

20 AÑOS DEL AUGE DESDE SUS ACTORES



OSVALDO ARTAZA BARRIOS
LEONEL YÁÑEZ URIBE
[COMPILACIÓN Y EDICIÓN]

20 AÑOS DEL **AUGE**
DESDE SUS ACTORES

20 AÑOS DEL **AUGE** DESDE SUS ACTORES

OSVALDO ARTAZA BARRIOS
LEONEL YÁÑEZ URIBE
[COMPILACIÓN Y EDICIÓN]

20 años del AUGE desde sus actores

Primera edición: julio de 2025

© Todos los derechos reservados UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS, 2025

Autores: Osvaldo Artaza Barrios y Leonel Yáñez Uribe

Registro de Propiedad Intelectual

N° 2025-A-5686

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización expresa de Universidad de Las Américas.
Ley de Propiedad Intelectual N° 17.336

Agradecimientos: A Óscar Bustamante Farías por el trabajo de investigación en hemerotecas y a María Catalina Valenzuela Viteri por su apoyo en la gestión editorial.

Las imágenes y algunas caricaturas provienen de archivos personales.
El material periodístico, de hemeroteca de la Biblioteca Nacional y otras caricaturas de Biblioteca Nacional y de Cultura Digital UDP.

Producción editorial

RIL® editores

SEDE SANTIAGO:

Los Leones 2258

CP 7511055 Providencia

Santiago de Chile

☎ (56) 22 22 38 100

✉ ril@rileditores.com • www.rileditores.com

Composición, diseño de portada e impresión: RIL® editores

Impreso en Chile • *Printed in Chile*

ISBN impreso 978-956-8695-59-0

ISBN digital 978-956-8695-60-6

Derechos reservados.

Palabras iniciales

*Pilar Romaguera Gracia*¹

Es una gran oportunidad para Universidad de Las Américas contribuir al debate y la construcción de políticas públicas en nuestro país, a través de la publicación de *20 años del AUGE desde sus actores*. Esta obra recoge voces, opiniones y memoria de una selección de protagonistas en el diseño e implementación del Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE), conocido también como el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), una de las políticas públicas de Salud más reconocidas en nuestro país.

Entre quienes desempeñaron un papel clave y relevante en la formulación del Plan AUGE se encuentran el Dr. Hernán Sandoval, profesor titular de nuestra universidad y Exdecano de la Facultad de Salud de nuestra casa de estudios, quien lideró la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interministerial de Reforma, organismo encargado de elaborar la propuesta técnica de reforma de salud del Presidente Ricardo Lagos; y el Dr. Osvaldo Artaza, actual decano de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de UDLA, quien tuvo la responsabilidad de proponer los cuerpos legales requeridos, y llevar adelante su tramitación en la Cámara de Diputados, con la tarea de lograr amplios consensos, y superar las resistencias que una política tan sensible generaba en algunos sectores gremiales y políticos.

Este libro conmemorativo reúne las vivencias de expertos, parlamentarios y dirigentes de diversos ámbitos y posiciones políticas que participaron en la más profunda reforma de salud realizada en democracia desde la creación del Servicio Nacional de Salud, en 1952. Además, contiene un valioso e inédito material gráfico que ilustra las complejidades de los procesos de transformación en nuestro país.

El diseño de una política pública requiere un diagnóstico compartido que genere un sentido de urgente necesidad. Ese consenso existía en el ámbito de la salud: se reconocían las consecuencias del cambio epidemiológico y demográfico, así como las profundas inequidades y brechas entre las necesidades de las personas y las capacidades de respuesta del sistema sanitario chileno. Se reconocía, entonces, la necesidad de una reforma de salud, aunque no había acuerdo sobre sus alcances y mecanismos, lo

¹ Pilar Romaguera es Ingeniera Comercial de la Universidad de Chile y Ph.D. en Economía de la Universidad de Boston, especialista en Economía de la Educación. Fue Subsecretaria del Ministerio de Educación y ha sido consultora de organizaciones como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Organización Internacional del Trabajo, PNUD y CEPAL-UN. Actualmente es Rectora de la Universidad de Las Américas.

que generaba tanto altas expectativas como divergencias. Ese escenario había impedido, por más de una década, incluir a la salud en la agenda legislativa, y requería de liderazgo y voluntad política para una reforma del sector.

Hoy, existe consenso en que la Reforma de Salud planteada a inicios de la década del 2000 no habría sido posible sin la firme determinación del Presidente de la República y el nivel de compromiso personal que puso en su empeño. Junto con ello, fue clave recoger el sentir ciudadano y comunicar de manera clara y directa las limitaciones, así como los beneficios concretos de la Reforma. El Plan AUGE, como se le conoció, enfrentó múltiples obstáculos, pero logró el respaldo de la ciudadanía. Sentido de urgencia, calidad técnica, voluntad política y apoyo ciudadano fueron, sin duda, elementos esenciales ampliamente destacados en los relatos recogidos en este libro. Esto permitió que la aprobación de los proyectos de ley asociados al Plan AUGE tuviera una mayoría abrumadora en el Parlamento.

Las voces diversas y plurales que se expresan en este libro reflejan el valor de un aprendizaje fundamental: los acuerdos son posibles. Esto es esencial frente a las necesidades prioritarias de la población, donde a menudo coexisten posiciones encontradas. Una política pública exitosa no se construye desde la imposición ni desde la derrota del adversario. La experiencia del Plan AUGE, a 20 años de su implementación, destaca la importancia del diálogo respetuoso, la apertura a escuchar, convencer y también ceder, manteniendo siempre en el centro lo urgente y lo importante: la necesidad con rostro de persona.

Este libro no se limita a abordar los aspectos técnicos, políticos o comunicacionales de un complejo proceso de reforma —tópicos sobre los que existe una abundante literatura—. Por sobre todo, esta obra que Universidad de Las Américas pone a disposición, nos recuerda que las políticas públicas exitosas son obras donde confluyen visiones, conocimiento técnico y experiencia con un objetivo de bienestar común hacia nuestra sociedad.

20 años del AUGE desde sus actores

*Ricardo Lagos Escobar*¹

Durante las campañas primarias primero y presidenciales después de 1998 y 1999, la demanda popular más reiterada en todas las giras que se realizaron era mejorar el sistema de salud. La gente consideraba que este era elitista, discriminador y con maltrato a los pacientes, generando la percepción de un sistema injusto e inequitativo. La población campesina y de pueblos originarios era la que expresaba con mayor fuerza esta sensación de postergación, aunque en los sectores populares de las áreas urbanas existía el mismo sentimiento. Por esta razón, uno de mis compromisos de campaña fue generar una profunda reforma al sistema de salud que enfrentara los problemas de inequidad de acceso a la atención (que se expresaba en indicadores que mostraban las diferencias en el estado de salud de las personas, según su nivel socioeconómico, desde luego en desmedro de los más pobres y con menor nivel de educación).

No fue fácil llegar a una formulación aceptable, porque hubo una enorme presión por parte de las instituciones del sector sanitario para que el principal objetivo de una reforma fuera el incremento de presupuesto del sector. Sabíamos que había que aumentar ese presupuesto, pero no para hacer más de lo mismo, y en consecuencia buscamos otras opciones. Por eso nos pareció que la propuesta de establecer garantías para un grupo de enfermedades, que eran las que más daño producían en la salud de las y los chilenos, tanto porque generaban discapacidad temprana o porque generaban muertes evitables, nos permitía, por una parte mejorar la salud de la población y por otra parte empoderar a la gente para ejercer sus derechos mediante mecanismos que lo permitieran. Para llevar a cabo este enfoque propusimos un conjunto de leyes que modificaban profundamente el sistema de salud, entre las cuales, la ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Plan AUGE) buscaba que cualquiera que fuera la complejidad del cuadro, si este estaba incorporado en las garantías, posibilitara acceder a los más complejos exámenes y procedimientos sin ningún tipo obstáculo para toda la población, y menos

¹ Ricardo Lagos es abogado y Ph.D. en Economía. Presidente de la República de Chile 2000-2006, desde donde encabezó importantes procesos. Luego de su mandato, entre otras funciones fue presidente del Club de Madrid, fundador del Consejo de Relaciones Internacionales de América Latina y el Caribe (RIAL), profesor invitado en la Universidad de Brown en Estados Unidos y enviado especial de las Naciones Unidas para el Cambio Climático.

todavía para los sectores más pobres a los cuales se les garantizaba de manera explícita protección financiera, accesibilidad, oportunidad y calidad.

En consecuencia, nuestra principal propuesta fue establecer garantías para producir mayor equidad en el acceso a la atención de salud de toda la población. Fue inesperada la fuerte oposición de la institucionalidad del sector salud, desde las ISAPRES y la Asociación de Clínicas Privadas, hasta las asociaciones de trabajadores del sector público y privado, pasando por todos los colegios profesionales. Sin embargo, desde que formulamos esa política y se la propusimos a la ciudadanía, contamos con más del 70% de respaldo de esta, que se mantuvo a lo largo del proceso, hasta que se promulgaron las leyes de la Reforma.

Al mismo tiempo avanzamos en fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS) llevando el gasto público en ella, desde 12% el año 2000 a 28% el 2006. Durante más de cuatro años elaboramos un conjunto de leyes y reglamentos que permitían un profundo cambio de las instituciones del sector: instalando en la APS el modelo de salud familiar, generando una mayor capacidad de los hospitales y capacitando al personal para otorgar las garantías, aumentando considerablemente el presupuesto de salud y entregando las herramientas para que el plan garantizado pudiera ser llevar a cabo desde el comienzo. El primer grupo de garantías, el año 2002, solo comprendía 3 patologías, cirugía para las cardiopatías congénitas, tratamiento integral del cáncer en los menores de 15 años y diálisis para los pacientes con insuficiencia renal. Su aplicación el primer año obtuvo un sólido respaldo popular porque se materializaba un mejoramiento en el acceso a la atención de salud, incluyendo los procedimientos más complejos. Ese respaldo popular nos acompañó en todo el proceso y fue lo que nos motivó a avanzar, a pesar de la oposición de las fuerzas políticas de la derecha y de las instituciones del sector salud.

Veinte años después podemos decir que es una política pública que ha producido un impacto sanitario importante y ha contribuido a profundizar la democracia al empoderar a la gente para el ejercicio de las garantías, siendo la mayor reforma que se ha hecho desde la fundación del Servicio Nacional de Salud en 1952.

Felicitamos a la Universidad de Las Américas por esta iniciativa y vemos con beneplácito que se destaque esta importante reforma que ha beneficiado al pueblo de Chile.

20 años del GES: una transformación sanitaria hacia la garantía de derechos en salud basada en evidencia

*Ximena Aguilera Sanhueza*¹

Durante el periodo de tramitación e implementación de la Reforma AUGE, integré el equipo técnico del Ministerio de Salud, teniendo la responsabilidad de desarrollar los estudios epidemiológicos que fundamentaron técnicamente la priorización de patologías. Específicamente, lideré el desarrollo de los estudios de carga de enfermedad, análisis de preferencias sociales y evaluaciones de costo-efectividad que fueron decisivos para establecer la base de evidencia que sustentó la Reforma.

En mi rol técnico, contribuí a la institucionalización de capacidades de análisis epidemiológico dentro del ministerio, lo que permitió que las decisiones de política pública sanitaria se fundamentaran en datos empíricos nacionales en lugar de modelos estadísticos extranjeros.

Posteriormente, participé en la redacción de los textos de la Ley 19.996 que regulan el procedimiento de priorización del GES. Una vez aprobada la ley, también dirigí la implementación de los pilotos de los tres primeros problemas de salud priorizados y conduje los estudios necesarios para la elaboración de los primeros decretos, específicamente el estudio de verificación de costos.

La tramitación e implementación del AUGE representó un periodo de intenso trabajo técnico y político, donde enfrentamos el desafío de traducir la evidencia científica en políticas públicas concretas y políticamente viables. Un hito significativo fue el desarrollo del primer estudio nacional de carga de enfermedad basado en datos empíricos chilenos, que visibilizó por primera vez la importancia de causas de discapacidad como la depresión, el abuso de sustancias y los trastornos musculoesqueléticos. Durante la implementación, fue necesario crear nuevas herramientas de monitoreo y evaluación. El desarrollo del «Sistema de Información AUGE» y las encuestas nacionales de salud con biomarcadores constituyeron avances importantes que fortalecieron nuestro sistema de información sanitaria.

¹ Ximena Paz Aguilera, Ministra de Salud del gobierno del Presidente Gabriel Boric. Directora e investigadora del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana y Universidad del Desarrollo. Asesora Principal de Enfermedades Transmisibles en la Organización Panamericana de la Salud, con sede en Washington DC. En el Ministerio de Salud, se desempeñó como Jefa Nacional de Epidemiología y posteriormente lideró la implementación de la División de Planificación Sanitaria durante el periodo de diseño y establecimiento de las reformas sanitarias, incluido el GES/AUGE. Ha participado activamente en la Sociedad Chilena de Salubridad y es miembro correspondiente de la Academia de Medicina del Instituto de Chile.

Una experiencia particularmente significativa fue presenciar la transición desde un enfoque fundamentalmente técnico hacia uno que incorporaba garantías legalmente exigibles para los ciudadanos, transformando así el concepto de derecho a la salud en Chile.

Fue desafiante gestionar las diferentes visiones de los actores del sector, particularmente del Colegio Médico, que se opuso frontalmente a la Reforma con campañas públicas de amplia difusión. Esta resistencia desde las organizaciones gremiales generó tensiones adicionales durante el proceso de implementación, aunque finalmente, la reforma logró un alto nivel de valoración ciudadana.

La implementación de las Garantías Explícitas en Salud marcó un antes y un después en las políticas públicas sanitarias de nuestro país. Al cumplirse dos décadas desde su origen, podemos afirmar que este modelo, con sus fortalezas y desafíos pendientes, representa uno de los logros más significativos en la búsqueda de equidad en el acceso a la salud para todos los chilenos.

Lo transformador del GES fue avanzar desde un sistema basado en criterios discrecionales hacia uno fundamentado en evidencia. Esta reforma no surgió del vacío: Chile tiene una larga tradición de toma de decisiones sanitarias basadas en datos, con figuras como Eduardo Cruz-Coke y Salvador Allende estableciendo precedentes al utilizar estadísticas nacionales para fundamentar políticas sanitarias prioritarias.

El GES logró un avance histórico: incorporar un conjunto de garantías legalmente exigibles (acceso, oportunidad, protección financiera y calidad) para patologías prioritarias. Esta priorización se basó en rigurosos estudios epidemiológicos sobre carga de enfermedad, costo-efectividad de intervenciones y preferencias sociales.

Los resultados son significativos: mejoras en la supervivencia después de infartos agudos al miocardio, reducción de mortalidad por condiciones como hipertensión, diabetes, accidentes cerebrovasculares y cánceres cervicouterino y de vesícula. El aumento en la utilización de servicios sanitarios ha beneficiado especialmente a quienes más lo necesitan.

Sin embargo, persisten desafíos importantes. La segmentación estructural del sistema continúa siendo una barrera para la equidad plena. El aumento de listas de espera para patologías no-GES evidencia que la priorización, aunque necesaria, genera nuevas áreas que requieren atención. El financiamiento del sector público sigue siendo un reto que debemos abordar con visión de largo plazo. En el ámbito político, un reto ha sido no lograr constituir un fondo universal de compensación para las enfermedades GES, lo que habría contribuido a superar la segmentación del sistema.

La experiencia chilena ofrece lecciones valiosas: es posible establecer derechos sanitarios exigibles con fundamento técnico, pero para una reforma integral debemos continuar trabajando en superar la segmentación del sistema.

Veinte años después, el GES nos recuerda que la búsqueda de la equidad en salud es un compromiso permanente, que debe basarse en evidencia sólida y orientarse a garantizar que todos los chilenos y chilenas, independientemente de su situación socioeconómica, puedan acceder a una atención oportuna y de calidad. Los cambios en salud son complejos y lentos, por lo que es importante ir avanzando, aunque sea de a poco y sobre todo con realismo.

20 años del AUGE desde sus actores

Oswaldo Artaza Barrios¹ y Pedro García Aspillaga²

El ejercicio de recordar, a 20 años del inicio de la implementación de la Reforma a la Salud del gobierno del Presidente Ricardo Lagos, implica fundamentalmente reflexionar sobre las lecciones aprendidas en una de las políticas públicas más valoradas por la ciudadanía. Un aprendizaje evidente es sobre el inmenso valor del trabajo de diversos equipos humanos debida y oportunamente coordinados (político, técnico, financiero, comunicacional, social). Por esto, este prólogo está escrito a dos manos por quienes nos tocó, con mucho esfuerzo y no poca fortuna, liderar la tramitación de la Reforma en el Parlamento. Uno en la Cámara de Diputados; el otro en el Senado.

Ya se ha escrito sobre los proyectos de ley (un excelente texto sobre ello es el de Ulises Nancuante y Andrés Romero³), sobre la ingeniería política implicada (muy bien presentada en el texto de Mauricio Olavarría⁴ y en el de Rony Lenz⁵), o sobre sus impactos en disminuir inequidades, instalar el derecho a la salud de manera exigible por el ciudadano y en indicadores sanitarios (como el ya clásico artículo de la recordada Patricia Frenz⁶). Por ello, este libro busca indagar en los relatos, las vivencias, emociones y aprendizajes de quienes fueron actores relevantes en el diseño, tramitación e implementación de la más importante y *profunda* reforma al sector salud de nuestro país en los últimos 40 años. Esta publicación, junto con material gráfico de la época, trae la diversidad de sus voces.

Recuperada la democracia, había una enorme expectativa sobre la necesidad de una reforma a la salud. Estaba claro el diagnóstico en torno a los desafíos no abordados por el cambio epidemiológico y demográfico, sobre las profundas inequidades existentes y los problemas en acceso, oportunidad y

¹ Exministro de Salud. Decano Facultad de Salud y Ciencias Sociales Universidad de Las Américas.

² Exministro de Salud. Consultor senior McKinsey & Company.

³ Nancuante, Ulises y Romero, Andrés (2008). *La Reforma de la Salud*. Instituto de Políticas Públicas y Gestión, Salud y Futuro-UNAB.

⁴ Olavarría, Mauricio (Editor) (2013). *¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile?* Tomo II: El Plan AUGE y la reforma a la Salud. Editorial Universitaria de Chile.

⁵ 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/CIEPLAN*. (Santiago, Chile). No. 38.

⁶ Frenz, P., Delgado, I., Kaufman, J. S. y Harper, S. (2014). Achieving effective universal health coverage with equity: evidence from Chile. *Health Policy Plan*, 29(6), 717-731. doi: 10.1093/heapol/czt054.

protección financiera. Clásica era la expresión de que en el sector público no sabías cuándo te iban a atender y en el sector privado cuánto te iba a costar. El Presidente Aylwin tuvo como eje consolidar la democracia; el Presidente Frei, modernizar al país, quedando fuera la salud, dada la incapacidad de la propia coalición de concordar un proyecto compartido. En la campaña de Ricardo Lagos, la presión era enorme. El propio candidato, con gran convicción y voluntad, en un recordado evento en el hospital Barros Luco se comprometió solemnemente a liderar una reforma. El problema era cuál de las visiones y los instrumentos en disputa iba a prevalecer. Los grupos técnico-políticos de la coalición gobernante llevaban años en una suerte de parálisis paradigmática: es la reforma que yo quiero o prefiero que las cosas sigan igual.

Ricardo Lagos, ya Presidente, configura un Comité de Reforma, que lidera personalmente, no solo con el Ministerio de Salud, sino que con todos los ministerios involucrados y asesorado técnicamente con un comité ejecutivo conducido por Hernán Sandoval, gran salubrista y amigo personal del Presidente. La Ministra Bachelet crea comisiones de trabajo que solo llegan a acuerdos en lo que serían los primeros Objetivos Sanitarios para la Década al 2010⁷ y los desacuerdos tensan la relación con la Comisión Reforma hasta el punto de una situación de bloqueo. Le corresponde al nuevo Ministro Osvaldo Artaza destrabar y reimpulsar la conflictuada iniciativa, generar en tiempo récord los proyectos de ley y, en medio de una brutal resistencia político y gremial, conseguir que en menos de diez meses, luego de sortear el rechazo de sectores del propio gobierno, se aprobaran los proyectos en la Cámara Baja prácticamente por unanimidad. Sin embargo, el desgaste fue enorme y hacía imposible la continuidad del secretario de Estado.

Por otra parte, el trámite en el Senado tendría una distinta dinámica y se requería de un nuevo conductor. En un cambio de gabinete más amplio asume Pedro García, quien toma la posta y logra, después de no fáciles negociaciones, especialmente con la derecha, que la Reforma se promulgue el 2004 y que su implementación oficial comenzara en julio del 2005. Las palabras del entonces senador José Antonio Viera-Gallo, recogidas en el libro de Nancuante y Romero —dos relevante exponentes del gran trabajo técnico-jurídico legislativo— retratan muy bien lo vivido: «A medida que fuimos adentrándonos en la complejidad del sistema de salud y tuvimos que pronunciarnos sobre cambios específicos, se abandonó el fácil universo de los modelos ideales para entrar a la realidad de la política; esto es, a escoger entre alternativas siempre limitadas por el telón de fondo de las posibilidades reales de transformación que la sociedad y la población podían soportar; porque finalmente se debate en el Parlamento teniendo presente la necesidad del cambio y la tolerancia que la trama de intereses, derechos, ideas y valores permite en una sociedad democrática. Entonces las posiciones se acercaron y se llegó a lo que nadie podía razonablemente prever en un comienzo: un amplio consenso prácticamente en todas las materias». A su vez, en el mismo texto se expone la mirada de Evelyn Matthei, en ese momento senadora, sobre el periodo de tramitación en la Cámara Alta: «Las leyes que finalmente se promulgaron fueron

⁷ Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. MINSAL 2002. Disponible en https://healthresearchwebafrica.org.za/files/Politicas_Nacionales_Salud-Chile_2000-2010.pdf

el resultado de un trabajo extraordinariamente profesional y serio por parte de todos los involucrados. Las conversaciones y discusiones que sostuvimos en la Comisión de Salud, con los senadores Viera-Gallo, Boeninger, Espina y Ruiz-Esquide, son probablemente de las más interesantes que me ha tocado experimentar en el Congreso. Se logró dejar las ideologías a un lado, para concentrarse en cómo abordar adecuadamente las condiciones de salud que requieren tratamientos urgentes».

Son muchos los nombres a quienes agradecer por su grandeza, capacidad de diálogo y por privilegiar el colocar a las personas al centro. El papel de muchos parlamentarios como José Miguel Ortiz, Sergio Aguiló, Patricio Cornejo, Carlos Ominami, Edgardo Boeninger, José Antonio Viera-Gallo y Evelyn Matthei, entre muchos otros, merece ser reconocido; sin duda, el permanente y dedicado interés y compromiso del Presidente Ricardo Lagos fue esencial. También es necesario agradecer a muchas instituciones académicas, científicas, empresariales e incluso diplomáticas que colaboraron desinteresadamente en el buen éxito de este complejo y amplio proceso que reestructuró la lógica de funcionamiento de la Autoridad Sanitaria, de los Servicios de Salud y de varias otras instituciones, además de generar una lógica de Garantías en Salud centrada en las personas y en las necesidades sanitarias de esos instantes y de las que fuesen presentándose en el futuro.

Los procesos de reforma tienen un basamento técnico, requieren de complejos procesos políticos de construcción de consensos, pero por sobre todo, de la construcción de potentes redes de afecto, lealtad y compromiso mutuo. Las grandes transformaciones son ante todo una obra humana. En el proceso, que este libro retrata desde sus actores, se involucraron el propio Presidente Lagos, muchos profesionales, legisladores, dirigentes gremiales, comunicadores, actores de la sociedad civil y funcionarios públicos. Agradecemos a todas y todos todo el esfuerzo, inteligencia y pasión puestos de manera épica durante el duro y largo fluir del trámite parlamentario. Por sobre todo damos gracias al soporte y contención de nuestras familias y seres queridos y al esencial apoyo de tantos, como quienes fueron parte de nuestros gabinetes. Queremos reconocer, agradecer y homenajear a todos. Lo hacemos mencionando a algunos —que también prologan esta obra— y que de manera muy abnegada y anónima estuvieron cotidianamente muy cerca de nosotros: Sandra Vélez, Jimena Caris y Alejandro Molina; ellos reflejan muy bien a muchos, quienes a veces sin palabra alguna, con pequeños gestos, nos hacían recobrar la fuerza para seguir adelante.

Una historia nuestra, una historia compartida

Sandra Vélez, Jimena Caris¹ y Alejandro Molina²

El Dr. Osvaldo Artaza nos ha invitado a aportar unas palabras sobre el periodo en el cual se diseñó, tramitó e inició la implementación del régimen de garantías en salud (Plan Auge), luego de que se establecieran los primeros «Objetivos Sanitarios para Chile». La verdad, no tenemos mucho que decir, lo único es que se trabajó de manera intensa. Había menos tecnología y al no existir, el esfuerzo era mucho mayor.

Para profundizar sobre el tema, ya lo harán los expertos invitados a escribir la historia en este libro.

Primero que todo, dar las gracias por ser parte, como pequeños eslabones, de una gran cadena. Para nosotros, como funcionarios de la Salud Pública y que hemos vivido tantos años al servicio de esta institución, hemos visto muchos logros, que granito a granito se han ido llevando a cabo para todos los chilenos y chilenas. Ha sido un camino difícil de recorrer, porque hay obstáculos, como todo en la vida. Es cierto... a todos y todas nos gustaría que fuera de forma rápida y cada vez más.

