que ningún privado ni en la ISAPRES ni en las clínicas pudiese lucrar con la salud. Tú tienes ese nivel de espectro político, de opciones. Entonces nosotros, fuimos capaz de construir una visión más mixta, mas intermedia de que podíamos fortalecer lo público, otorgando la garantía desde el estado a las personas que se atendían en el sector público, en consultorios o en hospitales públicos pero también podíamos regular de mejor manera lo privado, estableciendo también esa garantía para las ISAPRES y finalmente esa postura más intermedia primó y logramos como aislar las posturas extremista de lado y lado. Ahora, cada cierto tiempo igual se revive, porque aunque el auge ya esté dentro pero surgen nuevas reformas en donde surge nuevamente las diferencias de gente que quiere más para las ISAPRES, privatizarlo todo, en fin. Entonces, siguen las peleas

duras y yo creo que el único camino es ir mejorando esta mixtura del sistema de salud que tenemos.

Haciendo un poco como un resumen con todo el proceso que usted vivió con el auge, ¿Cuál usted cree que son las ventajas y desventajas de este sistema de salud, en ese momento y hoy en día?

Bueno, en ese momento fueron garantizas esas prioridades sanitarias, nosotros logramos dar garantías de resolución, te quiero poner como ejemplo un déficit que ha tenido la reforma en el tema de la evaluación sistemática pero algunos datos que ilustra esto y que tiene que ver con la sociedad chilena de cardiología que hizo un proyecto para evaluar el impacto del infarto y el resultado a cuatro años de implementación, era que la garantía de infarto en el sistema de salud había significado reducir la mortalidad femenina por infarto al medio cardo en un treinta por ciento, o sea las garantías a estas patologías han mejorado los resultados a quienes se han evaluados. Otro ejemplo es el estudio que está haciendo la Católica en un foro que se llama foro nacional del cáncer, donde se están evaluando las políticas del cáncer y en un estudio que se publicó hace un mes y medio atrás, publicaron que probablemente a causa del auge, por la fecha en que se mide, porque se ve que desde el 2005 en adelante la inequidad de la mortalidad por cáncer en Chile disminuye, es decir, los sectores de más alto ingreso versus los de menores ingresos, la diferencia de mortalidad se estrecha y lo más probable que eso sea a causa del auge, ya que tiene los cánceres infantiles completos, tiene a los cánceres que más mata en el caso de los chilenos que son en el caso de la mujer el cáncer de mama, cervico - uterino y el de vesícula y en los hombres está el de próstata, el de pulmón, entonces hay una relación ahí de que efectivamente estamos contribuyendo a mejorar la equidad y la garantía de oportunidades de los principales problemas, yo diría que antes y ahora ese sigue siendo la principal ventaja, yo diría que la desventaja o el problema y que se ha crecentado en mi opinión ahora es que el efecto comparativo con lo no auge es muy complicado, o sea si yo estoy en el auge es el paraíso pero si mi problema de salud no estoy en el auge y sobre todo en el sector público, estoy en el purgatorio o en el infierno, entonces el resto de las medidas de la gestión de la reforma no ha resultado del todo, no están todos acreditados, los hospitales no están todos auto gestionado por lo tanto si yo tengo alguna patología por ejemplo varice, una patología muy frecuente en la mujer adulta mayor y como no afecta gravemente a las personas ni mata pero afecta su estándar y calidad de vida, porque genera dolor, impotencia funcional pero uno puede vivir con varice, las operaciones de varices en el sector público para las mujeres pueden tener cinco años de espera fácil, entonces la gente dice yo tengo varice y no está en el auge, chuta estoy jodida, me tengo que mamar el dolor y ponerme estas medias y andar con dolores con molestias, yendo a las urgencias porque se me hincha una vena, en fin, entonces esas personas sientes que su enfermedad no tiene la prioridad o la diferencia sigue siendo muy grande entre lo que es auge y ese problema de salud y eso yo creo que además se ha crecentado porque nuestros problemas de gestión y eficiencia en el sector publico siguen ahí fuertes y complicando la calidad o la percepción de calidad que tiene la gente sobre el sistema público.

Alguna mención final, algo que no considere que se haya mencionado

No, yo creo que hemos tocado ya todos los tópicos.

Entonces le agradecemos su participación y la buena voluntad que ha tenido al recibirnos.

## Anexo 12

ENTREVISTA: Dr. Pedro García –Ex Ministro de Salud

---

Cargo: Ex ministro MINSAL

Fecha de entrevista:

Tiempo:

Palabras claves: Empoderamiento Ciudadano, AUGE

A ver, lo que ocurre es que en Chile cuando se estaban discutiendo estas materias se evalúa que en la dictadura se había hecho una reformulación del sistema sanitario chileno, en donde entre otras cosas se produjo el proceso de descentralización, fue la creación de los servicios de salud, se fomentó el desarrollo del mundo privado con el desarrollo de las ISAPRES y de todos los prestadores privados, se generaron algunas instancias como lo eran las seremis, la descentralización del país. Pero todas estas cosas que estaban ahí y que habían sido pobremente discutidas, porque como era un proceso de dictadura...

Había que generar un sistema que de alguna manera armonizara todo esto, porque el país estaba creciendo por separado en el tema de salud y no habían políticas, estrategias, planes de salud nacionales que comprometieran a todo el mundo y además se veían que habían una serie de hechos que generaban grandes situaciones de inequidad y de inestabilidad como era de que la mortalidad era muy disímil en el país, de que la distribución de recurso humano y materiales era disímil y entonces se decide, había cosas que por ejemplo un elemento grafiquísimo de esto, era que había una superintendencia que era una superintendencia de ISAPRES, o sea el estado financiaba una superintendencia que protegía a los más ricos y los pobres estaban en FONASA u otra instancia no tenían un nivel de supervisión. Entonces se decide hacer esta reforma, en donde también Lagos, que era el presidente de la república y que estaba, y eso fue una cosa que siempre hay que tenerla en estos procesos, tiene que haber voluntad política y aquí había una voluntad extraordinaria de parte del Presidente de la República que no siempre ocurre en estos procesos a veces los presidentes tiene que hacer procesos a medio contra pelo o no tienen nivel de convicción. Lagos tenía una profunda convicción porque él tenía cierta afinidades personales desde un punto de vista ideológico, un hombre socialista que siempre han tenido (interrupción del mesero)... Le interesaba de alguna manera el tema de la salud, siempre fue una prioridad, pero además él era, su suegro había sido uno de los mejores salubrista, el doctor Durán, y su unos de sus buenos amigos el doctor Henan Sandoval, lo asesoraba permanentemente y lo tejaba permanentemente en algunas materias, así que él estaba muy convencido de esto y eso es muy notable y muy importante para esto efectos. Entonces se toma la decisión que además hay que reconocer que se habían hechos ciertas otras reformas en los



gobierno anteriores, el gobierno de Aylwin había hecho reformas políticas, había iniciado reformas en el área de educación, Frei hizo toda la reforma de la infraestructura y la reforma del procesal penal, tenía como cierta lógica el tema de la salud que por haber hecho las otras cosas, había quedado un poquito postergado aun cuando se había avanzado en muchas materias, o sea y hay que decir que esta reforma de salud se pudo hacer solo en la medida que estaba esto resuelto, en una serie de otros procesos como es por ejemplo, desarrollo de FONASA, el tema del per cápita en la atención primaria, el fortalecimiento de las redes existenciales, niveles crecientes de infraestructura pero todavía insuficientes ciertamente. Pero ya habían avances en el periodo de democracia para iniciar esta reforma y se dieron las condiciones, y entonces se hace esto y que tenía como dos variables, entonces en la reforma tenía una variable que era la más política, que era generar más equidad y más transparencia en los procesos que era el AUGE, pero el AUGE también tenía que darse sobre la lógica de una generación de un sistema que empoderar al ministerio de salud como el gran rector de salud en Chile y para eso había que generar una redistribución de las tareas en el ministerio, la separación de funciones para hacer que efectivamente el ministerio tuviera condiciones adecuadas de poder normar e intervenir en el sector privado, porque hay temas de moral y ética. Yo fui director del servicio de salud del sector oriente antes de la reforma y me tocaba supervisar, por ejemplo las farmacias privadas y nosotros les negábamos si tenían el lavatorio 5 centímetros para el lao y sin embargo la farmacia del hospital El Salvador que no cumplía prácticamente ninguna de las normativas vigentes la dejábamos funcionar, entonces teníamos que hacer esta cosa para efectivamente tener como estado y como gobierno y como actor publico una moral y una ética de decir vamos a generar sistemas similares de estándares de calidad para el mundo público y privado, porque si no, no era adecuado, era injusto, además que de eso también era indirectamente un tremendo incentivo para generar un nivel de inequidad para la gente más pobre, porque no puedes aspirar para abajo los estándares vigentes, tienes que tirarlos para arriba y por lo tanto el hospital El Salvador tenía que hacer todos los esfuerzo por tener una mejor farmacia que la que tenía hasta ese día.

[Situándonos en este escenario que usted nos comenta ¿Usted cual define que fueron los actores claves en la promulgación del AUGE y los que definitivamente se opusieron y fueron un gran escollo en que la ley saliera finalmente a flote?](#)

Bueno, primero como te explicaba, la disposición y la voluntad del presidente de la república, eso era relevante y de toda su estructura de estado, el generó de forma muy habilosa una comisión de gobierno, pero no esas comisiones de análisis, sino que una comisión operacional, una comisión de ejecución, en la que participaban el ministro de hacienda quien era el que tenía la plata, el ministro del trabajo quien tenía que ver y el ministro secretario general de presidencia que tenía que acelerar los temas legales, el segundo piso de la moneda, o sea estaba la moneda como un todo metido en esta cosa, con un secretario ejecutivo que era su amigo personal que era Hernán Sandoval que servía de control y chicoteador para que el ministro y toda la estructura gubernamental fuera dando cuenta de ello. Segundo,

hubo disposición de los partidos en partículas de la Democracia Cristiana me atrevería a decir yo, lo otro si bien adulaban o colaboraban, habían algunas reticencias más ideológicas y aquí efectivamente se tuvo que tomar una decisión de no dejar a nadie cien por ciento contento ni a nadie cien por ciento enojado, hubo alguna más enojados que otros y hubo actores que estaban bien complicados ahí, habían algunos sectores de izquierda que creían que esto era la consolidación de un modelo dual y que siempre han pensado que esto iba a tener un modelo más bien estatal y hubo actores que permanente estuvieron en contra, políticos y sociales, y también la derecha ciertamente también se daba cuenta de que perdía autonomía de vuelo y que iba a ser fiscalizada y controlada en estas materias tan sensibles como lo es el acceso a la salud que no es un bien transable de mercado, entonces había mucha gente que ejercía presiones abiertas y habían otros que actuaban a través de, y gente que se compraban ciertas lógicas como los laboratorios que decían que aquí venía una cuestión en donde podía aparecer una política de medicamento genérico y de otras materias, algunos ejercían y decían: oye no, es que estos van a escoger fármacos chinos y fármacos indios de mala calidad. Entonces aparecían algunos medios y sectores relevantes diciendo que daba para peor. Por otro lado, los gremios que estaban muy cruzadas con materias más ideológicas que de realidad, también veían y se aprovechaban de algunos temores de las personas que pensaban que estos podían tener una inestabilidad laboral, hay que pensar que en la separación de funciones hubo que trasladar a mucha gente de los servicios de salud a los seremis y se trasladó a miles de personas y no pasó nada y todo el mundo se dio cuenta que efectivamente era para mejor estas materias, fue un proceso en que ustedes como sociólogas, yo cada vez que me empiezo a recordar de todo lo que hicimos en ese periodo es de una magnitud, la cantidad de leyes y reglamentos, y cuando los veos atorados en una porquería de leyes de este gobierno, dos leyes todas piñufles y complicadísimos. Ahí fueron unas leyes gigantescas, o sea eran una recuperación de todo el sistema, con traspaso de personales y todo eso, entonces en los gremios habían varias líneas de expresiones y de distintas lecturas desde los que actuaban ideológicamente sobre todo el colegio médico y su dirigencia, más que el colegio, la dirigencia del colegio médico, después algunas actuaban por temores y que sucumbían antes esta posibilidad de estos otros que tenían la fuerza, después algunos pocos pero que ciertamente veían que aquí perdían cierto, cuando tú dices vamos a atender al cien por ciento de las personas con problemas de reflexión visual, el tipo que de repente manipulaba las listas de espera y que a la salida de un determinado consultorio le pedía la persona dinero para agilizar las horas médicas y metía tres pacientes en las tres consultas y tres por veinte días son sesenta pacientes por cinco lucas son trecientos mil pesos que era un sueldo extra que se ganaba el tipo sin que nadie se diera cuenta ni nada. Entonces después con el tiempo, cuando se empieza a agarrar ciertos beneficios, también empiezan a haber ciertas resistencias más políticas, digamos de frentón, para hacer que el gobierno no fuera tan exitoso en estas materias, y al final pese a todas esas cosas la cuestión anduvo y anduvo por que le Presidente Lagos fue un político brillante para mi gusto, me lo dijo un día, se lo voy a graficar de esta forma, deje de hablarle a los gremios y a los poderosos y háblele a la gente y le empezamos a hablar efectivamente a la gente y la gente se empezó a dar cuenta y también hablamos con gente de



los mismo que estaban entre comillas vinculado a los gremios pero que no estaban en los gremios, por ejemplo las sociedades científicas, que son los médicos más ilustrados, los médicos no sindicalizados, ellos se daban cuenta efectivamente que con el protocolo y el sistema de atención protocolizada era un beneficio para la gente y para ellos mismos en sus trabajos y se daban cuenta que con eso empezaban a obtener mejores poderes de negociación para obtener recursos y yo también como ministro tenía mejor poder de negociar ante Nicolás Eyzaguirre que mi interés de hacienda no es frenar el desarrollo, sino que decir si voy a poner plata, quiero saber en que la estoy poniendo y cuáles son los resultado y como yo voy a medir estos resultado. Al final la cosa comenzó a aflojarse y al final ganamos la pelea y estas leyes fueron aprobadas de forma universal de derecha a izquierda, salvo dos o tres. Ahora también desde la derecha apretaron hacia el fondo de compensación y eso estaba para votarse la idea de legislar iba junto con el auge y ahí justamente la Senadora Matthei, por quien yo tengo gran reconocimiento por que ella colaboro bastante en esta cosa, pero en esa le salió la beta que la identifica y se acercó y me dijo: mira Pedro vamos a votar en contra del AUGE. Y la verdad al final destacamos, porque era mejor poner el AUGE y tal como ocurrió la evidencia demostró después que las ISAPRES están en una materia constitucional de que no pueden subir porque se salieron de esas lógicas de ver la salud no como un tema de negocio sino como un bien público, en donde se legitima si alguien puede ganar plata pero no en exceso, no está cosa del lucro indiscriminado, o sea que a un médico le vaya bien, a una clínica le vaya bien pero que no haya abuso ni discriminación entre sexo y edad y esas cosas, que es lo que está hoy en día en discusión y que este gobierno ya de frentón lo abandono y lo va a dejar chuteando para el próximo gobierno, el tema de la inconstitucionalidad de la ISAPRES, no sé si ustedes han participado en eso.

[Sí ¿Cómo política pública, el AUGE fue la respuesta en salud que necesitaba le país o pudo haberse hecho de otro modo?](#)

Es que el AUGE en sí, no es un fin en sí mismo, es una herramienta y ahí también hay que reconocer algunas diferencias, y ahí yo reconozco que tuve mucho apoyo de mi partido la Democracia Cristiana, y gracias a Dios Lagos se dio cuenta y cedió, porque él quería sacar esto muy rápido y era como un fin en sí mismo y al final se da cuenta de que por ejemplo la ley de autoridad sanitaria era mucho más poderosa y es una ley fundamental y por eso revertimos inicialmente estaba el AUGE en discusión inicial y cuando asumo digo no po, tenemos que reestructurar el ministerio, a generar a quienes van a hacerse cargo en estas materias y ahí se aprobó primero la ley de autoridad sanitaria y después la del AUGE y entonces yendo a tu pregunta, el AUGE es una herramienta que tiene dos componentes, uno que es político que es generar equidad, porque efectivamente todo el mundo puede apelar y reclamar su derecho para ser atendido en igual dad de condiciones según el protocolo definido pero sobretodo también genera un catalizador para que los procesos que están definidos en la ley de autoridad sanitaria funcionen y que efectivamente el director del servicio de salud coordine la red asistencial, que el director del hospital se preocupe de dar cuenta de estas necesidades, que los consultorios se relacionen con el hospital, que el seremi. O sea te fijas, se articula todo el sistema que vean los

recursos, que vean las necesidades, que se levanten los datos y subsidiariamente salen una serie de políticas que van detrás de estos generando muchas cosas que generar una gran modernización del sector, por ejemplo en temas de infraestructura o equipamiento no habían escáner en esa época porque si van a dar resolución de todos los cáncer o de un grupo importante de cáncer tienes que tener escáner y tienes que tener radioterapia y esas cosas no habían entonces hubo que formar gente y poner escáner y poner resonancia en distintos lugares y poner equipos de radioterapia como se hizo en Valdivia, en Valparaíso y en Antofagasta por lo cual tu empiezas a generar inteligencia profesional, o sea profesionales que se dediquen a trabajar, hay que formar tecnólogos y médicos y los médicos que derivan y todo un sistema que va generándose un círculo de virtuosismo y por lo mismo que los protocolos iniciales pueden ser modificados y con el tiempo pueden aparecer nuevos fármacos en la medida que tú vas viendo que has solucionado ciertas cosas vas agregando nuevas patologías. La lógica es que el ministerio de salud digiera que las enfermedades están garantizadas en el AUGE, podrá no garantizar algún fármaco más sofisticado, porque el AUGE no resuelve el cien por ciento de la patología, tú tienes en los márgenes gente que puede ser alérgica a alguna cosa o que no tolero bien un fármaco, bueno con esa gente hay que irse por los lados, pero en el noventaicinco por ciento de los casos resuelve el tema y lo resuelve bien, entonces yo creo que eso es un tremendo avance, ahora que eso demuestre que hoy día hay que hacer otras cosas es evidente porque es una cosa dinámica. Las necesidades aumentan significativamente y hay que meterles otras tecnologías y por eso tú me preguntas si resuelve el tema y te digo que no porque la inmortalidad no está resuelta, esto es un avance que te genera sistema de protocolo, sistema de análisis, garantía de calidad que es fundamental para supervisar y lo que se dice en los hospitales se cumpla y se cumpla bien, todas esas cosas están ahí medidas y revotando entremedio.

Claro y a partir de un poco de todo lo que usted nos cuenta, ya basándonos en los inicios de AUGE y en las pre reformas que se hicieron en los noventas sobre salud ¿Cuál cree usted que es la importancia clave del AUGE en definitiva que se haya promulgado como ley del Estado chileno, para la sociedad civil, para la sociedad política, etc...?

O sea, ustedes que son sociólogas. Primero porque valida la institución, la superintendencia, el concepto de redes pero legitima, da roles, asigna resultados y tu hoy sabes, si eres exigente, deberás saber quién es el responsable de los problemas que se presenten, si es el consultorio o el hospital y eso genera además indirectamente, porque no lo hace necesariamente por el hecho de falta de comunicación, por falta de sociabilización, por falta de educación cívica, el empoderamiento ciudadano, ya que se genera una especie de control social que nace primero del mismo interesado en que se resuelva sus problemas en torno a sus comunidades, por las asociaciones de enfermos que están preocupados de revisar y se genera un proceso en que se hace un tema que tiene una enorme asimetría de información y una gran dificultad de acceso de información real, genera una mayor horizontalidad y una mejor disposición de los actores a tener que dar rendiciones de cuentas sobre estas materias, entonces eso tiene mucho,

mucho poder el AUGE en estos aspectos. Ahora para poder hacer todo eso, necesitaba otras leyes también, porque si tú no hubieras tenido un director de servicio que juegue parte en el tema de la asignación de recurso o en la fiscalización como era antiguamente y ahora no porque hay un seremi que está supervisando la condición sanitaria de la región y está diciéndoles: Oiga usted me está diciendo que tiene todas las condiciones de tuberculosis resueltas pero no, no las tiene resuelta, aquí está en evidencia que no están resueltas.

