



# ¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile?

Tomo 2. El Plan AUGE y la reforma de la Salud

**MAURICIO OLAVARRÍA GAMBI (Editor)**



EDITORIAL UNIVERSITARIA

E S T U D I O S

¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile?

ESTUDIOS

362.10983

P699a

El plan Auge y la reforma de la salud / Mauricio Olavarría Gambi editor. - 1ª ed. -

Santiago de Chile: Universitaria, 2012.

254 p.: diags.; 14,5 x 23 cm. - (Estudios)

Anexos al final del texto.

Incluye bibliografías.

Forma parte de: ¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile?

ISBN Obra Completa 978-956-11-2115-7

ISBN Tomo II 978-956-11-2362-5

ISBN Digital Obra Completa: 978-956-11-2858-3

ISBN Digital Tomo II: 978-956-11-2860-6

1. Plan Auge (Chile). 2. Reformas en atención de salud - Chile. 3. Política de salud - Chile. I. Olavarría Gambi, Mauricio, ed.

© 2012. MAURICIO OLAVARRÍA GAMBI  
Inscripción N° 216.582 Santiago de Chile.

Derechos de edición reservados para todos los países por

© EDITORIAL UNIVERSITARIA, S.A.

Avda. Bernardo O'Higgins 1050, Santiago de Chile

Ninguna parte de este libro, incluido el diseño de la portada, puede ser reproducida, transmitida o almacenada, sea por procedimientos mecánicos, ópticos, químicos o electrónicos, incluidas las fotocopias, sin permiso escrito del editor.

Texto compuesto en tipografía *Palatino 11/13*

Este libro ha sido financiado por FONDECYT. Proyecto 1080322.

FOTOGRAFÍAS DE PORTADA  
*Alejandro Olivares*

DIAGRAMACIÓN Y PORTADA  
*Yenny Isla Rodríguez*

Diagramación digital: ebooks Patagonia  
[www.ebookspatagonia.com](http://www.ebookspatagonia.com)  
[info@ebookspatagonia.com](mailto:info@ebookspatagonia.com)

Mauricio Olavarría Gambi  
(Editor)

*¿Cómo se formulan las  
políticas públicas en Chile?*

TOMO 2  
*El Plan AUGE y la reforma de la Salud*



EDITORIAL UNIVERSITARIA

# ÍNDICE

## Capítulo 1

### INTRODUCCIÓN

Mauricio Olavarría Gambi

## Capítulo 2

### LA REFORMA DE LA SALUD EN CHILE:

Implicancias conceptuales y metodológicas para un estudio de caso

Verónica Figueroa Huencho

## Capítulo 3

### ¿CÓMO CAMBIAN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS?

Análisis de la formulación del Plan AUGE

Mauricio Olavarría Gambi

## Capítulo 4

“A GOLPES DE AUTORIDAD”.

EL PRESIDENTE LAGOS Y EL ACCESO UNIVERSAL DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (AUGE)

Bernardo Navarrete Yáñez

## Capítulo 5

REDES, RECURSOS Y ESTRATEGIAS DE LOS *TECNOPOLS* EN LA FORMULACIÓN DEL PLAN AUGE-AGS

Claudio Fuentes González

## Capítulo 6

¿AGENDA O ALTERNATIVAS?

El rol de los partidos en el proceso de elaboración de

políticas públicas. El caso del Plan AUGE  
Giovana Gómez Amigo

Capítulo 7  
EL CONGRESO NACIONAL Y LA REFORMA DE SALUD EN  
CHILE  
Andrés Dockendorff Valdés

Capítulo 8  
¿QUÉ SE PUBLICA SOBRE SALUD?  
La tensión estatista-privatista en la prensa chilena (2000-  
2006)  
Andrea Gartenlaub González

Capítulo 9  
CONSIDERACIONES FINALES  
Mauricio Olavarría Gambi

## ANEXOS

Anexo 1: Lista de entrevistados

Anexo 2: Cuestionario aplicado a los entrevistados

Anexo 3: Nota biográfica de los autores

# CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN

Mauricio Olavarría Gambi

¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile? ¿Qué revela el análisis del proceso político de la reforma de la salud de la década de 2000, cuyo proyecto emblemático fue el Plan AUGE? ¿Por qué la idea de una reforma de la salud se instaló en la agenda y llegó a materializarse como una política pública? ¿Qué rol jugaron actores dentro del Gobierno, partidos políticos, parlamentarios y medios de comunicación en la formulación de esta política pública? Estas son las preguntas que dan origen a este libro y cuyas respuestas buscan aportar conocimiento acerca de un fenómeno más amplio, referido a cómo se da el proceso de formulación de políticas públicas en Chile.

Este es el segundo libro, de una serie de tres: el primero estudió la formulación de la política de modernización de la gestión pública de la década de 1990 y el tercer tomo aborda la formulación del Plan de Transporte Urbano de Santiago, más conocido como “Transantiago”. La serie busca enriquecer el conocimiento del proceso político de formulación de la política pública, un tema poco explorado en Chile.