Mirando desde dentro y desde fuera, ha sido un lindo camino recorrido, desde ese periodo y en los años pre y post, porque hemos visto cómo se han logrado tantos beneficios para la población, a pesar de que tanto cuesta. Además, hemos tenido el privilegio, a lo largo de estos años, de trabajar con personas brillantes, pero lo más importante, muy humanas.

Sin más que agregar, agradecemos a todos los ministros y ministras con que hemos trabajado. Queremos decir que nos sentimos orgullosos y agradecidos de haber sido parte de este camino recorrido, que desde nuestros puestos de trabajo, en el rol que nos ha tocado desempeñarnos, sentimos que hemos aportado, y así ayudamos a que la salud avance en nuestro país.

¹ Secretarías de ministras y ministros de Salud desde el año 2002 a la fecha.

² Conductor de ministras, ministros y autoridades del Ministerio de Salud del 2002 a la fecha.



::: Sandra Vélez, Alejandro Molina y Jimena Caris

Introducción de los compiladores

Oswaldo Artaza Barrios¹ y Leonel Yáñez Uribe²

20 años del AUGE desde sus actores no es una tesis académica ni una investigación científica, es un coro de voces diversas. Voces de personas de distintas posiciones políticas que vivieron la Reforma, ya sea en su diseño o en su implementación, desde múltiples perspectivas. Este esfuerzo editorial busca conmemorar una política pública que, más allá de sus virtudes y defectos, se ha instalado en el corazón de la ciudadanía.

Un coro, porque recoge vivencias, opiniones y recuerdos de múltiples maneras. Una sección incluye las transcripciones recogidas de conversaciones —tal como se dieron— realizadas a algunos de los protagonistas, donde las impresiones de estos hombres y mujeres, a ratos desordenadas, espontáneas y sinceras, nos remontan a un momento de sus vidas, como profesionales comprometidos con las políticas públicas. Otras secciones son aportes escritos directamente por personas que quisieron contribuir, a su modo, a este desafío de volver sobre un proceso de reforma y, desde allí, escrutar lecciones para el futuro. A todas y todos, ¡muchas gracias!

Un aporte especialmente interesante ha sido la búsqueda y recopilación de material de la época: fotos, recortes de periódicos, caricaturas y un peregrinar por distintas hemerotecas, especialmente la Biblioteca Nacional —a cuyo personal expresamos nuestro profundo agradecimiento—, que enriquecen esta publicación con un contenido especial que, en muchas ocasiones, vale más que mil palabras.

Este libro es una publicación de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas, una institución comprometida con las políticas públicas que, desde su sello comunitario, ha querido recoger en esta acción coral, los múltiples aspectos del diseño e implementación de una política pública, destacando su dimensión humana.

Creemos que esta obra, además de conmemorar una política pública, es un esfuerzo genuino por rendir homenaje a las decenas de personas involucradas en el proceso, quienes entregaron inteligencia y pasión, y a los millones de personas, sus familias y seres queridos que, de alguna manera, fueron tocados

¹ Pediatra. Magister en Administración en Salud. Decano de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales Universidad de Las Américas.

² Periodista. Magister en Comunicación Social. Doctor en Cultura y Educación, mención Comunicación y Cultura. Profesor e investigador especializado en estudios de audiencias, tecnologías y periodismo digital.

y beneficiados por la implementación de esta reforma. Muchos fueron convocados; algunos no alcanzaron, otros no pudieron ser convocados —pues ya no están—, pero son muchas veces mencionados en estas páginas: Fernando Muñoz, Patricia Frenz, Jaime Crispi, Ernesto Behnke, Edgardo Boeninger, Mariano Ruiz Esquide, Pablo Lorenzini y a muchos otros y otras que pudieran no estar nombrados por olvidos involuntarios y por el paso de los años, para ellos un emocionado recuerdo.

Les invitamos a leer este libro de la manera que les parezca —por ello no cuenta con índice—, pero sí con la generosidad de escuchar a quienes de distintas maneras han vivido y percibido un proceso de transformación en salud.

Sin duda, aún quedan muchos pendientes y las reformas en salud deben continuar, pero las historias y voces aquí recogidas, quizá de algún modo contribuyan a los cambios necesarios y urgentes que están por venir.





ARTAZA EN FAMILIA.— El ministro de Salud, Oswaldo Artaza, llegó al Congreso acompañado de su esposa, la psicóloga María Elena Varela.

POLÍTICA

Oswaldo Artaza Rouzet, papá del ministro de Salud

“Estoy más preocupado que orgulloso”

Este doctor con más de 40 años de ejercicio conoce las deficiencias del sector y asegura que a pesar del “empeño” que su hijo aplique en su gestión, habrá áreas que no podrá mejorar.

JAVIER MORALES Q.

Cómico del actual sistema de salud y ahorrador de los “antiguos médicos”, el doctor Oswaldo Artaza Rouzet, padre del actual ministro de Salud, asegura que él y su esposa están muy preocupados por el puesto que carga su protagonista, ya que las fallas del sector son tan amplias que es muy difícil dejar contentos a todos. Desde Mañaochilú, donde vive con su familia, asegura que los países deben aportar a la salud de los más pobres y que la reforma debe ser mucho más amplia que la planteada actualmente.

Artaza Rouzet sabe de lo que habla, pues creció en la pediatría en la misma consulta que ha tenido desde joven, ubicada detrás del Hipódromo Chile.

—**Ha cambiado mucho la medicina en estos años?**

—Antes éramos médicos generales, teníamos el ojo clínico, debíamos fijarnos en los sistemas, en cada detalle, la conversación era muy importante para hacer un diagnóstico acertado. Ahora la especialización y la tecnología hacen que todo sea un poder y poder de exámenes. Es una lástima porque la medicina se enciende al máximo, pero no podemos luchar contra el desarrollo.

—**Cómo ve las atenciones en los hospitales?**

—Lenta y demorada, especialmente para las operaciones. Hay un exceso de pacientes, por lo que debería perfeccionarse la gestión de las camas y los consultorios de las zonas periféricas para evitar que todos los enfermos graviten en los hospitales.

—**Cómo se puede mejorar la gestión hospitalaria?**

—Primero cambiando muchas normas anticuadas. Las normas están obsoletas, rigidizan la gestión. Los hospitales requieren una mayor autonomía y no me equivoque al decir que deber ser dirigidos como una empresa privada eficiente.

—**Privatizar la salud?**

—No. No hablo de entregar los hospitales a privados, sino de introducir la capacidad de gestión, ágiles, cooperativos, los directores deben acercarse a la comunidad y hacerlos parte del sistema. Si los funcionarios son eficientes se les premia, sino se les castiga. Hay que motivar a los trabajadores y avanzar como si esto fuese una gran empresa. Mi hijo lo consiguió mientras fue director del Calvo Mackenna, pero fue sumariado por encontrar nuevas formas de utilizar los recursos.

—**Cómo vivió esa situación?**

—Ese momento fue muy duro para nosotros y para él, pero refleja las deficiencias del sistema.

—**¿Qué nota le pondría al sistema de salud?**

—(Piensa y se ríe) Un cinco.

Preocupación paternal

Oswaldo Artaza Rouzet está casado hace 46 años con Carmen, tiene 10 hijos y 23 nietos y trabaja actualmente (hace 40 años) en una consultora particular ubicada en calle David Arceano en la comuna de Independencia. Al conversar de su hijo ministro se le ilumina el rostro, pero asegura estar muy preocupado por las dificultades que enfrenta el camino.

—**¿Está orgulloso con la designación de su hijo?**

—Sí y no. Es algo que nos aproxima a mi mujer y a mí. Va a tener muchas dificultades. Antes que orgullo tenemos preocupación.

—**¿Por qué?**

—Consultamos a Osvaldo, se desahogó mucho, pondrá muchos de su empeño, le apuesto que se llegará a enfermar por tratar de trabajar y ayudar a los más pobres. El tiene carisma y hay un porcentaje mínimo de chilenos que cree que Osvaldo va a solucionar las fallas en el sistema, pero si no responde no va a ser por falta de empeño, sino por la gravedad de los problemas, eso nos preocupa, en mi sero en lo que esta metido.

—**¿Qué espera de los políticos?**

—Eso también me preocupa. Espero que exista lealtad de su partido (la DC) y de los demás.

—**¿Cuáles deben ser las prioridades de su hijo?**

—Abranzar el sector público y privado, buscar solidaridad de los más ricos hacia los más pobres, hacer que la gente se preocupe por su salud y se cuiden.

—**¿Le gusta el estilo de su hijo, de pelo largo y desgarrado?**

—Yo soy de cuello y corbata y uso colores totalmente tradicionales. No somos fijados en la elegancia y ellos (mis hijos) nunca han apareado. Saben que serán repetidos al trabajar para ellos.

En Mañaochilú, la familia Artaza vive con orgullo y preocupación. Tiene más de 40 años.

RECIBE VÁZQUEZ

La receta del doctor Artaza

A pesar de estar de acuerdo con los puntos centrales de la reforma al sector, el padre del ministro de Salud da su propia receta para mejorar este complicado sistema. “Hay problemas que no afectan a los médicos y por lo tanto no somos responsables”, explica.

Asegura que se debe pensar en una gran reforma que involucre a todos los ministerios que trabajan para la prevención más que en la atención. “Debemos mejorar las viviendas, ya que si se tienen que hacer enfermos. Esa es la tarea del Ministerio de Vivienda. Debemos mejorar las condiciones en los hogares y en las escuelas, así que si los chicos no comen bien, cuando adultos presentarán graves deficiencias. Hay que aumentar la economía, tener para educar. Se debe establecer un sueldo mínimo que alcance para cubrir las necesidades básicas”.

Este doctor termina su receta aclarando que no basta con tener más hospitales y más recursos, si no se crea la educación para la salud. “Eso es lo fundamental. Debemos aprender a cuidar nuestra salud. Mejoraremos las atenciones y tendremos un ser dirigido como una empresa privada eficiente”.

Encuesta: Artaza es el mejor valorado

Sondeo sobre el reciente cambio de gabinete revela que éste fue bien acogido.

Osvaldo Artaza y Michelle Bachelet son los nuevos ministros con mayor aceptación, según los resultados de la encuesta TimeResearch acerca de la última reestructuración de gabinete.

La llegada de Artaza a Salud fue calificada por el 83,2 por ciento de los entrevistados como positiva para el país, en tanto que un 67,5 por ciento opinó lo mismo en el caso de la ministra de Defensa.

Se indicó que ambos se conocen desde la infancia y que Artaza tiene de experiencia en el sector público (como Jefe de Gabinete y Jefe de las Oficinas Ejecutivas de las Presidencias de la República) y en el sector privado (como General Director de la Corporación de Fomento de la Producción y como Jefe de Gabinete de la Presidencia de la República).

Consultada sobre el cambio de gabinete de ministros, el 66,9 por ciento de los entrevistados opinó que el cambio de gabinete fue necesario, mientras que sólo el 10 por ciento opinó que no lo era.

En relación con el cambio de gabinete de ministros, el 78 por ciento de los entrevistados opinó que el cambio de gabinete fue necesario, mientras que sólo el 10 por ciento opinó que no lo era.

En relación con el cambio de gabinete de ministros, el 78 por ciento de los entrevistados opinó que el cambio de gabinete fue necesario, mientras que sólo el 10 por ciento opinó que no lo era.

La encuesta fue realizada por TimeResearch entre el 18 y el 20 de mayo de 2009, en un sondeo telefónico con una muestra de 1.000 personas, entre las cuales se incluyó un 50 por ciento de la población entre 18 y 65 años de edad, con un nivel socioeconómico medio.

Proyectos de ley que modificará el sistema deberán estar listos antes del 21 de mayo próximo

Lagos da cuatro meses a Artaza para presentar reforma a la salud

Este plan será igualitario para todos los chilenos en isapres y Fonasa y quien pueda pagar más accederá a prestaciones no incluidas en lo básico.

LORENA LETELIER

Ayer, el Presidente Lagos comprometió públicamente a Osvaldo Artaza a entregar los proyectos de ley de la reforma el 21 de mayo. Este nuevo plazo fue comunicado ayer a Artaza por el propio Mandatario, quien recibió el documento donde se establecen los principios básicos que contendrá el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), considerado la base de la reforma al sector. Y aunque Artaza ha



Ayer, el Presidente Lagos comprometió públicamente a Osvaldo Artaza a entregar los proyectos de ley de la reforma el 21 de mayo.

Apoyo de isapres y rechazo de gremios



LAS NOTAS AZULES Y ROJAS DE SU EXAMEN COMO DIRECTOR DEL HOSPITAL

Médicos y enfermeras del Calvo Mackenna revelan el "RECETARIO" del Dr. ARTAZA

- Logró reunir \$4.000 millones para inversiones, pero no consiguió que todos los policlínicos atendieran en las tardes.
- También introdujo flexibilidad en el manejo de personal y las enfermeras coordinadoras fueron capacitadas en gestión hospitalaria.

Por Paulina Salcedo G.
La Segunda

Carlos Quinteros se entretiene con unos juguetes en una de las salas del Hospital Luis Calvo Mackenna. La operación de apendicitis y le falta poco para irse a su casa.

Es pequeño y no sabe que el director del hospital acaba de ser nombrado ministro de Salud. Que el médico que hasta hace poco recorría los pasillos, haciendo su singular cola de caballo, puso con su designación al Calvo Mackenna nuevamente en primera plana. Tal como lo hizo en 1993, con la histórica separación de los slamers Marcelo Antonio y José Patrio.

Su currículum, confesó el propio Osvaldo Artaza horas antes de asumir, es lo que hizo en estos años en ese hospital. Y lo que hizo, según los integrantes de su equipo, fue "saber encontrar las oportunidades y aprovecharlas". Buscó herramientas que le permitieran usar al máximo lo que tenía a la mano. Fue, incluso, más allá de lo permitido administrativamente, lo que le valió un sueldo del que salió airoso, pero que lo tuvo al borde de no poder ejercer cargos públicos en 5 años.

Artaza, el ministro, quiere hincarle el diente a los hospitales públicos cuanto antes. "No pueden seguir como están", dijo el día que asumió.

La interrogante es si replicará la experiencia de Luis Mackenna, una se muestra en



Algunos datos del Calvo...

- 17 mil hospitalizaciones al año.
- 7 mil cirugías mayores anuales.
- 250 mil atenciones ambulatorias de especialidades y urgencia.
- Índice de ocupación de camas: 81,7%.
- Promedio de días de estadía: 4.
- Único hospital público que practica trasplantes de médula ósea e hígado (este último en convenio con la Clínica Las Condes).

menores son las posibilidades de que tenga una infección intrahospitalaria", comenta la enfermera coordinadora, María Eugenia Ayala. Una de las herramientas de gestión con

do, y los promedios de estado de los pacientes. Así saben cuánto rendimiento le sacan a una cama.

"La atención aquí siempre ha sido buena, pero de lo que no estábamos conscientes es que los recursos son escasos y que había que optimizar su uso. Antes tampoco existía el concepto de hacer rendir una cama. Y eso es vital porque mientras menos tiempo pase un paciente en el hospital,

Cartillo conversa entretenido con la enfermera. Ya se mejoró el

servicio, como ocurría antes", relató. Resistencias a medidas como ésta, las hay. Pero María Eugenia Ayala como que las han ido venciendo burlando el lenguaje: "Se los explica que son los niños los que requieren atención. Que hay seis pequeños que están solos en Pediatría y que no pueden



Deuda hospitalaria, funcionamiento total de pabellones y el estatuto de deberes y derechos de los pacientes son temas pendientes en salud.

GIGIA VACCANI

Er ran las tres de la tarde cuando Genoveva Jiménez llegó el jueves pasado a la San José arrastrando a uno de sus hermanos con un claro cuadro de hemorragia. Sintió los tirones que advertía sobre las cinco horas de espera y le rogó al letrado por un médico. Pero a su casa a las diez de la noche sangramientos.

"Yo le pediría al nuevo ministro que hiciera realidad eso que tanto hablan de solidaridad. Atención universal en las tardes

Son las cuatro y media de la tarde en la sala de urgencias de la capital.

Lo que piden los pacientes al ministro Artaza

En las postas de urgencias opinan que Michelle Bachelet dejó tareas pendientes



Aunque la atención ha mejorado, hay importantes falencias en la atención de los principales centros de salud pública de la capital.

Ministro de Salud visitó a la díscola Confusam

Artaza priorizará atención primaria

El médico dijo que está dispuesto a estudiar todas las formas de financiamiento del Fondo Solidario.

RICARDO URZUA

El ministro de Salud, Osvaldo Artaza, en una visita a la discola Confederación de Trabajadores de la Salud Municipalizada (Confusam), dijo que está dispuesto a considerar todas las formas de financiamiento que le propongan para resolver los problemas del sector y ratificó que el reforzamiento de la atención primaria es uno de los ejes fundamentales de la reforma al sector.

Con una apariencia que rompe con el tradicional aspecto de



los ministros de Estado -pantalón beige, camisa roja de manga corta, corbata a lunares y su tradicional colita- comentó que "me gusta comer a la carta, que me ofrezcan varios platos". Así respondió a la propuesta del PPD de recoger mediante impuestos 400 mil millones de pe-

sos que se necesitan para financiar el Fondo Solidario de Salud.

La iniciativa surgió después de que las Isapres rechazaron usar el 3% de las cotizaciones de los afiliados para ese fin.

Artaza insistió en que el nuevo Plan de Salud debe proyectarse a 20 o 30 años.

El Ministro de Salud, Osvaldo Artaza, dijo a la Confusam que la atención primaria será fundamental.

Funcionarios

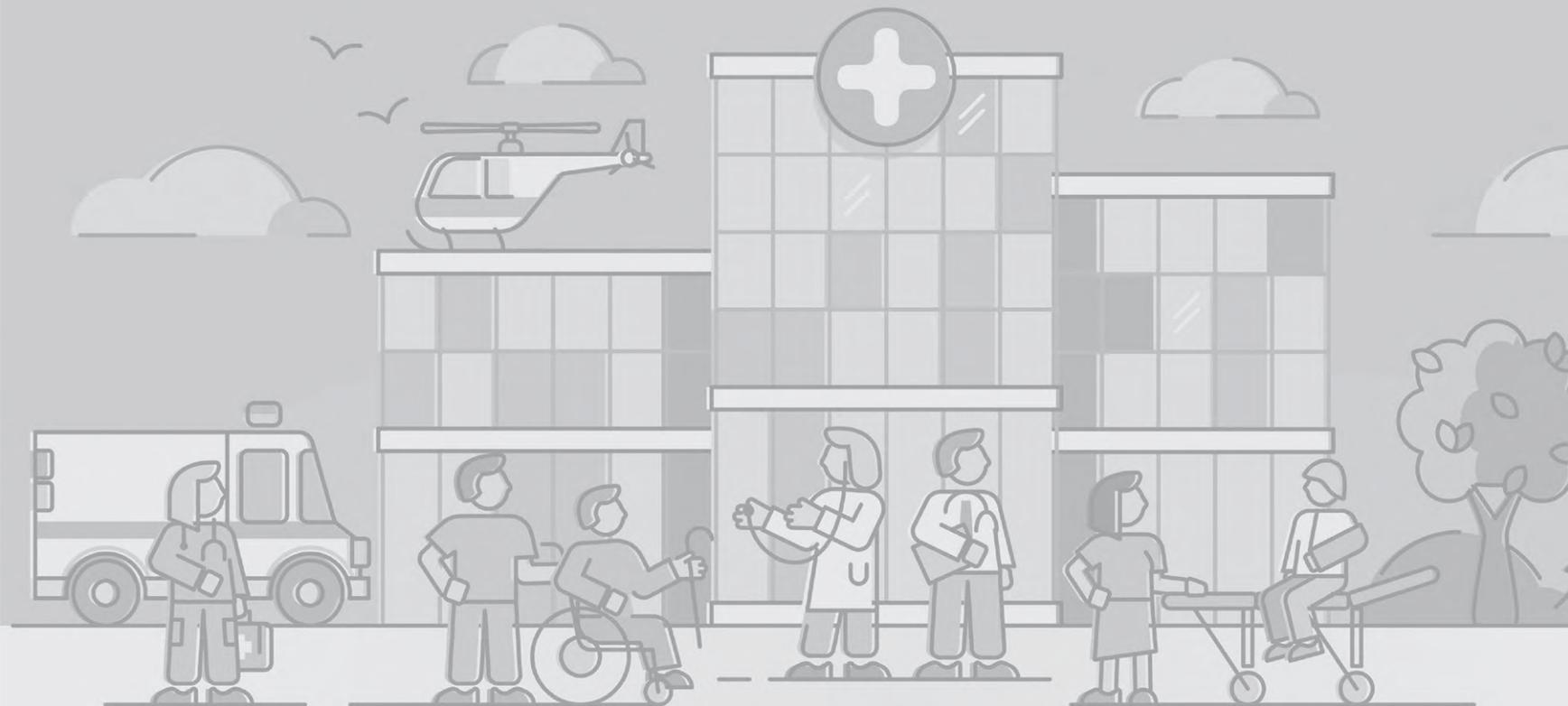
El presidente de la Confusam, Esteban Maturana, apoyó la mayor importancia a la atención primaria anunciada por Artaza, aunque reclamó más solidaridad. "Todos deben aportar a la salud. Hay gente que no quiere cotizar y se baja de Mercedes Benz para atenderse en los consultorios", comentó. También pidió cumplir los acuerdos firmados con la ministra Michelle Bachelet.

Se va Benhke

Aunque muchos se sorprendieron al conocer el nombre de Osvaldo Artaza como ministro de Salud, lo que no extrañó para nada fue la salida del cargo del actual subsecretario, Ernesto Benhke, más conocido por haber aparecido devorándose una hamburguesa en un conocido local de comida rápida, tras el incidente del cierre temporal de una sucursal.

De acuerdo con el diario electrónico El Mostrador, el nuevo subsecretario sería Gonzalo Navarrete (PPD), ex director del Instituto de Salud Pública y ex candidato a diputado por San Bernardo, quien pidió la autorización para la anticoncepción de emergencia, más conocida como la "píldora del día después". Se trata de una persona de la plena confianza de Artaza.

Recuerdos del doctor **Hernán Sandoval Orellana**



—Nos gustaría saber, ¿cuándo nace la idea del Plan AUGE? ¿Cómo se va gestando hasta la posibilidad de proponerlo?

—El año 1991 participé en una serie de reuniones del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico para tratar la crisis de la salud. Allí propuse que se estableciera un sistema de garantías, es decir, que se le diera seguridad al paciente acerca de los plazos para ser atendido y sobre la estabilidad de los precios, tanto en los afiliados al FONASA como en los de las ISAPRES. Fue una idea que no tuvo acogida, apenas fue debatida. Asociaba esto con un fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS), y la creación de un equipo de salud encargado de los pacientes, con responsabilidad de seguimiento de los casos. A partir de entonces investigué en la bibliografía y encontré que efectivamente había un sistema de garantías, en el estado de Oregón en Estados Unidos (Oregon Health Plan, desde 1993), pero eran sistemas de garantías que se asemejaban a los Seguros Catastróficos, que cubrían el costo de las prestaciones en ciertas enfermedades. Nuestra idea era de cobertura de la patología de forma integral y no únicamente cobertura económica. No solo porque permitía otorgar una mejor cobertura sanitaria, sino porque al generar garantías y mecanismos para ejercerlas, se empoderaba la gente frente a un sistema de salud que era muy autoritario, vertical, prescriptivo y no participativo.

¿Cómo crear un sistema en que el paciente no fuera tratado en forma autoritaria y vertical? Todo eso estaba en el fondo de la idea de generar garantías en salud.

En 1998, durante las primarias para elegir el candidato de la Concertación, tuve una conversación con Ricardo Lagos que volvía de la Araucanía, quien me relató: «Imagínate lo que me tocó ver en un pequeño poblado donde se hizo una reunión con los lugareños en la posta. Pensé que iban a pedir que pasara a ser consultorio con médico permanente y con más recursos. Pero la comunidad tenía peticiones muy simples: que pusieran una vara larga para amarrar los caballos, perchas para los ponchos y una salamandra para temperar la posta. Ellos proporcionarían la leña». Lagos preguntó: «¿Cómo puede haber un servicio que no se haga cargo de cosas tan mínimas?», agregando, «este sistema hay que cambiarlo». Estaba realmente impresionado. Y esa fue una convicción en él.

Le planteé lo de las garantías, y la idea fue madurando, fue germinando, de tal manera que, cuando Ricardo Lagos fue elegido, me dijo: «Vas a tener una misión muy importante, vas a encargarte de hacer una propuesta de reforma del sistema de salud». Y siguió: «Cuando fui Ministro de Educación, estuve a cargo de una reforma del sistema educativo, y ahí me di cuenta de que uno no puede estar de ministro y al mismo tiempo, reflexionando sobre cómo organizar y hacer una reforma. Porque el ministro tiene que estar para la respuesta cotidiana. En el día a día, en cambio, una reforma hay que pensarla mucho, hay que trabajarla muy en profundidad. Tuve muy buenos colaboradores, pero nunca quedé muy satisfecho porque siempre faltó algún mayor estudio, profundidad de las propuestas que me llegaban».

A fines de enero del 2000, ya presidente electo, Ricardo Lagos nos invitó a una reunión en la cual le informé a la Dra. Bachelet, ministra designada, que cuando asumiera iba a crear una Comisión de Reforma de la Salud, de la cual yo sería el encargado, con el fin de hacer una propuesta para ello.

—¿Cuándo se creó la Comisión?

—En junio se dictó el decreto que la creaba, de carácter interministerial, pero la Secretaría Ejecutiva dependía directamente de la Ministra de Salud. Me hice cargo de la comisión en julio de ese año. Y ahí empecé a reclutar un grupo de colaboradores¹.