[Me gustaría dejar esta última instancia para que usted digiera algo que considera de relevancia que se le haya olvidado mencionar.](#)

Es fundamental que haya continuidad política en esto, porque en estos procesos tan complejos requieren de cierta continuidad política y de que, yo por eso siempre agradezco este tipos de cosas porque permite escribir la historia volviendo a la lógica original del tema porque hoy día el AUGE es más como una cuestión de una obligación que hay que realizar más que un proceso que hay que ir perfeccionando constantemente, es una tarea pero no un objetivo de fines. Entonces el punto es ese, que hay que tener continuidad política y hay que tener continuidad intelectual, hay que mantener una discusión de esto y por lo mismo creo yo que hay que formar observatorios, esos observatorios son temas relevantes, observatorios que escriban, que resuman, que estén permanentemente revisando y analizando el estado de avance de los procesos, porque esto es un proceso sin fin, hay que estar revisando los protocolos, las enfermedades, garantías, hay que estar viendo la articulación de servicios, entonces aparecen una serie de otras cosas, como por ejemplo los sistemas de análisis de información y ahí se desarrolló cuando yo estaba de ministro cosas que se les han sacado poco trote, como la red digital del ministerio de salud que era una cuestión para transmitir datos e imágenes de poder hacer que el dermatólogo pudiera ver lo que estaba pasando con otros especialistas de consultorios, es un sistema de seguimiento. Esta por ejemplo el tema de salud responde, eso iba a ser el servicio de salud treinta y era un servicio de salud virtual que corría por encima de todos los demás servicios y entonces al recibir las llamadas, al recibir sistema vía internet de telemedicina tu podías hacer análisis y decir, porque en nuestro servicio hay tres desviación estándar por sobre el promedio en consulta de urología, bueno tal vez haya que tener más urólogos o formar en la atención primaria urología. Ojalá pudiera haber un programa de informaciones en las radios o algún lado donde se estén hablando de estas cosas, en vez del Kike Morandé o el tema de los reality. En donde se estén enseñando empoderando a la ciudadanía y donde se le estén dando herramientas de control y autonomía en estas materias, y si tu miras todas las cosas que se realizaron en ese momento fueron muchas, la política de fármacos, la política de telecomunicaciones y salud, el tema de infraestructura, se rediseñaron los consultorios para dar fomento y los modelos arquitectónicos de los consultorios hicimos modelos arquitectónicos de estándar en los temas de salud familiar.

[En una palabra para usted ¿Qué es el AUGE para usted?](#)

Es poder y transparencia para la gente, y para los mismos equipos de salud también porque pueden argumentar que le faltan recursos para resolver los temas que la misma población está exigiendo porque se genera transparencia, se genera evidencia de la cuestión.

## Anexo 13

ENTREVISTA: Paola Vergara- Francisco Garrido – FONASA Gestión al Cliente

---

Cargo: Gestión de clientes. Fondo Nacional de Salud (FONASA)

Fecha de entrevista:

Tiempo:

Palabras claves: Empoderamiento Ciudadano, AUGE

Ustedes me hablaban de que llevaban 3 años aproximadamente en el proceso pero que también han sido funcionarios de la institución y conocedores del proceso en que se ha llevado a cabo el AUGE

¿Cuál es su noción del AUGE como política pública desde su experiencia?

Nosotros como institución al idea es difundir, educar acerca del AUGE en términos prácticos hacia la ciudadanía, en términos más simples y no ocupando tanto tecnicismo, ahora la percepción que tiene la ciudadanía respecto del AUGE es súper variado. Por una parte hay gente satisfecha porque su problema fue resuelto en el plazo, porque su problema de salud ha sido solucionado, pero por otra parte hay casos en los que no ha sido así resuelto, entonces desconoce que puede ejercer sus derechos a reclamar y bajo eso tener la solución y que el FONASA necesita un reclamo para poder tener una resolución del caso, derivarlo a otro prestador ejemplo, que es lo que más sucede que no se respeten los plazos de atención, las garantías de oportunidades.

Pero en términos más generales yo me inclinaría más por una satisfacción usuaria más que una insatisfacción.

El AUGE como reforma de salud, ¿Ustedes creen que ha logra impactar a la ciudadanía y a la sociedad en general, ya sea para bien o para mal? (Desde la mirada del conocimiento de la ciudadanía frente al AUGE como política pública, conociendo sus ventajas y desventajas)

Si considerándolo como una solución a sus casos pero aún falta mucho, pero dado que los asegurados del FONASA acceden a un AUGE a través de la red pública hay que mejorar la gestión de la red pública, porque el plan de salud como AUGE, bien, el tema es el acceso a la red pública a pesar que hay una ley que define plazos de atención, define los protocolos, quedan al debe los problemas de salud.

¿Esto ha significado mayores beneficios y mayores recursos para que esta política se movilice dentro de la ciudadanía?

Si porque si pensamos en el tema de la garantía de protección financiera, favorece mucho a la población, ya no te empobreces por tener una enfermedad catastrófica, lo que antes significaba un cáncer en el que las familias tenían que desprenderse de sus bienes auto, casas, que se yo, hoy en día gracias a esta protección financiera la gente paga pero hasta cierto tope no se ve afectado el bolsillo grandemente.

### ¿Hacia dónde se orientaban los ideólogos del AUGE y como este se comienza a gestar como una política pública?

Es que ahí hubieron varias variables por ejemplo está el tema de la reforma de salud y porque habían cambios epidemiológicos, en el sentido que la gente ya no moría de desnutrición o de tuberculosis sino que habían otros problemas de salud que aquejaban a la población, por tanto era necesario hacer esta reforma. Pero también había que considerar que estos problemas de salud también las enfermedades que se introdujeron tenían que ser dadas a nivel país, o sea acá en la región metropolitana quizás no era tan complejo, pero pensando en las regiones, sobre todo en los puntos de vista más aislados, en Arica y Parinacota o en la Patagonia, entonces había que también pensar en eso, pensar en las enfermedades que eran las más costosas, las más graves, cierto que esa era la condicionantes. Pero también en algunos casos de las 80 patologías que hoy están en curso, la ciudadanía también se empoderó tanto que también hicieron mucha presión para que se consideraran otras enfermedades, que a lo mejor no calzaban con estas variables que a lo mejor se estaban considerando, pero dada la fuerza que hace la ciudadanía se incluyen y en ese es un caso el tema de la escoliosis.

### ¿El tema geográfico fue un importante factor frente a la construcción de la política pública?

Claro porque como ley tenía que tener la cobertura a nivel nacional, por lo tanto si yo hacía cumplible bajo esta ley no tan solo tenía que pensar en la región metropolitana, sino que también tenía que pensar a nivel país de dar esa cobertura de salud, y cuando no hay hospitales públicos de mediana o de mayor complejidad en zonas extremas era complejo.

### En una mirada retrospectiva ¿Cuál fue o fueron los principales desafíos del AUGE en sus inicios y de que parte emergieron?

Dar la cobertura a nivel nacional, eso era elemental porque hay zonas en las que no era posible y aun así es complejo porque en regiones que no existen hospitales de alta complejidad en que tienen que pensar en los traslados, el tema de los cánceres hay hospitales que de las quince regiones tenemos tres o cuatro hospitales que sí y los otros tienen que trasladarse, el tema de la estadía, el tema de separarse de su familia porque tenían que venir los papás con sus hijos, hasta un Santiago o hasta una comuna La Serena por ejemplo, entonces habían zonas donde todavía no hay cobertura, entonces yo creo que ahí estaba lo más complejo. Porque sí en temas estadísticos tú puedes determinar que enfermedades son las más complejas, las más caras,



las más graves, tienes ese dato pero cómo tú das la cobertura yo creo que ese fue el término más complejo.

### ¿Desde su visión?

Mira lo que más costo fue hacer entender a la ciudadanía que cada patología AUGE tenía su tiempo de espera y lo que costó mucho incluso aun todavía, cuando damos charlas la gente dice pero como si están cobrando por el AUGE porque se informó en un principio que el AUGE era gratis y no es gratis para todos. Entonces todavía existe la percepción de que el AUGE es gratis cosa que no es así y hacerles entender que cada patología que está dentro de las 80 tiene su tiempo de espera, ha costado un mundo que la gente haga cumplir su tiempo de espera, porque la gente puede llevar mucho tiempo de espera pero no se atreve a reclamar y para mí ese es un punto súper importante que a la gente le cuesta, creen que al reclamar “les va a llegar un raspa cacho” cuando yo estoy esperando que me atiendan por una patología AUGE, cosa que no son así porque como te dije recientemente tienen su tiempo de espera, tienen su tiempo para que lo vuelvan a llamar y este bien y lo que sea.

### ¿Qué otras complejidades pueden distinguir desde la Operacionalización en los inicios del AUGE?

Mira lo que pasa es que nosotros por la naturaleza del FONASA es medicina curativa, entonces actuamos reaccionamos frente a enfermedades, también con el AUGE se buscó un término más preventivo, más de promoción de salud, ahí también aparece el examen de medicina preventiva, que es parte de lo que es el AUGE, entonces es ir más allá de una solución parche, ir por una solución de fondo y para eso instaurar en la población el ser más preventivo, el ir a médico no cuando ya tengo la enfermedad, cuando es casi incurable, sino que ir antes ser más preventivo.

Haciendo relación con cómo se gesta la reforma con el sistema público, ya que no solamente la persona tenga que ir a urgencias en una última instancia, sino que se genere un vínculo, con la sociedad y con el sistema de medicina. Entonces ¿la reforma al sistema público, ayudo a que el AUGE se constituyera aún más como una política pública emergente? Luego de sus años de transcurso

Sí, como te digo sensibilizando a la población acerca de todas estas enfermedades crónicas, que tuvieran más el sentido de ser preventivos, promocionales más en términos de salud, y ahí hay otros programas como él elige vive sano, entonces hoy en día hay más preocupación acerca de las personas de que se preocupen antes, ser más... ir más a fondo más que poner el parche.

### ¿Hubo estudios previos a la construcción del AUGE, de sistemas de referencia en el mundo?

Yo entiendo que sí, ahora en lo específico nosotros no ahondaríamos en ese tema porque desconozco cuales fueron, pero ciertamente hay que hacer una mirada, y en ese sentido nosotros en lo que es América Latina, Chile es uno

de los países que tiene buena médica, que hay acceso. Pero más específicamente no podría ahondar.

Ustedes nos mencionaban bajo su experiencia como ha ido conformándose una modificación o una evolución de la mirada de la población sobre el AUGE, y cuando el AUGE también llega a sus manos, porque comprendemos que hay un momento en que la población ¿Ustedes ven el AUGE cuando recién lo palpan?

La filosofía del AUGE es más preventiva más que reactivo...

**Pero eso es hoy en día ¿Pero cuándo se inicia el proyecto AUGE?**

Es que al principio costó a la ciudadanía que entendiera lo que es el AUGE, que entendiera que tenía garantías que tenían un plazo máximo de atención, muchas veces al principio se tomó que era gratis para todos y no es así, en algunos casos también pagan, entonces cambiar la mentalidad también cuesta, esto viene a partir del año 2005, lleva 8 años y aún hay mucho desconocimiento en la población, mucho desconocimiento y en funcionarios de salud, que trabajan con la gente también no lo conoce, el mismo prestador está obligado por ley a informarle al paciente y que la hacer la orientación no la hacen, aún queda mucho por hacer en términos de información y difusión.

**En la discusión social en torno al AUGE, los distintos actores que participaron en esta política pública ¿Cómo es posible plantear que la discusión se da en el trámite de la construcción del AUGE y hasta hoy en día en términos de referencia?**

El FONASA participa activamente, crea mecanismos de discusión, por su parte el Ministerio (Salud) también, el tema que la gente ve más cercano a un FONASA, que a un Minsal, entonces como tal tenemos mayor credibilidad, por llamarlo de alguna forma, por lo tanto eh los grandes esfuerzos que se hacen por bajar esta información, por educar, aún son insatisfactorios, porque como te digo la percepción de las personas cuando nosotros les informamos lo que es el AUGE, lo que son sus garantías lo recoge bien, queda muy agradecida, pero también se queda con un gusto a poco, porque como te digo le tema débil es la atención de la red asistencial, de la red pública. Porque tanto los funcionarios de salud aún están al debe en términos de orientación, de informarle a un paciente cuando es AUGE y que tiene un problema de salud en esta ley, no hace la derivación correspondiente, en general y en cada consultorio una realidad distinta en términos geográficos también, entonces es súper variada la percepción de las personas, lo ven como en teoría algo bueno súper bien, peor en términos prácticos no lo perciben así, porque se encuentran con estas insatisfacciones sobre todo en términos de acceso y de desconocimiento no hay una orientación adecuada.

**¿En términos institucionales quien o quienes ustedes consideran ha sido una un frente para llevar el AUGE como proceso?**

Quizás el tema de... vuelvo a reiterar que el tema fuerte ahí es al red asistencial, es la red pública, ahí son los servicios de salud o al subsecretarías de redes asistenciales que están al debe con su trabajo, peor



que ahí hay que trabajar más. Si lo miro frente a una ISAPRE que sería el seguro privado... eh es una población tan ínfima en comparación con lo que es de nosotros que si bien ellos, dan la cobertura porque lo derivan a un prestador que es privado, que entendemos que el acceso es muy distinto de un consultorio o centro de salud o de un hospital público, en esos casos las personas están totalmente satisfechas y que no se atienden el 1% de lo que nosotros atendemos, entonces si nos miramos frente a eso claro vamos a tener clientes satisfechos en una ISAPRE, no así la gran masa que tiene que asegurar FONASA y darle la cobertura de salud, entonces cuando en una ISAPRE tu plan de salud ya te restringe, te mide tus preexistencias, mide si finalmente, tienes o no la posibilidad de tener un contrato o no con la ISAPRE te cubre un posible adicional que pudiera generar en el lapsus en que estés con ellos, entonces claro cuando se gesta esta enfermedad ponen tantos obstáculos que termina siendo un asegurado de FONASA, entonces del 80% de la población nacional que está en FONASA, cuanto queda de las seis ISAPRES que tienen planes abiertos, con suerte una ISAPRE tendrá 600 asegurados de esos casi pasan por un filtro porque son muy pocos de ellos quienes terminan siendo AUGE, por lo tanto de uno o de dos que terminan siendo AUGE y que por x razones no los pueden desligar de sus contratos para que vaya a FONASA le van a dar la cobertura de salud y un prestador privado, por lo tanto es poco lo que ellos pueden combatir frente a nosotros.

Que generalmente terminan llegando a FONASA porque los adicionales que les están cobrando por la patología, el compadre termina completamente aburrido y renunciando a la ISAPRE y llegan a FONASA y aquí hay que explicarle todo el proceso y explicarle que aquí no se les cobra el adicional, porque muchos vienen con la percepción de que acá les van a cobrar el 7% más el adicional de AUGE que ya se lo estaban cobrando en ISAPRE y que no es así, entonces siguen atochando el sistema público, aglomerando a quienes vienen con patologías AUGE.

Ustedes creen que el AUGE es un sistema democratizador del sistema de salud, es decir que incluyen a toda la ciudadanía

La naturaleza del FONASA es así es ser un sistema solidario equitativo que no discrimina, ni por edad, ni por sexos, ni por preexistencia.

Piensa que de los 17 millones de chilenos que somos 13,5 son afiliados a FONASA, o sea estamos hablando de más de un 80% de la salud de la población chilena.

¿Ustedes creen que el AUGE ha permitido que la población que hoy está en FONASA haya incrementado?

Si, fuertemente

¿Eso podríamos verlo como un factor de tipo positivo o negativo hoy en día? ¿En el contexto que si el AUGE como política pública en parte quería despejar los servicios de salud y que la gente pudiera tener una mejor atención, que no se endeudara y que la gente pudiese ir acceder en distintas partes, se está consiguiendo hoy en día ese objetivo?

Mira en los últimos dos años... eh mucha gente que estaba en ISAPRES se ha venido a FONASA y son las personas que tienen ingresos incluso sobre un millón de pesos, porque igual influye el tema del status social, de que no yo estoy en una ISAPRE y que el

FONASA es casi para los pobres de los que no tienen un sueldo mayor a 500.000 mil pesos por decirlo, pero han sido tantos los inconvenientes que han tenido en ISAPRES que han terminado emigrando a FONASA. Por otra parte hay personas que siendo en un término social, dicen si teniendo un buen sueldo y pudiendo pagar un sistema social descongestionó el público y me voy a un privado, siendo que claro cuando es un buen cliente para la ISAPRE una persona adulto joven, soltero sobre todo varones que no se enferman que no van mucho al médico por lo tanto ese 7% lo aportan libremente a un plan de salud que no utilizan y si por ABC motivo se enferman o tienen alguna enfermedad catastrófica en una enfermedad AUGE, la ISAPRE termina poniéndole una serie de inconvenientes por lo cual se vienen al FONASA o cuando ya empiezan a envejecer, ya la ISAPRE se anticipa que va ir gastando más en el paciente y lo terminan derivando a FONASA y es FONASA quien recibe la población más vulnerable, los niños, los adultos mayores, son las personas que no tienen ingreso o que tienen un mayor ingreso que tienen mayor enfermedades, que no es el mejor cliente para la ISAPRE.

[En esa orientación ¿Qué actores consideran fueron claves en la reforma de Salud, de modo específico en el AUGE?](#)

Más que el ministerio de Salud, el FONASA hay también parte de la ciudadanía representada por lo tanto eso también es clave, por lo tanto hoy en día se escucha más a la ciudadanía... hoy en día hay control ciudadano y la gente se hace escuchar más la gente ejerce más su derecho, falta pero hoy la gente está más empoderada, yo encuentro que ese actor social también fue preponderante.

[¿La ciudadanía en un principio usted cree que estaba empoderada?](#)

No

[¿La ciudadanía movió a que el AUGE emergiera?](#)

C1: es que si lo miramos desde muuuuchos años atrás... muchos

Lo más atrás posible.

C1: O sea, la gente antes, era súper paciente entre comillas (“”), entonces eee si le cerraban la puerta, no era capaz de golpear otra, entonces se quedaban con el NO y yo me quedo acá y la gente terminaba muriendo de su enfermedad que le aquejaba pero era súper pasiva, ahora, hoy en cambio la ciudadanía es mucho más activa mucho más empoderada, conoce más, busca más información, antes eso no se daba.

C2: antes espere la hora y pasaba muchísimo tiempo, años y no los llamaban y ahí se quedaban estancados y se quedaban estancados, entonces ellos mismos han ido, en el fondo, evolucionando a que el sistema

vaya cambiando a raíz de los reclamos y las mismas leyes que ya prácticamente obligan a que le respondan al ciudadano lo que está reclamando, porque antiguamente reclamaban y no te llegaba ninguna respuesta. Hoy en día por ley, te tienen que responder.

¿En breves palabras, ustedes cual creen que sería la importancia del AUGE en el país?

C1: La importancia en el país...

En una frase clave

C2: Solución para algunas patologías... graves.

¿Usted cree que dentro de esa frase que usted nos menciona hay una razón de ser que el AUGE sea constituido como ley?

C1: de partida cuando te establecen garantía, en términos de plazo máximo de atención de que tú vas a pagar hasta un tope, que no va a afectar tu bolsillo, que la familia no se va a ver afectada por esto, en términos económicos, claro que es una solución. Cuando ellos saben que hay una ley que los protege la gente se siente mucho más segura...

C2: Saben que no se van a deshacer ni de casa, ni de auto, ni van a tener que pedir préstamos para endeudarse pero hasta el último, que hay una protección financiera que los va a proteger. En el fondo lo van a ir pagando en el transcurso de un año y después de un año... de las atenciones. No es cosa que tengas que tener en el minuto ya.

C1: Eso (risas), también se quedó pensando.

¿Por qué creen ustedes entonces por estas medidas que ustedes creen que nace el AUGE, si la gente no estaba empoderada, por qué nace el AUGE?

C1: MM O sea, yo te digo, nació a raíz de los problemas de salud que mmm ya no eran los mismos, porque era necesario esta reforma de salud. Junto con ella nació el AUGE... por el tema de las inequidades que habían también y había mucha insatisfacción... usuaria, entonces se crea este plan de salud que es, a través de una ley, que es exigir tanto para los del FONASA como para los de ISAPRES, la gente se empodera de cuáles son sus derechos, de cuáles son sus garantías, también de cuáles son sus deberes. Frente a eso... claro que en estos ocho años ha habido avance, o sea partir desde cero, como te digo, cambiar el chip de las personas y decirles hoy en día usted puede exigir sus derechos, usted tiene un plazo máximo de atención y si no sucede eso, usted tiene que reclamar a su seguro de salud... claro que voy empoderándome, falta... como te digo ... hay que trabajar aún más con la red primaria de atención y yo creo que ... para mí eso es súper importante. Fuera de eso tenemos que pensar que hoy en día hay más participación social, hay una ley de participación ciudadana, hay una ley de transparencia, por lo tanto las personas se van empoderando de cuáles son sus derechos,

no tan sólo de AUGE, si no que en un sinfín de cosas más, hay mayor participación social.

Una última pregunta... ¿usted cree que cuando nació el AUGE se... o cuando se estaba formando había fe en el AUGE o sea se creía en el AUGE como política pública?