El análisis de políticas públicas ha sido un campo en constante expansión desde su surgimiento, en la década de 1920, en países desarrollados, como consecuencia de la crítica surgida en la época a los estudios que buscaban apoyar la acción y decisiones del Gobierno, los que eran tildados de excesivamente formalistas, legalistas y que no abordaban el mundo real tal cual era (Ascher 1994). Desde entonces los estudios sobre políticas públicas se han

desarrollado con dos enfoques distinguibles: por un lado, aquellos que buscan abordar los aspectos sustantivos en discusión, que tienen un marcado énfasis técnico y que asumen una conducta racional (económica) de los actores protagónicos; por otro, aquellos que ven a las políticas públicas como el resultado de un proceso político, en el que los actores se movilizan con la finalidad que los contenidos que asuma la política pública satisfagan sus intereses o, al menos, no los perjudiquen. Así, el primero de los enfoques reseñados ve a las políticas públicas como la variable independiente, es decir, como una situación que se asocia al estado de un cierto problema público o una intervención que ha de realizarse para abordar un cierto problema público; en tanto, la segunda aproximación estudia a las políticas públicas como la variable dependiente, en el sentido que ella es el resultado de la interacción de un conjunto de otras variables. Este libro se enmarca en la segunda de las corrientes señaladas, en la del proceso de la política pública, y su finalidad es ayudar a desentrañar analíticamente la secuencia de pasos o eventos que ocurren para que surja la idea de reformar el sector salud, primeramente, y luego para que esta se convierta en una política pública real en Chile.

El análisis del proceso político de las intervenciones del Estado en el sector salud no es algo nuevo en los países desarrollados, aunque ello ha sido bastante menos explorado en Chile. Por ejemplo, el trabajo de John Kingdon (1995) sobre la instalación de un tema en la agenda pública y el avance a la agenda del Gobierno y a la agenda de decisiones, la discusión de alternativas y las decisiones de política pública, basa su análisis en la dinámica que se da en los sectores de salud y transporte estadounidenses en el proceso de formulación de políticas públicas. De modo similar, el libro colectivo editado por Litman y Robins (1997) analiza la política de salud, el rol de diversos actores del sistema político, de la opinión pública y de los grupos de

interés en su relación con el surgimiento de políticas de salud, y el proceso político a través del cual se formulan las políticas públicas del área en Estados Unidos. El trabajo de Bruno Jobert (2004: 224), a su vez, estudia la definición de políticas de salud en Francia, concentrándose en “la estructuración del sistema de actores en el seno del aparato de la medicina curativa [y en] ... la articulación de esos actores con el sistema político”.

En el caso chileno, el análisis del proceso político que ha recorrido una iniciativa de reforma del sistema de salud o una política pública particular del área ha sido poco abordado. La introducción del tercer capítulo de este libro identifica estudios que han abordado aspectos políticos de la reforma cuyo emblema fue el Plan AUGE (Lenz 2007, Oyarzo 2007, Perdomo 2007, Boeninger 2007 y 2005, Drago 2006, Artaza 2004, Flory 2005 y Erazo 2004), aunque los trabajos que se han aproximado a un análisis del proceso de la política pública se encuentran más bien en los escritos de Boeninger (2005 y 2007). La diferencia de este trabajo con aquellos es que este se concentra en el análisis de las etapas del proceso político que llevó a la aprobación de la reforma de salud y el rol que cumplieron actores del sistema político y prensa escrita en ello. De este modo, el libro busca aportar conocimiento acerca del proceso mismo y, con ello, contribuir con elementos analíticos al debate acerca del perfeccionamiento del sistema político chileno.

El involucramiento del Estado chileno en temas de salud pública comienza a darse hacia 1887, con la creación de la “Junta General de Salubridad” -como órgano asesor del Ministerio del Interior- que en 1892 sería reemplazada por el “Consejo Superior de Higiene”. Luego, en 1918, se establecería la “Dirección General de Sanidad”, cuyo mandato era hacer cumplir el “Código Sanitario” que se había promulgado con la finalidad de regular la entrega de servicios de salud en el país (Giacconi y Valdivia 1994). Aunque motivadas por las necesidades sanitarias de la

época, estas intervenciones no dejaron de tener cierta audacia política, pues el contexto era de un Estado Liberal y de unidad entre Estado e Iglesia Católica, que administraba hospitales y centros de salud -normalmente a través de congregaciones religiosas- dado que a ella correspondía la asistencia de las “almas dolientes”.

Hacia mediados de la década de 1920 se funda el Ministerio de Higiene, Asistencia y Seguridad Social y se organizan planes de atención de salud a partir de las recientemente creadas Caja del Seguro Obligatorio, Caja Nacional de Empleados Públicos y Caja de Previsión de Empleados Particulares. Los planes incluían atención de salud para los trabajadores afiliados a estas cajas y atención médica gratuita para los pobres. Hacia 1938 las cajas recibieron el mandato de monitorear las condiciones de trabajo, el estado de salud de los trabajadores y prevenir enfermedades crónicas como tuberculosis, sífilis, fiebre reumática y problemas cardiovasculares (Raczynski 1994).

Aunque la creación de planes de salud desde las cajas de previsión permitió estructurar sistemas de atención de salud, ellos sólo llegaban a trabajadores formales, por lo que los esfuerzos de expansión de la cobertura eran limitados, y con ello, los progresos en el estado de salud de la población eran demasiado lentos, al punto que los indicadores de salud chilenos se comparaban desfavorablemente con los del resto de América Latina para la época. Asimismo, los esfuerzos por expandir la cobertura llevaron a crear servicios de salud bajo la dependencia de variados ministerios, pero el resultado fue poca coordinación y duplicación de esfuerzos.