—¿Qué cualidades tenía ese equipo mirándolo hoy día a la distancia?

—Primero, hubo una gran cohesión; segundo, un espíritu de trabajo compartido sin límites, en realidad fue un equipo con un profundo compromiso y dedicación, además con gran creatividad y muchas ganas de producir una transformación en el sistema de salud.

—En el proceso, cuando ya tienen que llegar a los primeros acuerdos y propuestas, en términos generales, ¿qué aciertos ve usted? Fue una reforma fuertemente discutida, sabemos hoy día, porque también conocemos cómo son los gremios.



—Al crear la Comisión, el Presidente Lagos estableció un mandato muy claro, «mejorar el acceso a una atención médica integral, en todos los niveles de complejidad, priorizando los grupos más vulnerables». A fines de septiembre del año 2000, le presentamos una propuesta al mandatario, planteando un sistema de garantías para un grupo acotado de enfermedades, que representaban más del 70% de los egresos hospitalarios del país y que causaban el mayor daño a la salud de los chilenos y chilenas. Comprendían un gran número de casos de muertes y discapacidades evitables y, por lo tanto, cualquier intervención en

ese ámbito generaría un impacto muy positivo en la salud de los chilenos. Lagos leyó el resumen de la propuesta y escuchó los argumentos que la fundamentaban y, después de una pausa dijo: «Bueno, hagámoslo». Y de ahí en adelante no vaciló nunca más.

¹ Los primeros integrantes de la Comisión, desde el año 2000, fueron: Dra. Jeanette Vega, Dr. Antonio Infante, Psicóloga Soledad Larraín, Ingeniero Renato Orellana, Dr. Dagoberto Duarte, Dr. Francisco Espejo. Desde el 2001 se incorporaron, médicas y médicos: Dra. Patricia Frenz, Dra. Liliana Jadue, Dr. Mario Lillo y Dr. Homero Vásquez. Abogados: Giampiero Fava y Carolina de la Maza. Economistas: Consuelo Espinosa y Dra. Verónica Vargas PhD.

Desde el comienzo, la sola idea de una reforma suscitó una gran oposición, a pesar del objetivo de equidad muy claro, porque los gremios y otros grupos de interés del sector de la salud postulaban que lo más importante era aumentar el gasto público. Esperábamos la oposición de las ISAPRES y clínicas privadas, porque se cambiaba la orientación de sus negocios, pero lo que no esperábamos fue la oposición que hubo dentro de la Concertación.

—¿Cuál era la fricción con esos sectores? ¿Qué era lo que criticaban?

—El fondo es que la política contemporánea, en Chile y en casi todo el mundo, tiene una mirada de corto plazo y clientelar, y los clientes son las fuerzas sociales organizadas. ¿Quiénes eran los clientes de los partidos que formaban parte de la Concertación?: los gremios profesionales, las asociaciones de trabajadores, los sindicatos del sector salud, o sea, las fuerzas que les importan a los políticos; las necesidades, los deseos, las expectativas de la población pasan a un segundo plano, la gente, el pueblo llano, no tiene organización, fuerza ni vocería para plantear sus aspiraciones. Para la oposición también vale lo mismo, defendían los intereses de los grupos organizados que buscaban mantener el *statu quo*, ISAPRES, clínicas y centros médicos privados, laboratorios farmacéuticos, sin considerar los intereses de las personas.

Además, en forma transversal, había y aún hay un dominio sin contrapeso del modelo médico curativo, que es hegemónico en el imaginario colectivo, la muy arraigada creencia de que la buena salud se obtiene mediante una buena atención médica, sin considerar bienestar y calidad de vida como las condiciones básicas para una buena salud, individual y colectiva. La posición de los actores del sector salud era muy conservadora, temían que cualquier reforma pudiese hacerse a expensas de sus propias condiciones, en el aspecto gremial y sindical, y por otra parte, las ISAPRES y las clínicas y centros médicos privados temían que un modelo de negocio exitoso podía ser cambiado. Resultaba increíble ver que dirigentes y parlamentarios de partidos políticos progresistas se opusieran a otorgarles derechos y garantías a las personas; que se opusieran las ISAPRES y el modelo de negocio que representaban, era esperable; pero no esperábamos que lo hicieran personeros de la Concertación.

Hubo resistencia del propio Ministerio de Salud, el que argumentaba que si nosotros generábamos garantías y el sistema público de salud tenía que dar las prestaciones, este no iba a ser capaz de hacerlo y, por lo tanto, debería comprar servicios en el sector privado, o sea que esta era una política encubierta del fortalecimiento del sector privado, con el fin de acabar con el sistema público. En el fondo, para ellos era una propuesta privatizadora.

—Un caballo de Troya...

—Sí, decían que lo que se buscaba con la Reforma no era darle derechos a la gente, sino que privatizar el sistema de salud.

—Con el tiempo, ¿qué ha demostrado que efectivamente esa posición era errática? Considerando lo exitoso que ha sido, más allá de todas las problemáticas que sabemos que las hay, ¿qué elementos actuales del sistema de salud nos dicen que el AUGE permitió realizar muchos cambios?

—Yo creo que el elemento más determinante para el resultado positivo del AUGE fue que la gente entendió muy rápidamente que los beneficiaba. Por lo tanto, se transformó en una demanda popular mantener

y profundizar el AUGE, mejorar las prestaciones que contenía y agregar nuevas patologías. Esto ocurrió muy precozmente: antes de tres o cuatro años, ya la gente lo demandaba. Aún hoy, cada vez que surge una patología de difícil solución, se pide que la incorporen al AUGE, o GES, como se le llama ahora.

Hubo misiones del Banco Mundial que nos decían que estábamos equivocados, que había que preocuparse de la gestión y el financiamiento. Nuestra respuesta: vamos a gestionar las enfermedades. Pensábamos que teníamos que avanzar en generar derechos, otorgar prestaciones, establecer protocolos, y que el aparato administrativo y financiero debían adaptarse a las condiciones que se creaban para atender mejor a las personas. Arreglar primero lo financiero, creyendo que ello va a permitir solucionar la parte patológica, nos parecía una visión capturada por el paradigma neoliberal, donde lo que más importa es cómo se maneja la plata y no cómo se mejora la salud de la gente.

—¿Hay un cierto economicismo ahí?

—Claro y nuestra visión era todo lo contrario. ¿Cómo se gestiona la enfermedad? Desde su comienzo, desde el diagnóstico —ojalá precoz— hasta sus complicaciones, para evitarlas o detener su progresión y para acompañarlas con cuidados paliativos, en casos incurables o terminales. Para ello, era necesario adecuar los sistemas administrativos y financieros para poder dar atención integral a las enfermedades garantizadas.

En el proceso de formulación de la propuesta tuve una reunión de trabajo, en mayo del 2000, con David Michaels, que fue estudiante en práctica conmigo el año 1981, cuando trabajaba en el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud de la OPS, en México, y él era estudiante del Master en Epidemiología del Hospital Montefiori de la Universidad Albert Einstein de Nueva York. Michaels había sido miembro de la Comisión Reforma a la salud de Hillary Clinton (1991-1992), que hizo una propuesta para cambiar el sistema de salud norteamericano, el que fue rechazada por el Congreso. El año 2000 era Subsecretario de Salud de Estados Unidos. Aprovechando un viaje para participar en un seminario de la Universidad de Harvard, me reuní con él en Washington y le conté: «Estoy encargado de hacer una propuesta de reforma a la salud, con el gobierno de Ricardo Lagos, y quiero aprovechar la experiencia de ustedes. ¿Por qué fallaron? ¿Por qué fracasaron?». Después de varias reuniones con sus colaboradores —algunos de ellos también miembros de la Comisión de Hillary Clinton—, aprendí varias cosas: 1) la Comisión de Hillary Clinton estaba formada por académicos, tecnócratas y burócratas, no tenía ningún político; 2) no hicieron ningún trabajo de participación comunitaria; 3) la propuesta estaba dirigida a los 30 millones de norteamericanos que no tenían seguro de salud, pero no proponían nada, absolutamente nada, para los 270 millones que sí tenían seguro de salud; 4) era una comisión que trabajaba en cómo extender la seguridad social en salud, pero no tenían ninguna propuesta de mejoría de la salud de la gente, lo que llevó al desinterés, o incluso la oposición, de la mayoría de la población, porque mejorar la cobertura de la seguridad social de un sector de la población no significa que va a mejorar la salud de la gente.

En definitiva, era una propuesta tecnocrática, academicista, dirigida a un grupo de la población que no interpelaba al conjunto de los americanos.

—Entonces, viendo esa experiencia y para hablar del éxito y los aciertos del caso chileno, ¿dónde estarían esos pilares de acierto?

—Primero, nosotros hicimos una propuesta que cubría al conjunto de la población, o sea, el AUGE era para todos: los afiliados a FONASA, a ISAPRES y también a los sin afiliación. Interpelaba al conjunto de la sociedad chilena, y propusimos objetivos sanitarios para la década.

—**Metas en salud propiamente tales.**

—Toda nuestra propuesta tuvo una importante participación comunitaria. Nosotros hicimos más de 30 focus groups, que nos ilustraron sobre la percepción de la salud que tenía la población. A partir de ello diseñamos una encuesta aplicada a más de 5.700 hogares desde Arica a Punta Arenas, en conjunto con la Escuela de Sociología de la Universidad de Chile.



—¿Con quiénes trabajó allí?

—Los que coordinaron todo ese proceso por parte de la Comisión fueron Soledad Larraín y Renato Orellana, encargados del proceso de participación ciudadana y asesores externos, la Escuela de Sociología ya mencionada y empresas privadas de estudios de opinión pública.

—Pero las encuestas permiten interrogar a la gente, no es participación propiamente tal...

—Es cierto, por eso realizamos, además, entre el 2000 y el 2002, más de 60 asambleas ciudadanas a las que convocábamos a las organizaciones sociales de base. En todo el país, también con la Escuela de Sociología de la U. de Chile.

—Hicieron una previa contundente.

—Sin duda, pero fuimos muy criticados, porque no incorporábamos en la participación ciudadana a los gremios y las asociaciones de trabajadores de la salud, pues cuando participan en las asambleas, las capturan, ya que plantean que son ellos los que entregan salud. Tratábamos de neutralizar su presencia y hablar lo que la gente vivía y no de los intereses de los distintos grupos sectoriales de la salud. Medimos en la encuesta la aceptación de la gente a esta idea de tener un Plan Garantizado, con el que el 92% de los encuestados estaba de acuerdo. Partimos de una base de respaldo ciudadano muy alta y lo difundimos. El Presidente Lagos fue extraordinariamente activo, siempre planteó que «buscamos la equidad, buscamos mejorar la salud de la población, tenemos un plan que va a dar garantías, y la forma de ejercer esas garantías, a todos los chilenos». Eso la población lo captó, aprobó y apoyó ampliamente.

—En ese sentido, ¿el rol del Presidente fue estratégico?

—Tengo claro que sin el Presidente Lagos esto no resulta, eso hay que decirlo enfáticamente; sin la voluntad, perseverancia, claridad de Lagos, esto no resulta. La idea podría haber sido muy buena, pero usted sabe que hay muchas buenas ideas que nunca se materializan.

—¿Hay algunos errores puntuales que, con la perspectiva del tiempo, considera que podrían haberse evitado? ¿Errores que, por su relevancia, le hubiese gustado haber enfrentado de otra manera?

—Me habría gustado más tener una mejor relación con la Ministra Bachelet, pero se llegó a un punto en que prácticamente no había comunicación. Yo esperaba una relación más fluida y no la hubo, eso no sé si fue un error, no quiero decir que nuestra acción fue perfecta, pero me cuesta encontrar la razón de por qué no se produjo. Hicimos todo lo posible para comunicar la idea de la iniciativa, que nuestro mayor interés era el beneficio del pueblo y que no había una agenda oculta, como nos acusaban.

—¿Y con los siguientes ministros?

—Con ellos sí, Osvaldo Artaza se comprometió inmediatamente. Artaza, cuando vio la propuesta y entendió lo que significaba lo que estábamos planteando, lo hizo suyo y él se jugó por el AUGE, aunque ello lo llevara a empeñar su prestigio, porque entró en pugna con los principales actores sectoriales, el Colegio Médico y otros gremios de la salud. Estimo que el Dr. Artaza fue muy generoso y valeroso al sacrificar sus propios intereses personales por sacar adelante una iniciativa de esta envergadura. Recuerden que andaban buses con carteles que decían: «El AUGE es puro cuento», con la efigie de Artaza

con la nariz larga como Pinocho, además de una campaña de cortos en la TV. Nunca quedó claro quién financió esa campaña y cómo. Igualmente con el Dr. Pedro García, que reemplazó a Artaza, tuvimos una relación muy fluida y cercana, e hizo un gran trabajo en la etapa de la discusión parlamentaria de los proyectos.

—En ese sentido, ¿con qué aprendizajes se queda, más allá de toda la experiencia que usted ya traía?

—Aprendizajes, sí... para formular una política pública hay que tener mucha paciencia, mucha perseverancia, no deprimirse ante los obstáculos y fracasos. A mí me costó resistir, en un par de oportunidades le pedí al Presidente que me relevara de esta función, pero Lagos insistió en que tenía que seguir. Cuando el mandatario veía que, a pesar de la campaña en contra, de la salud privada y los gremios de la salud, todavía el 72% de la población aprobaba la iniciativa, el respaldo político seguía siendo muy grande. Nos decía: «Adelante, sigan». En ese sentido, el respaldo ciudadano no falló nunca y menos la voluntad presidencial de perseverar.

—Un amigo pianista no hubiera tenido ninguna posibilidad de tratarse y por eso lo llama Santo Auge.

—Hay 11 millones y medio de personas, con estadística del 2018, que han solicitado las garantías AUGE.

—El clientelismo ha sido un mal de la política. En ese contexto, ¿cómo ve usted el futuro de la salud pública?

—Yo creo que hay que hacer reforma de la reforma. Lo primero es cambiar el modelo de atención, que fue algo que el Presidente Lagos, en cierta medida, logró con la creación del plan de salud familiar y los CESFAM. En especial con el aumento del gasto público en APS —que pasó del 12% el año 2000 a 28% el 2006—, realmente trató de tener un impacto y cambiar el modelo de atención. Esa proporción nunca ha alcanzado nuevamente el 28%. Además, hay que generar un financiamiento solidario y cambiar la forma y función de los seguros privados.

—Para terminar, ¿con qué sentimientos se queda? Mal que mal se le ocurrió a usted la idea...

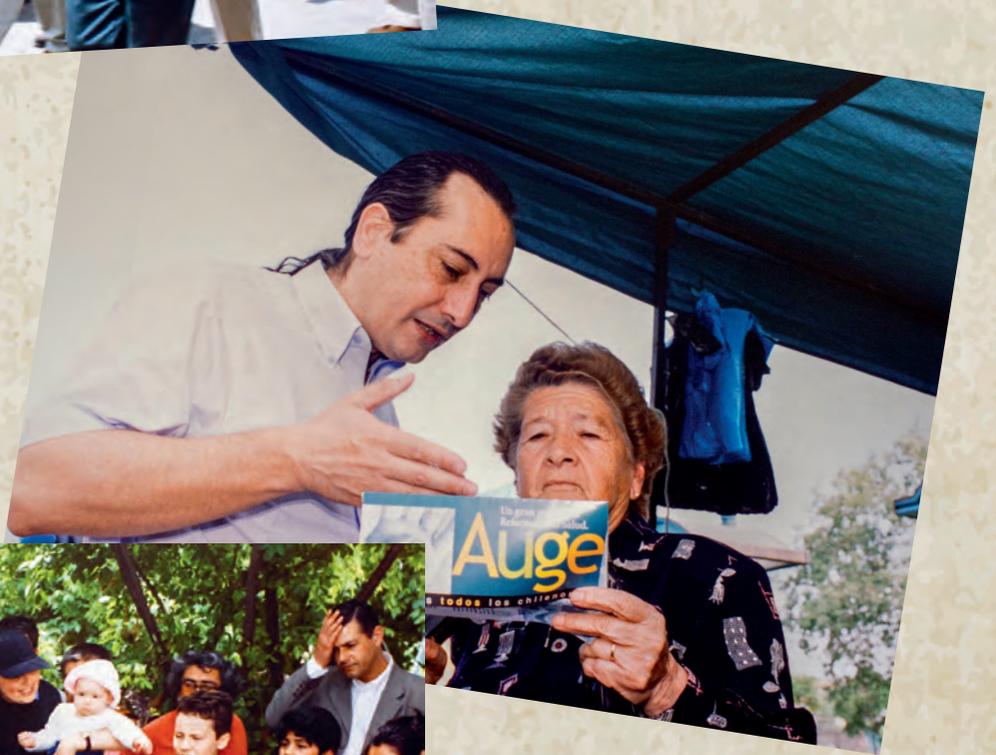
—No olvido aquella frase atribuida a Miguel Ángel cuando pintaba la Capilla Sixtina. Le señalaron: «Maestro, qué maravillosa inspiración», ante lo que Miguel Ángel respondió: «Inspiración un décimo, transpiración nueve décimos». Trabajamos muy intensamente en cada detalle, técnico, político y jurídico. Sin el equipo que formamos y la colaboración de muchos profesionales de los ministerios comprometidos, no habríamos podido llevar a cabo la tarea, la idea pudo haber sido buena, pero ahí está el equipo que ayudó a darle forma. El Presidente Lagos dio el respaldo y los medios para llevarla a cabo. Sin todo eso, habría sido otra buena idea que no se realizó.

—¿Qué siente hoy día? Yo creo que evidentemente es una política pública exitosa.

—Pienso que es exitosa, que se ha ganado la confianza y el corazón de la población, que está teniendo un impacto en la salud de los chilenos, que realmente ha generado modificaciones importantes en el sistema de salud. ¿Qué más puedo querer? ¿Qué más puede esperar uno?

—¿Tarea cumplida?

—Bueno, por mi parte, considero que los proyectos en que uno participa, sobre todo de esta envergadura, es como tener un hijo, y uno cuando tiene un hijo y lo ve crecer y abrirse camino, siente la satisfacción de «tarea cumplida». Con el AUGÉ es lo mismo: cumplí mi tarea hace un tiempo atrás y ahora ver el crecimiento y desarrollo, evidentemente me deja contento, el hijo está creciendo y se está desarrollando. Uno sabe que los hijos son prestados, ellos tienen su propio destino y camino, y en consecuencia, uno sabe que en un momento se quedará atrás.





CELEBRAN FIN DEL PARO.— Con evidente emoción, el ministro de Salud, Osvaldo Artaza, y el subsecretario, Gonzalo Navarrete, celebraron el término de la paralización de la Confusam. Navarrete fue quien llevó el peso de las largas negociaciones.

El acuerdo Artaza-Confusam

Gobierno y gremios de la salud:

Guerra en terreno por el Plan AUGE

En paralelos puerta a puerta, el Gobierno expuso los beneficios, y los gremios, las falencias.

Una guerra en terreno desató el Plan AUGE entre el Gobierno y los gremios de la salud.

Mientras el Presidente Ricardo Lagos, con todos sus ministros, difundió los beneficios de la reforma en cuatro comunas de la Región Metropolitana, los segundos se volcaron a dos para informar sobre los riesgos que éste presenta en términos de cobertura.

Consciente de las resistencias, el mensaje central del Jefe de Estado —en su visita puerta a puerta en la comuna de Ñuñoa— estuvo dirigido al Congreso Nacional, para su aprobación, y a los profesionales y funcionarios de la salud, para su aplicación.

Esto no es en contra de nadie. Estoy seguro de que hay mucho que mejorar, pero lo importante es hacer las cosas. No por temor a que no podamos mejorar todo lo que queremos, vamos a oponernos y a no hacerlas”, enfatizó.

El Mandatario invitó a la población a incorporarse con fuerza en esta tarea que se propone el Gobierno para lograr que efectivamente la salud “sea un derecho de cada chileno y chilena”.

Mientras, a la misma hora —con dípticos y atenciones médicas gratuitas— los gremios de la salud hacían ver el listado de enfermedades no cubiertas por el plan.



CAMPAÑAS OPUESTAS.—Mientras el Gobierno hizo un “puerta a puerta” para defender el AUGE que incluyó al Presidente Ricardo Lagos, los médicos lo criticaron en recorridos realizados casa a casa.



Ministro Artaza acudió a sede del PPD: consiguió 21 votos a favor de la reforma

Doctor Girardi, presidente del PPD, le aseguró que todos sus diputados le darán el apoyo en el congreso.

El PPD comprometió los 21 votos de su bancada a favor de la reforma de salud hoy su candidato al ministerio del Océano Artaza, a dos días de que los votantes en cuatro hospitales y a una reunión en el local de la presidencia nacional, acompañados del secretario ejecutivo, acompañados del secretario ejecutivo del PPD, el doctor de Herceles, se reunieron con sus principales dirigentes, encabezados por Guido Caballero, los puntos más conflictivos.

Lienzo nuevo llamado a sus médicos

El ministro de Salud congresado hoy el PPD y ex presidente del Colegio Médico decidió abrir una instancia de diálogo con los gremios y poder sanear los debates. Especialistas en el Libro Elección.

Artaza dijo que aunque ya ha habido escucha de diálogo con los médicos “200 horas de trabajo” con ellos, según dijo, valorada el gesto del PPD.

Artaza: habrá flexibilidad con la libre elección

El ministro afirmó que el punto central de discusión es el Libro Elección.



Nuestros poco alegres: El doctor Enrique Accorsi, el dirigente Guido Girardi y un serio ministro de Salud, Guido Artaza.

que respaldan al ministro de Salud “no por el mismo, sino por la reforma y porque es difícil”.

Artaza dijo que aunque ya ha habido escucha de diálogo con los médicos “200 horas de trabajo” con ellos, según dijo, valorada el gesto del PPD.

Artaza: habrá flexibilidad con la libre elección

El ministro afirmó que el punto central de discusión es el Libro Elección.

Doctor Accorsi se tuvo que alinear

El presidente del Colegio Médico, Enrique Accorsi, quien hace algunas semanas promovió la idea de restar el apoyo de los diputados en la Cámara de Diputados con el fin de dar más tiempo para conversar con los gremios médicos que fue evidentemente aplicado por el Presidente Lagos que se puso inmediata urgencia a los proyectos, dijo hoy que es necesario trabajar con el mundo médico para analizar los puntos más conflictivos que se han presentado en esta negociación.

ACTIVA JORNADA EN C 4

Ministro Artaza: “Me tocó precipitar una tormenta”

“Yo tampoco podría ser ministro, porque también fui sancionado por la Contraloría”.

“Si de algo estoy orgulloso, es de la eficiencia que le hemos dado a la carter. La recibí con 7 divisiones, y en 15 días las dejé en 3”.

“Hubo una época, cuando yo estaba en el Calvo Mackenna, que creía que había que cerrar el Ministerio de Salud. Pero hoy estoy aquí y mi rol es...”



Artaza se salva en el Congreso y enfrenta antipropaganda televisiva

Colegio Médico lanzará mañana jueves un programa donde “desnudará las debilidades del Plan Auge”. La orden aseguró que la renuncia del periodista Jorge Díaz a la conducción de su espacio, se debe a “presiones del gobierno”.

Artaza dijo que el ministro de Salud, Guido Artaza, se subió al escenario en la Cámara de Diputados para explicar los gastos para la promoción del Plan Auge, la celebración del aniversario del Servicio Nacional de Salud y otros irrogados como la pérdida de cupos en el Hospital Guzmán Frío, sus planes de salud no tienen cómo salir, ya que el Colegio Médico tiene un problema: los últimos años de su nueva carta contra la reforma a la Salud sin presupuesto de inversión.



Los problemas se acumulan en el colegio médico, califone al Plan Auge del gobierno como “puro cuento”.

Salud: Campaña médica anti AUGE llega a micros y la TV

“El AUGE es puro cuento”, se titula la ofensiva del Colegio Médico.

“¡Doctor, péguele a Artaza!”, gritaban unos escolares al ver ayer a los dirigentes del Colegio Médico desplegando un lienzo en la sede gremial y cuyo lema es “El AUGE es puro cuento”. La actividad marcó el inicio de una nueva ofensiva comunicacional de la orden para intentar el fracaso de la reforma que propicia el Ejecutivo.

El duro eslogan va acompañado de una cara de Pinocho y su nariz de madera. De un modo indirecto alude al personaje recurrentemente usado por Artaza como comodín para explicar cualquier problema que atraviesa: “El Principito”.

La campaña costó \$10 millones. Contempla la instalación de afiches adhesivos en los vidrios traseros de 100 microbuses que transitan por el eje Alameda-Vicuña Mackenna. Se mantendrán por un mes.

Y desde el próximo jueves se emitirá en UCV-TV un programa de una hora, en el cual se disparará toda la artillería contra el proyecto “estrella” del Gobierno. Son seis capítulos y, en principio, serían con-

ducidos por el ex lector de noticias de Canal 13 Jorge Díaz.

También se ubicarán seis pancartas callejeras (como las usadas en las últimas elecciones) en Santiago. Se distribuirá una treintena de lienzos de diversas dimensiones en todo el país, 60 mil volantes, 3 mil afiches y casi 20 mil autoadhesivos.

El presidente del Colegio Médico, Juan Luis Castro, exhibió los costos unitarios y totales de cada ítem e ironizó con lo hecho en materia de publicidad por el ministerio de Salud. “A diferencia de las campañas del ministerio, ésta se financia sólo con el aporte de los médicos, no con el financiamiento estatal”, señaló.

Reiteró que la idea de la campaña es mostrar a la ciudadanía las falencias de la reforma. Dijo que “Artaza ha perdido credibilidad para liderar la reforma” debido a “la cantidad de desórdenes” que tiene en el ministerio de Salud y los problemas de fondo no resueltos en los hospitales de todo el país.