C1: Yo creo que la ciudadanía no, pero sí los actores que trabajaron bajo eso, o sea si no, no hubiese tenido ningún sentido,... o sea lo que en su minuto los actores que estuvieron en este consenso, en este comité, gracias a que creyeron en este AUGE, hoy en día estamos en lo que estamos, eee pero siempre al principio tememos a lo desconocido, por lo tanto al principio por desconocimiento muchas personas, se sentían también excluidas, porque de las 2.500 prestaciones que tenemos en salud, como... como FONASA y hoy en día hay 80 de ellas nada más que están incorporadas en un AUGE que tenga una prioridad, que tenga una garantía, quedan un sinfín de cosas más por excluir... entonces que pasa o sea que pasa conmigo si no soy AUGE, me muero, me muero esperando?. Entonces cómo decirle a la persona No, usted siga el conducto regular... hay un régimen de garantías que establece que usted tiene que eee acceder a estas atenciones y lamentablemente como no hay un plazo definitorio es de acuerdo a la disponibilidad que tenga el servicio y ahí nos morimos esperando, para que estamos con cosa, si la realidad es esa.

En ese sentido ¿cuáles son las desventajas creen ustedes que tiene el AUGE, en lo que falta por hacer?

C1: Yo creo que quedan, que o sea, 80 son pocas, para todos los problemas de salud...

C2: pero a su vez son, son hartas, tomando en cuenta que el AUGE comenzó el 2005, con cinco (duda)

C1: Sí...

C2: con cinco, en el 2005 con cinco y estamos en el 2013 con 80, o sea podemos hablar que eee en ocho años se ha aumentado pero, radicalmente la cantidad de patologías que se han ingresado al AUGE. O sea, si tú lo miras del punto de vista eee de balanza, ha sido súper positivo.

Y... ¿desventajas?

C1: Desventajas... que a algunas patologías yo les acortaría el tiempo de espera... en (en lo personal).

Okey. Algo que les gustaría agregar de su experiencia que mm ee sientan que puedan aportar y que no ha sido expresado.

C2: ¿Qué le podamos aportar? En lo personal es seguir difundíendoselo a la, a la ciudadanía, porque aunque tú no lo creas todavía hay muchas partes

que están en desconocimiento y cuando llegamos al tema AUGE quedan todos así, prendidísimos, prendidísimos y empieza una ronda de preguntas pero impresionantes y es por ese desconocimiento, entonces la labor que, que salimos a hacer, que hace Paola pararse delante de 100, 50 y de repente muchas más personas e informarle cuáles son los beneficios que tiene el AUGE, yo te digo ese engrandecimiento como persona es poderles seguir informando cuáles son sus derechos.

C1: Eso

Muchas gracias.

Nombre informante: Alberto Espina

Cargo: Senador de la república de Chile

Fecha de entrevista:

Tiempo:

Palabras claves: acuerdos – discusión

Básicamente nuestra tesis para obtener el título de socióloga, se relaciona con la construcción de una política pública, en este caso el AUGE, hemos entrevistado a distintos actores políticos importantes en la...

Alberto Espina: espérate un poquitito (lee detalladamente una carta)

¿Cuáles fueron los roles que existieron para que el AUGE se constituyera como política pública? ¿Qué desafíos institucionales significó para que esta ley fuera promulgada?

Bueno... este es un proyecto de ley que presento el gobierno del presidente Lagos... yo fui uno de los participantes en la comisión de salud junto a la entonces senadora Matthei en representación de la Alianza, y bueno, nosotros hicimos un estudio a fondo sobre la conveniencia o no de establecer sobre determinadas patologías tuvieran un trato preferente en consideración a la frecuencia que ellas ocurrían en el país en consideración a su complejidad, y finalmente concluimos que era un buen proyecto, eh porque le permitía a quienes padecían estas enfermedades que pudieran ser tratadas oportunamente en el caso que el sistema público de salud no lo hicieran pudieran ser atendidos en un espacio muy breve por el sector privado eh financiados por el sistema público, y sobre todo en la lógica que se iba a ir incrementando las enfermedades auge... nos pareció un proyecto bien hecho, lo conversamos con el presidente de la república, lo perfeccionamos en su discusión y en ese momento se estaba tramitando el proyecto de ley de autoridad sanitaria que se refiera al poder de autogestión de los hospitales... ese proyecto yo creo que se ha aplicado en forma más lenta, pero las enfermedades AUGE con un proyecto de ley que se preocupa de incentivar y fortalecer la autogestión de los hospitales a nosotros nos parecía razonables y creo que en el fondo a significado aliviarle las enfermedades a muchas familias, sobre todo si los que determinan las enfermedades auge son expertos que hacen un estudio de la salud pública y que finalmente fijan cuales son aquellas enfermedades se van incorporando por región, por las características que tiene, por aquellos sectores que influyen más, en ese sentido me pareció una buena política pública.

En ese sentido, un poco dentro de los recursos institucionales que ustedes defendieron, también nos hemos encontrado con el pilar solidario, por qué en ese momento se misiona sobre este pilar solidario como una parte que no sería beneficiosa desde su postura... para la población.

No me acuerdo lo del pilar solidario sinceramente, yo no me recuerdo el debate, yo no participe activamente en las comisiones que dio el tema del pilar solidario, yo creo que el pilar solidario fue un buen proyecto, creo que se mejoró y se gestó con un acuerdo que se produjo entre la alianza y la concertación, tengo entendido que ese acuerdo incluso lo encabezó en representación de la UDI Pablo Longueira, pero no recuerdo el parlamentario que estaba a cargo, pero, básicamente yo creo que al final estableció el principio de que aquellas personas verdad, que sus pensiones asistenciales eran muy bajas y establecer un mínimo para poder recibirla en caso de invalidez o en caso de vejez, yo creo que fue una buena medida, lo que pasa es que hay que tener cuidado con que nos llenemos de política asistenciales, que finalmente desincentiven el que los ciudadanos tengan como norte para progresar en la vida, el que no solo hay que tener derechos, sino que tener obligaciones y aprovechar y utilizar las oportunidades que la sociedad da, lo que pasa es que... yo soy de los que creo que no solo hay que pensar en lo que el estado no debe hacer sino lo que el estado debe hacer, y yo creo que una deuda pendiente a la sociedad chilena es fortalecer el funcionamiento de los servicios públicos... yo creo que nosotros tenemos servicios públicos que todavía tienen bajos estándares de funcionamiento y de atención a la ciudadanía, y eso es parte importante del reclamo ciudadano en hospitales, comisarías, en las oficinas del servicio públicos de SERCOTEC, INDAP, del FOSI... creo que hay mucho programa social y servicios de atención pública que no se ha hecho un proceso de modernización de manera que la gente sienta que está siendo adecuadamente atendida, dignamente atendida y oportunamente atendida, yo creo que ese es el paso que viene en la sociedad chilena, nosotros tenemos un sector privado muy modernizado, se han creado en este gobierno más de 200.000 nuevas empresas, pero hoy en día hay que preocuparse de la modernización del sector público.

A partir de esa modernización, ¿Cuáles fueron las posturas claras que la alianza plasmó en el debate público político para finalmente lograr que la ley AUGE se apoyara dentro del congreso?

Mira... el punto central en el AUGE, estaba puesto fundamentalmente en establecer cuál era el mecanismo para determinar cuáles iban a hacer las enfermedades AUGE, en segundo lugar, de qué forma se garantizaba lo que significa esa enfermedad AUGE se cumpliera con su financiamiento, la oportunidad de tratamiento, comunicarle el diagnóstico a la persona a tiempo, explicarle que tiene una enfermedad AUGE, y luego la incorporación en caso de que el sector público no pueda atenderlo dentro de tiempo para no defraudar a la gente, la obligación de que sea atendido por el sector privado financiado por el sistema público, ese fue un tema muy debatido, con muchos parlamentarios de la concertación, que con esto se estaba favoreciendo el sector privado lo que es un profundo error, porque la verdad de las cosas que si el sistema público no puede atender a una persona, la obligación que tiene en este caso, es meterse la mano al bolsillo y financiar esa prestación aunque sea en el sistema privado pero lo ideal es que todos lo



hicieran en el sistema público, pero si por un momento no se produce eso, no se puede perjudicar a la gente por una cuestión doctrinaria que tiene la izquierda, es que todo lo que vuela a tensión privada siempre lo critican y lo ven solamente como un negocio despiadado, eso no es así, y por lo tanto yo creo que esa eran las apreciaciones que nosotros teníamos, y la otra era que no se descuidara las enfermedades de la AUGE, porque la gran crítica del AUGE estaba en que prefieran las enfermedades AUGE, iba a motivar a que todo el sistema solo trabajara enfermedades auge y no trabajara las enfermedades no AUGE, y yo creo que eso es delicado, y es un tema que me gustaría que se evaluara como es la atención de las enfermedades no auge, hay las listas se terminaron de las enfermedades auge, el gobierno de la concertación nos dejó con 300 listas de espera, pero se redujeron a cero... pero la pregunta es ¿Qué ha pasado con las enfermedades no AUGE? Y ahí tenemos un cuello muy grande que el gobierno que lo ha disminuido, pero sigue siendo un cuello dramático porque hay personas que se demoran dos años en operarse y a veces cuando le llega el aviso de que tiene que internarse ya se ha muerto.

[¿Cuál es la relevancia que usted podría definir para el AUGE como política pública?](#)

Yo creo que fue una buena política pública que, obligo a atender a las personas con ciertos plazos y metas, lo ideal es que todas las enfermedades puedan ser AUGE, pero hay que ser realista... no hay sistema de salud que funcione a la perfección, Chile tiene un buen sistema de salud comparado con el resto del mundo, incluso el público, el privado y el público, que pos supuesto de tiene que mejorar pero si uno lo compara con otros países, en relación a lo que se invierte, Chile tiene un buen sistema, y yo creo que fue una política pública que obligo a mejorar el funcionamiento en las enfermedades AUGE del sistema de salud público, ahora lo ideal es pasar a la segunda fase que funcione bien en las enfermedades no AUGE, y eso pasa por varias medidas, entre ellas, ser capaces de lograr que generaciones de jóvenes, especialistas, se vayan a regiones... mira, el estado chileno cuando asumió Piñera gastaba 10.000.000.000 de pesos en preparar mil especialistas, hoy día gasta 50.000.000.000 de pesos en preparar tres mil especialistas, esos especialistas, como lo hacen en el servicio público el estado lo ayuda a tener su especialidad, ellos tiene que retribuirle en algunos casos cuando son anteriores, con 3 años en el lugar de destino o 6 años, ese es un tema fundamental para que el AUGE funcione bien, y para eso hay que crear incentivo a los especialistas, porque tienen a no irse donde no puedan ejercer uno adecuadamente su profesión de forma privada, en segundo lugar donde la infraestructura y la tecnología del hospital no le permita mantenerse actualizado sus conocimientos entonces te encuentras con especializaste donde dicen "no quiero irme", uno porque no tengo donde ejercer paralelamente mi función pública, cuando tengo que financiar mi situación económica, tener mi consulta privada, y a parte que creo que es más importante que este factor, como hay zonas donde todavía el desarrollo tecnológico de la medicina sigue siendo atrasado...(conversa con una persona externa)... ya, ¿en que estábamos?

[Estábamos recibiendo su opinión del AUGE... de los médicos en regiones.](#)



El problema que tenemos es el siguiente, los médicos en Chile... nosotros necesitamos especialistas y eso se pide a gritos en todas las regiones, el problema que tenemos es que los médicos especialistas no habían en el gobierno, tampoco habían incentivos para que se fueran a regiones, hay dos razones por que no quieren irse a regiones, la primera porque muchos de ellos sienten que se van a su conocimiento de la medicina, llamémosle de la tecnología , de la medicina de nivel, se pierde, porque no es lo mismo Santiago con algunas ciudades o regiones, y por lo tanto temen que ellos salgan del conocimiento actualizado de los métodos más modernizados de la medicina, y el segundo porque muchas veces en esos pueblos, esas ciudades no tienen como ejercer su actividad privada y sufren un decremento económico , entonces el gobierno lo que hizo fue aumentar considerablemente los recursos para incentivar más el estudio de especialidades y poder obligarlos a rendir, ese es un tema pendiente para mejorar el auge porque muchas de estas enfermedades requieren de especialistas y es un desafío para la sociedad chilena.

[¿El AUGE fue la gran reforma o solo se quedó en un paquete de medidas?](#)

Yo creo que fue una buena reforma, pero la gran reforma va a hacer la modernización de todo el estado, entre ellos el de salud, ya que hay un problema muy complejo en Chile, y hay que... la posibilidad de establecer incentivos hacia los buenos funcionarios de la salud y sacar del sistema a aquellos que hacen mal el trabajo producto de las plantas funcionarias, son muy altas, entonces hay un problema de fondo, y es que, hay que jugarse por poder lograr políticas públicas que estimulen al buen funcionario público y de salud para que siga en su trabajo y si él hace bien su trabajo tenga retribución económica y dar más flexibilidad para aquel que hace mal su trabajo para que salga del sistema, ese es un gran problema, porque la diferencia que cuando una persona trabaja en un hospital privado , en una clínica privada, si la persona lo hace bien tiene más posibilidad a que le aumenten la re moderación, y si lo hace mal es posible que lo saquen del sistema, pero en el sistema público es muy difícil que ocurra, entonces de una u otra manera el estímulo hay que crearlo para que el buen funcionario público siga trabajando y por supuesto incorporar la tecnología y recursos y tener una fuerte fiscalización para que la plata se gaste bien y no se gaste mal.

[Me gustaría dar esta ultima instancia en el que usted pudiera exponer quizás algo que no hemos tocado algo del AUGE, del periodo conformación que considere necesario.](#)

No, me parece muy bien, creo que fue una política pública adecuada y creo que el gobierno... el propio presidente Lagos tuvo injerencia en sacar un proyecto, porque recuerdo que una vez cuando el proyecto estaba entrampado con mucha posición de la propia concertación, porque ellos consideraban uno impresentable que hubieran enfermedades privilegiadas, llamémosle así... preferentes, y dos que se permitieran clínicas privadas o al sector privado cubrir prestaciones AUGE cuando el sector público no tenía capacidad de hacerlo, cuando decían que se iba a privatizar la salud, iba a hacer un ataque muy fuerte, y recuerdo que en una oportunidad nos invitó al cerro castillo a los miembros de la comisión de salud la hora de almuerzo,

tuvimos una larga conversación, y creo que eso se desentrampo por que el excedió a varias de las peticiones que varios le decíamos, que fueron las que yo señale anteriormente, listo, muchas gracias.

## Anexo 15

ENTREVISTA: Dra. María Dolores Tohá – Jefa Secretaría General AUGE,  
MINSAL

---

Nombre informante: María Dolores Tohá

Cargo: Jefa de Secretaría General AUGE en el Ministerio de Salud

Fecha de entrevista:

Tiempo:

Palabras claves: FONASA, ISAPRES, ACUERDOS, PERSONAS.

Me llamo la atención, les voy a comentar hoy estábamos en el consejo consultivo del AUGE que es un ente asesor del Ministerio de Salud en la materia del AUGE y uno de sus integrantes el abogado, el señor Gonzalo Cordero y se produjo una relación interesante entre las diferencias entre políticas y políticas públicas, entonces él decía que políticas es una jerarquización de valores, o sea voy a priorizar este problema en salud, voy a priorizar el contexto.

El sistema de salud que nosotros tenemos, vamos a hablar de que tenemos un sistema público y un sistema privado, tenemos un sistema público con sus servicios de salud respectivos y un sistema privado con sus ISAPRES y prestadores, vamos unirnos con ellos dos y se dejaron afuera a otros como las fuerzas armadas por ejemplo que tienen sus propios sistemas previsionales y aparece la situación que se daba en ese minuto, que se daba en el año 2001-2000 por ahí, y uno de los cambios importantes son los cambios epidemiológicos y demográficos, que la población está envejeciendo, por lo tanto, aparecen con mayor frecuencias las enfermedades crónicas, la gente antes se moría antes de los 40 años... eh por infecciones, después teníamos el problema de la mortalidad infantil que era muy importante o la mortalidad materna, pero hoy día la gente sobrevive cada vez más y por otro lado aparecen los cánceres y una serie de otras enfermedades, sobre todo el tema de la hipertensión, el tema de la diabetes y el tema de los cánceres y se produce algo bien curioso, además que la gente quiere o queremos vivir más, o sea nadie quiere morirse... ah no piensa que hay una alternativa que vaya apareciendo a lo cual contribuye también todo el bombardeo de los medios de comunicación y la información, la gente está mucho más empoderada, porque está informada en la red. Por otro lado, una serie de indemnidad que se encontraban en salud, hay un informe de la OMS del año 2000 donde dice que Chile es el país que tiene el segundo lugar en indicadores de supervivencia, o sea excelente mortalidad infantil, excelente mortalidad neonatal,... eh la edad de sobrevivida, la sobrevivida en mujeres y en hombres, la mortalidad, sin embargo en financiación aparece en un lugar más allá del 100, o sea hay una inequidad en la financiación. Un tercer elemento es la insatisfacción usuaria que se hace cada vez más latente, por lo que te decía la gente está empoderada, que tiene un hijo que tiene un cáncer y que tiene que tratarse y tiene que tratarse... se supone que el piso de esto es que en el sistema de salud

publico todos los chilenos tenemos acceso a la salud, el problema es cuando, porque al final uno puede esperar 3 años para operarse de una catarata pero a los tres años se va a operar, por eso se llama acceso universal, de ahí viene el nombre, entonces sobre ese piso y en base a estos elementos que se producen se dice vamos agregar una cierta garantías el problema de salud que tiene mayor carga de enfermedad, que tengan intervenciones que hayan demostrado ser efectivas, o sea uno no puede dar un tratamiento que no haya demostrado ser efectivo, a través de la evidencia, un ejemplo el alzhéimer no hay ninguna terapia que haya demostrado ser efectiva, solamente se ha demostrado que es efectivo el apoyo de los cuidadores, bueno y por lo tanto mucha gente te pide y a cada rato yo contesto cartas que el alzhéimer entre en el AUGE, que esto entre en el AUGE, pero no cuando hay un montón de medicamentos y no sirven, o sea el Alzheimer no tiene cura por lo tanto no va a entrar, no entró ni va a entrar en el AUGE hasta que se descubra un medicamento que probablemente que sea... que presente efectividad.

Lo que es la costo-efectividad muchas veces, no siempre se ha utilizado ese elemento, pero es un elemento que hay que tener en cuenta que tiene que ver con un tratamiento costo efectivo y en Chile no tendremos un umbral de gasto en salud, se supone que la OMS recomienda que los países como nosotros \*\*debiésemos tener un 1,5 % del PIB, lo que uno gasta en un gasto determinado problema en salud, pero eso políticamente es difícil de decidir, los inglés tienen un cohorte, en que esta cosa vale esto y como lo supera ya no lo financiamos.

Entonces tenemos la carga enfermedad, la efectividad de las intervenciones, la costo-efectividad, tenemos otro elemento muy interesante, desde el punto de vista de ustedes, que son las preferencias sociales, donde se le dice a la gente si usted tuviera un saco de plata y tuviera que tomar una decisión en salud a quienes trataría, en distintos grupos socioeconómicos, en distintos rurales, urbanos, las distintas etnias, entonces la gente llega a la conclusión de que no puede tratar todo, entonces empieza a ir priorizando y empieza a ir viendo que cosas son las más importantes y finalmente que es un quinto elemento que hace que un problema de salud pueda ir entrando en el AUGE es la capacidad de las redes, uno tiene que tener una red instalada para ir instalando un problema y ahí hay algo que tiene que ver con el inicio, él por qué entraron estos problemas primero, porque la verdad a veces uno dice ¿Por qué esta la escoliosis? ¿Por qué están las patologías congénitas? Entraron porque ya había una capacidad de red instalada, esa es la verdad, entonces no había que hacer el esfuerzo de armar todo. Entonces los primeros problemas en general, ya venían unos años con la capacidad de instalación en las redes.

[A partir del escenario planteado ¿En un principio porque se requería el AUGE en definitiva? ¿Chile requería que el AUGE fuese una política pública como ley?](#)

Porque la idea era justamente garantizarle a las personas, no solamente el acceso sino que también la oportunidad de acceso, porque si alguien tiene un cáncer, vamos a poner un ejemplo a lo más puede atenderse un cáncer

gástrico a los dos años, pero resulta que a los dos años va a llegar muerto o con un cáncer gástrico avanzado, entonces lo que se pretende sobre este piso universal, es poner algún tipo de garantía, algún tipo de diagnóstico o algún tratamiento, hay oportunidad en tiempo, es decir si usted tiene cataratas se tiene que operar el primer ojo dentro de tantos días...ah y operando el primer ojo de una persona que esta ciega, queda viendo bien y el segundo ojo ya no es tan rápido, ahora si usted tiene una leucemia tiene que confirmarse el diagnostico dentro de tantos días como dice el decreto y tiene tantos días para empezar el tratamiento, ¿ya? Entonces es eso lo que garantiza en el fondo, garantiza un acceso diferenciado o preferencial por decirlo de alguna manera y les garantiza oportunidades.