De este modo, a partir de esta situación surgió el debate acerca de cómo mejorar las condiciones de salud de la población y, con ello, el prolegómeno de la primera reforma al sistema sanitario chileno. Dado que un segmento importante de la población no participaba del mercado formal del trabajo, hacia principios de la década de 1940 la

solución ideada por los técnicos del Ministerio de Salud, y fuertemente respaldada por el ministro de Salubridad Salvador Allende Gossens y el presidente Pedro Aguirre Cerda, en 1941, fue el establecimiento de un servicio que otorgara prestaciones de salud a toda la población sin importar su capacidad de pago. La finalidad de la iniciativa era expandir considerablemente la cobertura y, de esa forma, mejorar el estado de salud de la población. Luego de intensos debates en el parlamento –en que se debió sortear la oposición de los gremios médicos, que obtuvieron a cambio la aprobación del llamado “Estatuto del Médico Millonario”<sup>1</sup>– la ley que creaba el Servicio Nacional de Salud fue finalmente aprobada en 1952. En la discusión parlamentaria los senadores Allende, Frei Montalva y Cruz-Coke desempeñaron un importante papel (Molina 2007).

La reforma de 1952 tuvo vigencia hasta 1980, cuando otra reforma –impulsada bajo el régimen militar– transformó el Servicio Nacional de Salud (SNS) en el Sistema de Servicios de Salud (SNS), con servicios de carácter regional, creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA) uniendo el área financiera del SNS y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), traspasó los servicios de atención primaria a las municipalidades, estableció los sistemas prepagos de salud, conocidos como Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), transformó el Instituto Bacteriológico en el Instituto de Salud Pública y creó la Central de Abastecimiento del Sistema de Salud (CENABAST). La reforma de 1980 se inscribe en el conjunto de reformas estructurales que implementó el régimen militar, ideadas por los asesores económicos civiles. Estas tenían por finalidad la liberalización de la economía, la reducción del tamaño del Estado e instauración de un Estado Subsidiario, estimular la acción de privados en diferentes áreas de actividad y la asignación de recursos a través del mercado (Aedo 2000). Aunque el contexto era el de un gobierno autoritario, la aplicación del

modelo ideado por los técnicos civiles no se implementó completamente debido a la resistencia de grupos de interés en el sector salud, particularmente de aquellos del ámbito médico (Acuña 2001).

En lo específico, la reforma de salud se orientó a lograr mayor eficiencia, descentralizar la gestión, reducir los subsidios cruzados y promover la incorporación de financiamiento y tecnología privada para mejorar el estado de salud de la población. Los resultados de esta intervención mostraban hacia el año 2000 que la satisfacción de la población con la atención de salud era baja, que el sistema era inequitativo, tenía baja protección de las ISAPRES contra eventos catastróficos, que el sistema público tenía serios problemas de gestión y de recursos, y una dualidad de sistemas de salud -uno público y otro privado- funcionando en paralelo, con poca coordinación y formas de operación incompatibles en variados casos (Aedo 2000).

Esta situación se constituyó en el antecedente para que los ámbitos técnicos del gobierno promovieran intentos de reformas desde mediados de la década de 1990, pero la oportunidad de emprenderla sólo llegó con la elección presidencial de 1999 y la instalación del nuevo gobierno en 2000. La reforma de la década de 2000 dio prioridad a los objetivos sanitarios, por sobre los temas de gestión y de financiamiento, estableció derechos exigibles y garantizados para la población y buscó enfrentar los problemas de equidad que presentaba el sistema sanitario chileno (Lenz 2007).

Llama la atención que cada una de las formas que ha adoptado el sistema sanitario chileno haya tenido una vigencia que va de dos y media a tres décadas. En efecto, el sistema de prestación de servicios de salud inaugurado con la instauración de las cajas de previsión social, a mediados de la década de 1920, estuvo en funciones hasta la creación del SNS en 1952. Asimismo, la reforma de 1980 tiene lugar

28 años más tarde de ese hecho y la reforma de la década de 2000 ocurre dos y media décadas después de la reforma recién aludida. Este detalle insinuaría –siguiendo a la teoría del equilibrio discontinuo (True, Jones y Baumgartner 1999)– que ese sería el lapso de equilibrio en que el subsistema de salud mantiene bajo su tuición la guía y gestión del sistema sanitario, a través de ajustes y cambios incrementales al interior del propio subsistema –que representan ajustes y transacciones entre los intereses presentes en el sector– y que al acercarse a la tercera década se ha acumulado suficiente presión que lleva a desbordar el subsistema, entrar en la agenda pública y abrir el escenario político para una reforma al sistema de salud.

El proceso de reforma de la década de 2000, como también ocurre con las anteriores, recoge la tensión que ha atravesado al sistema sanitario chileno desde sus inicios. Esa tensión se da entre una visión que favorece la medicina estatal y que percibe a la salud como un derecho humano y una responsabilidad indelegable del Estado, por un lado y, por otro, aquella visión más ligada a un ideario liberal, que favorece la intervención de privados y que percibe a la salud como una responsabilidad subsidiaria y decreciente del Estado (Molina 2007). Alrededor de estas visiones se ordenarían los actores que participaron en el proceso, se acoplarían en coaliciones, establecerían la dinámica del conflicto y darían paso a negociaciones que llevarían finalmente a promulgar las leyes que formalizan la reforma.

El libro presenta los resultados de una investigación que indaga acerca del proceso político que culminó con la aprobación de las leyes en que se expresó la reforma sanitaria –cuyo emblema fue el Plan AUGE, luego GES– y el rol que cumplieron en ello destacados actores, tanto dentro del Gobierno como fuera de él. En ello, la indagación toma la forma de un estudio de caso explicativo.