MANIOBRA DE QUIEBRE EN C 8

Médicos acusan a subsecretario de intentar un quiebre gremial

Antonio Infante buscó apoyo entre dirigentes regionales para entrar a reunión de presidentes, acceso que ya se le había negado.

VICTOR HUGO DURÁN

Una maniobra del Ministerio de Salud destinada a "quebrar" el movimiento médico contra el AUGÉ denunciaron ayer dirigentes regionales a la mesa directiva nacional del gremio.

Según supo "El Mercurio", el hecho se produjo luego que el subsecretario de Salud, Antonio Infante, se contactó vía correo electrónico con diversos presidentes regionales del gremio para solicitarles participar en la reunión que éstos sostuvieron ayer en Santiago. En el texto les anunciaba que el Gobierno y el Colegio Médico habían logrado variados acuerdos en materias, que desde hace tiempo los facultativos han pedido discusión, situación que aún no se concreta formalmente.

El presidente del Colegio Médico, Juan Luis Castro, relató que el jueves a mediados recibió una llamada de Infante pidiéndole participar en la cita para saludarlos como nuevo subsecretario, pero, a la vez, para referirse a la visión ministerial del AUGÉ. Castro le pidió que formalizara su solicitud para que ésta fuera discutida en la habitual reunión de la directiva de los jueves.

A las 16 horas se le comunicó a Infante que se había negado su participación en el encuentro. Sin embargo,



PINOCHO ANTI AUGÉ.— Los microbuses de Santiago ayudarán al Colegio Médico en su campaña para acabar con el AUGÉ.

en temas como el control ético de la profesión, el diseño de una instancia prejudicial para resolver controversias con usuarios, alternativas de libre elección para incorporarlas a las redes asistenciales y un sistema de acreditación de calidad de la formación médica.

Varios presidentes regionales consultaron a Castro por el mensaje y al saber que ya se había rechazado la invitación cundió la irritación por cuando supie-

Castro dijo respecto de los acuerdos que "esta información es absolutamente falsa. Estamos en presencia de una campaña de desinformación para generar confusión".

El dirigente calificó el despacho de estos mensajes como "acciones divisionistas hacia el interior del cuerpo médico" y "un evidente bypass hacia otros dirigentes regionales" para frenar la campaña del gremio contra el AUGÉ.

"El Mercurio" pidió ayer un procedimiento frente a esta denuncia para obtener

20 de noviembre:

Médicos acuerdan paro anti AUGÉ

Huelga fue definida por las bases hospitalarias de Santiago. Involucra a 8.000 profesionales y no descartan renunciar masivamente.

Los médicos capitalinos se cansaron de esperar acciones duras contra el plan AUGÉ. Las bases de los principales hospitales de la Región Metropolitana, que agrupan a 8.000 facultativos, acordaron el pasado viernes realizar un paro total de actividades el 20 de noviembre, independientemente de si el Colegio Médico convoca a otra huelga anti AUGÉ en los días posteriores.

La decisión se tomó en una reunión de los dirigentes de los facultativos médicos hospitalarios, organizaciones de base del gremio. Allí plantearon que se habían aburrido de esperar medidas más enérgicas e inmediatas de la dirigencia nacional.

La mesa directiva que preside Juan Luis Castro planificó una estrategia ascendente de movilizaciones, que se reactivó el viernes con el inicio de una campaña de difusión titulada "El AUGÉ es puro cuento". Para los próximos días se consideran paros en la V Región y en Santiago y otro a nivel nacional.

Pero a los médicos de base no les satisface este calendario. Temen que si se sigue dilatando la adopción de drásticas acciones, los proyectos de ley comenzarán a ser despachados

en el Congreso, más aún ahora que cuentan con urgencia.

El pasado viernes a las 20 horas los dirigentes capitulares se reunieron con representantes del Regional Santiago del Colegio Médico, según lo explicó el consejero Daniel Valenzuela. "Dijeron que estaban molestos con nosotros, que estaban aburridos de esperar y que quieren una posición aún más activa. Todos están por una movilización dura o definitivamente un paro. No están dispuestos a cosas chicas, sino a algo grande", precisó Valenzuela.

En la cita, algunos dirigentes plantearon que la mejor fórmula que pueden emplear es la renuncia masiva, tal como estuvieron a punto de hacerlo en noviembre de 1992 los médicos de los servicios de urgencia y con la cual provocaron la salida del entonces ministro Jorge Jiménez de la Jara (DC). La idea de ahora es similar.

Por ahora fijaron el 20 de noviembre como la fecha para realizar la huelga y en la cual se mantendría la atención de urgencia.

GASTO CUESTIONADO EN C1 LOS OTROS GREMIOS EN C7

Oficio a la Cámara de Diputados:

La justificación de Artaza para gastar \$606 millones en spots del AUGÉ

Detractores calificaron gasto como "inmoral" y "escandaloso". Ministro plantea que servirá para informar de lo que se hace para superar las brechas en la salud entre los que más tienen y los pobres.

El ministro de Salud, Ricardo Lagos, justificó el gasto de \$606 millones en spots de televisión para la campaña del plan AUGÉ. Lagos dijo que el gasto es necesario para superar las brechas en la salud entre los que más tienen y los pobres. El ministro dijo que el gasto es necesario para superar las brechas en la salud entre los que más tienen y los pobres. El ministro dijo que el gasto es necesario para superar las brechas en la salud entre los que más tienen y los pobres.

que fracamente, en una cosa muy interesante a eso, se le podría rebatir".

Además que "no es lógico que, sin haber promovido la autoridad, la autoridad haga con gastos millonarios que fueran pagados por todo el mundo".

Los críticos consideran que el AUGÉ (Artaza con la segunda intención) es una medida que se refiere a la segunda y tercera intención de la reforma.

Para el presidente del Colegio Médico, Juan Luis Castro, el gasto "representa un uso de los recursos del sector a todos los niveles de implementación, en un momento de incertidumbre, en un momento de incertidumbre, en un momento de incertidumbre".



Campaña de difusión del AUGÉ:

En tela de juicio la legalidad del gasto de \$606 millones en spots

Diputado Patricio Melero (UDI) planteó que se vulneraron restricciones de la Ley de Presupuestos y la Ley del Consumidor, pues se ofreció, en abril, un producto que aún no existe como tal.

VICTOR HUGO DURÁN

Diversos cuestionamientos generó la revelación hecha ayer por "El Mercurio" en torno a que el Ministerio de Salud gastó \$606 millones en la difusión de la campaña del plan AUGÉ en abril pasado, un mes antes de que se despacharan los proyectos al Congreso y a cuatro meses de que comenzara a funcionar el plan piloto. En la campaña, el ministro Artaza aparecía con un recién nacido en brazos prometiendo que "el AUGÉ alcanza para todos".

El diputado UDI Patricio Melero, quien integra la comisión de Salud de la Cámara y presentó objeciones al "desparramo" que a su juicio cometió la cartera, argumentó ayer que una inversión de este tipo es completamente ilegal.

El legislador citó el artículo 16 de la Ley de Presupuestos en el que se establece que los ministerios "no



AVISO.— Este es uno de los spots de la polémica y que fue profusamente difundido por los canales de televisión.

Fines de mes:

Dirigentes ratifican paro de la salud

Dijeron que la movilización es una respuesta al "autoritarismo" del Presidente Ricardo Lagos.

VICTOR HUGO DURÁN

Los dirigentes del Colegio Médico ratificaron el paro de la salud que se realizará el 20 de noviembre. Dijeron que la movilización es una respuesta al "autoritarismo" del Presidente Ricardo Lagos. Los dirigentes del Colegio Médico ratificaron el paro de la salud que se realizará el 20 de noviembre.



OPERATIVO.— Dirigentes del Colegio Médico hicieron un operativo sanitario en Pudahuel y rechazaron el plan AUGÉ.

Dura crítica de especialistas médicos a reforma de la salud

Sociedades científicas se quejaron por la falta de participación y la formación no universitaria consagrada en leyes AUGÉ.

Las sociedades científicas de médicos se quejaron por la falta de participación y la formación no universitaria consagrada en leyes AUGÉ. Las sociedades científicas de médicos se quejaron por la falta de participación y la formación no universitaria consagrada en leyes AUGÉ.

Una dura crítica fue hecha por los presidentes de 54 sociedades científicas y de profesiones médicas a favor de la participación científica de la reforma del plan AUGÉ. En una reunión, publicada ayer, los académicos manifestaron su "preocupación e inquietud" por la reforma, que no permite participar a los médicos en la toma de decisiones.

Oposición acorrala a Artaza por gastos

Si no entrega detalle, Alianza por Chile no descarta presentar acusación constitucional o incluso recurrir a la justicia.

VICTOR HUGO DURAN
El titular de Salud, Osvaldo Artaza, deberá enfrentar hoy la arribera más pesada de la Alianza por Chile para tratar de justificar en una sesión extraordinaria de la Cámara de Diputados las irregularidades y cuestionamientos que han afectado a su cartera en los últimos meses.

Con este telón de fondo y la abrupta salida del ex subsecretario Gonzalo Navarrete (nombrado en 2000 por la Centralista por irregularidades administrativas en el Instituto de Salud Pública), el senador por robo y aparición de equinos en el hospital Gustavo Frickie y la millonaria deuda hospitalaria, 80 legisladores de la UDI y RN citaron al ministro Artaza a una sesión extraordinaria de la Cámara de Diputados.



MÉDICOS Y OPOSICIÓN.—El Regional Santiago del Colegio Médico se reunió con parlamentarios de la Alianza por Chile para explicarles su posición de rechazo al plan AUGE que impulsa el Gobierno.

Médicos ratifican paro metropolitano de un día

Huelga se realizará el próximo miércoles. Regional Santiago planteó su postura a diputados de la oposición.

investió que "es un verdadero escándalo" y que "la eficacia de la campaña ha sido nula, pues el 70% de la población sigue sin saber de qué se trata el AUGE".
"Sobre la defensa hecha por el Presidente Lagos de la millonaria campaña, dijo que "está mal asesorado y no por nada el ministerio justificó la fiesta del SNSO como aséptica y después pidió perdón".
En tanto, el presidente del Consejo Regional...



DULCE Y AGRAZ.—Mientras un millar de médicos protestaba contra el plan AUGE, el Presidente Lagos y el ministro Artaza presentaban el caso de Paula Álvarez y su hija Catalina, beneficiada por el piloto del plan con una cirugía cardíaca.



Lagos suspende la promoción de AUGE ante protesta gremial

El dirigente llamó al gobierno a hacer caso a la solicitud de distintos sectores para debatir la reforma. Al respecto, mencionó el traspaso del subsecretario de Salud, Antonio Infante, en la discusión del proyecto de Autoridad Sanitaria, donde fue rechazado por siete votos a dos un artículo referido a la movilidad de los médicos esp...

LA INICIATIVA TIENE UN COSTO DE \$ 9 MILLONES

Campaña del Colegio Médico contra reforma a la salud será transmitida por televisión

El Colegio Médico emprendió una fuerte campaña comunicacional contra la reforma a la salud, cuyo eslogan es "El Auge es puro cuento", representado con la imagen de Pinocho, el muñeco de madera de los relatos infantiles.

La campaña contempla un programa de televisión que se transmitirá por un canal de señal abierta, afiches que se colocarán en los microbuses que circulan por el centro de Santiago, además de lienzos y volantes informativos que serán distribuidos en hospita-

les y centros sociales. Según aseguó el presidente del gremio médico, Juan Luis Castro, el costo de la campaña bordea los \$ 9 millones, considerando todos los ítemes.

El dirigente afirmó que la actitud del gobierno de colocar urgencia simple a la reforma de la salud y "cerrar las puertas al diálogo" con los gremios, significó una fuerte señal de confrontación, razón por la cual se mantendrán las protestas programadas para noviembre, y no da...

denunció que el gobierno ha intentado quebrar el movimiento gremial a través de distintas vías, pero esas prácticas "no las aceptarán", así como tampoco permitirán que el gobierno señale que se ha llegado a acuerdos con el Colegio Médico en algunos puntos de la reforma, como, por ejemplo, la creación de un sistema nacional de arbitraje en los casos de controversias médico-paciente...

mentiras ni las divisiones. El gremio médico está unido", aclaró.
El dirigente llamó al gobierno a hacer caso a la solicitud de distintos sectores para debatir la reforma. Al respecto, mencionó el traspaso del subsecretario de Salud, Antonio Infante, en la discusión del proyecto de Autoridad Sanitaria, donde fue rechazado por siete votos a dos un artículo referido a la movilidad de los médicos esp...

Médicos especialistas se plegarán a paro nacional en rechazo a Plan Auge

EL CONGRESO DEFINIRÁ LA FECHA DE LA MOVILIZACIÓN LUEGO DE UN RECORRIDO NACIONAL PARA CONSULTAR A LAS BASES

El presidente del Colegio Médico, Juan Luis Castro, explicó que las sociedades científicas están molestas por "no haber sido consideradas en la formulación de los protocolos del Auge".



SE PREVE QUE EL 20 DE ESTE MES LOS GREMIOS DE LA SALUD, INCLUIDOS LOS MÉDICOS, PARTICIPEN EN UNA NUEVA MOVILIZACIÓN NACIONAL EN RECHAZO A LA APLICACIÓN DEL PLAN AUGE.

el Auge. "No seremos la punta de lanza de eso", enfatizó.
Según el dirigente, la única opción para suspender la movilización, es que el gobierno neutralice momentáneamente el envío de los proyectos y los debata con las bases.

"El Auge es puro cuento"
El presidente de los médicos dijo que la campaña masiva contra el Auge, que comenzará el 14 de noviembre, se iniciará con la puesta al aire de un programa en UCV-TV, donde fue invitado a participar el ministro de Salud, Osvaldo Artaza.

A su vez, el presidente de la Confederación de Funcionarios de la Salud (Confusam), Esteban Maturana, calificó como "brutal" la actitud del gobierno al sostener que no hay tiempo para discutir los proyectos. Por su parte, Jorge Araya (Confenats) dijo que "el único que quedará contento con la aprobación del Auge será el Presidente".



- ¡Aquellos que me criticaron lo hicieron por pura mala leche; no tienen remedio!

TAREA DIFÍCIL



— Todos quieren AUGEarme el plan...

VIERNES 10 DE ENERO DE 2002 AÑO 4. N° 62

PUBLICACIÓN QUINCENAL

THE CLINIC

...fírmame junto al pueblo... \$ 300

RECARGO AEREO \$ 50

TODA LA VERDAD SOBRE DUHALDE - LA CARRETEADA VIDA DE LAS PUTAS DE CAMIÓN - MUJERES ASESINAS - ENTREVISTA A MISS PELARCO: SUEÑO DE UNA NOCHE DE VERANO - CURRÍCULUM DE POSTULANTES A LOS CARGOS DE TRIVELLÍN



LA FARÁNDULA DA PARA TODO

NO ES LO MISMO UN COLA DE MINISTRO QUE UN MINISTRO CON COLA

CAMBIO DE GABINETE. Defensa: Ministra Bachelet quiere que la pasen por las armas.
 -Salud: vuelven las colas. Secretaria gral. de gobierno: se acabó el huepeo.
 - Minería: llega Dulanto y el burro declara: "te lo planto".

EXIJA SU SUPLEMENTO : **THE CLINIC** ¡PUTA QUE HACE CALOR!

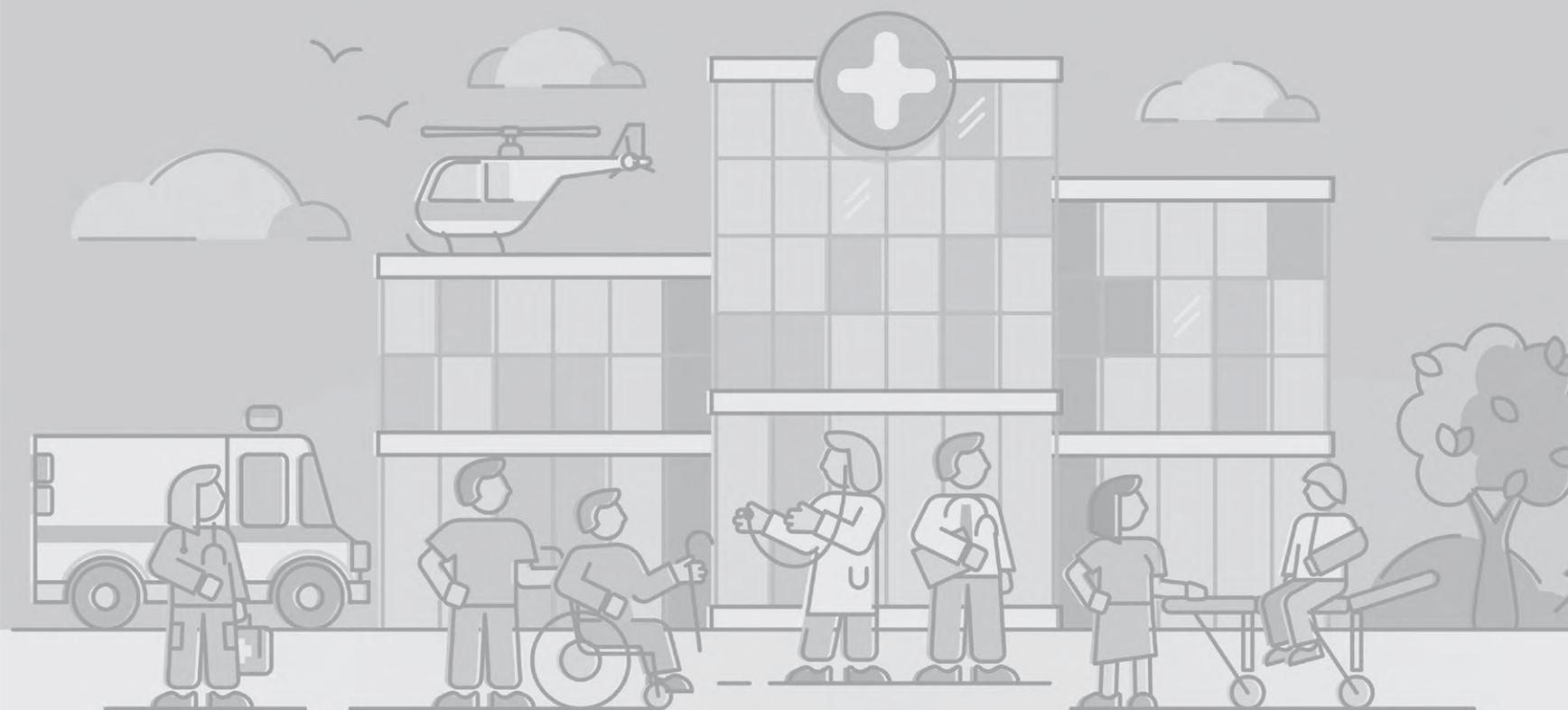


¡BRAVO!
 ¡VIVA EL MINISTRO!!

Tus amigos y colegas de Salveco y C.C.U.



Voces testimoniales



Para llevar a cabo estas iniciativas se necesita tener muchas espaldas políticas y mucha convicción en lo que estás haciendo

*Ernesto Ottone Fernández*¹

El gobierno de Ricardo Lagos nosotros lo preparamos. Cuando digo nosotros, me refiero al grupo de personas que conformamos la unidad estratégica, que éramos más bien intelectuales, es decir, no estábamos en política activa. Mi relación era con Ricardo Lagos, a quien conocía y creía que podía hacer un buen gobierno. Por lo tanto, cuando llegamos a La Moneda, cada uno sabía lo que tenía que hacer. Yo no estaba dispuesto para un cargo de ministro, nada de ese tipo, lo que me interesaba era otra cosa, era ayudar al Presidente de la República, yo no tenía otros compromisos políticos que no fueran esos. Y bueno, trabajamos muy estrechamente con el mandatario esos seis años, había una preparación anterior muy profunda a la llegada del gobierno, sabíamos exactamente dónde queríamos llegar, teníamos diseñados los objetivos y señaladas las metas que queríamos.

Fueron momentos en los que, entre nosotros, nos preguntamos: ¿cuál es el objetivo principal de este gobierno? Y la respuesta que dimos fue que queríamos que el Presidente saliera, después de los seis años, caminando. Sentíamos una tremenda responsabilidad: lograr que el primer mandatario de izquierda en Chile, luego de la tragedia de Allende, fuera percibido como el Presidente de todo el país, y que pudiera demostrar que, desde el progresismo, también era posible darle gobernabilidad a Chile.

En este tiempo nosotros tuvimos que decidir, considerando el contexto que teníamos, lo que significó hacernos algunas preguntas: ¿qué podíamos hacer teniendo la libra de cobre a 70 centavos de dólar? Llegó a estar incluso un poco más bajo y, por lo tanto, no teníamos una gran cantidad de dinero y no estábamos dispuestos a producir un endeudamiento, a tener una fuga hacia delante, porque eso iba a ser pan para hoy y hambre para mañana. Entonces, tuvimos que decidir en lo político y en lo social qué hacíamos. Porque en esa situación, no podíamos hacer tres o cuatro grandes reformas, no teníamos los medios, con la situación económica imperante entre el 2000 y el 2003. Llevar adelante

¹ Sociólogo de la Universidad Católica de Valparaíso. Doctor en Ciencias Políticas de la Universidad de la Sorbone, París A. Trabajó en la ONU, UNESCO, CEPAL. Actualmente es profesor en la Universidad Diego Portales. En el gobierno de Ricardo Lagos se desempeñó como Jefe de Asesores.

un gran proyecto representaba una buena posibilidad. ¿Y cuál era esa gran reforma que había que hacer? ¿Educación? No. En educación hicimos lo que consideramos posible en ese momento. La gran reforma se decidió hacer en salud, y esa fue el AUGE.

¿Por qué salud y por qué el AUGE? Naturalmente, tenemos que empezar por el principio, y el principio es la salud de la población: todo lo demás viene después de estar vivo. Es en ese contexto cuando se toma esa decisión, y también la de implementar posteriormente el programa Chile Solidario, que abordaba la extrema pobreza, porque eso era algo que podíamos hacer con recursos del Estado.

Lo primero fue el AUGE, después conocido como GES. De este modo, comenzamos a centrar el esfuerzo mayor del gobierno en lo social. La apuesta nuestra fue, si nosotros hacemos la conducción en los años difíciles (2001 y 2002), vamos a tener un crecimiento grande el 2003. Para el 2004 y el 2005 esperábamos un crecimiento en torno al 6%; por lo tanto, esa era la apuesta y comenzamos a trabajar el AUGE de manera gradual.

Podríamos haber partido no por 25 enfermedades sino que por 70, pero como patologías desfinanciadas. Así que decidimos comenzar con ese número; es lo que en ese momento podíamos hacer, lo que significó ganar en credibilidad, con un sistema de salud adecuándose al nuevo régimen, tanto el sistema público —que es más grande— e incorporando al sistema privado, para que la garantía explícita, que era el centro de la política, también fuera resuelta por ellos. El Estado, el país, se va a hacer cargo de esto. Fue avanzando y alcanzó a miles de personas.

La construcción que hay en estos procesos es compleja. Para llevar a cabo estas iniciativas se necesita tener muchas espaldas políticas y mucha convicción en lo que estás haciendo. Porque un sector de los tuyos no está por la tarea y en el área de la salud, prácticamente todos los sindicatos y colegios ligados estaban dirigidos por la izquierda, especialmente el PS, y a nadie le gustaba esta idea, era demasiado compleja. Era una solución con la cual construías una forma de universalismo en un proceso gradual; por tanto, la ministra de la época, Michelle Bachelet, tenía toda la presión de esos sectores y ella pertenecía a esa vida, a esa historia, ella era un médico de izquierda —por decirlo así—, por lo que había vivido con esas ideas.

Se empezaron a dar muchas contradicciones entre el Ministerio de Salud y el equipo que estaba conformando por el Dr. Hernán Sandoval, mucho más metido en esta lógica. Que además tenían problemas de carácter, en la política como en la vida, también hay egos, y no fue fácil. Nosotros tuvimos que jugar ahí un rol de mediación entre la ministra y el Dr. Sandoval. Y el Presidente debió tener una enorme paciencia para que esto pudiera ir caminando, porque cuando tú tienes percepciones culturales distintas dentro de tu gobierno y entre las fuerzas que te apoyan, la cosa es tremendamente compleja.

Hubo que tener mucha convicción de que este era el camino y finalmente se logró ir avanzando hasta que se pudo construir el proyecto de ley y aprobar esto, e incluso, con votos de la derecha. Ese sector veía que esto iba a ser muy popular entre la gente, que esto iba a gustar mucho y Lagos tenía en ese momento (2002 y 2003) arriba del 50% del apoyo en las encuestas, por lo que no podían presionar al gobierno, también era una pérdida para ellos. Ellos defendían muchos intereses del sector privado y

naturalmente se negaban en un principio a dar los pasos que significa la Reforma, pero finalmente se trabajó largamente en dialogar con ellos y se tuvieron los votos como para aprobar el AUGE.

Por otra parte, muchas veces se exigió la pureza de una medicina social, porque había intereses muy concretos a los que no les gustaba el proyecto. Por ejemplo, significaba que una serie de privilegios que tenían los médicos se acabaran. Entonces, todo lo que comento lo hizo muy difícil. Inmediatamente luego de que esto se aprueba, el 2005, hay un cambio de humor en los trabajadores de la salud y también en el Colegio Médico. Hubo un cambio muy fuerte que permitió que esto comenzara con bastante rapidez y con mucho apoyo de la gente. Claro, al principio muchos no creían que esto fuera posible, pero cuando empezaron a ver las cifras de las enfermedades y vivieron la experiencia —por ejemplo, que si no había cupo en un hospital te atendían en una clínica—, parecía algo sacado de *Alicia en el país de las maravillas*. No lo creían. Fue necesario generar credibilidad entre la población.