[Usted hablaba de la priorización de las enfermedades entonces ¿Por qué se priorizaron esas enfermedades y no otras en el comienzo del AUGE?](#)

En el comienzo del AUGE hay gran porcentaje que correspondían a la carga de enfermedad, o sea en todas había una terapia efectiva, si miramos los primeros 56 problemas... eh pero habían algunas que se priorizaron porque había una capacidad de redes instaladas, era un problema de cargas de enfermedad importantes, la hipertensión, la diabetes, el infarto, pero había ya una red instalada en el sistema público para sobrevivir, ese fue un elemento que influyó, pero un elemento clave es que tenga una carga importante, que afecte a un número determinado de personas en el país, y dentro de eso hubo problemas como las secuelas de la prematurez, que como neonatóloga me tocó trabajar. Bueno dentro de estos elementos la diabetes y la hipertensión son emblemáticas y otros que uno dice no tanto como la escoliosis, pero como había una capacidad de red instalada, que se estaba haciendo, entonces se garantizó también la cirugía para la escoliosis.

[En el escenario más político y más social del AUGE, Usted según su experiencia académica y técnica dentro del AUGE en la construcción de esta política pública ¿Quiénes cree que fueron los actores claves en la conformación del AUGE, entre ellos sus mayores impulsores y oponentes del AUGE?](#)

Bueno a mí me tocó vivir una época bien especial porque en el año 2002-2005 fui directora de un hospital público, entonces me tocó vivir ese momento álgido de que el AUGE es puro cuento y todo eso. Los principales impulsores fueron la gente que participo en la comisión de la reforma, estaba liderada por el doctor Hernán Sandoval, pero había estaba la doctora Jeannette Vega que fue su secretaria después y estaba también la doctora Hadue que también fue su secretaria. Entonces había un liderazgo desde el punto de vista político digamos en la cúpula. Los principales opositores... (La gente estaba entre medio porque no entendía mucho lo que era en un principio) Los principales opositores fueron los gremios y el gremio médico, esa fue la principal barrera porque, porque decían que esto era un cuento, que esto iba a ser un negocio, que esto iba a significar que le iban a la cambiar el arte a la medicina y la iba a obligar a hacer cosas distintas, que esto era para abaratar costos... ah, esto de hacer protocolos, porque el AUGE incluye guías clínicas. Porque el AUGE tiene tres garantías una garantías de acceso... cuatro garantías, una garantía de oportunidad, tiene garantía financiera y tiene garantía de calidad, que se está aplicando ahora,

y entre medio está el tema de las guías clínicas, que en el fondo es decir el mejor que hacer en la medicina, no, es lo mejor que hacer de acuerdo a la evidencia científica, entonces los médicos decían a mí nadie me va a venir a decir si esto es para abaratar los costos y me van a hacer un protocolo y me van a hacer... y la polémica fue dura, muy fuerte porque además implicaba que esto se iban a hacer redes cerradas, lo cual atentaba en los colegas en la libre elección, porque cuando usted entra al AUGE, ya sea en lo público o en lo privado, no va a donde usted quiere ir, sino que va donde la red le dice que tiene que ir, entonces si yo formo parte... si soy Colmena por ejemplo... yo hace tres años tuve un cáncer de mama y me dijeron usted puede elegir entre la INDISA o la Católica y yo escogí la Católica, pero otra ISAPRE le va a decir usted tiene que irse a la clínica las Lilas y en el servicio público, usted tiene que ir al consultorio y de ahí al hospital a que la atiendan, ya entonces eso atentaba contra la libre elección, que ese era el otro argumento y era para abaratar costos, porque era una paquetización de prestaciones. En el fondo lo que intentaba el AUGE, era resolver el problema de salud integralmente con una garantía de oportunidad y con una garantía financiera que el fondo lo privado es lo mejor evaluado, con un copago que considera relacionado con el ingreso en FONASA A, C y D, con sus ingresos con un copago de diferencias abismales con una prestación, te voy a poner un ejemplo una biopsia extereotóxica de mama que puede hoy estar costando dos millones de peso vas a pagar 70 mil pesos.

[Interiorizándonos en ese contexto ¿el rol que utilizo el Ministerio de Salud para que se promulgara la ley? ¿En términos de institucionales cuál cree usted que fue el mayor peso que tuvo el Ministerio?](#)

Bueno fue muy complejo, porque dentro de esta reforma habían cinco proyecto de ley, uno de ellos era el AUGE la ley 19.966, además estaba la ley de autoridad sanitaria, entonces se iniciaron una serie de definiciones en donde se separaba subsecretaria de redes y subsecretaria de salud pública, porque decía que estaba el pensador y estaba además el prestador ¿ya? Antes eran las mismas personas, entonces se comienza esa diferenciación. Está el proyecto de ley de financiamiento, está el proyecto de ley de un fondo solidario en las ISAPRES que ese proyecto de ley finalmente murió y esta el proyecto de ley de los derechos y deberes de las personas un proyecto que se acaba de aprobar ahora después de 10 años... emm para el ministerio fue muy complejo y probablemente hay cosas que uno desconoce y negociaciones que se tuvieron que realizar para poder sacar adelante esta reforma, por la gran oposición de distintos actores, también de actores políticos probablemente... no me acuerdo mucho de ese tiempo de los quieran oposición al gobierno de cuál era la postura, no tengo recuerdos... pero ... eh se trató de minimizar esto, de paquetizar las prestaciones esto de hacer las cosas más baratas a esto no se le veía el lado positivo.

[¿Qué aristas tuvo que ceder el AUGE, pensando en un AUGE inicial y en el actual? ¿Qué ejes tuvo que ceder el AUGE para tener la conformación que hoy conocemos?](#)

Bueno una de las cosas tuvo que hacer fue seducir, por un lado informar público, en esa época muy famoso todas las propagandas que habían, estaba el ministro Osvaldo Artázar y que se difundió es política de salud y



por otro lado seducir a los gremios especialmente al gremio médico al de confianza de transmitir que esto no iba a significar una disminución en la libre elección y que si iba a significar beneficios para los pacientes y eso se hizo a través de la construcción de las guías clínicas , en esa forma se iba a incorporando esos actores, sobre todo el gremio médico, línea blanca, pero por sobre todo se fue dando cuenta que esto es bueno. Ahora concesiones, concesiones políticas y de que haya habido muchas negociaciones, porque probablemente hubo negociaciones y una de las cosas que se cayó fue la ley del fondo solidario, eso fue una concesión de un costo altísimo, ahora ustedes ven que se está levantando una reforma, porque en el fondo se solicita tener un fondo solidario ya sea con FONASA o ISAPRE o como sea.

¿Al interior de ese contexto, el Ministerio de salud que acciones tuvo que realizar para defender el AUGE?

Básicamente la que yo les digo, estar constantemente con la publicidad, trabajando mucho con los directivos, con los gestores, en ese tiempo yo era directora de servicio, y a los directores de servicio nos decía, o sea, uno tiene que creerse el cuento, como yo te digo yo en un principio yo no me lo creía, esto es así y va a ser así, hay que creérselo porque es bueno y de ahí para abajo seduciendo al personal, porque la gente decía en informaciones no esta cuestión del AUGE no señora no se meta en esto porque es malo, yo creo que eso fue una estrategia.

¿Ese proceso de seducción no debió ser parte del rol del Ministerio de Salud, haber querido esto para todos y no una priorización o encadenamiento de ciertas enfermedades?

Es que es imposible hacerlo para todos, en salud siempre hay que priorizar y siempre hay que maximizar recursos, entonces existe el ideal sería que fuera para todos exactamente igual, pero eso no es posible y no es factible Hay que aplicar criterios de razonamiento, no cierto, criterios que son difíciles de decidir a quienes voy a tratar a quien no voy a tratar a quien no les voy a dar la oportunidad, es por eso que se establecen estos criterios, como yo les decía, que con estudios epidemiológicos se ve la factibilidad de las intervenciones, etc. y así se van priorizando, no podemos poner enfermedades que no sean, que tengan una muy poca carga de enfermedad, porque no es el sentido del AUGE, como las enfermedades raras estas que hoy día se están hablando, que también un día se planteó, que podían ser las enfermedades de alto costo, no esto no es para enfrentar las enfermedades de alto costo, sino de alta carga de enfermedad... eh ni tampoco donde no hayan intervenciones efectivas, entonces no se trata de que todas los problemas de enfermedad sean AUGE, es imposible eso, es imposible porque provoca una tensión en las redes que es enorme, entonces, eh, la ecuación en salud hoy es, en el mundo, el numerador todos los pacientes lo quieren todo y todos los clínicos lo quieren todo, y el denominador es los recursos son limitados.

E: ¿y un poco desde esa priorización que usted nos habla, desde su experiencia, cuál cree usted que es la importancia vital del AUGE en la sociedad chilena, y en sistema público, tomando referencia un poco el sistema que había antes en los 90' o en los 80', o si nos queremos ir más

atrás en los 70', qué impacto real ha tenido el AUGE dentro de la sociedad chilena?

Bueno, eso es una de las grandes críticas que uno se le puede hacer, es que, emm, se diseñaron cuando partió el AUGE, sistemas de registro que son para monitorear las garantías, pero no para monitorear impacto, entonces no te podría decir, mira con el AUGE la diabetes bajo un tanto por ciento, tenemos algunos datos y algunas evaluaciones en relación a las encuestas nacionales de salud, eh... uno apostaba a que por ejemplo a que teniendo la diabetes, teniendo la hipertensión en el AUGE iba a haber menos insuficiencia renal, pero resulta que en todo el mundo la insuficiencia renal va aumentando, no se sabe porque, por otra razón, entonces, desde ese punto de impacto, yo creo que se estructuraron las redes, primero, eso es una cosa pero muy importante, entonces se establecieron las redes, donde las redes de complejidad es distinta, donde hay que atender los canceres, donde hay que atender las cardiopatías, donde hay que atender esto, cierto, y otra cosa fundamental es que se establecieron estas guías clínicas, que su objetivo es, no sé si lo hemos logrado porque tampoco lo hemos evaluado, que es homogenizar la práctica clínica, o sea cuando hay que tratar la hipertensión, el tratamiento correcto de la hipertensión es éste, entonces, y por otro lado, el otro impacto grande que ha tenido, sobre todo en el sistema privado es la garantía financiera, eso es lo que más valora la gente en lo privado. Y la gente en lo público, emm, a veces no lo valora tanto porque dice "pucha, pero igual yo tengo que, una artrosis de cadera, se tuvieron que poner cortes", ha, eso es un sesgo que tiene, porque no se podía operar todas las caderas, porque no había capacidad, entonces lo mayores de 65 años, pucha si es alguien de 50 años necesita una prótesis de cadera se tiene que esperar mucho tiempo más, lo cual son las inequidades que genera, pero no hay capacidad para operar a todos los pacientes.

E: ¿Existía un plan con el cuál pugno el AUGE, es decir, AUGE era una propuesta, pero había otra propuesta, una propuesta B por así decirlo?

La desconozco, la desconozco... solamente conozco esta propuesta, que fue poner garantías explícitas en algunos problemas de salud

A partir de la promulgación del AUGE, ¿Cuál cree usted que son los actores claves para finalmente la promulgación de la ley, que gracias a ellos se impulsó esta ley?

bueno, los actores clave fueron los, he... el gobierno en ese minuto, el gobierno del presidente Lagos, eh, que, porque tú dices, la reforma de salud plantea el desafío de instalar un sistema, hay una frase que son del presente, que no las tengo, que responde a los cambios experimentados por el mundo, en particular en Chile, con objetivos sanitarios, daban cuenta de los problemas de salud actuales de una complementariedad público privada, esa es la otra cosa que aparece, si el problema no lo puede resolver lo público, lo podrá hacer lo privado, y viceversa, bueno, esas son las perversiones del sistema, porque hoy día uno podría ser bien duro en las críticas en eso. Y



nace como una herramienta para establecer prioridades y focalizar los recursos en aquellos problemas de salud más frecuentes y de mayor urgencia para el chileno... eso es un poco el enfoque... eso es por los actores políticos... te digo porque la población no presionó por eso, fueron los actores políticos de la época, los ministros de la época, el presidente de la época... fue la reforma del presidente Lagos.

**E: Qué críticas podríamos hacerle al sistema AUGE hoy en día, mirando un poco lo que se planteaba en un inicio... en que no cumplió el AUGE?**

A sido complejo, emm... depende de las expectativas que se hayan tenido, o sea, en general se ha tratado de cumplir las garantías lo mejor posible. Ahora, de repente uno podría decir, el sistema público no ha sido capaz de resolver todos los problemas, ah... ustedes han escuchado las críticas que se hacen al ministro hoy día, es decir, porqué se está comprando tanto a los privados, no cierto. Muchos médicos se han desvinculado de los hospitales públicos y se han ido al sistema privado, donde atienden. Pero eso no es problema del AUGE, es problema de las personas que están involucradas, y yo diría que es una política muy buena, es bien evaluada cuando la gente está bien informada, eh... que ha habido poca discusión y poca información, porque la gente no... se supone que si alguien va a un médico y tiene un problema AUGE, tiene que tener un problema AUGE, y darle un formulario y llenar el formulario, eh... cuando la gente conoce lo que es el AUGE, la gente está muy contenta...Y cuando uno ve, se han ido haciendo mejoras, han habido cosas bien bonitas que no las hemos evaluado pero, cuando uno ve el estudio de preferencias sociales, en un comienzo lo que a la gente más le preocupaba son los cánceres, por supuesto, que significan muerte, la diabetes, el accidente vascular. Después empieza a aparecer otras patologías, y en el último estudio a la gente le empieza a preocupar... hay tres cosas que aparecen, una es la prevención, porque se dan cuenta que las cosas se pueden prevenir, y se trató de hacer un AUGE preventivo, pero es imposible porque el AUGE está dirigido a las personas, no está dirigido a la población, entonces el AUGE preventivo no resultó, quedo como un programa piloto, vida sana, o como se le llame. El AUGE está dirigido a las persona, a garantizarle a la persona XX que tiene su garantía eh explícita. Y segundo, aparece el tema de salud mental, que eso es bien sintomático en un país, que... aparece la salud mental con fuerza, eh ante la gente. La gente además habla de las inequidades, y dice por qué la gente en este país siempre se han preocupado de las mujeres, los niños y de los viejos, y qué pasa con los trabajadores y las trabajadoras. Y ahí quizás uno tiene un problema, y un problema serio, ya que los consultorios atienden a las horas en que la gente está trabajando, entonces eso dificulta el acceso a las personas. Eso podría ser una de las críticas, debería haber una atención más amplia, o sea acércalo más a la gente, cómo uno le puede pedir que se haga el examen de medicina preventiva, si no tiene... o lleva el consultorio a la oficina, entonces cuando... entonces muchas veces los hombres por ejemplo, en cáncer gástrico, la mortalidad es bastante mayor que las mujeres porque consultan menos, en general los hombres consultan menos, tienen menos tiempos porque en los trabajos no les dan permiso. Y la otra cosa que aparece, es la salud bucal, y en eso, había, para que vean cómo se van armando, había una propuesta que era la enfermedad periodontal, que las

embarazadas, que se pensaba que afectaba la prematuridad, que era un factor que favorecía la prematuridad... y ... ¿saben lo que es la enfermedad periodontal? La formación de las encías y todo eso... estaban las caries de los doce años. Bueno, y comentando con la subsecretaria, dijimos, bueno por qué no hacemos algo más potente, por qué no ponemos la atención odontológica integral en las embarazadas. Por qué, porque el porcentaje de mujeres en Chile de 40 años en Chile que no tiene dientes, es impresionante, y ese es un tema que afecta en la autoestima, que impide que trabajen, etcétera. Entonces se armó esa intervención y se diseñó bien, o sea se puso recursos humanos, se puso equipamiento... Esa quizás sería una crítica, que muchas veces se partió sin poner los recursos adelante, sin poner las capacitaciones adelante, sino que le echamos para adelante porque hay prioridades políticas. Entonces, sin los equipamientos adecuados, sin la infraestructura adecuada, y eso ha generado algunas dificultades... ya, entonces la intervención se parte con todo, yo creo que toda mujer embarazada tiene derecho a atenderse, incluso con las prótesis, con todo... pero mira cómo se genera un problema, pero uno dice se genera muy bien además, porque se genera con recursos humanos y se genera con equipamiento. Y esa es la lógica, que esto no puede ser solamente, ha vamos a hacer tal cosa, pero, uno tiene que ponerse con las lucas y con la capacitación.

E: Y un poco para ir finalizando sus comentarios en torno al AUGE, ya hablamos de los contra, los beneficios, etc. Desde su experiencia, ya no sólo técnica, sino, más médica...

Mira yo creo que... estoy convencida, que es una buena política pública, pero que tiene muchas, muchas complejidades, muchas cosas asociadas. Y está el tema de estas garantías financieras que ustedes habrán escuchado hablar de lo que son las canastas. Lo que son las canastas se ha tomado en muchas partes como lo que hay que hacer, o sea, si hay que hacer (hemograma), hay que hacerlo esto, y lo que no está ahí no se hace, no la canasta es un promedio hecho para financiar... La situación del financiamiento, yo creo que es un tema delicado... claro, porque tú haces lo que se te paga y lo que no se te paga no lo haces. También un problema que ha tenido, que no tiene que ver con el AUGE mismo, es en los hospitales se va a priorizar siempre lo que sea, el AUGE tiene un financiamiento directo, marcado, no cierto, y las cosas no AUGE de repente quedan por ahí, yo creo que no voy a tener la capacidad... A mí me tocó ah, me tocó con el piloto en AUGE esa época, con cuatro problemas, y yo creo que,... ... se necesita una capacidad de gestión importante al interior de los hospitales y de los servicios, para lograr gestionar estos problemas, yo creo que ha fallado eso. Ha fallado el compromiso también de... no digo de los clínicos, sino que de los gestores, es decir mire, no involucrar a los clínicos en lo que es la canasta. El clínico no tiene que preocuparse de lo que le van a pagar al hospital por el paciente, lo que sí, el que está a cargo del hospital tiene que preocuparse constantemente de que está pasando con el gasto de cada paciente, qué está pasando con las prestaciones, cuántas cosas de la canasta se están haciendo, cuántas no. Pero yo creo que es una política pública que, pienso no es para expandirla más, estamos al tope. Que es el minuto de sentarse a pensar, e ir mejorando los problemas que hay, por decir

una cosa, cuando tú dices está garantizado el infarto agudo al miocardio, entonces la gente dice, ah soy AUGE, pero qué cosa es la fibrinólisis, pero no es la coronariografía el..., entonces el problema de ese es dejarlo redondito, agregar la coronariografía en la medida que hayan equipos, la labioplastia en la medida que estén los recursos, y después las cirugías de los baipás. Las caderas, aumentar el rango etario, te fijas, eso es lo que debería venir, problemas que uno podría decir sabe que este problema no tiene sentido tenerlo en el AUGE, y eso la ley da facultades para sacarlo, ahora, políticamente es bien complicado, porque algunos de los problemas que han entrado, claramente, ha sido por presiones políticas de los grupos, eso es una de las cosas que no hemos hablado, los grupos de personas. Como por ejemplo, la fibrosis quística, que se encadenaron en el ministerio, ah, el VIH Sida, eh... la esclerosis múltiple. Te puedo poner esos ejemplos, que uno dice, cómo partió todo esto, bueno, que ... la Hepatitis C porque parte en el momento que es todo este lío del banco de sangre, que tiene que ver con el Sida, pero las presiones de los grupos de poder, también eh... y de los políticos también han influido en incluir algunos problemas. No vamos a decir que ha sido rigurosa la forma de incluirlos. Entonces, se puede crecer mejorando, necesitamos evaluar además, y probablemente hay cosas que se pueden sacar, que ya no tiene sentido tenerlas ahí.

**E: Pregunta corta. Las doce primeras patologías AUGE, ¿prioridades políticas o prioridades médicas?**

No yo creo que hubieron prioridades médicas, los doce primeros temas son potentes, eh, después fueron apareciendo las prioridades... o sea, había una prioridad política de sacar el AUGE, eso es un tema, en el gobierno del presidente Lagos, si o si, eso había que cumplirlo. Entonces, sabe que no sé cómo lo va a hacer, pero arréglesela... Esta era su política de gobierno. Eh, pero presiones, me refiero a los grupos de pacientes, aparecen después.