Esta estrategia analítica es útil cuando la pregunta de investigación es acerca de “cómo” o “por qué” determinado

evento ocurrió, cuando el investigador no tiene control sobre hechos contemporáneos reales que son investigados y cuando se busca llegar a una explicación holística y significativa que luego puede ser aplicada al análisis de otros eventos similares (Yin 1994). Los estudios de caso investigan con detalle una única unidad de análisis de la que analizan muchas propiedades en un solo momento en el tiempo (Anduiza *et al.* 1999: 61-62). Las ventajas de esta estrategia son variadas: su costo de acceso a la información y datos es bajo (Bartolini 1994), el objeto de estudio puede ser examinado de forma intensiva (Anduiza *et al.* 1999: 62), considerando una gran cantidad de propiedades del caso y evaluándose su importancia en la compleja red de relaciones que constituye todo fenómeno político-social (Bartolini 1994: 71); se puede trabajar con tipos de evidencia cuantitativos y cualitativos (Yin 1981) y sirve para formular hipótesis para futuras investigaciones (Bartolini 1994). Conforme a ello, esta investigación no busca confirmar o refutar hipótesis, sino más bien proponerlas y que ellas puedan convertirse en proposiciones que guíen el desarrollo de futuras indagaciones.

El análisis busca proponer una explicación acerca del surgimiento del sistema AUGE-GES, por lo que se da a la tarea de identificar actores, hechos y circunstancias que influyeron en el cambio que esta intervención representó en la política de salud. En ello analiza el proceso que se dio desde la década de 1990, pero concentrándose en el periodo 2000-2006.

Los datos analizados han provenido de cuatro fuentes: entrevistas en profundidad, revisión de prensa escrita, documentos elaborados por organismos públicos y publicaciones de expertos.

Con el objeto de recoger información primaria que permita comprender los hechos analizados, se entrevistó a 36 actores que jugaron roles relevantes en el ámbito de la política de salud entre 1990 y 2006, tanto en el Gobierno,

en el Congreso y/o como analistas (Anexo 1). Las entrevistas se llevaron a cabo entre los meses de mayo y noviembre de 2009. La identificación de los entrevistados se realizó de acuerdo a los criterios de muestreo teórico - orientado a recoger información necesaria para establecer comparaciones de actores, eventos, actividades relevantes y categorías analíticas- y saturación teórica, que apunta a evitar recoger información que no agrega valor al examen de alguna categoría analítica (Valles 2007: 356).

Las entrevistas fueron analizadas conforme al método de la "Grounded Theory". Este es un método de trabajo para estudios cualitativos basado en la inducción analítica, que permite generar criterios de codificación de los contenidos de las entrevistas y, a partir de ello, hacer surgir explicaciones acerca del caso en estudio. Así, este método combina el análisis de contenido clásico con una inspección de los datos -agrupados en categorías analíticas- orientada a descubrir propiedades que permitan el surgimiento de nuevas teorías (Glaser y Straus 1967, citados por Valles 2007) y/o revisar la validez de marcos conceptuales.

Las entrevistas han sido complementadas con una revisión de 1.332 notas de prensa escrita<sup>2</sup> de Santiago sobre el Plan AUGE y el sector salud. Ello ha permitido sumar información acerca de los actores protagónicos y sus acciones, las demandas y reivindicaciones en el área de la salud y, en general, capturar el contexto en el que se desarrolló el debate acerca de la reforma del sistema de atención de salud en Chile.

El acopio de información también ha incluido una revisión de documentos oficiales, escritos de analistas, artículos académicos, presentaciones y discursos de autoridades, todos los cuales han permitido identificar marcos conceptuales, ideas, creencias de los actores protagónicos, así como percepciones y posiciones en el debate por la reforma chilena de salud.

El libro se organiza en nueve capítulos, en los que se abordan aspectos específicos y rol de actores claves en la formulación del Plan AUGE y reforma de la salud de la década de 2000. En conjunto, ellos buscan aportar una comprensión holística y significativa acerca de cómo surge la iniciativa de reforma al sistema sanitario chileno y cómo esta llega a transformarse en una política pública.

Luego de esta introducción, el Capítulo 2, escrito por Verónica Figueroa Huencho, ofrece un modelo de análisis de seis variables, para analizar la puesta en práctica de una estrategia de reforma del sector salud. El modelo es aplicado al caso de la reforma sanitaria chilena y busca aportar tanto elementos conceptuales para el análisis de reformas en el sector como elementos de juicio que permitan caracterizar y comprender las complejidades de emprendimientos de este tipo.

El Capítulo 3 ofrece un análisis del proceso político que llevó a la implementación de la reforma del sector salud e instauración del Plan AUGE luego GES. Ahí se identifica los distintos momentos analíticos por los que transcurrió el proceso, desde la aparición de los primeros atisbos, antecedentes y opiniones acerca de la necesidad de reformar el sector salud, hasta que la reforma se concretó con la aprobación de sendas leyes en el Congreso. También muestra que la reforma es el resultado de un proceso de largo plazo, que enfrentó a actores que se agruparon en coaliciones con contrapuestos sistemas de creencias y visiones acerca del rumbo que debía tomar la política en discusión, y que el proceso pudo avanzar gracias a la existencia de un líder político con poder suficiente y a la intervención de actores influyentes con capacidad de interlocución.