El tema de las comunicaciones fue un aspecto importante; para el momento teníamos dos comunicaciones adversas: la conservadora de derecha, que no quería estos cambios, que pintaba esto como una especie de expropiación de la salud; pero además teníamos una parte nuestra que decía que esto era entreguismo. Dos propagandas adversas; pero ahí es donde el Presidente Lagos muestra su fortaleza, porque él tenía un dicho: «Un Presidente no puede ser Presidente si no es capaz de ser el primer comunicador del país», punto. Hay que tener claro que debemos hacer un esfuerzo extraordinario para generar credibilidad. Y claro, para Michelle Bachelet —que finalmente nunca fue desleal con el Presidente ni mucho menos— era muy difícil hacer esas cosas y se fue a Defensa, donde estaba encantada de la vida y no hubo ruptura del gobierno de Lagos. Nosotros, en el segundo piso, seguimos trabajando, por lo que había que buscar el reemplazo a Michelle Bachelet.

Y vino Osvaldo Artaza. A todo el mundo le preocupaba mucho, porque Artaza se había hecho famoso con la operación de la separación de los siameses. Los ministros tenían que estar convencidos de que este era el camino y así fue. Asimismo, pienso que Artaza y García, siendo los dos muy distintos, tenían una gran capacidad de comunicación. Nosotros recibíamos la información de los ministros que acompañaban a Artaza a las poblaciones y quedaban impresionados, porque la gente se le acercaba como para que los tocara, para que les hiciera sanación, porque tenía esa capacidad histriónica. Y resultó, pues había gente que pensaba que se iba a pasar de revoluciones y lo hizo muy bien; y encarnó, igual García, esa novedad, esta reforma novedosa.

Sintetizando, lo primero es el hecho de las garantías explícitas, que son las garantías del ciudadano. Porque eso significa que no se hace una promesa solamente, se hace una promesa medible, porque se explicitan hechos en el acceso, la oportunidad, calidad y protección financiera. Eso es muy importante y significó una ampliación de la cobertura de la salud, al agregar nuevas enfermedades en función de cómo se desarrollaba el cuadro médico de Chile; es decir, nosotros pasamos de enfermedades de país pobre a país medio con ingresos bastante altos. Lo que significa considerar epidemias distintas y la Reforma se construyó así, de manera gradual, reduciendo las brechas en salud. Es cierto, no se pueden terminar con las brechas en salud, pero estas se pueden reducir, y naturalmente eso significa que es imperfecto, no se promete el paraíso y nosotros no pensábamos que el paraíso era el final del día, sino

ir avanzando en el tiempo. ¡Y bueno! Ahí tenemos el paso de 25 a 56, de 56 a 87. Hacia el 2015 había 12 millones de personas tratadas en patología del AUGE. No es casualidad que Chile lo haya hecho mejor dentro de América Latina.

Si nos ponemos a hacer grandes reformas sin profundizar en ellas, sin ver su sustentabilidad financiera y de todo tipo, puede venir otro gobierno con otras ideas, y las puede echar atrás y destruir. Hasta ahora, ningún gobierno ha tratado, podido o planteado destruir el AUGE. Eso demuestra la solidez que tiene esta Reforma. Ese primer punto, que es la solidez, significa invertir para el largo plazo, dejar ya una línea sobre la cual construirán otros en democracia, uno entrega solamente un suspiro y después vienen otros.

Esos seis años le dieron mucho sentido a mi vida. He tenido una vida muy compleja, donde me ha tocado pasar cambios enormes, situaciones muy difíciles, peligros muy grandes, y he tenido la suerte de salir adelante. Pero esos seis años con el Presidente Lagos me dieron mucho sentido, porque después de momentos tan duros, he podido comprender que, junto al valor de la igualdad tenía que estar el valor de la libertad. Que el gobierno escogiera el Plan AUGE —en momentos difíciles— como la gran reforma fue un acierto enorme del Presidente Lagos y que me tocó compartir con otros y otras. Fue una gran responsabilidad y un privilegio enorme en mi vida.

Esta reforma tiene algunos pilares estratégicos, uno de ellos es que instala a la salud como un derecho exigible, lo que no existía en Chile

Oswaldo Artaza Barrios¹

Para mí, existe un valor fundamental, que es la voluntad respecto de ponerse de acuerdo. Antes de ser ministro, lo que veía era justamente una incapacidad de los actores políticos para ponerse de acuerdo. Requeríamos una transformación en el sistema de salud chileno, existiendo un consenso bastante amplio en el diagnóstico. Este guardaba relación con que Chile había sido exitoso frente a los problemas infectos contagiosos y los temas vinculados con la infancia, la maternidad, el binomio madre e hijo, pero no se estaban abordando los temas relacionados con el cambio de perfil epidemiológico y demográfico. A la época, había también un gran consenso con respecto a que Chile padecía las consecuencias de la fragmentación y la segmentación, lo que nos hacía perder eficiencia y efectividad, por lo tanto, avanzar hacia superar dichas consecuencias era necesario. Dicho esto, se habían hecho numerosos intentos, pero fallidos, durante el gobierno de Patricio Aylwin, donde los esfuerzos estuvieron dedicados a la estabilización de la democracia, y la salud no fue tema.

Tales condiciones generaron mucha expectativa del mundo de la salud, pues se pensaba, que, recuperada la democracia, se iba hacer una reforma. Hay que precisar que esta no estaba en la agenda política del momento, y por otro lado, tampoco el sector político de salud tenía una propuesta sólida con respecto a qué hacer. En consecuencia, lo que hicieron los primeros ministros de Salud en democracia fue administrar lo que venía y tratar de recuperar el sistema público, que estaba muy dañado. La tarea fundamental del Dr. Jorge Jiménez fue levantar el sistema público, no fue otra que «recuperar al muerto», dada la falta de inversión durante el gobierno militar. Con Allende, se invertían 3 puntos de producto bruto en salud y durante el periodo militar bajó a 1,9; sabemos que todos los incentivos se habían puesto en el desarrollo del sector privado. Por lo tanto, al Dr. Jiménez lo que le corresponde es simplemente recuperar la mayor cantidad de inversión posible para el sector público, porque no

¹ Médico Pediatra. Magister en Administración en Salud. Exministro de Salud. Director del Hospital de niños/as Luis Calvo Mackenna. Exasesor internacional de sistemas y servicios de la Organización Panamericana de la Salud. Actualmente es Decano de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas (UDLA).

había calderas, ni ambulancias, ni medicamentos; y el talento humano se estaba yendo a las nuevas clínicas privadas.

En Chile, la recuperación de la democracia no tuvo un correlato en el mundo de la salud, la idea de construcción de consenso; de este modo, la vuelta a la democracia fue vivida como una lucha entre sectores que pensaban distinto y que pesaban políticamente de manera más o menos similar, generando una suerte de empate o de parálisis en nuestro sector.

Mi posición, al respecto, fue siempre considerar la urgencia de la Reforma, dados los diagnósticos compartidos y sobre los cuales había que construir consensos. Y esa búsqueda la jugué teniendo un rol preponderante en las comisiones políticas programáticas que se hicieron para los gobiernos de la transición democrática. Desde la DC, tuve el papel de ser el encargado de salud del partido, y desde ahí, participé en las comisiones programáticas en los distintos gobiernos que hubo y, de hecho, durante la campaña de Ricardo Lagos fui quien coordinó la Comisión de Salud de la coalición. Por lo tanto, viví muy de cerca los encuentros y desencuentros en el propio sector.

Junto con el nivel de desencuentro, crecían las expectativas. De hecho, Ricardo Lagos hace su campaña ubicando a la salud como un gran eje. Para Aylwin, su desafío era la estabilidad de la democracia; Frei había sido el gobierno de las modernizaciones, entonces: ¿cuál iba a ser el sello de Lagos? El Presidente realizó una campaña en la que posicionó a la salud en un lugar que ningún otro mandatario había alcanzado hasta entonces. De hecho, hubo un acto político muy fundamental que se realizó en el Hospital Barros Luco, momento en que el Presidente Lagos compromete la Reforma frente a todos los que estábamos ahí.

Cuando Lagos gana la elección presidencial, las expectativas eran altísimas. Él designa a Michelle Bachelet como Ministra de Salud, quien tenía dos mandatos: uno público, que era resolver un tema de las agendas de los consultorios. Recordemos que la gente tenía que levantarse de madrugada para ponerse a la cola. Pero había otro encargo que era hacer la Reforma. Y lo que hizo Michelle Bachelet fue conformar muchas mesas de trabajo, con distintos temas que tenían que ver con la Reforma, y en la única en la que se logra algo concreto fue en una que tenía que ver con el diagnóstico sanitario. De dicho equipo de trabajo surge consenso sobre los objetivos sanitarios para la década, un trabajo que se hizo durante el periodo de Michelle, pero que finalmente yo tuve que firmar y difundir.

Al iniciar el gobierno, Ricardo Lagos encarga a su amigo, Hernán Sandoval, que coordine la Secretaría Ejecutiva del Comité Interministerial de la Reforma, presidido por el propio Presidente. Entonces, el mismo mandatario señala que es un tema comprometido por él, que va a estar presente y que se hará responsable. Lagos fue un Presidente muy presente en el proceso, siempre se hizo cargo de su promesa de campaña y coloca a alguien muy cercano a él como coordinador de ese equipo. En ese comité interministerial estaba presente el Ministerio de Hacienda, la Secretaría General de la Presidencia, el Ministerio de Salud y el Dr. Sandoval, que ungía como Secretario Ejecutivo. Además, Hernán organizaba un equipo de profesionales para iniciar los aprontes o basamentos para la Reforma.

En paralelo a que la Ministra Bachelet hacía todas estas mesas de trabajo, el equipo de reforma avanzaba en documentos y posiciones, y cada vez que esto se tenía que presentar al comité interministerial,

se generaba una creciente pugna entre Hernán Sandoval y la ministra. Tensión que escaló y llegó a hacerse pública. En esa situación, Lagos percibe que se había llegado a un punto de parálisis, lo que había ocurrido repetidas veces en el pasado; haciendo una caricatura, si no es la reforma que yo quiero, prefiero que no haya reforma; así se estaba viviendo, esa era la realidad. Entonces, se dio la coyuntura de un cambio de gabinete, y Michelle Bachelet podía asumir un nuevo desafío que la posicionaba aún mejor dentro de su carrera política y, por otro lado, era factible colocar a alguien que fuera de confianza, que estuviera al tanto de lo que se estaba pensando y discutiendo al interior del comité interministerial. Ese era yo y, así, asumo como ministro en enero del 2002.

Al hacerlo, puse a un subsecretario de mi confianza; sabía que iba haber resistencia, sobre todo en los gremios, y por supuesto que tenía que buscar a alguien que fuera hábil en el manejo de los mismos. Lagos me sugirió que nombrara al Dr. Infante de Subsecretario. Por mi parte, a Antonio le tengo mucho cariño y respeto, por lo que le dije al Presidente: «Presidente, yo necesito a alguien que maneje a los gremios y sobre todo me ayude con el influyente Guido Girardi». Necesitaba alguien que me cuidara el patio trasero, que me cuidara la casa, para poder concentrarme en la Reforma. La persona obvia para mí era mi compañero de consulta, un amigo querido que era, a mi juicio, un *gallo* que se movía bien en esas cuestiones. Al final, Lagos me dice: «Bueno, es tu responsabilidad», y se acabó la conversación. Entonces ahí llega Gonzalo Navarrete como Subsecretario de Salud.

Luego de duros meses hubo una crisis política en el gobierno, por lo cual Lagos decide sacar a funcionarios del PPD, entre ellos a Gonzalo. Cuando me lo dijo el Presidente, no pude contener el llanto y solo atiné a pedirle que no se lo dijera él, sino que me diera a mí la posibilidad de hacerlo. Fue un momento muy triste y doloroso. Con la salida de Gonzalo entró Antonio Infante, que continuó con Pedro García.

El ministro que asumía colocaba su personal de apoyo de confianza. En vez de eso, pedí que se hiciera un proceso de selección interno y de allí aparecieron Sandra y Jimena, secretarías de todos los ministros hasta la fecha, así como Alejandro en su papel de conductor. Todas las mañanas, a primera hora, ellas me daban a tomar unas gotitas de Bach y con Alejandro se preocupaban de que hubiera un chal y una almohada para que pudiera dormir en los viajes diarios a Valparaíso. Hasta asesoría de imagen me prestaban, ya que nunca había usado corbata ni traje.

Recuerdo que lo primero que hice fue ir caminando desde el ministerio a calle Esmeralda —donde se ubica el Colegio Médico—. Me presenté ahí, lo que fue muy bien recibido, pero la amistad duró poco. La otra cosa que hice fue terminar con esto de la dualidad del equipo de Sandoval y el equipo del ministerio: integré ambos y les dije: «Saben que tenemos tres meses, y es el papel protagónico de los abogados ahora, porque hay que transformar todo lo que se ha trabajado en artículos de ley». En ese momento toman una gran responsabilidad Andrés Romero y Ulises Nancuante, y todos nos ponemos al servicio de este equipo mixto. La mayoría eran profesionales muy jóvenes, y hubo un gran espíritu de colaboración y trabajo. El Presidente nos había puesto un plazo de tres meses. El sentido de urgencia era evidente.

Hay dos hechos comunicacionalmente muy importantes. Primero, la cadena nacional, creo que no hay otro momento en que un ministro haya hecho una, porque normalmente las hacen los Presidentes,

pero en esta ocasión Lagos me pide a mí que haga este acto comunicacional en que anuncio los proyectos de ley. Lo que me costó comprar un terno. Y el otro hecho fue que se hizo un *spot*. El famoso *spot* del AUGE, una decisión del segundo piso. El Presidente me pidió que fuera el protagonista, con una guagua en brazos, porque en el fondo fue usar todo lo que estaba en el imaginario de la gente con respecto a los siameses. Si uno lo piensa fríamente, fue una utilización de lo que era mi capital de confianza, utilización absoluta. Yo lo sabía y me presté conscientemente, pero valía la pena hacerlo por el objetivo. Y lo tengo claro hasta estos días.

En las primeras semanas tuve dos conversaciones reservadas que fueron muy importantes. La primera fue con el mundo de las ISAPRES, para lo cual invité a comer a la Asociación de ISAPRES a mi casa. Se suponía que era una comida reservada, pero ellos al día siguiente la hicieron pública, lo que me obligó a descalificar lo que me estaban proponiendo. Porque habían planteado en esa comida que estaban trabajando en un plan garantizado. Al ser expuesto públicamente, teniendo el problema que tenía con el mundo de la izquierda —que evidentemente no iba a ver bien esa cena privada—, me obligó a responder *tirándoles el mantel*, diciendo que su propuesta no podía ser acogida y explicando por qué no podía serlo. La segunda conversación privada la organizó Patricio Melero con el mundo de la derecha. En esa cena estaba Pablo Longueira, con *los capos* de la derecha de la época; en el fondo me transmitieron que, mientras yo no tocara a las ISAPRES de una manera radical, el problema que iba a tener en la Cámara de Diputados no iba a ser con dicho sector, sino que con los propios.

Efectivamente, en toda la discusión que se dio en la Cámara de Diputados, la derecha tomó prácticamente palco y la disputa fue con nuestro sector. La negociación con la derecha le tocó a Pedro García en el Senado. En la Cámara la confrontación fue con los propios y dentro de estos los peores fueron los de la llamada bancada médica. La tramitación fue muy dura, obligando a muchas conversaciones y negociaciones. Durante un largo periodo se tuvieron que hacer cenas prácticamente diarias luego de las sesiones, en las que participaban diputados, ministros, dirigentes políticos y senadores influyentes como Boeninger y Ominami. Justamente en una conversación con este último surge lo del nombre AUGE: acceso universal con garantías explícitas. Hay que recordar que el acrónimo también fue utilizado para la crítica, recuerdo haber escuchado más de una vez que el significado real de AUGE era Artaza el Único G... Entusiasmado. Progresivamente, luego de mucha discusión, numerosas noches en vela y el humor salvador del Peta Fernández —Ministro de SEGPRES—, que tenía una gran habilidad de alivianar la tensión a punta de chascarros, los diputados fueron convenciéndose de la relevancia del proyecto y para mí el más importante en esta apropiación fue Sergio Aguiló. Sergio entendió rápidamente que esto era una ganancia en derecho para las personas y él lo vio como un avance de la seguridad social. Que al menos se trataba de un conjunto de problemas de salud frente a los cuales las personas iban a contar, efectivamente, con las herramientas para hacer valer un derecho, algo que no existía en Chile hasta entonces.

Al final, los que apoyaron más abierta y decididamente fueron Ortiz, diputado DC por Concepción, y luego Sergio Aguiló, lo que permitió avanzar en conseguir los votos. Porque teníamos parte de los

votos de la coalición y la derecha que se abstenía o votaba a favor. Y poco a poco, con un trabajo que fue muy desgastante, parte de la bancada médica se fue abriendo a los acuerdos.

En cambio, en el Senado era otra discusión, pues eran otros actores. Estaba Edgardo Boeninger, José Antonio Viera-Gallo, Evelyn Matthei, pero a esa altura se necesitaba otro rostro, esto por varias razones: primero, yo estaba desgastado, porque todo el trámite del Parlamento, todo el movimiento de huelga y resistencia de los gremios, especialmente del Colegio Médico, me había cansado brutalmente, a tal punto que en octubre había hablado con Ricardo Lagos y le había dicho que no quería seguir. Hay que decirlo, un par de veces fui a llorar, realmente a llorar, porque estaba tan desgastado que me quebré con el Presidente, y le dije: «Presidente, no aguanto más», a lo que me respondió: «Resiste, resiste, tienen que aprobarse los proyectos en el Parlamento». Apenas esto sucede, lo primero que hago es llamar al mandatario: «Presidente, ya están aprobados en la Cámara de Diputados», y me dice, «espera, espera, ya conversaremos». Ricardo Lagos estaba buscando el momento de hacer un cambio más global para su gabinete. Así que no tengo más que palabras de agradecimiento hacia él, porque la deferencia y el cuidado que tuvo conmigo fueron realmente impecables.

Me gustaría, porque es importante, retratar lo que fue mi equipo más cercano.

Nadie quería ser mi jefe de gabinete, llamé a varios, pero nadie aceptó. Tengo una lista de nombres grande, muchos me inventaron razones, pero yo sabía cuál era la principal: el equipo que iba asumir era un equipo suicida. Entonces, quienes tenían perspectivas políticas futuras no querían quemarse. Y ahí llegó una joven administradora pública, Carolina Rojas, que se desgastó prematuramente y a quien no supe o no pude cuidar. Luego asumió Claudia Miralles, quien se llevó el grueso del desafío. Claudia se consumió porque hizo su pega, pero significó también sacrificarse, a tal punto que pasó a ser el fruto preferido de la prensa y cuando eso sucede, la situación se vuelve imposible. Tuve al final que colocar alguien de bajo perfil, un funcionario interno del ministerio, Luis Hormazábal, porque la situación de Claudia era imposible de sostener. Era un síntoma de lo que había significado todo el desgaste, un proceso que se puede metafóricamente expresar como *una moledora de carne*; fue de una intensidad terrible. En todos los libros de gestión del cambio te dicen lo que no hay que hacer, y lo tuvimos que hacer, a sabiendas, porque no había tiempo para cuidar todas las cosas que uno normalmente debería en un proceso de transformación tan tremendo.

En este contexto, fue muy curioso lo que pasó con la ciudadanía. Esta tenía una altísima valoración a que se hiciera la Reforma, pero cuando le preguntaban si entendían el AUGE, decían que no. Era muy curioso, porque la gente realmente quería la Reforma. De hecho, por eso los parlamentarios terminaron votando a favor y se logró una votación altísima. Incluso, nosotros promovíamos que las votaciones fueran televisadas, porque los diputados sabían del fuerte apoyo que existía en la ciudadanía. Aun teniendo ese apoyo, la gente no comprendía, seguramente por la complejidad del tema y porque obviamente los medios de oposición querían sacar a colación que la gente no entendía el AUGE. De hecho, hay varias caricaturas en los diarios al respecto.

El tema de las comunicaciones, entonces, no era menor porque, evidentemente, era una posición de altísimo riesgo y la verdad es que los equipos se quemaron. Tuve varias colaboradoras y colaboradores.

Clara Pérez, Carola Aránguiz, entre otras. Con Clarita, los gremios se tomaron el ministerio, con todas las consecuencias para la Jefa de Comunicaciones. Carola fue quien sostuvo una parte importante del proceso.

El punto está en que si la gente no entendía la Reforma, había que mostrar de manera concreta su significado. Por ello se escogieron tres problemas dentro de los 56 que eran los originales y surgió la idea del Plan Piloto: ¿cuál eran los problemas más factibles para llenar la brecha? Evidentemente, lo primero que pensé fue en los niños, que era la parte que yo conocía, las cardiopatías congénitas, leucemia linfoblástica, porque sabía de eso por trabajar tantos años en el Hospital de Niños Calvo Mackenna. Al pensar en los adultos, me dijeron desde el ministerio: «Mira, vamos sobre seguro con lo de la insuficiencia renal, la diálisis». ¡Gran error! Porque nos fue mucho mejor con los niños.

Esta Reforma tiene, a mi juicio, algunos pilares estratégicos esenciales; uno de ellos es que instala a la salud como un derecho, lo que no existía en el país. La Constitución de Chile declara que puedes escoger entre el sector público y el privado, pero con la Reforma se instala como un derecho exigible. Lo segundo es que se constituía en una suerte de salto cuántico desde el punto de vista de la equidad, porque las personas con problemas de salud con mayor mortalidad y pérdida de vida saludable y más años de discapacidad, estaban entre los estratos socioeconómicos más pobres, por la fuerte presencia de las determinantes sociales y una diferencia abrumadora desde punto de vista del acceso, o sea, recibir una respuesta del sistema de salud. Frente al cáncer de mama, por ejemplo, si eras una mujer que vivía fuera de los grandes centros urbanos, o eras una mujer indígena, o una mujer pobre, las posibilidades de sobrevivir eran inciertas, y la Reforma lo cambió radicalmente. De esta manera, ya no es tu condición socioeconómica, ni tu lugar de origen, ni tu etnia lo que determina que puedas acceder o no a una cierta prestación. Y un tercer pilar es que se tensiona al sistema de salud; debe girar desde su orientación infectocontagiosa, binomio madre e hijo, hacia las patologías que estaban y están generando los mayores problemas desde el punto de vista del impacto en mortalidad y la calidad de vida. El AUGE logra un viraje en esas tres áreas.

Se pudo haber hecho más, por ejemplo, en cuanto a más participación, más negociación; pero frente al mandato de hacer la tramitación en breve tiempo no era posible. Uno entiende que, entre mayor es la complejidad de una transformación, mayor es el tiempo y el nivel de involucramiento que necesitas de los incumbentes, y eso que sabes en la teoría no se pudo aplicar. Hoy día lo asumo como parte del costo, alguien tenía que pagar ese costo y fue un equipo, no solo el ministro, sino que todo un grupo humano.

La experiencia de que lo vivido me dice que nunca más en mi vida debo liderar un proceso de cambio sin las condiciones de cuidado, no solo para mí, sino para todo el equipo que me acompaña. Por cierto, hay que reconocer que fue un proceso épico, porque en ese año, quienes estábamos en ese momento, palpamos, sentimos en el cuerpo que el beneficio, el sentido, valía la pena, valía el costo. Pero dicho costo fue excesivo. Hubo momentos de mucha tensión y polarización también al interior del ministerio. Muchos profesionales y funcionarios estuvieron legítimamente en desacuerdo y otros incluso percibieron no ser tratados adecuadamente en un proceso cuya velocidad no daba tiempo para

cuidar. Con los años, algunos se han acercado generosamente a mí y han permitido de alguna manera reparar dolores. El clima interno, a momentos, fue tan duro, que se tradujo en filtraciones a la prensa que aumentaban la desconfianza y dificultaban la colaboración.

Había vivido momentos duros de cambio en tiempo de dictadura. Lo viví en Mulchén, en los tiempos de protestas organizando y trabajando con la comunidad; lo viví en el Hospital de Niños Calvo Mackenna, como una suerte de hospital piloto, como un hospital público que se modernizaba, que se la podía. En lo personal, había vivido procesos de exposición y de cambio, en distintos momentos, pero nunca en una escala de tal magnitud.

Es evidente que se pudo haber hecho más, que pesó mucho lo de la «política de lo posible» y que cometimos algunas desprolijidades en la vorágine de cumplir con el encargo, que fueron festín para algunos medios de comunicación y que contribuyeron al desgaste del equipo. Lo que más lamento es no haber tenido la visión y más fuerza para haber convencido al Presidente de aprovechar el momento de la Reforma para repensar la relación contractual con los médicos —como sí lo hicimos con el resto de los trabajadores del sector—, ya que, a mi juicio, ellos son el principal agente, especialmente en los hospitales, que determinan producción y calidad, y todos los incentivos estaban y siguen estando para que ellos privilegien la actividad privada. Cuando se lo sugerí al mandatario, escuetamente me preguntó si quería Reforma o no, ya que era imposible abrir nuevos frentes.