Ahora las presiones políticas, o sea, todo el día recibo cartas de parlamentarios, sabe, esto queremos que esto entre al AUGE... Hubo mucha presión en la esclerosis múltiple por parte de la senadora Alvear, por ejemplo. Y como se te dan vuelta las cosas, nosotros sacamos el protocolo de, nunca los pacientes de esclerosis múltiple en una forma en la que tiene alguna forma de tratamiento, habían tenido derecho los pacientes pobres derecho de tratamiento. Hicimos un protocolo y lo desarrollamos como un protocolo en el sistema público, gratis, ah, donde la gente usaba un medicamento que se usa una vez a la semana, porque hay varios medicamentos, para que se pueda poner un medicamento al consultorio, porque pasa que la gente lo vende y no se trata, se podría producir mercado negro. Bueno, costo mucho porque tuvimos las presiones de laboratorio, presiones de... machismo, al final la cosa anduvo, y después dijeron pónganlo, la senadora Alvear, póngalo en la modalidad delibere elección, o sea la gente que está en las ISAPRES le saliera, tuviera un código y le cubriera más, algunos les cubrió menos, y después que entre al AUGE. Entonces la gente hoy día dice, sabe que la doctora Tohá dijo que el protocolo iba a continuar y ahora resulta que tenemos que pagar, claro porque FONASA D, FONASA C, se tiene que pagar, y ahí también hay un problema porque el FONASA C no se en que rango de plata va, pero no lo es

mismo para dos personas de C, FONASA uno pagar setenta mil pesos y otro pagar diez mil pesos, o sea, ... Quizás uno debería hacer una... en eso hacer un estudio y ver, eh... no digo gratuidad, porque ahí, al principio no se cobraba nada, pero después la contraloría obligó a cobrar, porque va a haber gente, los sueldos no son cosas millonarias en FONASA C y D, después viene FONASA B, está el que gana quinientos mil pesos hasta el que gana veinte millones puede estar en ese rubro, pero ver aranceles referenciales en la modalidad de pago. Emm, y las presiones bueno, a veces se ha cedido, a las presiones de los grupos, como te digo todos piden que todo entre al AUGE, pero no puede ser que todo entre al AUGE... ahora no sé cuánto tiempo, se dice que una reforma dura 30 años en un país, o sea debiera mantenerse e irse perfeccionado... eh bueno son tantas las aristas que tiene aparte de los estudios que hay que hacer, de los puntos legales, los decretos, las normas técnicas incluso... que estamos protegiendo ahora yendo a la contraloría y estar monitoreando los resultados que se vayan obteniendo.

E: Muchas gracias.

Ajustándonos a su trayectoria política, ya sea como Ministro y a su trayectoria médica queremos conocer su opinión respecto al AUGE como política pública, desde sus inicios y ahora que usted es el Ministro, recuperando el sentido del AUGE, como una reforma y como una política pública y plasmar desde su visión el concepto de Salud pública a través del AUGE

En lo personal, yo he estado involucrado en el proceso del AUGE desde muy al principio, porque fui invitado a participar por la ex ministra Bachelet de la época, en las mesas consultivas del AUGE funcionábamos acá, también trabajé muy estrictamente con Hernán Sandoval y básicamente, el AUGE o la política del AUGE, obedece a un movimiento mundial de economía de la salud generado por un informe del banco mundial el año 82' 83' por ahí, es que básicamente el banco mundial, muestra preocupación por el grado de gastos que están haciendo los países en vía de desarrollo en salud, en proyecciones de salud más que en prevención y define que esta vorágine, está pendiente de gastos puede ser muy complicada para el desarrollo de los países y básicamente el paradigma que tiene ese informe, que lo tengo por ahí está impreso, es básicamente que salud debe ser mirado mucho más como un gasto que como una inversión. Este informe, esta posición, por su puesto tiene muchos detractores y yo diría que plasma la contradicción con este informe del banco mundial del año 94', que era un informe que hace Sak que es un economista americano de Harvard, con mucha gente por su puesto, para tratar de nuevo la relación mundial de salud y el banco mundial que se denomina salud como inversión, entonces hay como dos visiones ¿realmente el gasto en salud es una inversión en capital humano? o ¿el gasto en salud es simplemente “un derroche” que arruina a los países? , por poner los dos puntos.

En ese contexto, la filosofía que se incentiva a los países es definir los bienes de salud en una suerte de pirámide, en la cual en la base están aquellas acciones propiamente de salud pública, de apropiación pública, que por lo tanto deben ser pagadas por impuestos... que se yo, prevención en general, aquellas acciones de salud que tienen algunas externalidades positivas para las personas que rodean a quien sufre la enfermedad, que es un trabajador que vuelve a pagar impuesto, que vuelve y que se recupera y que por lo tanto mantiene mejor a su familia, etc. y ya se transforma en un tema interesante, y lo que son propiamente bienes privados, que son aquellas cosas.... de salud, que no tienen externalidades y que de alguna manera beneficia a quien solo recibe la pensión. Entonces, en el extremo acá podrían estar las prestaciones de cirugía plástica y al otro extremo las vacunas, entonces se genera una suerte de triple escala en la cual se dice, este tipo de prestaciones van a ser pagadas predominantemente de bolsillo o por seguros que las personas contraten, este tipo de prestaciones van a tener un financiamiento listo y este tipo de prestaciones son pagadas públicamente a través de impuesto general. En este concepto, nosotros se genera en Chile la pregunta bueno, ¿Qué llamamos estos bienes que están

aquí? Y ¿cómo decidimos cuáles son? Y básicamente el AUGE o la concepción del AUGE parte de una concepción utilitaria, de una antropología autoritaria en el más estricto sentido de la palabra, porque en el fondo dice el mayor bien para el mayor número, entonces ¿Cómo logramos acciones de salud, que beneficien al máximo de personas del máximo posible de recursos que tenemos? Definir esto es una tarea muy difícil, y por su puesto muy controvertida pero en definitiva, el esquema que se utiliza para decir cuáles acciones de salud van a ser preferentes, van a tener más financiamiento por los seguros o por el estado, se utiliza un cálculo múltiple, que es la sumatoria, de años perdidos por discapacidad, más años perdidos por mortalidad prematura, vale decir, vamos a ordenar de mayor a menor aquellas enfermedades o aquellas enfermedades que nos podemos dedicar o tratar, siempre que tengan tratamiento, que tienen ya una acción médica que hacer con ella y vamos a privilegiar aquellas que producen el máximo de años perdidos por mortalidad prematura o el máximo de años perdidos por discapacidad. ¿Tú tienes qué edad?

Yo, tengo 23

Voy a suponer que tú tienes una expectativa de nacer de 80 años y que voy a simplificar que tienes 20 años, si este fin de semana ni Dios lo quiera, chocas con un poste y te mueres tu capital de salud desaparece completamente y esto representa una pérdida de 60 años. O sea, cuando yo calculo esta muerte prematura tuya sobre tu expectativa de vida... ¿Cuál es tu nombre?

(Entrevistadora dice su nombre)

(Utiliza el nombre de una de las entrevistadoras) agregó a esta ecuación de mortalidad prematura 60 años. O imagínate que tu sufres el mismo accidente y quedas parapléjica y vives los mismos 80 años pero ya en una silla de ruedas y muchas limitaciones, estos años de vida, de expectativa de vida nosotros lo multiplicamos por un factor, decimos cada año vivido en esta condición, no es lo mismo que un año sano, has perdido capital, y voy a simplificar y vamos a decir que vale la mitad, y por lo tanto si es que hubiera una (nuevamente utiliza el nombre de la entrevistadora) dos que choca este fin de semana con un poste ¿no cierto? Y queda parapléjica hasta los 80 años, ella agrega a esta fórmula 60 por 0,5 por lo tanto agrega 30 años de años de vida saludables perdidos por discapacidad prematura. Entonces, se crea un ordenamiento que permite decir estas enfermedades son más importantes, estas menos de acuerdo a esta ecuación. Y desde el punto de vista metodológico, en uso de este referente o esta ecuación evidentemente ha sido distorsionada a través de los años con la capacidad de dar tratamientos o no dar para determinadas condiciones, puede ser que alguien pierda 60 años de vida como mortalidad prematura pero si no tenemos capacidad para hacer un tratamiento universal en todo Chile para prevenir eso, nosotros no lo podemos incluir en el AUGE. Y lo otro, es que evidentemente, desde el punto de vista antropológico y sociológico, que eso que aparece tan nítido en una ecuación aritmética, a la hora de ir a los valores de las personas, no es real o sea las personas no se comportan como esta ecuación pre definida y por ejemplo, la ciudadanía en general está dispuesta a hacer mucho más esfuerzo a gastar mucho más dinero en salvar



la vida de un niño que un adulto o sea dos años adicionales de vida en el tratamiento de un cáncer infantil no vale lo mismo que dos años para la... sentimientos, para la perspectiva ciudadana, que alargarle la vida a una persona que tiene 80-82 años, los mismos dos años que darían acá en la ecuación que valdría lo mismo, en realidad para la gente no vale lo mismo, y a la hora de los que hubo, y esto es un gran conflicto, hay una preferencia muy marcada por valores que ... o valoraciones que el AUGE no captura, y eso es una de las... que la metodología del AUGE no captura y eso es uno de los temas más relevantes de... cuando nosotros empezamos a diseñar las guías clínicas del AUGE con Sandoval, hicimos varias reuniones con profesionales, médicos sobre todo y con ciudadanos que están inscritos en ese lugar y la diferencia de opinión era bien fuerte, o sea y al final en la configuración del AUGE primó mucho más una visión tecnocrática y médico céntrica que una visión ciudadana, y ese desfase sigue siendo doloroso en la gestión del AUGE y bueno, hoy día funciona permanentemente un consejo conflictivo del AUGE que trata de recoger estas preferencias públicas, pero estas cosas que parecía en la mentalidad de un economista tan simple al principio, se encuentra en la realidad con muchas dificultades de las que uno piensa.

#### En ese contexto, ¿Cómo valoraría al AUGE como política pública?

Yo creo que el auge como toda medicina, tiene beneficios enormes y tiene algunos problemitas, desde el punto de vista beneficios, efectivamente hoy día significa que el 60% de la carga de enfermedades por las 80 enfermedades del decreto de este año está cubierto por el AUGE, o sea la gente está protegida desde el punto de vista financiero, acceso, calidad, lo que usted quiera, bien, mal, más o menos pero al menos hay un esfuerzo real porque esa tremenda carga de enfermedad asociada a las enfermedades más frecuente o a las que afectan a mayor número de la población, estén protegidas en un sistema AUGE que significa que tú al final pagas nada o mucho menos por un tratamiento o cirugía que debes tenerlo por la calidad y todo lo que eso conlleva. El problema esencial del AUGE en mi opinión, es que es una política al final de cuenta priorizadora y eso es lo inverso de discriminatoria, o sea en el fondo uno puede decir que cuando uno dice hace una política de discriminación positiva esto es lo... el complemento de una discriminación, cuando yo digo voy a preferir tratar o darle prioridad al tratamiento de... y pongo el ejemplo más ridículo para mí, de una mujer que tiene artrosis de cadera y se lo voy a remplazar siempre que tenga 65 años cumplidos, lo que estoy diciendo es que la mujer de 66 años, que tiene una dolencia a lo mejor exactamente igual a la que tiene 62, el mismo dolor, la misma impotencia, el mismo sufrimiento, ésta está protegida y ésta discriminada, y yo creo que la tensión esencial es esta, o los efectos adversos esencial es este, que el AUGE es una política que prioriza y que por priorizar discrimina y que cuando uno hace eso tiene que tener mucha claridad de que, perdón que lo hable en un lenguaje malo, que la discriminación que está haciendo en contra de alguien, en contra de la mujer que tiene artrosis de cadera es una cosa sensata, justificada, apegada al sentido común es mucho más delicado que si es un problema técnico ¿Me entiende? esta cuestión hace sentido o no. También me llama la atención, que si esta es una gran política pública, y lo digo así con un signo de

interrogación ¿Por qué no ha sido imitada? O sea, los sistemas de salud son tan diversos, hay tantas diferentes maneras de aproximarse al problema de la salud de población que efectivamente todos los administradores, ministros somos seres que andamos mirando el horizonte para ver donde se les ocurre una cuestión interesante para aplicar acá, porque como digo, encontrar el... darle el palo al gato y decir esta es una política adecuada de salud, uno pude hacer muchas teorías pero al final de cuenta, importa mucho a quien le ha ido bien, a quien le ha ido mal, con qué y de echo hay gente que le ha ido bien con un seguro único de salud administrado por el estado, con seguros privados, con prestadores públicos, con prestadores privados, con priorización , o sea no hay una receta, entonces lo que yo encuentro sospechoso y lo digo simplemente de qué raro esto, es por qué si nosotros estimamos que el AUGE es una política tan potente, que sabemos la receta entera de cómo hacerlo, por qué no hay ejércitos de gente marchando hacia Chile aprendiendo e implementando esto en sus propios países, esa cuestión la encuentro preocupantemente sospechosa, y a lo mejor se nos está escapando algo. Si yo partiera de nuevo, o sea si hubiéramos sido inmune a la influencia del banco mundial que en el momento en que se implementó esta política nosotros estábamos demasiados capturados, veníamos saliendo de cuando estábamos en la dictadura, la crisis económica de la... en fin, a lo mejor si hubiéramos tenido más libertad de elección no nos hubiéramos metido a esto y habríamos ido mucho más a una reforma de la provisión con servicios con efectos en la salud primaria, en los consultorios, en los tratamientos en enfermedades crónicas, pero ahí estamos ya lo tenemos.

[A partir de eso y a ver si usted nos explica, y todos los distintos discursos que hemos recogido a partir de esta tesis que sostiene que el AUGE si bien es una buena política pública, pero no está midiendo el complementario de la salud pública, es decir, que pasa con las enfermedades no AUGE, como se está midiendo eso, como se está visionando de aquí a 20 años por ejemplo, cuál es su misión en torno a lo que va a pasar con el AUGE si la población se autoaugeizado por decirlo así a través de este concepto de política pública y en definitiva, se va a seguir expandiendo esta política pública en el sector público chileno?](#)

Yo creo que hay un tema que no es un juego de palabra sino que es bien enserio, cuando esta política se implementó se habló de acceso y libertad con garantías explícitas, sin embargo, el gobierno de la época se dio cuenta con la razón que estábamos hablando, que se estaba metiendo en una promesa que no podía cumplir y por lo tanto elaboró otro acrónimo que garantía explícita en salud, menos ambiciosa, no hablemos de universalidad nada, sino que hablemos de determinadas enfermedades tienen garantías explícitas, y el resto verá como se los arregla. Esta contradicción o esta diferencia semántica no es menor, encierra una diferencia muy profunda respecto a la concepción que debe ser un sistema de salud, dándose cuenta del autor de esta diferencia fue el ministro Vitar, creo, de este cambio, tampoco es casualidad de que el nombre GES haya quedado en la historia, a pesar de que todos los decretos, todas las leyes hablan de GES, el concepto que ha perdurado en la ciudadanía, incluso en el discurso público es AUGE, listas de espera AUGE, no AUGE, garantías AUGE, todo AUGE. O sea, este cambio de lenguaje, que encerraba una concepción diferente, no ocurrió y no



es banal la diferencia de que haya ocurrido o no haya ocurrido. En ese sentido, yo creo que nosotros debemos apuntar a la universalidad del AUGE y esto quiere decir, que si nosotros hemos logrado incorporar con determinadas garantías, a 80 enfermedades, en realidad tenemos que incorporarles a todas o sea cual es futuro, todo auge. Las exigencias que nos hemos puesto para el AUGE, no hay ningún motivo para que en un futuro no sea exigibles para toda condición de salud, o sea que haya un tiempo, un mecanismo de financiamiento, una guía clínica, etc. Evidentemente esto no puede ser “universal”, no quiero ser contradictorio, pero el 90% de la carga de enfermedad se debe a enfermedades que son protocolizables, por supuesto que va a ocurrir que nace un niño con un problema o uno cien mil, y hay casos particulares de enfermedad, pero si tú me preguntas a mí, cómo yo creo que va a ocurrir, que debería perdón, no como creo que va, que debería ocurrir, nosotros deberíamos pensar “hemos dado un salto, cualitativo, en determinar algunas garantías universales para determinar enfermedades y que tenemos que lograr que toda condición de salud esté incorporada al sistema AUGE, porque tampoco éticamente esta discriminación tiene mucho sentido, o sea hasta donde yo puedo decir que una enfermedad que te afecta a ti, merece menos cuidado, atención que una que te afecta a ti, a pito de qué, cuál es la razón moral para esa... yo puedo atribuir a una razón instrumental económica, o sea que por ahora no podemos, pero si pusiera la brújula en el Norte, ya que estamos metido en esto, ya que nos ha ido relativamente bien, dado que, y esto a parecer en el mercurio, la mortalidad por infarto, la mortalidad por cáncer, ha disminuido tan dramáticamente gracias a esta política, o sea es una política que produce impacto a las personas, sería insensato, a pesar de que hay voces todavía que dicen mira que en realidad esto a la basura, yo creo que al contrario, lo que tenemos que hacer es incorporarlo al AUGE progresivamente, el universo de todas las enfermedades y decir estos criterios de garantía tienen que ser válidos para cualquier condición de salud. Ahora, el efecto adverso más notable, del AUGE por su puesto, y tu utilizaste la palabra es que ha de alguna manera augizado, augecizado nuestro sistema de salud, a un director de hospital le conviene mucho más atender una patología AUGE y dejar esperando una patología no AUGE porque por la primera recibí plata y por la segunda no y por eso nosotros hemos tratado de suplir un poco el tema, elaborando al menos estas listas de espera no AUGE en el cual nosotros sabemos gente que no está incluida en el régimen de garantía, porque su condición por lo menos dar una mano y generar presupuestos y tratar de sacarlos de esa situación que hemos hablado solo... porque lo podemos identificar en listas de esperas quirúrgicas, personas que esperan por más de un año, con la indicación de que la cirugía no está incluida en el AUGE.

En ese sentido también habría que hacer un aporte de injerto económico, para recalcular la prima... porque se ha dicho también que se han comentado nombres de patologías pero el cálculo económico sigue siendo el mismo que en un principio, no sé si...

No es así, o sea cada decreto AUGE va con una evaluación económica y de echo hay enfermedades que no se pueden agregar porque el presupuesto que se asigna adicional para el AUGE no alcanza y nosotros digamos hay enfermedades que lis llanamente no pudimos incorporar, porque la plata no

alcanza, y esa plata no es constante sino que cada tres años, que es un decreto AUGE está fijado tres años, el ministerio de hacienda dice el límite del gasto público al que podemos llegar o aumentar para este nuevo decreto es tanto, ese es la... digamos si ustedes hablan de la ley, cómo se genera el mecanismo, entiendan eso, yo le digo al ministro de hacienda “ oye viene un nuevo decreto AUGE cuánto se puede gastar” y se lo pregunto formalmente y él me responde “el máximo que se puede gastar es tanta plata” y por eso vamos al consejo consultivo AUGE y decimos “señores tenemos, nos ha llegado esta torta adicional, cuáles son los criterios técnicos, de evaluación de años de vida perdido, de presión de la ciudadanía, cualquier cosa, que ustedes la hacen, y entonces ellos nos dicen “mira nosotros dictamos para este decreto 16 enfermedades, nosotros podemos cubrir 11 nuevas, porque las otras no alcanzaba la plata, o sea evidentemente nosotros somos un país que estamos gastando cada vez más dinero en salud, hoy día el gasto per cápita anual es \$1700 dólares, esto es un 9% de nuestro producto geográfico bruto, que es más o menos lo mismo que la OCDE y lo que está ocurriendo es que cada vez más plata se gasta en AUGE y menos en no AUGE que es lo que le pasó a las ISAPRES por lo menos.

[Para ir finalizando ¿qué nociones usted aportaría al AUGE hacia una mirada futura?](#)

Yo creo que el AUGE tiene un énfasis muy fuerte en la enfermedad y no en la salud, o sea a pesar de que estuvo la discusión inicial nunca se materializó que la cobertura AUGE debería tener un paquete preventivo obligatorio muy bien financiado, como un bien de salud pública, porque es cierto, yo tengo incorporado el AUGE y perdón que use una paradoja, tenemos incorporado el AUGE en tratamiento en la insuficiencia renal crónica, con diálisis, trasplantes y todo eso y la causa más importante por la cual llega a diálisis la gente, donde les falla el riñón es por diabetes, y tenemos diabetes ya, pero nosotros tratamos solo al 25% de los diabéticos y el 75% ni si quiera sabe o no se trata bien, entonces si tuviéramos un sistema de financiamiento que pagara mejor y que estimulara mejor el diagnóstico prematuro, precoz, de condiciones de salud y el buen tratamiento de enfermedades que genera complicaciones que de todas maneras, ese tema no está en el AUGE y de echo en el decreto si ustedes lo ven dice, se obliga a ciertos porcentajes de cobertura de exámenes preventivas, pero nosotros deberíamos ser capaces de al menos, al menos, en enfermedades como diabetes, hipertensión, depresión, tener diagnósticos precoz y manejo muy al callo financiado como garantía AUGE, porque como te digo, mucho del volumen que tratamos a través del AUGE y que es carísimo que se yo, derivan de que no diagnosticamos a tiempo o no tratamos las complicaciones de una persona que llega a tener una condición AUGE pero que podría haber demorado ese tránsito o incluso no haber llegado a esta condición AUGE, que no tenga un infarto al corazón, si hubiéramos sido capaces de manejar bien, entonces el AUGE tiene un énfasis muy fuerte en lo curativo, asistencial, hospitalario y muy breve en lo preventivo y en ese sentido tener un AUGE preventivo o sea un componente fuerte en el cual FONASA pagara por, las ISAPRES pagaran por tener una población de diabéticos bien controlada como se hace en muchas partes, sería una cuestión o sea el acento que yo creo que le falta.