El Capítulo 4, escrito por Bernardo Navarrete Yáñez, analiza el rol que le cupo al presidente Ricardo Lagos y a los ministros de Salud de su gobierno en la reforma del sector sanitario. El autor argumenta que el Presidente tuvo un rol

determinante en la formulación de esta política pública, que ante la dificultad de nombrar a quien él pensaba para el cargo de ministro de Salud, decide crear una estructura bicéfala a cargo de la reforma, y que las designaciones del segundo y tercer ministro de Salud de su gobierno están fuertemente influidas por la coyuntura que atravesaba el proceso de la reforma. En el capítulo se reafirma la hipótesis de Kingdon (1995), acerca de la influencia del Presidente en el establecimiento de la agenda y en los recursos que dispone para hacer que el proceso avance, y contradice la hipótesis de Gilmour (2002) dado que, en este caso, el Presidente habría controlado el resultado del proceso.

El Capítulo 5, obra de Claudio Fuentes González, analiza los recursos, redes y estrategias que utilizaron y desplegaron los *tecnopols* en la formulación del Plan AUGE. El autor identifica a algunos de ellos que jugaron roles significativos en la reforma de salud, analiza su formación y adscripción política. Constata que los *tecnopols* conforman equipos en los que hay un líder identificable, situación que les permite establecer redes de contacto e influencia y desplazarse por diversas posiciones en la administración del Estado. Así, aunque los *tecnopols* tienen una alta valoración por el trabajo y fundamento técnico, también han sido capaces de insertarse en redes de influencia política, en las cuales impulsan sus propuestas.

El Capítulo 6, desarrollado por Giovana Gómez Amigo, analiza el rol de los partidos políticos en el proceso que culminó con la reforma de salud. La autora establece que, en este caso, los partidos fueron más bien reactivos en la instalación del tema en la agenda pública; que en las coaliciones que se establecieron, respecto a un sistema estatista o participación de privados, los partidos se alinearon ideológicamente; que el Partido Demócrata Cristiano ejerció un veto en la definición del modo de financiamiento de la reforma e impuso su agenda de salud al resto de los partidos de la coalición. Esta conclusión

diverge de aquella a que arriba Kingdon (1995) en su investigación con respecto al rol de los partidos en la formulación de políticas públicas.

El Capítulo 7, trabajado por Andrés Dockendorff Valdés, estudia el rol que le cupo al Congreso en la formulación de los contenidos de la reforma de salud y los acuerdos políticos en torno a ello. Se concluye que el liderazgo presidencial fue decisivo para disciplinar a los legisladores oficialistas en la Cámara baja, que en el trámite en el Senado el Ejecutivo debió negociar con la oposición y que, en general, en su fase legislativa, el proceso se caracterizó por la cooperación entre ambos poderes del Estado, lo que permitió consensuar una propuesta que conciliaba las aspiraciones del Ejecutivo y la postura de la oposición legislativa.

El Capítulo 8, obra de Andrea Gartenlaub González, indaga en el rol de la prensa escrita en la formulación del Plan AUGE y la reforma de salud.

Las conclusiones del capítulo difieren de las del trabajo de Kingdon (1995), en el sentido que la pauta noticiosa expresada por los principales medios de comunicación escrita no tuvo un carácter limitado en el desarrollo de la política. Al contrario, habría jugado un rol más bien activo que se expresa en la continuidad y gran volumen de información incluida en la pauta informativa, en los altos niveles de conflictividad que esta mostró, en las expresiones ideológicas que incluyó, en la editorialización de sus notas y en el hecho que los medios de prensa se abanderizaron con las posiciones representadas por las coaliciones en pugna. En ello, habrían influido en el curso que tomó la reforma.

Finalmente, el Capítulo 9 expone una visión integrada de la investigación, sintetiza el debate presentado, destaca las principales conclusiones que fluyen del análisis y discute acerca de las implicancias del trabajo para el análisis de políticas públicas.

Este libro es el resultado de la segunda etapa del proyecto de investigación FONDECYT 1080322, titulada “El proceso de políticas públicas en Chile. Análisis de los casos de la Modernización de la Gestión Pública, el Plan AUGE y el Sistema de Transporte Público Transantiago”. Los capítulos han sido escritos por los miembros del equipo, en que los investigadores jóvenes han tenido la oportunidad de involucrarse activamente en la investigación, desarrollar análisis y exponer los resultados de sus trabajos. Con ello se busca también aportar a la formación de nuevos cuadros que nutran el campo de análisis de políticas públicas en Chile.

## Referencias

- ACUÑA CECILIA (2001), “Evolución y reforma de los sistemas de protección de la salud en los países del MERCOSUR y en Chile”, Fundación Friedrich Ebert, Serie Prosur.  
[http://www.fes.org.ar/PUBLICACIONES/serie\\_prosur/Prosur\\_CeciliaAcunia.pdf](http://www.fes.org.ar/PUBLICACIONES/serie_prosur/Prosur_CeciliaAcunia.pdf). Sitio web visitado en Febrero 2011.
- AEDO CRISTIAN (2000), “Las reformas de salud en Chile”, en Larraín Felipe y Rodrigo Vergara (eds), *“La transformación económica de Chile”*, Centro de Estudios Públicos, Santiago, Chile, pp. 605 - 640.
- ANDUIZA PEREA EVA, CRESPO ISMAEL Y MÉNDEZ LAGO MÓNICA (1999), “Metodología de la Ciencia Política”, Cuadernos Metodológicos N° 28, *Centro de Investigaciones Sociológicas*, Madrid, España.
- ARTAZA OSVALDO (2004), “Reformas y Financiamiento de Sistemas de Salud de la Sub-región Andina”, Organismo Andino de Salud, Lima, Perú.
- ASCHER WILLIAN (1994) “La evolución de las Ciencias de Políticas”, en Luis Aguilar (ed.), *“El estudio de las*