Y queda el aprendizaje: las reformas requieren de voluntad política, porque si no hubiéramos tenido el apoyo indeclinable e irrestricto del Presidente, esto no hubiera tenido ningún destino. Entre más importante es el tamaño de la transformación, más el capital político del punto de vista del líder. Lo segundo, la capacidad de flexibilizar en el momento de la negociación con los distintos actores, de co-construir la solución final. Los proyectos de ley que ingresaron evidentemente fueron modificados y eso requirió de un gran esfuerzo de articulación. Por lo tanto, diría lo siguiente: entre más grande es la reforma que tú quieres hacer, es más el capital político que se debe colocar en la mesa y más la flexibilidad para poder buscar acuerdos y consensos. Y esta Reforma tuvo esos dos ingredientes.

Me quedo con la sensación, después de dos décadas, de que la Reforma de la Salud, el Plan AUGE, es una de las pocas políticas públicas instalada y transversalmente sostenida como exitosa. Hay dos iniciativas que, a mi juicio, son percibidas así: el AUGE y Chile Crece Contigo. Haber sido parte de un proceso en el cual aportas a una política pública, que al final es percibida por todo el mundo como algo beneficioso, me deja feliz.

Llegará el momento —a propósito de la convocatoria por los 20 años del Plan AUGE— de realizar una reflexión colectiva que se pregunte cuáles son los elementos necesarios para generar una política pública como el AUGE, que sea vista positivamente por toda la ciudadanía. En un país que hoy se percibe tan polarizado, instalar políticas de Estado resulta muy dificultoso; entonces, reflexionar desde los éxitos es muy importante. Porque normalmente uno lo hace desde los fracasos, que es válido, o desde los problemas, que también es legítimo; pero también puedes indagar desde lo que funcionó, con todos los bemoles, errores e insuficiencias. Creo que esta reflexión a los 20 años del Plan AUGE es tremendamente válida.

Hay que entender que la Reforma parte con fijarse sentidos sanitarios para la década y es una buena lección de cómo se debería formular una propuesta de política pública

Andrés Romero Celedón¹

Fue en el año cuando asumió Osvaldo Artaza, la Jefa de Gabinete y todos sus principales asesores, y consideraron estratégico que la jefatura de la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud estuviera a cargo de alguien de confianza, que además tuviera la capacidad de liderar el proceso legislativo que venía en torno a la Reforma. Ellos me conocían y me llamaron; era bastante joven, tenía 27 años y me entrevisté con Osvaldo, quien me invitó a ser parte del equipo.

Me encontré con un equipo con mucha experiencia y eso fue una cuestión bien clave, porque en el Departamento Jurídico del Ministerio de Salud había tres abogadas y dos abogados, pero principalmente tres mujeres de una enorme experiencia en Derecho Sanitario. Ellas fueron un puntal bastante importante para efectos de desarrollar, no solo el trabajo de la Reforma, sino que también el trabajo del día a día del ministerio, que también había que hacer. Junto con ello, se integró al equipo gente que yo conocía de la Universidad de Chile, que habían estudiado conmigo y que en el fondo tenían una visión un poco más política de las cosas.

Entonces teníamos un equipo que combinaba experiencia y juventud, con distintas habilidades y aptitudes; entre ellos estaba Sebastián Pavlovic, que posteriormente fue Superintendente de Salud, y Tomas Jordán, quien hoy día es un reconocido constitucionalista de la plaza. Creo que se armó un equipo con bastantes fortalezas. El trabajo fue potente desde el primer día, había una comisión técnica para la Reforma de la Salud, pero como son procesos que llevan decisiones políticas, finalmente tienen que asumir los ministros, y tienen que ser llevados por los ministerios. No puede estar a cargo de organizaciones laterales, más aún que esta Reforma tenía que ser completamente negociada, conversada y discutida con el Ministerio de Hacienda.

¹ Abogado de la Universidad de Chile. Máster en Gobernabilidad y Gestión Pública, Instituto Ortega y Gasset, España. Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional de Energía. Jefe de la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud en el contexto de la Reforma de la Salud.

Entonces, recuerdo que el primer mandato que me dio el Ministro Artaza fue que el Comité Político de Ministros que se había constituido para la Reforma era clave. Lo integraban el Ministro de Hacienda, el Ministro Secretario General de la Presidencia, el Ministro de Salud y un par de ministros más cuyos nombres no recuerdo. Este comité le pidió al Ministro Artaza que le propusiera una estrategia político-técnico-administrativa, ese fue el primer encargo. Lo que propusimos en ese momento fue no presentar un gran proyecto de ley, porque eso significaría quedar estancados durante años en el Congreso y no lograr avanzar en nada. En cambio, propusimos dividir los temas y avanzar por partes: que si ingresábamos un proyecto a la Cámara de Diputados, tramitáramos otro en paralelo en el Senado. Y, en realidad, esa fue la estrategia que seguimos.

Efectivamente tramitamos primero la ley del AUGE, después vino la ley de reforma a la organización del ministerio, servicio de salud y autoridad sanitaria. Luego, las reformas a la ley de ISAPRES; en el fondo, la estrategia fue ir mostrando logros, de tal manera que la presión política, el esfuerzo político, el empuje político, no se perdiera.

Fueron dos o tres años de trabajo muy intenso, además marcados por una fuerte labor legislativa dentro del gobierno, ya que después de cada sesión continuábamos trabajando con el equipo. Hubo una colaboración muy estrecha entre el equipo de Salud y el de Hacienda, conformado por Marcelo Tokman; Consuelo Espinoza, economista del Ministro de Hacienda, y también Jaime Crispi —que en paz descanse—, economista de la DIPRES. Tres grandes profesionales, economistas, con quienes hicimos un trabajo intenso, interesante y que nos llevó a los proyectos de ley y aprobación de la Reforma.

Esa estrategia que se pensó al interior del Equipo Jurídico se conversó con el Equipo de Hacienda, de tal manera de llegar a esta reunión con el Comité de Ministros un poquito con acuerdos. También integraba el comité el senador Edgardo Boeninger, que era designado. Entonces, el Presidente Lagos le encomendó a Boeninger que actuara con una estrategia política para llevar adelante la Reforma y eso fue clave para efectos de poder cumplir los lineamientos políticos.

Debo resaltar el empuje que tuvo el Ministro Artaza, primero por el desgaste en la primera etapa al enfrentar al Colegio Médico especialmente y a una Cámara de Diputados que tenía una visión del mundo más de izquierda, distinta a la propuesta que se venía desde el gobierno. Ellos planteaban una universalización total, una estatización del sistema sanitario, y en el fondo no creían en la estrategia de priorización de problemas de salud y patologías que tuvieran una necesidad explícita, sino que hablaban de universalización. La primera etapa, la discusión en la Cámara de Diputados, fue bastante compleja, básicamente por la posición del Colegio Médico y porque en las filas del gobierno no había mucho acuerdo. Creo que fue clave el liderazgo del Presidente Lagos; fue inolvidable cuando se enfrenta al Colegio Médico, en ese tiempo con Juan Luis Castro, y les dice que «en la mañana trabajan en lo público y en la tarde en lo privado», y los contrapone con sus intereses. Evidentemente, hubo un empuje del Presidente en torno a esto, también del Ministro de Salud, gastando mucho el capital político que tenía; era un personaje famoso, con buena adhesión en la ciudadanía, pero en el fondo lo que hizo fue gastar capital político en la pasada por la Cámara de Diputados.

Dentro del ministerio se armó un equipo súper potente: estaban la Dr. Aguilera, hoy Ministra de Salud y Jefa de Epidemiología en ese tiempo; el Subsecretario, Dr. Fernando Muñoz, había un equipo muy fuerte. El equipo técnico del ministerio contaba con gente muy capacitada que supo combinar lo técnico-sanitario con lo jurídico y la estrategia política. Todos muy convencidos de lo que se estaba planteando, con una elaboración de política pública robusta.

Por primera vez estábamos garantizando derechos sociales que podían ser exigibles constitucionalmente. Nosotros siempre decíamos que cuando uno entraba a estudiar Derecho —en esos años en Derecho Constitucional—, te decían: «Los derechos civiles se garantizan», y tú podías ir y garantizar un recurso de protección por mi derecho a la libertad individual, etc., pero los derechos sociales de las constituciones no se garantizan. ¿Por qué? Porque en el fondo son ilimitados. Por primera vez estábamos garantizando garantías explícitas para un derecho social, entonces desde el punto de vista filosófico, político, era muy disruptivo que la izquierda fuera contraria a esta idea de garantizar y más bien fueran por esta idea de la universalización más etérea. Desde el punto de vista político, fue un tremendo logro como bandera de la izquierda. La fuerza del proyecto estuvo en mantener esta idea de que lo relevante era que cómo íbamos a lograr estos objetivos sanitarios, desde la perspectiva del bien común, de la ciencia y no del que tenía más llegada o desde el médico en su consulta.

Para mí y para el equipo que se formó, era un desafío maravilloso. Estar en una reforma histórica, relacionada con un tema tan clave para las personas, era una tarea como de las que te empujas solo. Puedes trabajar los siete días de la semana y hasta tarde, porque estás comprometido con una causa hermosa. Y una de las cosas que nos inspiraba era que, como abogados, estábamos haciendo historia: por primera vez se van a garantizar estos derechos sociales, es inédito. Y lo otro, salud es un sector tremendamente interesante, tiene una historia, especialmente en Chile, de una mirada transversal de la política y empiezas a aprender que se pusieron de acuerdo el Dr. Cruz-Coke con el Dr. Allende, y se crea el Servicio Nacional de Salud, e incluso en dictadura se mantienen los planes de alimentación complementaria, las campañas de vacunación. El Dr. Jorge Jiménez escribió un libro hermoso que se llama *Angelitos salvados*, que cuenta cómo las campañas de vacunación salvaron a cientos de miles de niños que antes morían y cómo se priorizó la enfermedad infectocontagiosa y la salud del niño y la mujer, para que no muriera postparto. Entonces, cuando a ti te dicen «oye, mira, en Chile tenemos la misma expectativa de vida que en Estados Unidos», pero gastamos un quinto, te das cuenta de la historia que ha salvado vidas, que ha hecho que esta población tenga una mejor calidad de vida. Por lo tanto, ser parte de esa historia ha sido hermoso, era algo que inspiraba, que te movía y daba energía.

Siempre nos vamos a acordar de que nos tocó una Comisión de Salud en el Senado que era espectacular. La verdad, trabajar con ellos fue de los aprendizajes más interesantes de mi vida técnico-política. En esa comisión estaban el senador Viera-Gallo, la senadora Matthei, Boeninger, el senador Ríos de la DC, el Dr. Mariano Ruiz-Esquide. Después, Alberto Espina reemplazó a Ríos, eran de un compromiso para tratar los temas con profundidad y no caer en la trinchera política, sino más bien traer el tema de fondo y hacer un trabajo muy serio; había un compromiso real y honesto por meterse realmente en los temas y discutirlos.

En ese tiempo no había redes sociales digitales y como anécdota simpática tengo dos inolvidables: estaba recién asumido, llevaba dos meses y un sábado me llaman al celular que me había dado el ministerio y del otro lado se escucha la voz del Ministro del Interior, José Miguel Insulza, que estaba buscando el teléfono del Dr. Artaza, entonces digo «quién me está molestando». Yo pensé que era un amigo y señalo: «Ya para, huevón, si ya te caché». Entonces Insulza se enoja y me dice: «Soy el Ministro del Interior, ¿me va a dar o no me va a dar el teléfono del Ministro de Salud?». Era Insulza, así que le digo: «Espere, ministro. Chao, ministro, hasta luego», y luego me llama el Dr. Artaza y me dice: «Oye, media puteada que le mandaste a Insulza».

La otra anécdota simpática: estábamos en el Congreso, íbamos a tener una reunión reservada en un hotel en Valparaíso, organizada por la SEGPRES. En ese entonces el Ministro de Salud era el Dr. Pedro García, y me dice: «Oye, anda a buscar al Peta, y dile que si va o no va la reunión en el hotel equis». Y veo en un pasillo al Peta, al Ministro Fernández, y le digo: «Ministro, dice Pedro si va o no la reunión en el hotel tanto», y él se da vuelta y me dice: «Pero cállate, huevón», era bueno para la chuchada, y agrega: «Putá que la *cagai*, cabro, puta huevón». Me debe haber visto tal cara de asustado que se disculpa: «Putá, cabro, disculpa, me fui al chanco, pero puta que la cagaste, si esta *huevá* es secreta».

Tenía exactamente 27 años. Creo que es inolvidable la relación con los ministros, con el senador Boeninger. Escribí un libro sobre la Reforma de la Salud con Ulises Nancuante y el prólogo estuvo a cargo Edgardo Boeninger y la senadora Evelyn Matthei. Una vez, a propósito de anécdotas, estábamos en una sesión en el Senado y defendí con mucho ardor un punto y entregué muchas razones; entonces Boeninger me dice: «Don Andrés, usted puede tener toda la razón, pero ¿sabe qué? No tiene los votos». Esa fue una lección, fue una maravilla para alguien que estaba ahí, siendo joven, tener esa relación con ministros como Eyzaguirre, Mariano Fernández, Boeninger y los otros senadores.

Algunos aprendizajes que quedan; primero, que es muy importante poder definir una buena estrategia legislativa: cómo empezar, determinar el tiempo y el tipo de tema, porque en un proyecto de ley no es necesario que los abordes todos, ya que hay un largo camino parlamentario que puede modificarse. Entonces, una estrategia legislativa adecuada, que entienda cómo se van a mover los actores, es bastante clave.

Lo segundo es que creo que en el proceso de formulación de políticas públicas hay que ser súper riguroso, y en este caso se actuó de esa forma. En el fondo, la fundamentación del proyecto de ley era muy robusta, con un buen diagnóstico, objetivos y medios. Otro aprendizaje, pues no lo hicimos, fue que en paralelo del diseño de esta política, tendríamos que haber tenido un equipo pensando cómo se iba a implementar, cuáles eran los nudos claves para que estos derechos fueran efectivos. Montar un equipo de implementación a tiempo, en esto fuimos tardío. Cuando estábamos saliendo del Congreso fuimos armando el equipo de implementación. Y la verdad que, si ese equipo estado operativo desde el día uno, probablemente se hubieran sumado algunos aspectos legislativos, como los hospitales autogestionados y sus facultades, o si se van a requerir tales recursos. Por ejemplo, uno dice, hay listas de espera AUGÉ, pero no debería haber listas de espera AUGÉ. ¿Por qué? Porque son derechos, la ley dice que si no se cumple, el Estado va a mandar al usuario a un privado. Por otro lado, la gente, hasta el

día de hoy, no entiende los derechos, no los conoce. Nosotros dijimos que el médico tiene la obligación de informar y no, eso fue un error. Hubiéramos dicho cómo se va a implementar esto en la práctica. Faltó empoderamiento de la gente y ahí el problema de cómo pensamos la implementación.

Entiendo que las evaluaciones que se han hecho han sido positivas, que los objetivos se han ido cumpliendo, que la vida saludable se ha ido ganando por las prioridades que existen. Si la evaluación es positiva desde el punto de vista de los objetivos, vamos entonces a un AUGE 2.0, donde realmente empoderemos a la gente, se cumplan los derechos y se informe a las personas para que los ejerzan. Recuerdo, por ejemplo, que planteamos un fondo solidario entre ISAPRE y FONASA, y yo creo que esa idea debería ser revisada a futuro.

Siento un enorme orgullo al ver que, en mi propia familia, todos han recibido alguna atención garantizada: mi madre, que es adulta mayor, tiene acceso a sus medicamentos; mi cuñada puede acceder a tratamiento psicológico. Son cosas que antes no existían y que hoy están al alcance. Por lo tanto, me llena de orgullo que las enfermedades más comunes tienen acceso, garantía y en el fondo la Reforma sí ha tenido impacto sanitario. Sentirse parte de una posta que viene del Servicio Nacional de Salud (SNS) —y que ha venido a salvar vidas— me llena de orgullo. Pero a la vez me indigna que se hable de lista de espera AUGE a 20 años del proyecto, porque una garantía era la oportunidad y justamente hicimos una norma para que se cumpliera. La Superintendencia de Salud tiene que actuar y el prestador pagar, y creo que no se da en muchos sentidos. ¿Por qué? Porque la gente no sabe que tiene un derecho, hay una mesa coja. Esta idea del ciudadano empoderado es la pata que falta y por eso digo que me alegra por un lado, pero asimismo indigna que no estemos cumpliendo con una garantía social.

Desde la lógica del gabinete, era como generar las condiciones para que las autoridades tuvieran un clima de conversación adecuado

*Claudia Miralles Abarca*¹

Llegué al gabinete del Ministro de Salud, en ese entonces Osvaldo Artaza, porque había tenido varias dificultades en la cartera, entre otras, tres paros de profesionales. Recuerdo que había un cuestionamiento bien severo al manejo político que había en la cartera por parte del ministro y del subsecretario, mucho conflicto, y fue divertido porque Osvaldo no me conocía y entonces le recomendaron a una señora que tenía mucha experiencia en la política. Yo tenía 32 o 33 años, fui a la entrevista con el Ministro y él no me reconoció porque esperaba a una señora, me dijo: «Usted no es», «¿cómo usted no es?», le pregunté, «soy Claudia Miralles», y me reitera: «Va a venir una señora». «Bueno, yo soy esa señora, Ministro», le respondo.

Él necesitaba mucha ayuda, y tenía que ver con cómo cambiar la conversación al interior del ministerio, el estado de ánimo, que estaba muy convulso, las conversaciones con la prensa, porque había un severo cuestionamiento. En ese entonces, los medios más bien se referían de múltiples formas a las malas relaciones entre el ministerio y la Comisión de Reforma de Salud y, obviamente, se trataba de echar andar un clima de acuerdos para que la Reforma fuera posible.

Mi aporte fue ayudar al Ministro y al Subsecretario a organizar lo que implicaba una reforma, por de pronto, cinco o seis proyectos de ley, como una primera cosa. Generar un clima de encuentro al interior del ministerio y minimizar la pelea política. Entonces, se tenía una cosa que era el G4: el ministro, el subsecretario, dos jefes de gabinete, era una pega súper intensiva que tenía como objetivo organizar capas: la capa 1, los servicios autónomos de salud; la capa 2, los directores de servicio de

¹ Gerente de Comunicación Estratégica de Imaginacion. Asistente social y comunicóloga. Ocupó el cargo de Jefa de Gabinete del Ministro de Salud Osvaldo Artaza. Colaboró con la gestión de la crisis energética del año 1999 como Jefa de Gabinete del ministro presidente de la Comisión Nacional de Energía. Participó como productora ejecutiva de la VI Reunión Internacional de Responsabilidad Social ISO-Chile 2008, organizada en Chile. Subgerente de Relaciones Institucionales en la Empresa Nacional de Minería (ENAMI). En el ámbito internacional participó como asesora de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), tanto en la Dirección Regional como en el Área de Género y Empleo. Ha dictado clases en torno a metodología de trabajo con comunidades.

salud; la capa 3, los SEREMIS; y armar con ellos muchas jornadas porque había mucha desinformación. Particularmente, la tarea de integrar lo que estaba haciendo la Comisión de Reforma con el gabinete, con la línea del ministerio, que era un *tango* súper descompasado. Esta estructura había que hacer que cuajara, ponerle un método de conversación con el Parlamento; había que hacerle un guiño al Parlamento de la época.

Se trataba de generar una conversación interna con el Parlamento, con la sociedad civil y con los incumbentes, el Colegio Médico. Juan Luis Castro estaba de Presidente del COLMED, muy en contra, muy en una conversa enconada con la Reforma. Osvaldo Artaza como ministro había tenido paros, con permanente amenazas de movilizaciones, y la razón era porque no se conversaba. Desde la lógica del gabinete, era como generar las condiciones para que las autoridades tuvieran un clima de conversación adecuado, lo que finalmente logramos y se generó un ambiente de acuerdos. Yo me fui un poquito antes que el ministro. Mi compromiso fue que yo lo acompañaba hasta la tramitación en la Cámara de Diputados y que después se requería un segundo viento, otro nivel de competencias.

Diría que Osvaldo Artaza es muy reservado y poco conversador, pero un gran escuchador y un gran comunicador, porque escucha mucho. En esta línea, la tarea más grande fue escuchar, recoger, conversar y construir esos acuerdos en materia de los proyectos de ley. Hay que decirlo, fue mucha gente la que ayudó para que saliera la Reforma, que implicó un cambio cultural: la cultura de priorización, pues no era razonable que los más viejos no vieran, que tuvieran cataratas; no era razonable que a los niños con cardiopatías no se les tratara; no era razonable que las mujeres pariéramos sin anestesia. La anestesia era como un recurso de mujeres de sectores acomodados, y fue de las cosas que a mí me conmovió de esta Reforma: en cada sector o en cada grupo etario había una cierta vulneración de derechos que la Reforma puso al centro.

En el plano de lo más anecdótico, como no conocía al ministro, pensaba que Osvaldo había hecho la operación de los siameses como cirujano, no que era el gestor y comunicador de la operación; así como él esperaba a una señora muy adulta, muy de contextura gruesa, y yo era una señora muy joven y extremadamente delgada. Yo venía del gobierno del Presidente Frei, de ser Jefa de Gabinete para la crisis eléctrica, o sea, si había algo que tenía corporizado, eran las crisis. Por lo que la magnitud del desafío me quedaba claro, sabía que la Reforma de la Salud era lo más importante para el Presidente Lagos. En el primer cónclave que hizo el mandatario, comunicó sus hitos más relevantes: entre estos, cambiar la manera de cómo se hace salud.

Otro aspecto para señalar es el ritmo de trabajo, que era realmente 24/7, de lunes a lunes y con una cosa muy áspera entre la DC y el PPD, muy politizada, hasta había un comité político en salud, que fue parte de los infiernos que tuve después. Entonces el ordenar el trabajo también fue teniendo costos, fue acumulando fuego amigo al interior del ministerio; probablemente, y lo pongo así en perspectiva, a los 32 años uno solo avanza y mira poco lo que va pasando en el entorno, y quizás mi única mirada más de cerca es que cuando yo llegué, había muy malas relaciones interpersonales en los equipos y creo que hay una cosa que generé: el buen trato, que para el ministro era muy relevante. Creo que engancho

conmigo en la manera de enfrentar la crisis, poner el humor al servicio de superarla, ponerle buena onda a una tarea que iba cuesta arriba y hacerlo con todos los actores.

Al principio, el trabajo consistió en normalizar e iniciar las conversaciones. Luego vino la elaboración de los proyectos de ley, la organización del equipo jurídico del ministerio y el acompañamiento tanto a ese equipo como al liderazgo que en ese momento ejercía el Dr. Sandoval. Se trataba de integrar y aprovechar ese liderazgo, formando una especie de dupla: el liderazgo natural de quien había sido designado por el Presidente para encabezar la Reforma, junto con el del Ministro de Salud. No como una competencia, sino como un proceso de co-construcción y colaboración. Pasado el tiempo, creo que ese es otro valor del Plan AUGE y que la gente ve poco: eran dos instituciones —Comité Técnico y Ministerio de Salud— las que en un momento comenzaron a correr juntas y que se fusionaron y aprendieron a bailar tango juntas, en momentos que había que enfrentar la conversación con el mundo parlamentario.

Había llegado el momento de trabajar con los parlamentarios, con las distintas bancadas. Comenzar a hacer política desde las comisiones, hacerlo desde la complicidad con la DC, que era el partido del cual el ministro era parte. Hacer que los diputados DC —que en ese minuto era una bancada muy importante, con 23 o 26 representantes— se sintieran que este también era su proyecto, no solo del Presidente Lagos, también de su ministro. Y ahí hubo un trabajo muy importante con parlamentarios como el Dr. Cornejo, con Exequiel Silva de la Comisión de Hacienda; con Carlos Ominami; con Sergio Aguiló, socialista; con el Dr. Accorsi. Los martes en la noche hacíamos esas conversaciones con el mundo parlamentario. Íbamos al Congreso y estábamos todo el día en una conversación con parlamentarios, algo con método: nos juntábamos en el Hotel Marina del Rey a comer y escuchar, y también participaba el equipo de Hacienda, del Ministro Nicolás Eyzaguirre, particularmente Marcelo Tokman y un joven que falleció, Jaime Crispi, quien había ya contribuido a generar mejores políticas para la infancia. Ellos eran los asesores de Eyzaguirre, y estaban para regular que todo lo que nosotros propusiéramos estuviera dentro del marco presupuestario.

Bueno, sin lugar a dudas lo que a mí me marcó muchísimo —porque sella una campaña que derivó en mi salida— fue organizar el aniversario del Servicio Nacional de Salud, que lejos de ser una fiesta, fue una conmemoración. Trajimos a los doctores viejitos que habían formado el SNS de Chile. Mi mamá, por ejemplo, creía que habíamos hecho un baile. Y nosotros hicimos un acto de conmemoración en el Hospital San José, que tuvo un costo importante para la época, porque tenía muchas etapas, entre otros, un libro, una caja preciosa con las postales de la época en que se formó el Servicio, o sea, hubo un trabajo de historiografía increíble. Se hizo además toda una reconstitución con entrevistas en profundidad con estos doctores ilustres, se trataba de reconocer a estos personajes que cambiaron la historia de la salud pública en Chile y mediáticamente se convirtió en un relato donde se decía que nosotros habíamos hecho un baile, una fiesta. Creo que fue de los primeros casos de connotación pública en que la prensa empieza a denunciar ciertos hitos de transparencia. El productor de esto —un gran profesional— fue Osvaldo Aguiló, el hermano del diputado. Cuando se le contrató se consideró que él era un productor excelente y daba seguridad en que hiciera esta cosa maravillosa y que pudiera terminar este reconocimiento y conmemoración con una exposición a lo largo de Chile.