Desde su posición de ciudadano ¿Cómo evalúa al AUGE como política pública?

Yo creo que hoy día, el AUGE goza de buen prestigio ciudadano, o sea si uno ve las encuestas que se yo y pienso que nadie en su sano juicio podría arriesgarse en el mundo político a decir el AUGE es una pésima política yo voy a terminar con el AUGE y si soy presidente, lo primero que voy hacer en los 100 primeros días, pum muerte al AUGE, esa cuestión no gozaría de popularidad, yo creo que la percepción es buena, muy buena y el conflicto se sitúa en el tema de la discriminación, por qué mi enfermedad no es AUGE, cuándo van a incorporar mi enfermedad al AUGE, eso es lo que pide la gente que esta fuera, mirando desde afuera la ventana, métanme adentro eso es lo que yo quiero, es una gran política, lo que yo te digo guardándome con cierta sospecha por qué no ha ocurrido que nos imiten yo valoro el AUGE como una cosa muy importante en lo que está ocurriendo en Chile en materia de salud pública.

Una acotación a lo que tú me dices nosotros pretenderemos que esta es una verdadera reforma, por un rasgo esencial a nuestro juicio. Las garantías es el único medio que nosotros encontramos para poder empoderar a las personas frente al poder institucional y social del complejo médico industrial, que impone un pensamiento hegemónico en razón a la salud y que ese pensamiento hegemónico lo que busca es dar primacía y hacer crear en el imaginario colectivo que la salud se obtiene cuando se tiene acceso a la atención médica. Y en circunstancias que es el desarrollo económico social el que produce el mejoramiento más sustantivo de salud en las poblaciones. Y en ese sentido, en consecuencia, el impacto que tiene la actividad del llamado, entre comillas, “sector salud” es siempre menor en relación al impacto que tiene el mejoramiento de las provisiones de vida en toda su adaptación. Y eso aparece muy claro, y se los aconsejo, no recuerdo como se llaman los doctores, pero si ustedes buscan en la agencia de salud pública de Canadá, hay un trabajo publicado por ahí, en el año 2005, donde ellos analizan cuales son los componentes que explican el nivel de salud en una población, y en ese análisis ellos demuestran en un estudio multicéntrico, donde participaron un montones de instituciones académicas, ONG’s, servicios de Canadá. Ellos explican que el estado de salud de una población se explica en un 50% por sus condiciones de vida. Y eso que tiene que ver con ingreso, educación, alimentación, vivienda, básicamente. Un 15% se explica por la herencia, o sea, los factores genéticos biológicos que tiene cada persona. Y un 10% se explican por las condiciones ambientales en que viven. Condiciones naturales del ambiente. Y solo un 25% es explicable por la acción de los sistemas de salud. Consecuencia: hablar de salud, cuando uno está hablando del sector salud, es un abuso del lenguaje, porque la salud no es solamente el acceso de atención médica, pero desgraciadamente es eso lo que prevalece como pensamiento hegemónico en nuestra sociedad. Si uno va a un colectivo cualquiera, una comunidad, y le dices: ¿cuáles son los problemas de salud que ustedes tienen? Nadie dice: es el sedentarismo, la obesidad, es las malas condiciones ambientales. No. Dicen: Nos falta un consultorio, faltan horas médicas, no hay acceso a los especialistas. Entonces, en cualquiera comunidad que ustedes vayan, no enumeran los problemas de salud que tienen, sino que enumeran los problemas de acceso al sistema de salud. E identifican, en consecuencia, la salud con el acceso.

A mí, yo me di cuenta de eso hace mucho tiempo, pero me impresiono mucho un focus group que hicimos el año 2000 – 2001. Donde en el focus group, el animador, facilitador del focus group, que estaba conversando, así relajadamente dice: *bueno, y ustedes ¿qué piensan de la salud? Hablemos de salud.* Y antes que nada, una señora dice: *Yo soy Fonasa.* O sea, para ella la salud, era el medio que ella tenía para acceder a la atención médica. Y la salud no tiene que ver con todo lo demás, la calidad de vida, la

educación, los agentes nocivos, qué se yo. Entonces, eso nosotros lo dijimos desde un principio.

Y la otra cosa que es importante, a mi juicio que ha habido mucho de nuestras acciones. Es que en aquellos países en que se ha conseguido el acceso, y registro de la población a los sistemas de salud, las diferencias por nivel socioeconómico y de educación que están ligadas con los anteriores, y su participación en el poder en la sociedad de las personas, se mantienen y a veces se acentúan. O sea, el acceso a los servicios de salud no garantiza para nada la equidad de la salud. Los suecos tienen estudios que demuestran que un rentista, o sea un rico, un rentista sueco, que en el fondo no ha tenido que trabajar nunca pa' nadie. Que todavía hay condes suecos, y que sé yo, tienen un rey. Un rentista y un doctor de cualquier disciplina, no de los médicos, sino que un doctor de cualquier disciplina tienen una esperanza de vida más larga que la de un profesional. Y el profesional tiene una esperanza de vida más larga que un técnico. Y un técnico tiene una esperanza de vida más larga que alguien que no tiene una calificación profesional, sino que hizo solamente sus estudios básicos. O sea, y eso en un país donde el acceso al sistema de salud es universal e inestricto. O sea, no hay una barrera de ingresos para los poderes económicos. Yo no sé si ustedes están considerando eso en su visión de la tesis cuando hablan de salud, porque eso es un tema extraordinariamente importante. Por qué se lo digo, porque nosotros basamos nuestro discurso para plantear el tema de reformar el sistema de salud en la equidad. Y nosotros planteamos desde el principio, de que en Chile, a pesar de tener un Servicio Nacional de Salud, a pesar de tener una de las coberturas más amplias de todo el continente en salud, o sea, en acceso a los servicios de salud, los diferenciales de esperanza de vida y de discapacidad eran enormes. Y siempre dábamos, y el presidente Lagos se lo aprendió de memoria y lo repetía siempre, que es inadmisibles que en un país como Chile tengamos que la mortalidad infantil en Vitacura sea de 2,7 y en Puerto Saavedra 41, que eran las cifras de mortalidad infantil de esas dos comunas respectivamente en el año 1999. Y Lagos lo repitió eso el pasado gobierno. Nosotros le dimos esos datos, y yo creo que eso es importante, y si ustedes ven todos los estudios sobre equidad en salud en Chile, esta, la diferencia se ha mantenido a lo largo del tiempo. Una madre que tiene solamente educación básica, con respecto a la madre que tiene educación media completa, la diferencia es de 1 es a 5. O sea, cuando las madres de educación media completa tenían una mortalidad infantil de 3; las madres con solo educación básica tenían una mortalidad infantil de 15. Y eso en Chile, y eso sigue, si ustedes buscan hay numerosos estudios sobre todo en mortalidad infantil. El Ministerio de Salud en el tiempo de la Dra. Barría, como ministra de salud saco un análisis de la mortalidad infantil por nivel de educación. Y es impresionante como persiste, entonces, nosotros, una de las causas que queríamos desmitificar, es que en salud uno no habla de salud sino habla de todos los factores condicionantes del estado de bienestar y calidad de vida de las personas que permiten que biológicamente alcancen el mejor nivel de salud posible. Y desgraciadamente, cuando uno habla de salud en el lenguaje coloquial, corriente, pero además en el lenguaje de los políticos, por ejemplo, estos se refieren solamente a la actividad del llamado sector salud. Pero no sé si les interesa esta parte...

Sí bastante, de hecho iba una pregunta asociada a eso: Cuando se planteó el Auge como ley del Estado, ¿Cuál fue el escenario político, social, económico que ustedes, como propulsores del Auge, junto al presidente Lagos, en las distintas condiciones que participaron de este proceso, tuvo que enfrentar para que finalmente este proyecto se aprobara en el congreso?

Bueno, nosotros tuvimos que enfrentar el pensamiento corriente y además enfrentar el pensamiento corriente con un sesgo impresionante. Había un criterio parejo en todos nosotros. Hicimos un análisis de actores relevantes, contratamos una empresa que hizo entrevista, e hizo un análisis con unas metodologías de... Y en estos actores relevantes, que eran políticos, tanto políticos parlamentarios, como políticos del aparato del Estado, como dirigentes de asociaciones gremiales, de sindicatos, como algunos académicos de posición alta en los niveles académicos y todas esas cosas. Una cosa impresionante es el consenso que había acerca que lo que más necesitaba el sistema de salud chileno era más recursos. O sea, todos, de izquierda o de derecha, con la salvedad de que para los de izquierda había que darle más recursos al sistema público, y para los de derecha había que facilitar la afiliación a las Isapres, y que la gente tuviera un Boucher, o sea un bono del Estado que le permitiera afiliarse a la Isapre, ellos sí seguían creyendo en ese eslogan que decía: "Isapre para todos", negando el rol que podría tener el seguro público. Ese consenso de que el problema de salud era problema de más plata era impresionante, impresionante. Y eso inmediatamente generaba visiones sesgadas también, o sea, o uno era estatista porque quería darle más plata al sistema público. O uno era privatizador porque, y cuando uno no era ni uno ni lo otro, porque nosotros dijimos, mire a ver, el tema de más plata ¿para qué? Y el tema: A quién se le entregan las platas no puede ser resuelto sino lo definimos una cosa primera que es: Qué queremos hacer. Y, mi planteamiento, una reforma de salud no es reforma sino tiene como objetivo, no mejorar la gestión de los recursos, sino como objetivo mejorar la salud de la población. Y al tener un objetivo de mejorar la salud de la población, uno tiene que poner toda la operación financiera y de gestión del sistema, al servicio del objetivo de mejorar la salud de la población, y no hacer lo que hacen al revés: *Tengo plata, tanta plata, Qué puedo hacer*. Sino que uno tiene que plantearse metas, absolutamente irrenunciables y lo que tiene que establecer para esa meta irrenunciable, es la gradualidad de cómo va a llegar y en cuanto tiempo, o sea, si uno dice mire: la mortalidad infantil que se alcanza en Vitacura es de 2,7 porque no va a tener todo Chile 2,7. Si mi meta es llegar a 2,7 pa' todo Chile, o sea, cuando ya la mortalidad infantil prácticamente incompresible, porque los que nacen vienen con malformaciones, o hay una serie de otros problemas. Es muy difícil bajar de esos niveles... de dos. O sea, si uno va a las mejores situaciones, mejores partes del mundo tiene una mortalidad infantil alrededor de 2, y por bajo 2 ya no... es muy difícil conseguirlo. Entonces uno dice ya, la mortalidad infantil promedio debiera ser dos y las diferencias no deberían ser, digamos, más de una y media vez, o sea, la comuna que más tendría, tendría que ser 3. Si el promedio es 2, y habría otra que tendría el 1,5 ¿se fijan? Esa es una meta irrenunciable, pero cuantos años nos tardaremos en llegar a eso. Eso es lo primero que tenemos que fijar, que cuales son las vías



para llegar a eso. Ese era mi planteamiento, por eso, lo primero que hicimos nosotros, la gente cree que lo primero que planteamos fue el Auge. No. Lo primero que planteamos, que lo entregamos en Septiembre del año 2000, fueron los objetivos sanitarios para la década. Y nosotros consideramos que no se podía hacer una reforma sino teníamos claro cuáles eran los objetivos que perseguíamos.

Y después está el tema, todas las otras cosas que propusimos, los cambios en la gestión del sistemas de hospitales, la separación de funciones entre las redes asistenciales y los... y la salud pública, la protección de la salud, y todas esas cosas, porque estábamos convencidos. O sea, si uno le encarga al gerente de la red asistencial, al mismo tiempo la prevención y la protección, al final no la hace, porque cuando se le acaban los antibióticos en el hospital, porque la plata que ponía para ir a inspeccionar los quesos, la gasta en ir a comprar más antibióticos, y no va a inspeccionar los quesos, y al final los va a inspeccionar el día que haya una intoxicación colectiva porque se comieron un queso malo. ¿Se fijan? Entonces, yo, a mi juicio, y eso lo mantuve y lo pelee, y logre convencer a alguna gente que estuvieron en la misma posición, que había que separar, y que había que generar un presupuesto totalmente autónomo, independiente y separado para la salud pública, diferente del presupuesto para la atención médica, con el objeto de que no se descuidara la salud pública en áreas de la atención médica. Pero ¿sabes qué? Yo encuentro que lo más justo para la población y la mejor salud es no enfermarse, y para no enfermarse hay que prever las situaciones que pueden producir enfermedad.

Al interior un poco del contexto que usted nos está narrando, también surgieron actores que fueron opositores a la conformación del Auge, dentro de ellos el Colegio Médico con su planteamiento de que el Auge es puro cuento y, otras oposiciones para que el Auge no surgiera como ley, ni como proyecto. ¿Cuál de esos actores?

Pero si ellos se opusieron a todos, se opusieron a los objetivos nacionales de salud. Cuando yo fui a presentarles los objetivos nacionales de salud al Colegio Médico, me dijeron: *Usted ¿Qué quería objetivos? Si nosotros hacemos, si las cosas están bien hechas aquí en Chile, si tenemos la mejor salud del continente. Nadie tiene una mortalidad infantil tan baja. Entonces déjenos tranquilos, si nosotros sabemos lo que hay que hacer.* Esa fue. Cuando le planteamos el tema de la equidad: *¡ah! viejito tu vení con el cuento de la equidad, o sea, tú quieres decir que en el servicio de salud hemos hecho mal las cosas. Porque hay diferencias de mortalidad entre los campesinos y los de la ciudad, entre los pobres y los ricos, o sea, y pa' qué querí decir que se hicieron mal las cosas. Porque tu agenda oculta es la privatización. Tú quieres desprestigiar al sistema público, decir que no da salud equitativa, para privatizarlo y entregárselo todo a los privados.* Esa era la respuesta que yo tenía. Y había sido el dirigente del Colegio de Médicos. La agenda oculta... imagínese. En la agenda del FMI y del Banco Mundial, oiga, el Banco Mundial nunca estuvo de acuerdo con lo que planteábamos nosotros. Trataron de pasarnos plata, de darnos créditos de hacer una serie de cosas para que siguiéramos en los planteamientos que ellos tenían.

Nosotros no le hicimos caso, oiga, yo tuve encima del escritorio que tenía en ese tiempo, un certificado del Banco Mundial que me lo trajo un colombiano en que entregaban 30 millones de dólares para la realización de la reforma de salud. Y yo le dije, esto no es asunto mío, vayan hablarlo con el Ministerio de Hacienda. *“No pero es que si usted firma, nosotros con eso, con el ministerio de hacienda no nos va a poder decir que no”*.

Bueno, todas esas cosas eran las que decían, por eso un momento yo, además nos reunimos, dice, esta reforma... nos reunimos cincuenta mil veces con ellos, discutíamos con ellos, todos los días casi, nunca aceptaron que tuviéramos Actas de las discusiones. Nunca. Y siempre era como que las discusiones partían de cero, porque nosotros no aceptábamos sus planteamientos. O sea, nosotros queríamos discutir sobre las cosas que planteábamos. Tanto que al final del 2000, convencimos a la Ministra de Salud Michelle Bachelet que convocáramos, y convocamos a una reunión donde estaban los dirigentes de todos los gremios, Colegio de Médicos, Fenpruss, Fenats, y todo eso, un grupo de parlamentarios de la concertación, demócrata cristiana. Estaba Benitez, estaba este hombre Vieragallo, estaba Sergio Aguiló, que era demócrata de la comisión de salud. No me acuerdo, pero habían parlamentarios de todos los partidos de la concertación, los dirigentes del Colegio de Médicos, funcionarios del Ministerio de Salud, la propia ministra. Y les expusimos todo lo que habíamos desarrollado a lo largo del primer año de... o sea, desde Marzo. Todos saben objetivos nacionales de salud, una ley de autoridad sanitaria, de gestión, en ese momento todavía no se llamaba GES, se llamaba el Plan garantizado de Salud. El Plan garantizado de Salud, la forma como seleccionábamos las patologías, todo, cuáles serían las patologías garantizadas inicialmente. Les presentamos todo eso, el Fondo Solidario, como se generaba el Fondo Solidario, como se manejaba y todas esas cosas. Y a pesar de eso, a pesar de que formamos grupos de trabajo, estuvimos encerrados dos días en un local que se llama los Almendros que queda por allá por Huechuraba. No sé si ubican donde queda el Espacio Riesco, esa misma calle al fondo, hay un local donde se hace comida que se llama “los Almendros”. Estuvimos dos días, se formaron comisiones y grupos trabajo para que opinaran cada uno de los temas, qué se yo. Afortunadamente, afortunadamente yo hice que la lista de los participantes se hiciera, este que firmaran, y además que firmaran lo... todos los materiales que se le habían entregado, y después cuando ya los tenían hasta aquí, por decir esta reforma entre cuatro paredes. Saqué eso, una lista de Juan Luis Castro, de la Corsi, de todo y se las mostré a los consejos regionales, del Colegio de Médicos y les dije, mire: Todo lo que le dicen a ustedes es una mentira, yo les entregué todo esto, la comisión de reforma le entregó todos los materiales, los discutió con ellos, ellos no quisieron seguir la discusión, pero que los conocieron, que haya sido una reforma en las cuatro paredes, que ellos no sabían nada, es una mentira. Y fue siempre una mentira, ellos estuvieron siempre al corriente de todo. Cuando llevamos la Ley a los Parlamentos, nos reuníamos los días antes de las reuniones de las comisiones parlamentarias, con el Colegio Médico, y les decíamos: Estos son los artículos que vamos a mandar. Claro, y si algo no le gustaba decían: No, pero esto así, esto asá. Entonces, al final, yo también me “cabrié” de eso. Ya, estaba en el parlamento, que lo discutan los parlamentarios y que ellos vayan y llamen con los parlamentarios no tenemos



nada más que hablar. O sea, la resistencia fue brutal, además lograron formar un engendro que se llamaba el Congreso, el Consejo de Gremios de la Salud. Al cual, la Michelle Bachelet le dio oxígeno, los animó, porque ella estaba en contra de esta reforma, y no, incluso le pidió al Presidente Lagos que recibiera a este congreso en la Moneda. Todos los diferentes gremiales, todo junto. No si acato, porque uno decía una cosa, los del Colegio decían una cosa, los de la Confederación de Técnico paramédico decían otra, las matronas decían otra, qué se yo. Entonces, ahí caché que este Congreso estaba pegado con engrudo de mala calidad, porque los postulados, las retenciones, los objetivos del gremio de las enfermeras que viven de su sueldo, en relación a los gremios y los médicos que viven de sus consultas, ya con eso tienen una diferencia básica en sus perspectiva en como organizan los servicio de las cosas. Imagínense además con los trabajadores de la Salud hospitalaria, que hoy día una auxiliar de enfermería gana 350.000 pesos. Y el salario medio de los médicos está como en un 1.700.000. O sea, alzado el ingreso, y si llegáramos a los ingresos reales y todas las cuestiones, debe ser mucho más.

A partir de este escenario que usted nos expone cuando ya el proyecto estaba casi listo para tramitar, y posteriormente, y desde su visión ¿Finalmente quedó como usted quería el proyecto? O ¿Se dejaron de lado muchas cosas que eran importantes y qué si cree es momento que pudiera mencionar?