- políticas públicas*”, México, MAP, Primera Reimpresión.
- BARTOLINI STEFANO (1994), “Metodología de la investigación política”, en Pasquino Gianfranco, Bartolini Stefano, Cotta Mauricio, Morlino Leonardo y Panebianco, Angelo, *“Manual de Ciencia Política”*, Alianza Editorial Madrid, España.
- BOENINGER EDGARDO (2007), *“Políticas públicas en democracia. Institucionalidad y experiencia chilena”*, UQBAR Editores, Santiago.
- BOENINGER EDGARDO (2005), “Economía Política de la Reforma de la Salud”, en Sánchez Héctor y Labbé Javier (eds. técnicos), *“Reforma de la Salud en Chile: Desafíos de la Implementación”*, Instituto de Políticas Públicas y Gestión en Salud Salud y Futuro, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile, pp. 21-30.
- DRAGO MARCELO (2006), “La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos”, Serie Políticas Sociales, Documento N° 121, CEPAL, Santiago, Chile.
- ERAZO ÁLVARO (2004), “La reforma de salud: una obligación social”, *Revista Foro*, septiembre, Fundación Chile 21, Santiago, Chile.
- FLORY KARIN (2005), “Los imaginarios sociales de la reforma de la salud en Chile (1990-2003)”, *Revista MAD* N° 12 (mayo), Departamento de Antropología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- GIACONI JUAN Y VALDIVIA GONZALO (1994), *“El Sistema de Salud Chileno”*, Ediciones de la Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- GILMOUR JOHN B. (2002), “Institutional and Individual Influences on the President's Veto”, *The Journal of Politics*, Vol. 64, N° 1, pp. 198-218.
- JOBERT BRUNO (2004), *“Estado, Sociedad, Políticas Públicas”*, LOM Ediciones, Santiago, Chile.

- KINGDON JOHN W (1995), "Agendas, Alternatives, and Public Policy", Harper Collins, New York, 2<sup>nd</sup> edition.
- LENZ RONY (2007), "Proceso político de la reforma AUGE de Salud en Chile. Algunas lecciones para América Latina. Una mirada desde la economía política", Serie Estudios Socio- Económicos, Documento N° 38, CIEPLAN, Santiago, Chile.
- LITMAN THEODOR J. y ROBINS LEONARD S. (1997), "*Health Politics and Policy*", Delmar Publishers Albany, New York, 3<sup>rd</sup> Edition.
- MOLINA BUSTOS CARLOS ANTONIO (2007) "Una mirada historiográfica acerca del desarrollo de la institucionalidad sanitaria chilena: 1889-1989". Tesis para optar al grado de Magister en Historia con Mención en Historia de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- OYARZO CESAR (2007), "Reforma de Salud. Los problemas de un proceso en marcha", en CEP-Expansiva, Institucionalidad para el Desarrollo, Nuevos Desafíos. Santiago, Chile.
- PERDOMO ALEJANDRO (2007), "Hegemonía neoliberal y matriz sociopolítica: el caso de la reforma de salud en Chile", *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol 6, N°12, pp. 83-110, Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.
- RACZYNSKI DAGMAR (1994), "Social Policies in Chile: origin, transformation and perspective," University of Notre Dame's Kellog Institute, Democracy and Social Policy Series, Working Paper # 4. Kellog Institute, Indiana, Estados Unidos.
- TRUE JAMES, JONES BRYAN y BAUMGARTNER FRANK (1999), "Explaining Stability and Change in American Policymaking", en McCool Daniel C. (ed.), "*Public Policies Theories, Models, and Concepts: An Anthology*", Prentice Hall, New Jersey pp. 97-115.

VALLES MIGUEL S. (2007) *“Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión metodológica y práctica profesional”*, Editorial Síntesis, Madrid, España, Cuarta Reimpresión.

YIN ROBERT K. (1994), *“Case Study Research: Design and Methods”*, SAGE, California, USA. YIN ROBERT K. (1981), “The Case Study Crisis: Some Answers”, *Administrative Science Quarterly* N° 1 (marzo), Cornell University, New York, USA.

<sup>1</sup> Los gremios médicos veían que, con la instalación del 424, pasaban a depender de un solo empleador, se reduciría la demanda privada de sus servicios y se afectarían sus ingresos. La ley 10.223, publicada el 17 de diciembre de 1951, estableció el “Estatuto del Médico Funcionario”, al que también se adscribían químicos farmacéuticos y dentistas. Dadas las altas remuneraciones que se establecían para los médicos, la ley fue conocida popularmente como “Estatuto del Médico Millonario”.

<sup>2</sup> El trabajo recopiló recortes de prensa aparecidos entre 1990 y 2006 en los siguientes diarios de circulación nacional: *El Mercurio*, *La Tercera*, *Las Últimas Noticias*, *La Nación*, el vespertino *La Segunda* y el semanario *El Siglo*.