Ahora que se produce este libro en conmemoración de los 20 años del Plan AUGE nos vamos a juntar con toda la gente, y lo que ahora yo sí quisiera es hacer en esta oportunidad una gran fiesta, un gran baile. Hay que reconocer en esto también a los directivos de salud de ese tiempo, por nombrar algunos, el Chino Lastra, Rodrigo Castillo, Sergio Castro. Son nombres que me van saliendo, o Rafael Rondanelli, que ayudó un montón a generar clima en los hospitales, o la Dr. Carmen Castillo; un conjunto de médicos que estaban comprometidos con la causa.

Recuerdo un chascarro divertido: teníamos una agenda intensiva que partía a las 7 de la mañana hasta las 11 de la noche. Ningún asesor quería que el ministro fuera solo al Congreso, nunca, entonces Andrés Romero siempre quería partir con él y yo le decía: «Te vas en tu auto, el ministro tiene que dormir porque en la noche tenemos una comida que no termina antes de las 2 AM», y Andrés me decía: «No me importa, yo le hago cucharita al Ministro». Eso sin duda era muy divertido, a pesar de todo lo estresante que podía ser esa dinámica.

Entre los aprendizajes que dejó todo este proceso, uno de los más importantes fue el manejo de las comunicaciones. En ese momento trabajamos mucho la pauta de prensa, y las comunicaciones eran bastante centralizadas. No recuerdo con certeza quién estaba a cargo de la SECOM, puede haber sido Juan Carvajal, y eran ellos quienes lideraban esa labor. Creo que eso fue un error: desde Salud debía haber una interlocución más directa y privilegiada con los medios, especialmente contando con un vocero tan sólido como Osvaldo.

Otro aprendizaje importante fue la valiosa dupla que se formó entre el Ministro y el Subsecretario, Gonzalo Navarrete. A Gonzalo se le ha reconocido poco en esta reforma, y sin embargo le tocó una tarea clave: lidiar con el desorden del sector. El Dr. Navarrete tuvo que articular un sistema extremadamente complejo y su rol, aunque poco visibilizado, fue fundamental.

Y las comunicaciones, que fueron central. Teníamos una jefa de comunicación, pero de verdad creo que tuvimos un equipo potente al interior, que eran las comunicaciones hacia los servicios, SEREMIS y hospitales, además de un gran vocero en materia de comunicaciones a medios. Hay que recordar que Osvaldo tuvo que afrontar una cadena nacional que se dio para el AUGE. Me sentí muy orgullosa en ese momento.

Hoy, 20 años después, siento un inmenso orgullo de haber trabajado en ese increíble equipo, orgullo profundo de haber contribuido desde un pedacito a una manera distinta de hacer las cosas, que tenía como beneficiario la población más vulnerable. Estar enfermo es lo más vulnerable que le puede pasar a un ser humano y, por lo tanto, estar en una transformación de esa envergadura para mí es un orgullo total.

La Reforma se armó con una red de colaboración para toda la vida. Haber hecho todo lo que hicimos fue súper significativo para Chile, para los pacientes y me siento orgullosa. Creo que esta es una política pública que generó comunidad. Comunidad de aprendizaje, de diálogo, comunidad de propósito, comunidad de energía.

En este proceso aprendí un montón, sobre todo el tema de la política, de lo difícil que es tramitar un proyecto en el Congreso y cómo son las negociaciones

Consuelo Espinoza Marty¹

Conocía al Dr. Sandoval solo de nombre, no personalmente. Me recibió súper bien, así como toda la gente que estaba en el Comité Técnico. Hace un par de semanas atrás nos volvimos a juntar, porque era el cumpleaños del doctor, lo que demuestra el vínculo que ha quedado. Nos reunimos con el Dr. Sandoval, el Dr. Infante, Giampero Fava, que era el abogado que nos asesoraba; y Renato Orellana, que era ingeniero. Son dos décadas y no es poco.

Recuerdo una sala grande, una pieza, porque era un departamento frente al Ministerio de Salud, donde está el vacunatorio ahora. También estaba la doctora Patricia Frenz, que falleció hace unos años atrás y que después de la Reforma fue Directora de la Escuela de Salud de la Universidad de Chile. Así que eso. Yo fui la primera en irme del equipo. Estuve un año y medio o dos, y de ahí me fui como asesora del Ministro de Hacienda para la Reforma. Pero seguí en contacto con ellos todo el tiempo, porque la parte que me tocó en Hacienda era la tramitación legislativa y viajábamos juntos al Congreso.

En esos momentos había una presión tremenda, teníamos que saber cuánto costaba el Plan AUGE. Y se lanzaban unas cifras terribles y yo tenía —me acuerdo— al doctor Artaza, parado detrás mío, quien me decía: «Ya, dame una cifra». No era tan sencillo calcular, porque la información disponible tampoco era muy buena. Entonces teníamos que hacer estimaciones audaces y en esa época, todos los días salía en los diarios que la Reforma iba a costar una fortuna. Y me acuerdo haber estado en mi casa un día en la noche y me llama por teléfono el diputado Guido Girardi, me pedía que le diera una cifra total. Estaba aterrorizada porque Girardi no era muy fácil y yo tenía prohibición de entregar alguna estimación todavía. Al único que le había dado algo fue al Dr. Artaza y le dije esa vez al diputado: «Señor diputado, llame al Dr. Sandoval, mi jefe, porque yo no estoy autorizada». Eso fue bastante estresante en ese momento.

Al respecto, ya teníamos un listado de 56 enfermedades y Hacienda nos ponía problemas pidiendo que los costos de dichos padecimientos debían estar previamente muy afinados. Entonces yo partí a la DIPRES, y hablé con Marcelo Tokman, a quien había conocido en Berkeley, porque él hizo su doctorado

¹ Ingeniera Comercial y Economista de la PUC. Trabajó en MINSAL, FONASA y Ministerio de Hacienda.

allá también. Finalmente, logramos que nos largaran una cifra de cuánto podrían financiar. Y con eso ya se movió, porque estábamos paralizados hacía meses, que se daban vueltas, teníamos que ajustarnos al marco presupuestario que nos estaban dando. No me acuerdo bien, pero creo que eran 150 millones de dólares, algo así, no era poco. Había que ver de dónde sacar el dinero y se mandó un proyecto de ley que subía impuestos al tabaco, impuestos al vicio, lo que no prosperó al final, y se subió un punto el IVA, con lo que se financiaron el AUGE y otras cosas que estaban en carpeta de otros sectores.

La Reforma, su diseño, me pareció súper ingenioso. Después, en el camino, me bajaron dudas existenciales de que esto era muy rígido. ¿Qué iba a pasar? Los médicos no tenían la libertad de decidir qué protocolos de atención podían ocupar, en fin, pero bueno, yo no tenía que pensar tanto, para eso había montones de médicos, para las cosas que se discutían en ese momento, por ejemplo, lo que quedaba fuera del AUGE. Me preguntaba qué debía priorizarse, considerando que los recursos eran los mismos. Entonces, en lugar de que la decisión quedara en manos del médico, pasaría a ser el sistema el que priorizara. Era una forma más racional, porque con todos los antecedentes disponibles —efectividad de los tratamientos, costos, población afectada— se podían tomar decisiones más coherentes y justificadas. Y después salieron las guías clínicas que decían que tenían que aplicar tal medicamento y este otro no, y qué sé yo. Ahí los médicos se quejaban de que era demasiado meterse en la práctica clínica.

Fue un tiempo intenso; recuerdo una sesión en el Senado, habían ido a protestar una agrupación de pacientes obesos mórbidos para que se incluyera la cirugía bariátrica en el AUGE y creo que hasta se encadenaron en el Ministerio de Salud. Estaba en esa época la senadora Matthei y comentó que, en la Segunda Guerra Mundial, no había ningún gordo, y todos nos quedamos con la boca cerrada. Como insinuando que no era una enfermedad y que en el fondo era falta de carácter.

La prensa tuvo un papel impresionante. Después de que salió el costo, un montón de expertos salieron diciendo que la Reforma estaba mal calculada, mal hecha, probablemente, pero se sentía medio terrible que te digan que tu trabajo está mal hecho. Fue tema durante bastante tiempo en los medios, esa idea de que estaba mal hecho el conteo, que todo técnicamente estaba mal. Después hubo otra discusión por la prensa: si el Fondo de Compensación de Riesgo era de responsabilidad de FONASA o sin FONASA. Ahí se negoció sin FONASA, pero nosotros en Hacienda no nos parecía que podía ser con FONASA en ese momento y el Ministerio pensaba lo contrario, lo cierto es que había ciertas pugnas entre Hacienda y Salud.

Otro actor fue el Colegio Médico, perdonando la expresión, *apestoso* el Colegio Médico. Ellos financiaron una campaña, creo que era Juan Luis Castro presidente del COLMED en ese momento. Se gastaron una millonada en una campaña publicitaria donde el lema era «El AUGE es puro cuento». Todas las micros de Santiago con ese eslogan. Ellos hicieron una oposición cerrada al proyecto de reforma del Presidente Lagos. Pero bueno, a mí no me tocó participar en reuniones con ellos directamente, esas las tenía el Dr. Sandoval, Osvaldo Artaza o el Dr. Infante.

Todo esto significó movernos mucho, por ejemplo, en la tramitación en el Senado. Hacienda iba todas las semanas, íbamos y volvíamos a las 12 de la noche. Participé en negociaciones con José Antonio Viera-Gallo, con Evelyn Matthei, con Alberto Espina, que estaban en esa comisión. Estaban también Mariano Ruiz-Esquide y Mario Ríos. Eran cinco senadores de la Comisión de Salud. Y bueno, a veces nos trataban pésimo.

Hay que reconocer que Evelyn Matthei ayudó un montón, más allá de los exabruptos que la caracterizan. Gracias también a ella salió la Reforma, fue más abierta para negociar y se metió mucho en el tema. Estaba comprometida afectivamente con el proyecto y las diferencias eran por el fondo de compensación, ese tipo de cosas, pero en lo sustantivo, ella siempre apoyó el Plan AUGE. Y esto, a pesar del lobby de las ISAPRES, que fue intenso. Acompañé al Dr. Sandoval a reuniones con las ISAPRES varias veces, las que no querían ningún cambio. Pero al final, todos se allanaron.

Creo que ha sido la reforma en salud más exitosa desde la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS). Al menos según las evaluaciones realizadas por el Ministerio, en términos de morbilidad, ha tenido un impacto tremendo, a pesar de todo el caos que existe en el sistema público de salud. En Chile, la gente no se muere de infarto como en otros países. El impacto que ha significado salvar vidas ha sido increíble. Por ejemplo, la atención oportuna también de los accidentes cerebro vascular; antes la gente se moría no más y no había caso; en algunos cánceres que están en el AUGE ha habido un progreso importante. Creo que es muy valorado por la gente, es lo que a mí me llega y entiendo que las encuestas también lo reflejan, aunque en el sector privado no se logró socializar más. La gente lo ocupa muy poco. Pensábamos que a las ISAPRES les iba a convenir promoverlo más y tener mejores redes, eso no pasó. Entonces, es muy poco lo que se usa. Ahora, el lado negativo, las ISAPRES empezaron a tener sus propias redes y levantaron a muchos especialistas, dejando un déficit en el sector público, o tal vez aumentó mucho la demanda por estos profesionales y entonces, no se pudo mantener el ritmo de formación de especialistas y eso ha sido crítico en el sistema público.

En este proceso aprendí un montón, sobre todo el tema de la política, de lo difícil que es tramitar un proyecto en el Congreso y cómo son las negociaciones. No tenía nociones de cómo se tramitaba una ley. También entendí la importancia de que existan líderes y que se involucre gente de alto nivel, como los ministros de Salud y de Hacienda. Sin esta última cartera habría sido imposible. Tal vez el ministro no estaba directamente involucrado, pero sí un asesor, Marcelo Tokman, que era como su segundo y estaba 100% metido en esto. De hecho, logró sacarse de encima y saltar toda la burocracia de la DIPRES.

También aprendí que no hay que tostarse —lo que ahora me produce risa—. Aquí hay mucho de ideología al final, en este tema, en esta área. No hay nada tan definitivo para que uno pueda decir este modelo es mejor que otro, y creo que a veces uno se apasiona mucho con una postura; entonces, sí aprendí a calmarme y al final todos somos amigos, seguimos viéndonos. Incluso gente que estaba más en contra con esta idea, como Camilo Cid, Director actual de FONASA y que en ese momento era Jefe de Estudios en el Ministerio de Salud. Ahora nos llevamos bien y es que en ese momento, sentíamos que a veces algunos atornillaban al revés.

En resumen, siento orgullo —esa es, sin duda, la palabra— porque fue lo más importante que hice en mi vida laboral. Aunque no haya ocupado los cargos más altos, fue lo más significativo. Si algún día mis nietos me preguntaran por lo que hice, yo les diría: el Plan AUGE.

Siento satisfacción cada vez que escucho que me dicen que funciona, por ejemplo, a una amiga que a su marido le dio cáncer y se atendió por el GES. Me siento orgullosa de haber estado ahí.

Para parte de las ISAPRES, no hubo gran aprehensión por la instalación de este modelo

Rafael Caviedes Duprá¹

El tema de la Reforma de la Salud, a propósito de los 20 años del Plan AUGE, es sin duda muy interesante e importante para el sistema. Llegué al AUGE porque en ese momento era director ejecutivo de la Asociación de ISAPRES. Había sido Director de FONASA. Estando en el gremio, tuvimos la suerte de ser convocados para la discusión de esta reforma tan importante desde el punto de vista técnico. Algunas ISAPRES fueron convocadas para que proporcionaran información, especialmente referida a las tasas de siniestralidad y los costos involucrados en las patologías GES iniciales, que se estaban incorporando a este beneficio. En esa fecha, hubo una reunión directa de los técnicos del Ministerio de Salud con la gente de las ISAPRES con estos fines. Desde esa perspectiva, nosotros observamos ya un interés importante y una colaboración que, creo, no se ha repetido y nunca ha sido destacada. Ahora pienso que el GES, posiblemente, no se hubiese podido armar sin poder contar con la información tan precisa y detallada que manejaban las ISAPRES. Los hospitales, por separado evidentemente, no son capaces de entregar esa información y FONASA tampoco la tenía en ese momento. Esa fue la primera parte, previa al proceso de discusión de la ley propiamente tal.

Luego, para el proceso de discusión de la ley, nos invitaron a participar a la Comisión de Salud del Senado en forma permanente. Participé en todas las reuniones de este proceso mientras se discutió el GES. Fue un proceso, desde el punto de vista técnico, bastante participativo; se consideró al sector privado en esta discusión y desde el punto político también fue muy participativo, pues se convocaron a las entidades que algo tenían que decir. También estaba presente el Colegio Médico. Recuerdo un momento que el COLMED se levantó, se marginó de la discusión, pero nosotros permanecemos siempre dispuestos a efectuar nuestros aportes como ISAPRES.

¹ Fundador de MC2 Salud consultores. Fue presidente de la Asociación Gremial de ISAPRES. Gerente de ISAPRE Masvida. Director Nacional del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Director de la Central de Abastecimientos del SNS. Presidente de la ex Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios S.A. y Director de ALAMI. Ha sido profesor en las universidades de los Andes, Católica, Concepción, Mayor y Chile. Estudió en la Universidad Católica. Posee un Máster en Economía y Dirección de Empresas, Universidad de Navarra, España. Autor de los libros *Cómo entender el sistema de salud chileno*, *Pandora Médica*, *Síntomas del sector salud*, entre otros. Autor de numerosos estudios y artículos sobre el sistema de salud.

Las discusiones que se produjeron en el Senado fueron tremendamente importantes y destaco la colaboración del senador Edgardo Boeninger. Él hizo un gran trabajo, con otros como Mariano Ruiz Esquide y Alberto Espina. La colaboración de los parlamentarios fue extraordinaria, se tomaron muy en serio este trabajo y cualquier observación del punto de vista de los técnicos que estaban participando ahí como invitados externos a estas discusiones. Entonces, me llamó la atención justamente ese diseño de co-creación que hubo, para ir afinando los detalles. Porque muchas veces buenas ideas se deforman, se echan a perder en los detalles, y creo que esta funcionó bastante bien.

Fue muy intenso todo y con muchas reuniones, más de una reunión a la semana; la verdad, no había viajado tanto a Valparaíso como en ese proceso de diseño. Toda esta discusión, en conjunto, fue muy valiosa y me dejó una muy buena experiencia de cómo se pueden hacer bien las cosas. Ahora último, por ejemplo, en la discusión que se produjo en torno al sistema de ISAPRES, hay que destacar que fue efectivamente una discusión muy participativa, donde se convocó a un comité técnico que hizo propuestas de cómo salir de la crisis, pero al final esas propuestas sobre las ISAPRES ni siquiera fueron tomadas a consideración por el gobierno.

Es importante señalar los aciertos que contuvo el diseño, y sin duda estas garantías de acceso, cobertura, oportunidad y calidad. Cada una de estas características que tiene, las obligaciones que se les incorporó a quienes van a entregar este beneficio, estaban bastante bien definidas. Cada uno de estos aspectos fue bien tratado, definido, con exigencias viables para las instituciones que tenían que hacer el esfuerzo de incorporar estas condiciones de garantía en las prestaciones. Es importante señalar que el GES iba a significar, especialmente para el sector público, un aumento de las exigencias y compromisos que tenían con sus beneficiarios. De hecho, el GES se suponía que iba a entregar herramientas para garantizar el derecho universal de la salud en estas patologías, que se definieran como tales, y en más de alguna oportunidad, se señaló que el sector público prestador no estaba organizado suficientemente bien como para poder cumplir con estas nuevas exigencias. Entonces, lamentablemente del punto de vista político —creo—, no se quiso enfrentar esta realidad ni las advertencias que hicieron varios parlamentarios.

Primó la idea de que, estableciendo mayores exigencias a la red pública de salud, esta iba a ser capaz de mejorar sus capacidades, tiempos de espera y las condiciones técnicas para poder cumplir con las obligaciones que le estaba imponiendo la ley. Eso fue un grave error, y creo que esa es la gran deficiencia que tiene la definición de este beneficio. Es decir, el beneficio está bien estructurado, bien diseñado, las garantías cubiertas bien definidas, pero alguien lo tiene que proporcionar, alguien tiene que poner las inyecciones, hacer las cirugías y entregar los servicios, y eso no se corrigió. Entonces, arrastramos un sistema público, en mi opinión, que tiene un marco de regulación obsoleto, con un modelo de gestión al que no se le han hecho cambios importantes en 50, 60 o 70 años. Y obviamente, eso no mejoró con la existencia del GES, y lo vemos hoy día con listas de espera y con incumplimiento de las garantías de oportunidad. Cuando se define un objetivo, hay que entregar las herramientas a quienes deben cumplir ese objetivo. Corresponde a una definición básica en administración, si no, no se puede creer que solo con el establecimiento de obligaciones a los servicios de salud, iban a poder entregarlas *per se*.

Se cometió un segundo error: prevaleció la idea de que el principal problema que enfrentaban los servicios de salud y los establecimientos era únicamente la falta de recursos. Como resultado, en los últimos 20 años el sistema público ha tenido un aumento presupuestario de alrededor del 420% en términos reales. El Estado de Chile —bajo distintos gobiernos, incluidos dos periodos de Piñera— tomó la decisión de incrementar significativamente el presupuesto en esta área. De hecho, junto con Corea del Sur, Chile es uno de los países de la OCDE que más ha aumentado su inversión en salud. Entonces, evidentemente hubo un esfuerzo fiscal muy importante para responder a las mayores necesidades presupuestarias que debía enfrentar el sector público de la salud, pero sin embargo no se cambió el modelo de gestión y esto, en mi opinión, fue como echar agua a un hoyo de arena, porque al final, la productividad de los sistemas de salud decayó, como muestran todos los estudios.

Pensando en lo que viene, la Reforma debería ser capaz de modificar la forma como hoy día se están utilizando los recursos que se destinan al sector salud. Poco se logra tratando de hacer las cosas mejor, si no hay un cambio importante en el modelo de gestión de los recursos que se utilizan. Lo que falta es aumentar la interoperabilidad de la información que se maneja en torno a los pacientes e incorporar nuevos modelos de gestión. Creo conocer algo de administración del sector público y todas las complejidades que enfrenta, por ejemplo, no puede hacer otra cosa de las que señala la ley; que es distinto a lo que sucede en el sector privado, que puede hacer todo lo que la ley no prohíba. Por lo tanto, eso da las posibilidades de incorporar con fuerza colaboración público-privada, para innovar, mejorar la productividad, cambiar los modelos de gestión y agregar valor en beneficio de los pacientes. Los hospitales están bajo normas de gestión tan estrictas y rígidas que es imposible que manejen bien sus recursos físicos, humanos y financieros. Mientras eso no cambie, los problemas van a mantenerse.

La otra cosa que me parece interesante como herramienta de control de los beneficios GES —esto quizás es bien marginal, pero tiene incidencia en cómo se miden las cosas y cómo se aprecia el cumplimiento de la garantía— es que las personas que están en ISAPRE y FONASA tienen la posibilidad de obtener las prestaciones GES, pero no a través de la Red GES, sino que a través de la red preferente que establece su plan de salud o a través de prestadores de libre elección. Sin embargo, esos tratamientos no son considerados como una prestación GES. Creo que es un error; y cada una de esas prestaciones debería ser contabilizada y presentada en las estadísticas del manejo del GES.

En materia de tarificación se cometió un error al establecer una tarifa GES diferenciada del valor del plan de salud e incomprensible para el usuario. No es un detalle, puesto que ello incidió, en parte, en el enorme proceso de judicialización que afectó a las ISAPRES.

En general, espero no estar equivocándome y viendo las cosas de manera distinta de lo que fueron, pero creo que para las ISAPRES no hubo gran aprehensión por la instalación de este modelo, fundamentalmente porque lo que les exigía el GES ya lo estaban dando, por lo que implicaba una reorganización de sus coberturas, nada más.

Para mí es un orgullo haber podido participar en este proceso, tuve la suerte de estar en el momento apropiado y me alegro de haber colaborado con lo que fuera para que este proceso tuviera buen cierre. Es muy importante para el país que se haya podido materializar, independiente de las opiniones.

Fueron los actores críticos los que concentraron el 60% del espacio en televisión, mientras que el Ministro Artaza solo alcanzó un 27%

Carolina Aránguiz Alday¹

Para entonces, el escenario era complejo, ¿no? Había una información de prensa que era en extremo confusa, y además con una serie de expectativas de qué iba a pasar. ¿Cuál era el curso que iba a tener todo este proyecto?, nos preguntábamos. En ese momento, todo eran posibles anuncios y entonces la discusión era: ¿cuándo lo van a anunciar? ¿Por qué se demoran tanto? ¿Qué están esperando? ¿Quién lo va a anunciar? Había mucha chimuchina y la prensa la usaba.

Nos costó mucho salir de esto para entrar a los grandes temas, como la misma puesta en marcha de la Reforma. Fue muy difícil posicionar el proyecto en el sentido común, lo que significaba avanzar hacia la salud y la introducción del concepto de solidaridad en el sistema, tanto intergeneracional, social, como a nivel territorial. El escenario previo al 21 de mayo del 2002 estaba muy complejo.

En términos comunicacionales, la agenda medial se centró en detalles, el tema presupuestario principalmente, y no en los alcances que iba a tener esto para la gente. Después del 21 de mayo, la Reforma se transforma en prioridad gubernamental y ahí se le puso el sello.

Recordemos que es el tiempo de Lavín y estaba en boga el tema de la clase media. Un Lavín que proclamaba echar de menos un mayor énfasis social y, por otro lado, la UDI, que estaba muy peligrosamente identificada con las ISAPRES. ¿Qué pasó luego? Se alentó una fuente de sospecha de que la Reforma de la Salud estaba en contra de la clase media; eso se instaló con bastante fuerza. En contrapartida, se hicieron esfuerzos significativos para que pudiéramos posicionar el concepto global y se logró —yo diría como en términos de batalla— resistir el ataque de los sectores críticos. La agenda medial de ese tiempo da cuenta claramente de que no se logró ninguna de estas estrategias, no se estableció una vocería única y especializada en el gobierno, además del Ministro Artaza, no hubo una

¹ Periodista de la Universidad de Chile y coach ejecutiva de la Universidad Católica. Diplomada en Comunicaciones, Políticas Públicas y Estrategias de Desarrollo. Posee 30 años de experiencia laboral en distintas áreas del quehacer periodístico y del servicio público, en gestión directiva y comunicacional acompañando con asesoría directa a ministros, intendentes y subsecretarios. Se desempeñó en dos ocasiones como Jefa de Gabinete de la Subsecretaría de Educación Parvularia. Actualmente, acompaña procesos de desarrollo a directivos y profesionales en instituciones públicas y privadas. Fue Jefa de Comunicaciones en MINSAL en el contexto del proceso de ley del Plan AUGE.

vocería gubernamental que pudiera dar cuenta de una manera sistemática, tanto los beneficios como los avances legales. Faltó un trabajo en lo político como en lo comunicacional en torno a la Reforma.

Un ejemplo: fueron los actores críticos los que concentraron el 60% del espacio en televisión, mientras que el Ministro Artaza alcanzó un 27%. Un periodo donde aparece el ministro en tres entrevistas, y lo único que hace es responder a las críticas gremiales; ese era el escenario. Es cierto, la Reforma era vista como una buena iniciativa, pero no estaba asociada a contenidos sustantivos, eran ideas y mucha desinformación; ideas falsas que se fueron instalando. Nosotros, en el ministerio, teníamos una hiper producción de minutas, para todos: médicos, gobierno, usuarios, minutas y minutas, que yo diría, surtieron poco efecto. Probablemente, a lo mejor se requería una máquina mayor, un equipo mayor, pero eso no dio los resultados que esperábamos. Después vino un creciente clima de desprestigio personal contra las autoridades del ministerio y ahí hay una serie de errores que uno podría incluso asumir.