A ver... Nosotros llegamos, nosotros teníamos el proyecto maduro, todas las cosas más o menos listas en Agosto del 2001. En agosto del 2001 hubo una tremenda presión de los gremios sobre la Ministra de Salud, para que el proyecto no siguiera avanzando, y ella consiguió que finalmente, en el mes de Septiembre, el Presidente suspendiera el envío del proyecto de ley al congreso. El único proyecto que se envió incluso en Agosto, fue el de los deberes y derechos del paciente. Fue tan mal enviado ese proyecto que no salió de la comisión de salud, salió directamente del gabinete ministerial. Fue tan mal enviado ese proyecto que le pusieron Deberes y Derechos de los pacientes, y yo el comentario que le hice: mire, la humanidad hemos luchado mucho, toda la vida por los derechos y nunca por los deberes. O sea, hagámosle aunque sea una concesión a los pacientes, y pongamos primero: Los Derechos y luego los Deberes, me parecía a mínimo, y además exponer los deberes era una reivindicación de los gremios de la salud. O sea, ellos quieren que los pacientes estén obligados a algunas cosas, y no quieren ser ellos los únicos obligados, circunstancias que el desbalance de poder que en la sociedad se da, en beneficio de los que trabajan en el sector salud, que son los que no responden a la necesidad de los pacientes, y por lo tanto, estos no pueden reclamarle determinados derechos. En Septiembre, como les digo el envío se suspende, bajo el pretexto de que venía la época de elecciones. Acuérdense ustedes que venían elecciones parlamentarias en diciembre del 2001, bajo el pretexto de que las elecciones iban a politizar indebidamente un debate que debía ser más técnico. Y que por lo tanto, era mejor posponer la discusión del proyecto de ley para después de las elecciones. Yo, me opuse todo lo que pude a eso, pero bueno, la ministra es la ministra, porque a mi juicio, era precisamente, había que sacar a la

Derecha al pizarrón, y ahí había que obligarla a pronunciarse por si acaso estaban en favor de dar garantía, de hacer cosas que avanzaran, e hicieran avanzar el sistema de salud en beneficio de las mayorías, y no en beneficio del sistema olvidado, que estaba abusando con los dineros que le entregaba la gente y los dineros que le pasaba el Estado. Se suspendió el asunto. Afortunadamente después, el Presidente Lagos hizo un cambio de gabinete y sacó a Bachelet, y puso a Artaza. Y cuando llegó Artaza las cosas cambiaron radicalmente, o sea, Artaza llegó muy entusiasmado con la idea de generar todos los cambios que estábamos proponiendo, y fue de un gran apoyo. Y además Artaza fue de mucha generosidad, porque Artaza estaba en ese momento orientado a una carrera política. Era un hombre de gran popularidad, la gente por la calle lo loaban, se sacaban fotos con él, qué se yo. Y él empeñó toda su popularidad y prestigio en sacar adelante los proyectos de Ley. Él fue realmente muy importante en el desarrollo del proceso, cuando mandamos los proyectos, evidentemente mandamos los proyectos que nos gustaban po'. Y que conseguíamos factibles. Y que tuvieron que sufrir todo el trámite de las negociaciones que se producen necesariamente en el parlamento. Pero para nosotros la idea básica era el generar derechos garantizados, y esto fue bastante difícil, porque los jurisperitos que llamamos y les preguntamos, nos dijeron: *Mire, los derechos políticos se garantizan, el derecho de la libre circulación, a expresar sus ideas, a publicar en la prensa, tener un pasaporte, una identidad*, qué se yo. Todos los derechos ciudadanos reconocidos. Los derechos sociales se proclaman pero no se garantizan. Entonces, nosotros ahí, empezamos a hacer una elucubración en un terreno que no era el nuestro, que era el terreno del derecho. Y ahí fue, cuando nosotros concebimos que hubiera que garantizar un grupo de patologías en función de su frecuencia y gravedad, por el impacto que tenían en producir muerte prematura y discapacidad en la población chilena. Enfermedades que nosotros ya teníamos identificadas y seleccionadas, porque habíamos hecho un análisis epidemiológico y además habíamos hecho una encuesta presencial de 5700 hogares, donde, entre otras cosas, les entregamos una lista, a las personas de enfermedades, que las leían ellos, se las leía el entrevistador. Además eran entrevistadores entrenados, eran jóvenes como ustedes, los últimos años de sociología, de psicología, qué se yo. Fueron encuestas hechas carísimas pero hechas a concho, presencial. Cada encuestado se demoraba más de dos horas en dar respuesta a todas las preguntas y todas las cosas; y además con chequeo. Teníamos un grupo de supervisores que iban a verificar, o sea, sabían: *Tal día, voy a ir a tal dirección*. Y los supervisores iban a verificar que efectivamente estuvieran allí haciendo la encuesta con todo lo de la ley y toda la cosa. Y ahí nos salió una cosa muy impresionante, porque cuando una le preguntaba a la población cuales eran las enfermedades que ellos preferían que fueran garantizadas salían las mismas que salían en una selección del punto de vista epidemiológico. O sea, salían las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades de salud mental, pero básicamente depresión, accidentes. Y la cosa que nosotros no habíamos estimado porque tiene poco impacto en la mentalidad y en la discapacidad es la salud oral. Eso nos hizo cambiar e incorporar aspectos de salud oral en el Auge que inicialmente no los teníamos... porque a la gente le gusta tener dientes, o sea, es una cosa que... Y nosotros... ¡Claro!... Yo, del punto de vista estrictamente sanitario... no es tan importante. La gente puede

sobrevivir sin dientes. Claro, y cuando uno las miras con parámetros así rigurosos, de sobrevida, muerte prematura o discapacidad, los dientes no es tan importante. Comprendía también el Fondo Solidario, o sea, teníamos todos los elementos. Hubo cosas que tuvieron que cambiarse en el curso de la discusión parlamentaria, pero tan, cuando presentamos las leyes, en general contenían... haber... Nosotros, por ejemplo, qué nos borraron en la discusión de la Ley: Nos borraron todas las instancias de participación que habíamos generado. Participación tanto de la comunidad en la definición de nuevos aspectos de las políticas de salud, como la participación de todos los de la salud de todos los niveles dentro de los sistemas de salud. O sea, teníamos consejos a nivel de los hospitales y esas cosas. A los parlamentarios no les gusta, y eso es bastante transversal, no les gusta la participación ciudadana. Ellos creen en estructuras jerarquizadas con mandos claros, con definiciones y toda la cosa.

Tampoco conseguimos generar unas obligaciones más drásticas a los servicios de atención primaria y de salud municipalizada. Esto siempre quedó medio laxo; nosotros queríamos generar sistemas de atención en red donde se comprendieran los servicios municipales. Y queríamos ir más allá en algunas cosas, como mejorar la coordinación de los servicios municipales entre sí, sobre todo en las regiones con alta ruralidad. Una comuna con 20.000 habitantes, no da pa' tener un laboratorio, por ejemplo. En cambio, nosotros decíamos que en tres comunas vecinas se junten, y ya tenemos más de 50 o 60 mil habitantes, y ahí podríamos instalar en alguna de ellas que sea para toda iguales. Pero ningún alcalde quería ser menos que el alcalde de al lado. Y esos se conseguían con los diputados y senadores de su región, qué se yo. Al final no pasó nada en eso. Pero en general, los proyectos que presentamos fueron más o menos lo que queríamos.

[En cuanto a la evaluación del AUGE como política pública. ¿Cuál es de su consideración a este? El AUGE como política pública, ha sido una buena política pública en salud, ¿ha sido una mala política, o una política ineficiente?](#)

Yo creo que, si tú revisas las cifras de la superintendencia de salud, no sé si la han visto. Bueno, hasta diciembre del 2011, había 11 millones de personas que se habían inscrito para la cuestión en garantía del AUGE, de los cuales, el 92% eran del Fonasa, y solo un 8% de Isapres. Pero además de eso, en aquellos que eran de Fonasa, la satisfacción por la atención recibida, superaba el 80%, la satisfacción positiva. Entonces, no soy yo quien tiene que enjuiciar, sino que está siendo plebiscitado por el pueblo no más. Ahora lo que es impresionante, es que siempre dijeron: *El AUGE no lo entiende nadie, el AUGE es puro cuento*. Y todas esas cosas que decían. Sin embargo, la gente lo entiende, si hay 11 millones de gente que se han inscrito, es porque realmente hay un conocimiento de la boca al oído, de la experiencia y han visto como hay gente que se ha ido beneficiando. Yo creo que no solamente es una buena política pública, sino que es una excelente política pública, pero que además, los estudios recientes están demostrando que en algunas patologías se están acortando las brechas de equidad, o sea, ya no hay tanta diferencia en las mortalidades. Por ejemplo, en el cáncer de cuello al útero, de la 700 muertes femeninas, por esta enfermedad, 500 eran entre el primer y segundo quintil, y esto está bajando considerablemente.

Entonces va haber cada día menos diferencia en mortalidad por cáncer de cuello al útero. Lo mismo en cáncer de vesícula, de las 2.200 muertes por cáncer de vesícula, alrededor de 2.000 eran mujeres, y mujeres de los tres primeros quintiles. E igual, está disminuyendo la mortalidad por cáncer, y se está disminuyendo entonces el diferenciario de equidad entre los quintiles más altos y más bajos. O sea, sin duda, y además yo creo que hay una cosa. Los derechos, y eso fue la discusión que nosotros tuvimos, y lo que planteamos a nuestros asesores jurídicos. Los derechos una vez que se adquieren, es muy difícil revertirlos. O sea, si usted no le hubiera dicho al siervo de un conde francés, 1790 que va elegir a su alcalde, en circunstancias que hasta ese momento lo había nombrado el rey o el conde, del condado donde vivía. Va a preguntar primero que va a elegir, segundo, y ¿qué va hacer el alcalde?, y ¿por qué lo voy a elegir yo? Si históricamente, ni su padre ni su abuelo, ni nadie había elegido. Pero una vez que eligieron, que pudieron revocarlo, que le cortaron la cabeza a varios, cada vez que los sucesivos regímenes trataron de eliminar el sufragio universal, y las elecciones en Francia, hubo revuelta, y la gente defendió su derecho. Nosotros pensamos, yo pienso, no nosotros, no represento a nadie, no me represento ni a mí mismo... que la gente de Chile está adquiriendo consciencia que tiene derechos ahí en atención en salud, y que esos ya no son revocables. Y que mientras más tiempo pase, más va a ser este derecho exigido por las personas. En el fondo, cuando amplían el Auge de forma demagógica, y a mi juicio, irresponsable, porque no ha resuelto los problemas de las primeras enfermedades, están metiendo cualquier... pero lo amplían, no ven bien la “chichita con las que se están curando” porque no se dan cuenta que en la medida que se hace una garantía y un derecho, va a ser cada vez más firmemente exigido. Nosotros no conseguimos todo lo que queríamos evidentemente, siempre critican y siempre me dicen: *Pero no consiguieron el Fondo Solidario*. Y esa fue la concesión, y en el fondo, *es ahí ganó la derecha, porque no consiguieron el Fondo Solidario*.

¿Ustedes tienen opinión? ¿Han visto lo del Fondo Solidario? ¿Y qué piensan?

La verdad es que hemos recogido distintas opiniones de este mismo. Porque hemos entrevistado también a gente de distintos sectores. Hemos entrevistado al Senador Espina, que participó en la comisión de salud junto a Evelyn Mathei, que él también lo vio como una pérdida el pilar Solidario. Entonces, estamos recién generando una opinión.

**Dr:** Mira, el Fondo Solidario, primero, no era para todas las constelaciones de las Isapres. Como fue conseguido por nosotros, sino que la gama de diputados sufrió un primer acortamiento, que era que solamente se solidarizaban los fondos que correspondían a los gastos generados por las patologías Auge. Ese fondo iba a tener la virtud de que como esas patologías se acentuaban con la edad, a medida que iba envejeciendo la gente de las Isapres, iba a traspasar cada vez más plata hacia el fondo, y por lo tanto se iba a emparejar la financiación de ese tipo de patologías. O sea, el Fondo Solidario, en la práctica tenía una importancia a futuro, a 20, a 30 años plazo. En el momento que se producía era simbólico. Si hubiese operado en el

Fondo Solidario a partir de la plena ejecución de la ley el año 2006, habría aportado al sistema público aproximadamente 20.000 millones de pesos. Que en ese momento, cuánto habría sido... 40 millones de dólares. El costo del incremento de la cobertura que se generaba con el Auge era de 500.000 millones de pesos, o sea, al financiamiento del sistema, el Fondo Solidario no aportaba... haber... el 1% eran 5.000,... el 4%, o sea, al punto de vista del ejercicio real de la solidaridad, porque los que creen que la solidaridad es solamente económica, se equivocan. Desde el punto de vista del ejercicio de esa solidaridad, "valía callampa". Si no que, lo que nosotros pretendíamos, era que al clavar esta... o sea... al generar este Fondo Solidario, con el transcurso del tiempo el monto fuera incrementando, y por lo tanto, siendo cada vez menos factible el negocio de las Isapres. Porque pa' mí, la idea secreta es que las Isapres tienen que acabarse, tienen que desaparecer. Y no lo conseguimos, porque ellos se dieron cuenta también de que iba a ser así. Entonces, y ahí yo nunca supe... la Mathei votó a favor, y Espina también, y fueron el resto de los senadores de la Derecha, que los conmino, y le dijo: "*Este acuerdo no lo aceptamos*". Y se apoyaron en una argucia parlamentaria, yo no sé si ustedes saben cómo eliminaron el Fondo Solidario.

Cuando nosotros llegamos al final de la discusión de la ley, esta ley se había discutido en una fórmula parlamentaria que se llama *Act Referéndum*. O sea, que se discute todo con el objeto de ir limando las asperezas y lograr consensos. Y solamente al final, que la discusión de cada artículo se haya hecho, se vota la idea de legislar. Ustedes saben que, originalmente, todas las leyes, cuando se vota primero la idea de legislar, y después se va discutiendo artículo. Aquí hubo un acuerdo parlamentario, de primero buscar consenso, y después votar la idea de legislar. Nosotros gastamos de buena fe, y en la creencia de que la idea de legislar ya estaba adquirida, que era un trámite votarla. Bueno, el día antes de esa votación, cuando además, estaba enfermo el senador Eduardo Frei, que en ese tiempo era senador vitalicio, porque todavía no había ocurrido la reforma. En ese momento, había una mayoría relativa de la Derecha porque Frei estaba enfermo. Entonces, Hernán Larraín, que estaba de presidente del Senado puso en tabla la discusión en general de la ley del Auge, lo que significaba que tenía que votarse la idea de legislar, y la bancada de Derecha nos avisó que iban a votar contra la idea de legislar, mientras no se retirara el Fondo Solidario. Entonces, nosotros nos vimos el día lunes, esto se veía el martes en el senado, nosotros vimos el día lunes, ya no recuerdo la fecha, pero esto fue el 2003... ¿no?... tiene que haber sido por ahí... por Septiembre u Octubre del 2003, una cosa así. Nosotros nos vimos confrontados a que si votaban contra la idea de legislar se postergaba todo el proyecto por una... no podía presentarse ante el congreso hasta un año más tarde, y eso atrasaba todo el proyecto. Entonces, ahí, consultamos con el... nos juntamos todos: El ministro García, el ministro Eyzaguirre, de Hacienda, el ministro de presupuesto, y ahí... Marcelo nos demostró que el aporte financiero era bastante modesto, o sea, del punto de vista de financiación de proyecto, no importaba tener o no tener el Fondo Solidario, sino que importaba cómo... porque además nosotros estábamos cómo derrotando una idea, una idea, a nuestro juicio, peregrina, infundada que sacó la Derecha, que las cotizaciones son de propiedad de las personas, en circunstancias que todos

los sistemas de seguros de salud, son seguros, de que... todos aportan, y el Fondo le aporta al enfermo mientras esté enfermo. En consecuencia, las cotizaciones no son de las personas, sino no sería un seguro, colectivos, sino que cada uno ahorraría en una cuenta y gastaría lo que ha podido ahorrar. Lo que sería diez veces más injusto todavía. Entonces, nosotros queríamos meter esto del Fondo Solidario, porque si lo metíamos y lo aprobaba el Senado, la Derecha no iba a poder seguir sosteniendo de las cotizaciones, eran de propiedad de las personas. Sino que las cotizaciones, una vez que estaban en el seguro, era para satisfacer las necesidades de los que estaban enfermos. Bueno, toda esa era la idea que estaba detrás de nuestra persistencia de mantener el Fondo, a pesar de que fueran a rendir poca plata. Pero no pudimos.. A mí, en lo personal, para mí lo importante era generar los derechos; que todos los arreglos financieros que vienen después, vienen después. Generar los derechos cambiaba el panorama de las políticas de salud. Eso, todavía, yo no lo entiendo bien, no entiendo bien porque hay una suerte de negación y ceguera a la importancia de eso aquí en Chile. En cualquier parte del mundo donde yo voy, lo que más celebran... El año pasado... no... el año antepasado estuve en un seminario en Harvard, en la Universidad de Harvard. Donde estaba yo invitado por el Centro de políticas públicas John Kennedy, él... la Escuela de Salud pública de la Universidad de Harvard, es la Escuela de Medicina. Hizo un seminario para gente de todos estos hombres... Al final, estuvimos de discusiones, fue muy interesante. Al final habló el inventor del seguro popular, Julio Frenk, que es el director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Julio: El Auge es la mayor innovación en la seguridad social en salud que se ha producido en los últimos años. Y en el futuro habrá un antes y un después del Auge, porque generar derechos consensuados y aceptados por la población, prácticamente no lo había logrado nadie. Esto es una de las mayores y más importantes políticas públicas de salud en los últimos años. Yo estaba muy impresionado, porque aquí en Chile... ayer tuve una reunión, y dijeron que el Auge era una especie de caridad para los más pobres. Esto de... porque aquí en Chile esto del... al Establishment político les carga pensar de que la gente se puede apoderar de algo, y que ellos se empiecen a ejercer sus derechos sin tener que pedírselo al Senador, al alcalde o al diputado. Y eso, yo creo que los están consiguiendo... ¿Qué más me vas a preguntar?

A partir de estos derechos, un poco... ahondar en ¿Por qué finalmente el Auge se convirtió en la sectorización de ciertas enfermedades, y que pasó con las enfermedades No-Auge, que en el fondo completaban el sistema de salud integral? ¿Por qué no se generó esta política pública en un todo integrado, y se terminó en un Auge con las primeras 12 patologías? ¿Qué pasa con...?

**Dr:** Una cosa sencilla, porque cuando son todas igualmente garantizada, ninguna es garantizada. Y entonces ahí, el derecho no es ejercido por las personas sino que es ejercido por el sistema. O sea, cuando un doctor quiere ser el más experto operador de várices, y se dedica a sacar várices, porque va a ser eso su especialidad. Ya le dije a los pacientes con várices en desmedro de los que tiene... pongámonos dramáticos... cáncer de la mama o cáncer de estómago. Porque no es lo que quiere operar, la discrecionalidad



y la arbitrariedad es el signo mayor de los sistemas de salud. Conseguirse una cama... en ese tiempo hicimos una investigación. Se pagaban 40.000 pesos, el año 2000 para que el Hospital Barros Luco, lo pusieran al comienzo de la lista de espera en los pabellones quirúrgicos. Ahí no hay ningún derecho, ahí está la plata, está la plata y están los intereses de los médicos. A lo mejor el médico no va en la parada de que le paguen... pero sí, él va a seleccionar qué tipo de enfermos quiere operar, cuándo y cómo. Y su conducta va a ser modificada cuando lo va a llamar el director del hospital, el diputado, o el alcalde de los pueblos chicos. Si el derecho es de una persona, y ejerce su derecho, ya y logra que se establezcan listas de espera priorizadas claramente y vistas por todo el mundo, él sabe cuándo le va a tocar. Pero, ¿por qué nosotros defendemos ésta idea? La primera cosa, es por eso. Hay una arbitrariedad en la decisión de a quién se opera, cómo se opera y cuándo se opera. Y esa arbitrariedad, en desmedro ¿de quién se hace? ¿Del pobre? Del que no tiene poder, del que no tiene educación. En el igualitarismo, en cualquier parte del mundo, y esto ha sido 10.000 veces estudiado aprovechan mucho más del igualitarismo los que están más arriba en la escala social, que los que están más abajo. O sea, eso de que somos todos iguales... pero hay unos más iguales que otros. Eso funciona. Entonces, precisamente nosotros buscamos discriminar por patología a partir de un concepto, del concepto de cuales son las patologías que más daño producen a la población, en forma de discapacidad y muerte prematura. Eso, al ser las enfermedades mayoritarias las que producen más casos de discapacidad y muerte. Los que se benefician son los que tienen mayormente esas enfermedades, ¿Quiénes son? Los más pobres. Los que están más abajo en la escala social. Nuestra política tenía un fundamento de equidad profundo. La equidad es distinta de la igualdad, en la medida que uno proporciona más, a los que son más vulnerables, y a los que tienen menos posibilidad de hacer valer sus derechos. Consecuencia. Por eso, nosotros elegimos las patologías en función de su frecuencia sanitaria. Con múltiples criterios en mano, en función de su capacidad de ser intervenida. Nosotros, por ejemplo, de profeso, no pusimos el cáncer al pulmón. Porque el cáncer al pulmón, si ustedes ven todas las estadísticas que hay, en las mejores manos, con los mejores tratamientos, qué se yo, tiene 20% de sobrevida a los 5 años. La leucemia tiene 75% de sobrevida a los 5 años. El tratamiento del cáncer al pulmón es tanto o más caro que el tratamiento de una leucemia. No, es más caro. O sea, si nosotros tratamos a los que tienen cáncer al pulmón con los mejores tratamientos, vamos a gastar la plata que gastamos en tratar a 3 leucémicos. Entonces, hay un aspecto de eficacia, si tratamos al leucémico, 7 de cada 10 van a sobrevivir. Si tratamos al cáncer de pulmón, 2, 5 de cada 10 van a sobrevivir. En consecuencia, la equidad se hace sobre una base sanitaria, es un razonamiento en función de una justicia. O sea, no es un razonamiento arbitrario. Racional en salud, con los criterios tradicionales, racional en salud aparece como un crimen, una aberración, una injusticia, porque todos los enfermos son iguales. ¡Falso! ¡Falso! Con el tratamiento que usted le da a una esclerosis múltiple, que no hay ninguna evidencia de que haya algún tratamiento eficaz. Pero que hay unos tratamientos muy caros que se están entregando en la esclerosis múltiple. El tratamiento que le damos a la esclerosis múltiple, usted la puede tratar con 50 diabéticos, y resulta que se muere más gente de diabetes, hay más gente discapacitada porque le amputan una pierna, porque se quedan

ciegos, porque sufren de nefropatía crónica por diabetes, que las que habrá nunca por esclerosis múltiple. Entonces, la selección es en función de objetivos sanitarios claros, de justicia social clara, y de equidad clara. No es ni arbitraria, además corresponde a lo que la gente marcaba en lista cuando se la presentábamos. O sea, no es porque no quisiéramos generar un acceso universal para todos iguales, porque eso no existe. Porque como los recursos son escasos... si uno lo deja en poder del aparato médico y del complejo médico industrial, es... los ejerce arbitrariamente en desmedro de los más pobres y los más débiles. ¿Está de acuerdo o no? ¿Ah? (risa).