# CAPÍTULO 2

## LA REFORMA DE LA SALUD EN CHILE: IMPLICANCIAS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS PARA UN ESTUDIO DE CASO

Verónica Figueroa Huenchoi

### Introducción

¿Cuáles son las variables precursoras y constitutivas de la Política Pública conocida como Plan AUGE en el marco de la reforma de la salud implementada en Chile durante el gobierno del presidente Ricardo Lagos (2000-2006)? Esta interrogante adquiere especial relevancia durante el último tiempo a la luz de los procesos modernizadores emprendidos por diferentes países, en un esfuerzo por responder de mejor forma a las necesidades de salud de la población (Kutzin 1995).

Efectivamente, uno de los principales sectores que se han visto influenciados por las políticas modernizadoras en diferentes países del mundo ha sido el sector salud. Desde 1980 es posible observar en Francia, Bélgica, Alemania, Reino Unido o Suecia esfuerzos por introducir reformas importantes a sus sistemas de salud orientados a mejorar la calidad de los programas de protección social, consolidar redes institucionales de prestación de salud, optimizar los procesos de atención de los sectores más vulnerables, entre otros (De Voss *et al.* 2004).

En América Latina, fue a partir de la década de 1990 donde se iniciaron procesos de reforma del sector salud y de

la seguridad social en un intento por avanzar en los procesos de modernización del Estado y de profundización de sus agendas sociales (Bastías y Valdivia 2007). Es aquí donde se observa la existencia de distintas alternativas que, de diferentes maneras, reflejaron las dificultades existentes para adaptarse a la escala y complejidad de los problemas de salud que plantea la sociedad actual, donde las nuevas circunstancias económicas, políticas, sanitarias y sociales, entre otras, ponían de manifiesto las limitaciones de las perspectivas tradicionales que han proporcionado a la Administración sus modelos de acción durante las últimas décadas (Echebarría y Mendoza 1999).

En Chile, con la llegada de la democracia se asumió una renovada convicción sobre la importancia del Estado y su rol en la sociedad, que debía ir más allá del ámbito económico profundizando en aspectos como la descentralización, la gobernabilidad democrática, el fortalecimiento de las administraciones públicas y muy especialmente en políticas sociales orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas, con especial énfasis en el ámbito de la salud.

Más allá de los diferentes esfuerzos asumidos por los gobiernos que se han sucedido desde la llegada de la democracia<sup>1</sup>, fue durante el gobierno del presidente Ricardo Lagos donde se realizaron los principales esfuerzos por impulsar una reforma integral de la salud que se tradujera en una política pública con mirada de largo plazo, que respondiera a las necesidades del nuevo entorno, siendo posteriormente profundizada por los gobiernos que le sucedieron, dando así continuidad a dicha reforma al pertenecer éstos a una misma coalición política<sup>2</sup>.

Una revisión general de la literatura permite señalar que, entre los principales elementos que presionaron por una política de reforma de la salud en Chile, se pueden mencionar los siguientes: a) nuevos escenarios surgidos a partir de la ratificación de convenios internacionales donde

se reconocía a la salud como un derecho fundamental, universal y exigible más que un derecho de elección individual, siendo el Estado un garante fundamental en el cumplimiento de estos derechos (Kiero 2005); b) cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población que comenzaba a dar cuenta de problemas de salud propios de los países desarrollados, evidenciando la falta de pertinencia del modelo de salud tal cual estaba definido; y c) importantes diferencias en los indicadores de salud de la población de acuerdo a su nivel socioeconómico, su lugar de residencia, su origen étnico, entre otras variables, que expresaban inequidades tanto en el nivel de salud como en la calidad de atención que recibían diferentes sectores de la población (MINSAL 2002).

Sin embargo, junto con estos elementos, resulta importante identificar aquellos procesos políticos y de gestión que se conjugaron para impulsar una política de salud específica. En ese sentido, la experiencia chilena se constituye en un interesante caso de estudio, en el que es posible encontrar un gran proceso de reforma de la salud que derivó finalmente en un Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (conocido como Plan AUGE), compuesto por todas las acciones de salud que otorgan los sistemas públicos y privados, y en cuyo diseño participaron diferentes actores y sectores con intereses y prioridades diversos, tanto desde el ámbito técnico como político.

Este capítulo propone un modelo de síntesis y análisis del proceso de reforma de la salud vivido en Chile durante los gobiernos de la Concertación y que fuera profundizado a través de la política pública conocida como Plan AUGE. Este modelo se nutre tanto de elementos teóricos como empíricos, aportando así a un mayor conocimiento y desarrollo conceptual sobre este tipo de política pública a partir de la identificación de una serie de variables estratégicas, que explican y describen el desarrollo que esta tuvo a lo largo del periodo estudiado (1990-2006). En ese

sentido, la estrategia de análisis de este capítulo comienza explicitando las categorías de análisis propuestas en el modelo de estudio -que se explicita en el acápite subsiguiente- y que surge como producto de la revisión teórica y empírica sobre los procesos de reforma de la salud en general, examina dichas categorías en el marco de la Política del Plan AUGE en el caso chileno, identifica las características particulares que este proceso ha tenido en Chile a partir de los datos recogidos para, finalmente, reflexionar en torno a la política del Plan AUGE en particular y los procesos de reforma de la salud en general.

Asimismo, el modelo de análisis considera los lineamientos metodológicos propuestos por la Organización Panamericana de la Salud, OPS (publicados inicialmente en 1998 y reformulados en el año 2006), que contienen una serie de categorías que inspiran el diseño de un modelo de análisis de política pública en salud aplicable al caso chileno y que podrían facilitar la realización de estudios comparativos de políticas públicas en otros países de la región.