Sí, mi pregunta iba hacia el punto que se tocó. Hacia el eje de la universalidad. Si podemos plantear que hay el tiempo finito y recursos también, y hay un eje de universalidad, ¿Por qué se plantea el Auge en su garantía de acceso, de calidad, y también garantías de protección financiera y de oportunidad...

**Dr:** De oportunidad, la más importante para la gente es de oportunidad...

Entonces, bajo ¿qué parámetros se plantea el eje de la universalidad?

**Dr:** Es que no entiendo cuál es el eje de la universalidad.

El de que toda la gente pueda acceder a esta serie de prestaciones

**Dr:** ¡Ah! Claro. Por una cosa muy sencilla. Mira, yo tuve una estudiante que estudió conmigo e hizo su tesis, en terreno. Yo trabajaba en ese tiempo en el centro panamericano de oncología humana y salud en México. Y él vino a trabajar conmigo, e hicimos un trabajo sobre una zona mexicana donde había mucha intoxicación por arsénico. Y él fue al epidemiólogo e hizo levantamiento de datos, qué se yo. Y quedamos muy amigos. Es un gringo de clase media acomodada que cuando yo me iba allá me prestaba un departamento estupendo. La fortuna, y las vueltas que da la vida hizo que el año 2000, él fuera el subsecretario de salud del gobierno, en el último año del gobierno de Clinton, de Bill Clinton. Entonces, cuando el presidente Lagos me dijo: *Encárgate de hacer una propuesta de una reforma de salud.* Yo lo llamé, lo llame y le dije: *Mira, el presidente Lagos me encargó esto.* Y yo sabía que había sido de los colaboradores directos de Hillary Clinton en su intento de hacer una reforma del sistema de salud de Estados Unidos. Me dijo: *Bueno, si quieres que te explique, ven a Washington.* Me fui a Washington y estuve una semana. Tuve tres entrevistas con él. Y además el último día, el día viernes estuve del domingo hasta el sábado siguiente. El día viernes, en la mañana me tuvo seminario personal con el encargado de las finanzas del sistema de salud de Estados Unidos. O sea, un tipo que manejaba no sé cuánto... 50.000 millones de dólares al año, una cosas así. Con el encargado de fijar los objetivos sanitarios para el año 2010. Lo estaban terminando en ese momento. Es decir, el top de la estructura de la salud pública de Estados Unidos. Y yo le hice la pregunta... todos ellos habían trabajado con Clinton. Le dije a mi amigo David Michaels: *David, yo vine aquí para que me expliques. Why did you fail? ¿Por qué fracasaron? ¿Por qué fue?* Y ellos me dieron una explicación que varía... conversamos mucho. Conversamos entre las 9 de la mañana y las 12. Tres horas de conversación con ese grupo así top... fue un privilegio, fue una cosa que solamente la suerte le depara a uno. Haber tenido a ese discípulo, haber



trabajado con él, qué se yo. Ahora es el director de la otra... la Office Safety Health Administration de Estados Unidos. Ellos me dieron una explicación, la siguiente: Primero, porque ellos trataron de hacer una reforma que beneficiara a 50 millones de norteamericanos, que no tenían seguros de salud, pero que sí tenían acceso a algún tipo de atención médica sin proponer nada para los 230, 240 millones que en ese momento ya tenían un seguro de salud. O sea, primera cosa. Ellos hicieron un seguro de salud para los pobres, para los desamparados. No se preocuparon de los otros. Y los otros, tampoco se preocuparon de ellos. O sea, ¿por qué se iban a interesar en algo que no los beneficiaba? Segundo, porque hicieron, llamaron reforma a la salud lo que era solamente una reforma al sistema de seguros para la atención de la enfermedad. Lo tercero, porque despreciaron absolutamente la oposición de los grupos de interés, de la American College Association, de la American Association, de la Crut cross que es la organización de los seguros de salud de Estados Unidos, de la industria farmacéutica, y de todo el complejo médico industrial. ¿Ustedes han leído a Ivan Illich? Si se van a meter en salud lean a Ivan Illich ¿Conocen a Iva Illich? Ivan, tal cual suena, Illich con doble ele y ce, ache. Googleenlo, tiene un libro capital que se llama Némesis médica, y donde él acuña el concepto de “El complejo médico industrial”, es muy interesante porque sostiene que la sociedad moderna productivista de una sociedad patógena, pero que además, la organización de los sistemas de salud es iatrogénico. No solo atiende la patología, sino que produce patología. Súper interesante. Bueno, ellos entonces despreciaron la oposición del complejo médico industrial, y por último hicieron un grupo de trabajo, que estaba formado básicamente por académicos tecnócratas y científicos, pero sin participación de políticos. Entonces yo, para mí fue una lección muy importante. Porque dije: Un seguro si quiere concitar el respaldo de la población tiene que ser totalmente transversal, o sea, no vamos hacer un seguro para los pobres de Fonasa, para los grupos ásanos, para los grupos. No. Vamos hacer un seguro que interese a todo el mundo. De hecho, así ha sucedido, de hecho, en el momento en que nosotros iniciamos esta discusión y planteamos estas cosas, las Isapres tenían el 25% de los afiliados, bajaron al 16%, perdieron 9 puntos de los afiliados. “El pencazo” que esto significó para las Isapres fue muy importante, y además de eso, estuvieron obligados a instalar los seguros catastróficos, que antes no los tenían. O sea, evidentemente que el impacto que ha tenido en todo eso ha sido muy importante. Y eso, por eso planteamos la universalización. Esto no puede ser restringido a un grupo de personas, esto tiene que ser derechos. Y como todos los derechos en la sociedad tiene que ser, pertenecer a todos, y no ser segmentarios para algunos. Claro, aquí tienen el segmento que son prioritariamente aquellos que tienen las enfermedades que están en el listado. Pero el problema que... uno no puede dar garantía para todas las enfermedades todo el tiempo, y en todas partes. Porque eso no existe. Cuando uno quiere garantizar las enfermedades congénitas por ejemplo, que son déficits de una enzima. Y que hay una industria de la enzima de sustitución que hace que cada tratamiento cueste del orden... unas cosas impresionantes... habían unos tratamientos que salían 300 millones de pesos al año. Con 300 millones de pesos al año, ¿cuántos pies diabéticos no se cortan si acaso trataron bien a los diabéticos? Acaso ¿ustedes saben qué los diabéticos que llegan a amputación tienen 14 años de estar afiliados a un programa de diabéticos?

Entonces, ¿qué mugre de programa le están ofreciendo a la gente que igual los tienen que amputar? Y eso desgraciadamente es uno de los fracasos que ha tenido el AUGE, que no ha logrado generar una cadena de atención desde una mirada preventiva. Entonces, claro, la gente al final piden prioridad y oportunidad del auge para que le amputen la pata. Pero no para generar un mejor control de su patología, que le evitaría llegar a la amputación. Eso, por eso nosotros planteamos que fuera universal. No podíamos ser de los segmentarios, sino que teníamos que concitar el interés de todo el mundo.

Finalmente, según su opinión, ¿quién o quiénes fueron los actores relevantes para que realmente se aprobara el proyecto de ley del AUGE? Y ¿cuál es la importancia del AUGE para la sociedad chilena?

**Dr:** Bueno, eso te lo tiene que contestar la sociedad chilena. O sea, que haya 11 millones de personas que han reclamado la garantía AUGE, algo demuestra que la gente lo valora, aunque sea subjetivamente. Pero, también, yo creo que además hay estudios que están demostrando que también tienen un impacto en salud y un impacto en equidad. Sin duda, para mí, el actor capital, fue Ricardo Lagos, sin la tenacidad, la persistencia. Yo le voy a contar una cosa. En octubre del 2000, yo ya me había juntado con el grupo original, 8 personas. No fue un grupo muy numeroso, 7, 8 personas, los que... Vino un gringo, voy hacer una acotación al margen, vino un gringo de cientista político que había participado del proceso de Hillary Clinton. Me dijo: Mira. Me dijo. Hillary Clinton en algún momento tuvo 400 personas trabajando en el proyecto de reforma de salud en Estados Unidos, y no consiguió nada. Yo estoy absolutamente impresionado porque ustedes... yo he venido. Nos siguió todo el proceso. Lo tomó como un ejemplo de política pública, era un profesor de ciencias políticas. El Doctor Parrich. Yo le dije: Estoy muy impresionado, esto me lo dijo el 2004 cuando ya estaban aprobadas las leyes, estoy muy impresionado, que ustedes, 7 personas hayan conseguido todo esto. No me lo explico, me dijo. Cuáles han sido las... la capacidad que han tenido de ir generándolo. Bueno, Lagos a mi juicio fue... ¡ah! Lo que les iba a contar. En septiembre habíamos ya conseguido todo el primer gran borrador, y ya teníamos el plan garantizado de Salud. Entonces yo le llevé dos hojas, por cierto, a su casa, un día en la tarde. Le pasé las hojas, las leyó. Me dijo: Brillante, esto es una idea genial, además se retroalimenta a medida que va cambiando la patología, van cambiando las prioridades, todo eso, redondo, pero no puede hacerse. Es demasiado bueno para que pueda llevarse a la práctica. Yo le dije: Bueno, nuestra opinión es distinta, nosotros estamos convencidos de que se puede hacer. Y ¿por qué?, me dijo. Porque Chile es uno de los pocos países del mundo que tiene un seguro de salud desde mi 1925. 75 años de seguro de salud, que tiene un Servicio Nacional de Salud desde el año 52', solamente tres años después del sistema inglés, que no copiamos, porque el nuestro fue producto de nuestro propio trabajo. Algunos dicen que nosotros imitamos al servicio nacional francés... de Inglaterra. Falso. Tenemos toda la madurez, técnica y los conocimientos, y la capacidad de llevarlo a la práctica. Y le expliqué, le di una explicación, todo, con fundamento de lo que yo decía. Se quedó así pensando, mirando las nubes. Era un día de Septiembre, con esas nubes blancas, de Septiembre. Me dijo, bueno ya, hagámoslo, y de allí para adelante, nunca se echó para atrás. Y nosotros, cuando empezamos a tener

conflictos, con todos, nosotros tuvimos conflicto con la Isapre, con la Asociación de Clínicas Privadas, con el Colegio de Médicos, con la Fenats, con la Fenpruss, con todos tuvimos conflicto. Nunca tuvimos conflicto con la comunidad. Siempre nos dicen... una política de hecho entre 4 paredes, ninguna política ha tenido como nosotros 60 asambleas ciudadanas con representantes elegidos por asociaciones de la sociedad civil. Ninguna, ustedes revísenla. Ninguna. Nosotros nos recorrimos todo el país, nos juntamos, tomamos gente. Jamás el respaldo ciudadano falló. Desde el momento que nosotros presentamos la propuesta, y empezamos a testearla en las encuestas que te describía “en frente”, con la gente, el respaldo a la idea era del 90%. Cuando apareció la campaña del Colegio de Médicos, que gastaron cientos de millones de pesos, que contrataron programas de televisión que, tenían periodistas pagados de todos los diarios. Todas esas cosas, todo eso que tenían aviso en los buses que decían: *El Auge es puro cuento*, y salía la cara en la plaza con la nariz de Pinocho y todas esas cosas. En ese momento, en la encuesta que nosotros hacíamos periódicamente, el respaldo ciudadano bajó a 70%. Entonces nosotros llegamos a La Moneda, y le decíamos: Mira, después de la última movilización de Colegios Médicos, esto y esto otro, las encuestas dicen que tenemos 70% de respaldo. Ya no llega a los 100... sígueme. O sea, jamás.... No sé si ustedes estaban muy chicas ustedes, una huelga de los micreros, no existía el Transantiago. Y Lagos hizo disolver los tacos, porque habían cruzado las micros, intersecciones en Vicuña Mackenna con Alameda, y qué se yo, en las Rejas. Hizo que despejaron las micros, y mandó a tomar presos a todos los dirigentes de los microbuseros. Y en dos días tenía resuelto el problema. Cuando el Colegio de Médicos, en Diciembre, eso ocurrió a fine de Septiembre, en Octubre del 2003. Nosotros ya estábamos a finales de la discusión parlamentaria. El Colegio de Médicos llama a una huelga, y hacen una marcha para probar su fuerza de puros médicos, con delantal blanco, desde la Posta Central hasta a Moneda, donde se congregan unos 300 o 400 médicos. Yo estaba muy presionado, porque en esa marcha, cuando los médicos pasaban frente a la Biblioteca Nacional, había allí gente en la vereda empezaron a tirarles monedas. *Vayan a trabajar, váyanse a los hospitales, vayan a operar, qué están haciendo aquí*. Les gritaba la gente. Nosotros tiramos una encuesta esos días. ¿Qué nos dijo la encuesta? Nosotros en la encuesta, la pregunta que le hacíamos, telefónica, 800 personas, una cosa así, la pregunta es. Los médicos han dicho que van a ir a huelga, ¿Qué opina usted que hay que hacer si los médicos se van a huelga? 37% de la gente dijo: *Métanlos presos*. ¿Se dan cuenta ustedes lo que es meter presos a la directiva del Colegio de Médicos? Era mayor, porque la gente le tiene un respeto a los doctores y toda la cuestión. Pero, además de ese 37%, lo drástico... métanlos presos. Después venía más o menos un 40% de gente que decía: *Échenlos de los hospitales, del sistema público, amonéstelos, descuéntenle los días no trabajados*. Más del 70% de la población era partidario de que si los médicos se votaban en huelga, se les sancionara. Y el respaldo ciudadano que nosotros le dimos constantemente a los doctores, nunca falló, además de eso nosotros habíamos empezado el 2002 con el Auge. Habíamos empezado con el Auge, el primero que fue las cardiopatías congénitas operables en menores de un año, diálisis, para la insuficiencia renal terminal y cánceres para los menores de 15 años. Y había tenido una acogida en la población pero sensacional, además nosotros

hicimos videos con testimonio de una mamá que decía: Mi hijo mío, este es mi segundo hijo mío que nace con una malformación congénita. Y yo estaba en Chile chico, y me fueron a buscar en avión y me mandaron e avión pa' Santiago, y lo operaron y ahora mi hijo está bien y toda esa cosa. Y eso, salía en la televisión, y la mujer llorando y toda la cuestión. Igual, salían otros testimonios que decía: Yo tenía que hacer tómbolas los fines de semana y el loto para juntar plata para pagarme la diálisis, y ahora la diálisis me la paga el Fonasa, porque está en el Auge. Eso había tenido un impacto, pero brutal, o sea, desde que nosotros largamos el Auge y lo otro que se llamó. Ya, prácticamente, no hubo vuelta atrás. Ahora, desgraciadamente las cosas no pasaron todo como nosotros hubiéramos querido. No se fortaleció el sistema público, empezaron a comprar prestaciones en el sistema privado y todas esas cosas. Que nosotros pensábamos que este era un instrumento de planificación del sistema público. Si usted sabe epidemiológicamente por los grupos de edad y todas las cosas, de que más o menos tendrá que operar 1.200 a 1.500 caderas al año. Para ponerle una prótesis de cadera, perfectamente, pero perfectamente, puede decir cuantas se operan en Arica, cuántas se operan en Iquique, en Antofagasta, qué se yo, y ver si acaso tengo los traumatólogos, los pabellones, los fierritos de las caderas y todas las cosas. Ese trabajo, fino, pero totalmente factible, en función de los datos epidemiológicos que se unen, nunca se ha hecho. Entonces al final tenemos: ¡Ay! Se va a vencer la garantía del viejo que todavía no le han operado de la cadera, ya, vamos comprando... ¿Por qué? Porque estaban de acuerdo. Ya, nadie le advierte del cascabel al gato de enfrentarse con los intereses de los médicos y de las subvenciones de clínica. En circunstancias que por último, digamos Arica. Si en Arica no hubiésemos tenido capacidad para operar cadera, y en Arica hubiéramos tenido que operar unas 70 caderas al año, las lisito, pero las lisito antes. No cuando se me vence la garantía cuando tengo que comprar al primero que me ofrece por ahí el producto, sino que yo le digo: mire, a lo largo del año yo necesito que me opere 7 caderas mensuales, y yo le voy a juntar lo de Anselmo, y ¿cuánto me cobra por operar esas caderas? Por último que venga a Santiago, a un traumatólogo de Santiago, y yo le aseguro que si usted lisita, pone precio fijo y la cuestión va a ver el interesado. Pero si usted está de acuerdo con el traumatólogo de allá, de Arica, que está atendiendo la urgencia con las patas quebradas y toda la cosa. Y que no tiene tiempo para hacer las caderas, pero que le va a recibir las caderas si usted se las manda a la clínica privada, entonces no lisita nada, y se las entrega a él al precio alto, a último momento. Y eso, desgraciadamente no se hizo en el gobierno de Bachelet, y menos en esto. Entonces, de ese punto de vista, el Auge con el instrumento de planificación sanitaria no, porque no han querido la factibilidad de usarlo así. ¡Es total! Ya, está bueno.

## Anexo 18: Lista de documentos revisados

Tipo de documento	Documentos
Informe OMS	❖ <i>Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos, declaración provisional</i> [monografía en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. Disponible en línea: <a href="http://www.who.int/social_determinants/es/">http://www.who.int/social_determinants/es/</a> , consultado el 16 de octubre de 2013
Diario Oficial	❖ Decreto de Ley N° 19.966. “ <i>Establece un régimen de garantías de salud</i> ”. Publicada en el Diario Oficial de 03.09.04
Diario de circulación nacional	❖ Diario la Cuarta. (2002) “ <i>Artaza es el Pinocho de cuento llamado Auge</i> ”. Disponible en: <a href="http://www.lacuarta.com/diario/2002/11/09/09.06.4a.CRO.MEDICOS.html">http://www.lacuarta.com/diario/2002/11/09/09.06.4a.CRO.MEDICOS.html</a> (09/11/2002).
Diario de circulación nacional	❖ Diario El Mercurio (2004). “ <i>FONASA lanza campaña de difusión del plan AUGE</i> ”. Disponible en: <a href="http://www.emol.com/noticias/nacional/2004/09/22/159188/fonasa-lanza-campana-de-difusion-de-plan-auge.html">http://www.emol.com/noticias/nacional/2004/09/22/159188/fonasa-lanza-campana-de-difusion-de-plan-auge.html</a> (22/09/2004).
Informe Web	❖ Presidente Lagos promulgó el Plan AUGE en consultorio de Santiago. Radio Cooperativa, Publicado: lunes 19 de abril de 2004. Disponible en: <a href="http://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/auge/presidente-lagos-promulgo-el-plan-auge-en-consultorio-de-santiago/2004-08-25/185512.html">http://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/auge/presidente-lagos-promulgo-el-plan-auge-en-consultorio-de-santiago/2004-08-25/185512.html</a>
Publicación oficial	❖ Ministerio de salud. Gobierno de Chile (2012) “ <i>Informe: revisión del proceso de priorización de las garantías explícitas en salud (GES)</i> ”. División de planificación sanitaria. Depto. Economía de la salud.
Programa de gobierno	❖ Programa de gobierno: para crecer con igualdad gobierno Ricardo Lagos Escobar. (1999). Disponible en: <a href="http://www.archivochile.com/Gobiernos/gob_rlagos/de/GOBdelagos0002.pdf">http://www.archivochile.com/Gobiernos/gob_rlagos/de/GOBdelagos0002.pdf</a> . Consultado el 20/11/2013
Publicación oficial	❖ Instituto de Salud pública Universidad Andrés Bello. (s/f/e). <i>Baja evaluación del Auge: Desfinanciamiento y menor calidad en las prestaciones</i> . Disponible en: <a href="http://www.ispandresbello.cl/deficit-de-financiamiento-y-menor-calidad-en-las-prestaciones-impactan-en-la-baja-evaluacion-de-los-usuarios-del-auge/">http://www.ispandresbello.cl/deficit-de-financiamiento-y-menor-calidad-en-las-prestaciones-impactan-en-la-baja-evaluacion-de-los-usuarios-del-auge/</a>