Adicionalmente, es preciso señalar que el modelo de análisis propuesto se ha constituido en una guía para la indagación (a nivel de entrevistas y de fuentes secundarias), aunque entendido de manera flexible pues también se pretende recoger la influencia de los elementos del entorno que han definido una dinámica propia para la reforma de salud en el caso chileno.

El estudio sigue el método de análisis descrito en la introducción del libro. Las secciones siguientes de este capítulo contienen una breve presentación teórica y empírica sobre los procesos de reforma de la salud, junto con el modelo de la OPS, donde se identificará una serie de variables relevantes a fin de proponer un marco para el análisis del proceso de la política del Plan AUGE en Chile. A la luz de las fuentes de información consultadas, estas variables serán caracterizadas de manera particular al caso

chileno evidenciando similitudes y diferencias con otras experiencias. Finalmente, se presenta un apartado de conclusiones e implicancias para la agenda de investigación que se derivan de este estudio.

## Reforma de la salud: algunas cuestiones conceptuales y empíricas para un análisis en profundidad

La salud ha sido uno de los principales sectores objeto de reformas en distintos países, aún cuando la literatura que recoge dichas experiencias da cuenta de la complejidad que ha conllevado diseñar e implementar estos cambios, donde variables como la magnitud de personas involucradas, la inmediatez de las prestaciones, la diversidad de necesidades de los usuarios, el número de trabajadores involucrados, el aumento del gasto social, entre otros, no siempre permiten una racionalidad en la toma de decisiones. Con ello se hace más difícil identificar modelos o tendencias generales en dichos procesos de reforma, principalmente por las diferencias en cuanto a su comprensión, profundidad y grado de progreso.

En términos teóricos y relacionado con lo anterior, la experiencia internacional demuestra claramente que el concepto de reforma del sector salud tiene significados muy distintos en los diversos contextos nacionales y regionales donde ha sido implementado, verificándose, asimismo, una diversidad en los enfoques con los que ha sido implementada. Si bien muchas de las pautas rectoras (políticas y financieras) son las mismas, las opciones de reforma adoptadas varían entre los países e incluso entre regiones (Kutzin 1995).

Esta misma lógica es la que se ha trasladado al caso de la salud, donde las reformas pretenden generar cambios

positivos pero aún existen definiciones y vaguedades conceptuales que dificultan las comparaciones entre unos y otros esfuerzos (OMS 2006).

Es así como la reforma de la salud ha sido relacionada con términos como “descentralización”, “privatización”, “Calidad del cuidado”, entre otros. Por su parte, el propio concepto de reforma no ha sido claramente delimitado, pues aún cuando este es ampliamente utilizado no existe una definición universalmente aceptada sobre lo que significa una reforma de la salud (OMS 2006).

De acuerdo con la Real Academia Española (2001) reforma supone “modificar algo, por lo general con la intención de mejorarlo”, refiriendo a una redefinición de algo que ya existe (reformular), que puede significar o no su total transformación. Es por ello que algunos autores asignan un adjetivo positivo a estos procesos entendiéndolos como “cambio beneficioso” o “cambio integral” (Echebarría 2000), aquello que se propone como innovación o mejora en algo (Figueroa 2010).

En el caso de la reforma de la salud, ha sido la definición adoptada por la OPS en 1997 la que ha tenido mayor aceptación. Este organismo la define como un “proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sistema con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población” (OPS 1997).

Este mismo organismo, en el año 2006, a raíz de una nueva versión de su sistema de seguimiento y monitoreo de las reformas de salud llevadas a cabo en los países de América Latina y el Caribe, entregaba una nueva definición de reforma de salud, entendiéndola como un “proceso que busca cambiar las políticas sanitarias, programas y prácticas nacionales a través de cambios en las prioridades del sector, leyes, regulaciones, estructura de organización y

arreglos del financiamiento, tales como honorarios de usuario. Las metas centrales son mejorar el acceso, la equidad, la calidad, la eficacia y/o sostenibilidad” (OPS 2006).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, para llevar adelante un estudio sobre los procesos de reforma en Europa, la definió como “un proceso útil, dinámico, sostenido, que resulta en un cambio estructural sistemático” (OMS 2006).

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID 2007) señala que una reforma de salud “tiene como fin reducir la demanda excedentes entre dimensiones como los que se producen entre los servicios ofrecidos y las necesidades de la población, expresadas estas últimas a través de variables objetivas (perfil epidemiológico) y subjetivas (percepciones en cuanto a la calidad y calidez esperada del sistema). Estas brechas se pueden medir como accesos físicos, calidad de atención, equidad en financiamiento, entre otras”.

La revisión de la literatura muestra la posición de diferentes autores al respecto. Algunos se refieren a la reforma de la salud como “una necesidad dada la incapacidad de los países de proveer servicios ambulatorios y hospitalarios a toda la población; a la ineficiencia de los servicios, y a la poca calidad de los servicios públicos y privados dirigidos a la clase trabajadora y a las poblaciones de escasos recursos” (Homedes y Ugalde 2001).

Maceira (2007) señala, que toda “reforma de salud tiene como objetivo mejorar las condiciones de acceso, cobertura y/o equidad de la población, de modo de satisfacer más acabadamente sus necesidades de atención”. Por otra parte, algunos autores definen la reforma de salud en términos ideales, donde el deber ser será aquel en que la “equidad, la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social hubiesen mejorado al final del proceso” (Crocco *et al.* 2000).