Hay que decirlo claramente, se trabajó bastante en grupos de escucha, grupos de discusión, pero era complejo. Se armaron grupos de discusión con usuarios, pero igual llegabas a un segmento pequeño, nunca para lograr impactar. El Colegio Médico (COLMED) tuvo una campaña potente que penetró a la opinión pública porque, probablemente, elaboraron mensajes claros y concretos. Tengo una visión crítica de lo comunicacional, porque siempre he entendido que la política comunicacional nunca está desprendida, ni lejana, sino que más bien se genera con la política.

La Reforma se transformó en una prioridad de gobierno y eso fue evidente, y el Presidente Lagos lo hizo y se la jugó a fondo. El mandatario respaldó de manera explícita y en algunos minutos fue un gran vocero. También ayudó la buena imagen del ministro, la que fue cuidada. Osvaldo Artaza tuvo una pasión envidiable, con claridad, tesón, fuerza y capacidad de trabajo. Trabajábamos desde las 5 de la mañana; haciendo memoria, fue la época en que se alargaron los noticieros, partían los noticieros en la mañana, y el equipo en el MINSAL termina a las 12 de la noche. Recuerdo estar saliendo de la ducha con el celular ahí y sacar la cortina. Y la primera llamada era del ministro, porque todo era muy vertiginoso. Había una mística tremenda en ese equipo, que era muy contagiosa y es que el ministro contagiaba y cómo no seguirlo, él estaba encima de todo.

A diario, tenía dos minutos para que me escuchara y que él incorporara lo que yo le quería transmitir; a los dos minutos te decía «¡ya!». Valoro tremendamente la confianza que él tuvo en mí, yo lo acompañaba a todos lados. Él era muy disciplinado, entendió que había un cambio profundo de cuando él era director de hospital a ser el líder de la Reforma. Comprendió que tenía millones de ojos sobre él, supo manejar el valor de cada palabra, de cada silencio y de las pausas.

Recuerdo el momento de la salida del Ministro Artaza como uno muy triste, muy injusto, en términos personales. Se optó por atacar una figura, una persona, eso era más sencillo que atacar un proyecto tan sólido como la historia lo ha demostrado. Me acordaba de que el año 2002 fue una etapa de cambios significativos en los medios. Empezó aparecer una nueva lógica tanto en los espacios matinales como en la narrativa de los noticieros centrales. Fue la época en que irrumpió el informativo matinal de Chilevisión. En la prensa escrita apareció el *7 más 7*; estaba *La Nación* dominical, que también fue potente; y *El*

Mercurio y *La Tercera* hicieron un cambio, explotaron las infografías, había un nuevo marco para el trabajo de prensa desde un ministerio del gobierno.

Hay muchas cosas positivas en este contexto; diría que fuimos capaces de concretar una política pública que significó un importante progreso en la atención de miles de personas. Que se logró disminuir considerablemente la inequidad que sufre la población más desvalida. En esos tiempos, los datos epidemiológicos demostraban que la mortalidad por enfermedad prevenibles aumentaba en los sectores más vulnerables y que tenía que ver con barreras de acceso; instalar esa cuña fue potente. Otro gran logro fue el fortalecimiento del sistema público de salud y, por supuesto, la ampliación de las coberturas con mayor equidad en el acceso. Asistimos a un proceso de cambio sustantivo, que no fue un intento aislado de adecuar el sistema de salud, sino que ha sido vital. Se incorporaron segmentos que históricamente habían estado excluido. El MINSAL recupera, repiensa, reimagina su rol de autoridad sanitaria. El seguro público, FONASA, adquiere otro tono en la discusión, se instala como un seguro solidario, un seguro regulador y también competitivo. Si las políticas de comunicacionales pusieron un grano de arena en eso, fantástico. Estoy muy orgullosa de haber sido parte de ese equipo, es uno de los trabajos con más sentido que he realizado.

Lo cierto es que éramos un equipo, y entre otros colaboradores fundamentales para que saliera y se instalara la Reforma, recuerdo al Dr. Enrique Ayarza, que en el día uno entra a mi oficina y me dice «cuenta conmigo para lo que necesites, para las minutas, lo que sea, yo te explico». A Rachele Coddou, histórica relacionadora pública del ministerio, que conocía el teje y maneje interno del Departamento de Comunicaciones. Me acuerdo de tantas caras, de Anita Vidaurre, el Beto Morales que falleció hace poco, que era el auxiliar y ayudante de cámara del ministerio. De Patricio Bustos, que estuvo en el gabinete de Antonio Infante, era un hombre delicado, íntegro, tremendo tipo, trabajador, mateo, ordenado. De Ximena Aguilera, actual Ministra, que le ponía mucho empeño en los temas técnicos, era muy importante.

Ese tiempo me dejó muchos aprendizajes: hubiera tratado de disfrutar más el proceso y hacer carne el hecho de estar protagonizando un momento histórico para el país. Haber tratado de encontrar más tiempo para la reflexión, para pensar con más proyección, saliéndose obviamente de la pequeña gran cajita en la que estábamos. Y mirando hacia el futuro, un reto sigue siendo proyectar los cambios gradualmente y lo que implican estos desafíos para la gente. Tal vez, generar acciones que den cuenta de los cambios que están ocurriendo en el contexto del proceso. Explicar y volver a explicar y volver a explicar, una y otra vez. Recibí puras buenas cosas, a veces sentía que lo que hacíamos era un imposible, y es muy gratificante... y sí, estoy súper orgullosa de eso, de haber estado ahí. ¡Estuve ahí!

Vale la pena contar alguna anécdota. Nosotros teníamos un código Morse con Osvaldo; yo me ubicaba detrás de él en todas sus apariciones de prensa y le daba *un toquecito*, entonces era divertido. Recuerdo una vez que salimos literalmente huyendo de una actividad pública y hay una foto de ese momento, que quizás la encuentre. Entonces salimos corriendo, no arrancando, se sufría acoso por la prensa, era tremendo. El caso es que yo salgo corriendo detrás de él: esa es una foto que retrata algo que era muy habitual.

Finalmente decir que siento orgullo profesional, orgullo humano, agradecimiento de formar parte de un equipo que fue muy revolucionario, que se jugó todo, incluso su prestigio personal por una política en la que creíamos. Estábamos seguros de que la Reforma iba a tener impacto sobre la población, especialmente sobre la más desvalida de este país; sí, siento orgullo y agradecimiento.

Fue una pelea dura, comenzó con los que implementaron la ley

Cecilia Jarpa Zúñiga¹

Al saber de esta conmemoración, pensaba en la comunidad de gente que se armó en torno de la implementación del AUGE, del GES, mucha interacción, mucha comunidad y mucho rechazo también, pelear contra el rechazo de los médicos fue una cosa muy interesante. Ahora, los mismos médicos que eran tan anti-GES son absolutamente pro-GES; cómo cambia la vida.

Fue una pelea dura, comenzó con los que implementaron la ley, proceso que empezó el año 2000 cuando asume Ricardo Lagos, quien formó una comisión cuyo secretario ejecutivo fue Hernán Sandoval, que para mí es el padre de la idea de las garantías. Él es como el ministro en la sombra de la Ministra Bachelet. El GES, como se dijo en ese momento, no era un plan básico, era una priorización en un país donde no se puede dar todo y sobre todo en salud, donde las necesidades son múltiples y los recursos son limitados. Había que priorizar, siempre lo tuve claro.

Nosotros, desde el FONASA éramos como el grupo operativo. Los que estábamos con el punta y codo en el barro, peleando y discutiendo con el Colegio Médico y armando las canastas. Rescato dos o tres personas en lo operativo, una ya murió, Patricia Frenz, sin ella no se habría podido hacer nada del GES. Hay que rescatar ese nombre, porque la Paty fue una artífice, una persona esencial para que el GES se implementara, que nos unió a todos, que nos dirigía a todos, ella fue muy, muy importante. Después estaba Ximena Aguilera, también un personaje muy importante desde el punto de vista sanitario. Patricia fue coordinadora, la que movía los hilos, la que hacía que las cosas anduvieran, la que tenía la visión política y decía «para allá vamos» y ordenaba, y tenía eso que hoy día hace tanta falta, la voluntad política de hacer las cosas. Ximena era más pensante, más salubrista; y después estaba la parte más operativa todavía, que era de redes, con Ghislaine Arcil, un personaje muy importante, y estábamos nosotros en FONASA. Ese era el equipo que operacionalizó todo, que tuvo la responsabilidad de implementar esto.

¹ Tecnólogo médico. Diploma en Administración en Salud, Diplomada en Evaluación de Proyectos Sociales. Jefa del Departamento de Comercialización del FONASA. Asesora Gerencia Comercial de la Red de Salud. Asesora Directora FONASA. Consultora en intermediación financiera y sistemas de aseguramiento en salud.

Hay que empezar por los que crearon la idea, que son Hernán y su gente. Con Hernán trabajaba Antonio Infante, Consuelo Espinoza, Liliana Jadue, estaban en una oficina ahí por Merced. Hasta que empezaron a discutir sobre la prima y sobre lo operacional, y nosotros teníamos ese triángulo de lo sanitario, las redes y FONASA, el financiamiento, las redes y las relaciones sanitarias, que venía antes del GES. Yo había estado en FONASA desde el año 95. Desde esa época que estaba dirigido por economistas que, fundamentalmente, querían ligar actividad con financiamiento. Los presupuestos eran históricos, las platas se iban por historia a los servicios de salud, no había un control. Entonces, quisieron ligar la actividad al financiamiento y empezamos con los programitas, ahí llego y soy como la madre de esos programitas, que se llamaban «Programa Adulto Mayor», «Programa de Oportunidad de la Atención», «Programa Prestaciones Complejas». Esto previo al GES, es decir, oportunidad de atención a cierto número de cirugías electivas. No teníamos ningún respaldo informático, lo hacíamos con papelitos y lo que nos decían los médicos, y los controlábamos así, pagábamos de acuerdo con lo que ellos hacían. Hacienda les empezó a llamar los Programas Estrella.

Y llegaron el 2000 y el Presidente Lagos. Veníamos con esta historia y con esta pelea ya con los médicos, pero nosotros en FONASA, que somos los que implementamos esto, siempre cuidamos las prioridades sanitarias. Triangulamos entre las prioridades sanitarias, la demanda de la gente y nosotros pagábamos. Fernando Muñoz, que ya murió, aportó mucho con sus trabajos a la idea de priorización sanitaria en Chile; había escrito dos libros y había indicios de que teníamos que jugarlos por el lado de las prioridades sanitarias. Eran esos programas los que estaban marcando y la gente de la comisión de Hernán Sandoval, sabían de esos programas y venían a hablar con nosotros. Recuerdo cuando vinieron Consuelo Espinoza y Liliana Jadue a mi oficina y me pidieron la lista de las prestaciones complejas. Estuvimos conversando, les dije que en estas prestaciones complejas hay cosas que no tienen que ver con prioridades sanitarias, porque como en todo momento, había presiones políticas. Entonces habíamos metido el programa de prestaciones complejas que no tenían una priorización sanitaria, tales como la fisura palatal de los niños —que del punto de vista sanitario no tenía impacto—, la fibrosis quística, que hoy día está más valorada, pero en ese tiempo, por el escaso impacto desde el punto de vista de la carga de enfermedad y del daño, no era para estar en el AUGE. La base del AUGE son estos tres programas.

En ese momento era la Jefa de Departamento de Comercialización de FONASA, yo negociaba. Las negociaciones eran con el sector público y con el sector privado; con el privado también teníamos que negociar para calcular precios. Los precios teníamos que negociarlos. El Subsecretario era Osvaldo Salgado y el Director de FONASA era Álvaro Erazo.

Al comienzo, los problemas de salud que estaban considerados no cumplían con los criterios de la priorización sanitaria y se hizo un algoritmo para determinar qué problema de salud primero, esto consideraba la carga de enfermedad, la magnitud del daño, la capacidad de oferta, la lista de espera; íbamos así hasta que se definía qué problema de salud entraba.

Un día, Álvaro Erazo llama a una conferencia de prensa y me pide lo acompañe. Y dice: «FONASA lanza Piloto AUGE». Inmediatamente terminada la conferencia de prensa, toma su auto y va al aeropuerto, tenía una reunión en Buenos Aires y me dice: «Tú te las arreglas con el ministro». El ministro

era Osvaldo Artaza y yo me voy a su oficina a la hora del almuerzo, veo que viene leyendo *La Segunda* y me dice: «¿Qué es esto?». «Bueno, mi jefe», le contesté. No se molestó tanto, pero fue una movida del director, el Piloto AUGE. Así fue, y ese momento marcó el inicio público de lo que hoy conocemos como GES.

En ese tiempo, estimo, casi todos los directores del servicio se pusieron las pilas, encontré en ellos muy buenos aliados, tenía buenas relaciones con ellos, muy en la línea. En el ministerio también, salvo algunos, uno que otro médico de estudio que era más del lado anti-AUGE, favorables a la universalización de la salud, a aquellos que habían trabajado con Salvador Allende y querían volver al Servicio Nacional de Salud no les gustaba esto de la priorización, de pagar solo a problemas priorizados. Creo, en cualquier caso, que la principal traba que tuvimos desde fuera fue con el Colegio Médico, que se opuso mucho. Me acuerdo de Carlos Villarroel, incluso de Juan Luis Castro, como fuertes opositores al AUGE.

Por otro lado, grandes facilitadores del proceso, entre otros, fueron el Dr. Fernando Muñoz, un tremendo apoyo. También la gente de la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA); Ximena Aguilera, un gran aporte, como salubrista fue muy importante, e insisto en recordar a Patricia Frenz, Ghislaine Arcil y la gente de FONASA, nosotros.

Considero que una de las virtudes del Plan AUGE es la priorización. El intento de pago asociado a actividad también es una virtud, esto es, que los hospitales y directores sepan que se les está pagando por resolución de problema. Desde mi óptica, la gran virtud tendría que ser la oportunidad, y no creo que se esté cumpliendo; el acceso era muy difícil de medirlo, pero la oportunidad era la gran virtud y, por otro lado, la protección financiera, que sí se cumple.

Lo que se hizo e hicimos para que el Plan AUGE saliera y llegara a la población me produce mucha satisfacción. Pienso que habría que hacer un reconocimiento a la gente olvidada de esto, a los peones, un reconocimiento a Patricia Frenz, sin ella no podría haber salido el AUGE. A Hernán Sandoval y a mucha gente anónima que estuvo detrás, quienes trabajaron conmigo, reconocerlos de alguna manera. Fue un trabajo que se hizo con mucha garra, confianza y deseos de que saliera lo mejor, y si uno mira hacia atrás, no puedo si no estar contenta de eso.

Una lección que a mí me ha acompañado es que, si estás convencido de que lo que estás haciendo logrará tener un impacto social, hay que hacerlo con entusiasmo

Antonio Infante Barros¹

Para entonces, recorrí direcciones de consultorios, direcciones de salud municipal, consultorías y conocí un día a Hernán Sandoval, fortuitamente, no me acuerdo bien, pero yo estaba terminando un estudio de redes asistencial en Tarapacá o Antofagasta. Y ellos me enrolaron en el proyecto del traslado del Hospital de Chuquicamata a Calama; y por mi experiencia en estudios de redes, conocí a Hernán. En ese tiempo estaba a cargo de la salud de la Municipalidad de Santiago, vino la elección y entró Lavín a la alcaldía, y yo salí de ese cargo. Hernán justo estaba armando la Comisión de Reforma y me enroló.

Me metí temprano, pero creo que ellos ya llevaban como seis meses de funcionamiento. Entré con Dagoberto Duarte y Pancho Espejo, que venían de la red de Atención Primaria y hospitales, como la parte asistencial más dura, mientras, por otro lado, estaban Patricia Frenz y Jeannette Vega, que trabajaban en los temas más teóricos, como por ejemplo, los años de vida saludable perdidos, y los criterios de priorización. También estaba Consuelo Espinoza en el área financiera y Hernán coordinando el equipo.

Fue un trabajo maravilloso, en el sentido de que son las virtudes de Hernán que lograron juntar un grupo diverso. Había gente de distintos niveles de compromiso político, todos concertacionistas, de un abanico bastante amplio. Nuestra interlocución como comisión con el resto del gobierno fue súper fluida, con la Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES), con la Superintendencia de Salud Pública, con distintos interlocutores, entre otros, las sociedades científicas; esto permitió que la Reforma, en el fondo, se gestara con una base teórica sólida, como la idea de priorización, de tener garantías que tuvieran respaldo absolutamente claro en términos de prioridad, pero al mismo tiempo, con un diálogo con las sociedades científicas que nos iban orientando en cada garantía definida.

El Colegio Médico —no sé por qué, tal vez por protagonismos— se atravesó y le dio con que las garantías explícitas iban a dañar la libertad del médico de hacer las prescripciones que le pareciera.

¹ Médico salubrista, médico general de la Universidad Católica. Director de Servicio. Subsecretario de Salud Pública durante el gobierno del Presidente Ricardo Lagos. Asesor de la Reforma de la Salud en el Comité Ejecutivo.

Ellos interpretaron que el paquete de garantías iba a venir con protocolos rígidos, y que nadie se iba a poder salir de ello. Desde el principio declarábamos, y ese es el rol del ministerio, que lo normativo no es taxativo, lo normativo es una orientación; y lo que sí fue taxativo, es que las garantías se debían financiar a objeto fueran efectivas, por lo que garantizarlo todo, no tenía ninguna posibilidad de hacerse.

Para un salubrista, tener a su disposición el país para implementar una cosa que era inédita en Chile, que es garantizarle a la población el acceso a áreas de complejidad que hasta ese minuto eran inaccesibles, es un regalo. Lo definí como un doctorado en salud pública y mi tarea central, cuando ya estaba en el cargo de Subsecretario, fue preocuparme de que en todos los servicios de salud existiera la disponibilidad de recursos materiales y tecnológicos para recibir los protocolos de la Reforma. Es un lujo que, creo, es muy difícil que alguien lo pueda tener otra vez.

Esto, a pesar del Colegio Médico, que hizo el ridículo porque perturbó. La prensa no enganchó mucho con el COLMED, puesto que la prensa le tenía respeto al Presidente Lagos y si él estaba respaldando esto, se transformaba en algo creíble, que tenía sustento y voluntad presidencial. Por lo tanto, *los pinochos* en las micros de Santiago y todo eso no lograron su objetivo y terminó todo siendo una sobrereacción.

Por el lado de las insuficiencias, no trabajar fuertemente lo preventivo, así como la imposibilidad de contar con un seguro único. Por una parte, la responsabilidad de lo preventivo quedaba para el ministerio, lo que da cuenta del pragmatismo, de haber hecho esto como se hizo, pues no quedaba otra. Pero en lo preventivo, sin duda, nos fuimos a lo curativo, lo que hizo que esto se transformara, de fondo, en una promoción de la práctica privada indiscriminada que hoy día estamos viviendo, un gremio médico mucho más centrado en el lucro que en su función pública.

Viendo los años que han pasado, definitivamente con las garantías dimos un paso gigante en la salud pública chilena. Estuvieron muy bien elegidas iniciales. Creo que en ese momento José Antonio Viera-Gallo tuvo un mérito enorme, porque mientras nosotros éramos más maximalistas —y Hernán Sandoval, que es ultra por naturaleza, quería ir con todo de inmediato—, nuestras discusiones en el Senado giraban en torno a cómo se implementaban concretamente las garantías.

Un día José Antonio dijo: «Alto, no queremos otro Transantiago, partamos con pocas garantías y vamos creciendo». De ese modo se comenzó y ahora vamos en 87.

Como se sabe, teníamos divisiones internas: estaba el grupo de Michelle Bachelet que hablaba de universalizar las garantías, ese era el discurso y nosotros estábamos por la priorización. Adentro del gobierno hubo discusiones bien ideológicas; la priorización a juicio de algunos era discriminar, era poco democrática; a juicio de nosotros, que éramos los *priorizadores*, teníamos conciencia de que los recursos eran limitados y era plausible que nos concentráramos donde se tenía más costo de efectividad. Por decir eso, nos trataban de que éramos del Banco Mundial.

La gradualidad fue un éxito y nos permitió —a mí desde la Subsecretaría— ir armando este entramado, sabiendo que teníamos que ir de a poco. Porque había que tener recursos físicos, todo lo que era dotación de imagen, o de laboratorio, incluso todo el gasto que íbamos a tener en farmacia era algo que se podía ir prediciendo con el tiempo.

Este debate —gradualidad vs garantías universales— era muy interno. La opinión pública no se dio cuenta si discutíamos de garantías universales o priorización, porque además, argumentalmente, había evidencia de números en lo presupuestario. Se daba también la discusión de la lista de espera, si universalizas garantías tendrás unas listas gigantes, en cambio si priorizas en lo principal, no tendrás listas de espera. ¿Qué era más democrático? Bueno, esa era la discusión. A juicio nuestro, lo más democrático era ofrecerle a la población un acceso a la salud compleja, de un nivel de oportunidad que nunca habían tenido y creo que la opinión pública lo entendió extraordinariamente bien.

Otra cosa interesante que apareció fue la concepción teórica respecto de los años de vida saludables perdidos. Hasta ese minuto, todas las prioridades en salud pública se relacionaban con la mortalidad, lo que mataba tenía prioridad, pero al sumar a la priorización los años de vida perdido por muerte prematura y la discapacidad que las enfermedades provocan cambió el panorama. Por otro lado, para ampliar aún más la mirada apareció también la salud mental y la salud bucal. Los dientes no estaban en el ideario de la salud pública, todo eso se atendía por el sistema privado. Apareció la garantía del examen de salud dental en la escuela, en el primero básico, y la garantía de alta odontológica en la tercera edad. No estábamos preparados para poner prótesis dentales en todos los pacientes, pero esa medida le cambió la vida a la población adulta... le cambió la estética, la posibilidad de reírse.

Hay algunos hechos de lo cotidiano que valen la pena contar. No sé si fue en la Comisión de la Reforma o en la Subsecretaría. El caso es que recibimos a los travestis, es decir, este proyecto favoreció la visibilización, la posibilidad de que grupos que estaban fuera del mercado pidieran trato especial. Y ahí me acuerdo de esa visita. Tengo una foto con la presidente de este grupo dándome un beso, y figuro yo con un halo rojo de unos labios marcados en mi mejilla. ¡Qué te parece!

También hubo marchas y una de ellas fue de las personas con sobrepeso, pidiendo que en las garantías estuviera la cirugía bariátrica. Ellas llenaron el tercer piso del Ministerio de Salud, pero por ahí supimos que todos los cirujanos pro-cirugía bariátrica habían empujado para que hicieran la movilización.

Otra manifestación que tuvimos en la calle fue digitada por un laboratorio. Nosotros propusimos que para los pacientes esquizofrénicos se garantizara la clozapina. La clozapina era súper barata pero tenía riesgos, los usuarios y usuarias tenían que hacerse un test de sangre cada cierto tiempo. El caso es que había entrado al mercado la olanzapina, era mejor pero mucho más cara. Fue una marcha de los esquizofrénicos organizada por el laboratorio que traía la olanzapina; y lo segundo, me tuve que reunir con el dueño del laboratorio que la producía. Nosotros teníamos el dato de que en Argentina era baratísima y en Chile era carísima. Le dije al gerente del laboratorio que la diferencia de precio era intolerable, que no podíamos financiar la olanzapina a esos precios. Pero si ellos no bajaban ese precio, nosotros íbamos a traer el fármaco en valija diplomática. Allí estaba la contradicción, reivindicaciones que eran movidas por grupos de interés y que no veían desde el interés general. En ese sentido, la priorización hacía mirar el interés general.

Por otra parte, Hernán Sandoval hizo junto con Renato Orellana grupos de discusión a nivel nacional, los que convocaron a muchísima gente, validándose en esa instancia el concepto de garantía. Me acuerdo de haber estado en grupos de discusión, cara a cara con la población, explicando lo que

era priorizar, lo que eran las garantías, lo que iba a ser este nuevo diseño. La población nos acogía con mucha expectativa y fraternidad. Porque era poco usual que estuvieras construyendo un relato a partir de una consulta tan amplia.

Fueron días de mucha felicidad. Lo pasé muy bien hasta mi desliz final, lo de la píldora del día después.

Venía llegando de vacaciones, no tenía idea de que estaban Soledad Alvear y Michelle Bachelet corriendo como precandidatas, y largamos esta medida, que la teníamos totalmente estudiada y clara, porque había una inequidad impresionante en el acceso a la píldora. Pero que la DC lo haya tomado como una sacada al pizarrón, jamás me imaginé, y además, cuando me consultan de *La Segunda* —porque fuimos a la ceremonia del Día de la Mujer a La Moneda y Pedro García estaba cinco filas más adelante—, se me acerca la periodista y me dice: «Supimos que tienen listo el lanzamiento de la píldora del día después en todos los consultorios»; yo le respondo: «Sí, pero conversémoslo después». Lo que debería haberle dicho ahí era «cinco filas más adelante está el ministro», pregúntele a él. Ahí se terminó esa responsabilidad; fue doloroso sin duda, pero también tenía claro la lección que todo trascendido, aunque fuera verdadero, ya no se podía desmentir. La decisión del gabinete, en esta oportunidad, fue actuar con transparencia. Era el 2005 y el Plan AUGE ya estaba lanzado, estaba como régimen. Ya no era tema, era una política pública que se había puesto en marcha.

Una lección que a mí me ha acompañado es que, si estás convencido de que lo que estás haciendo logrará tener un impacto social, hay que hacerlo con entusiasmo, sin bajar los brazos.

Estamos cumpliendo 100 años con un sistema público que tiene problemas, pero que en la pandemia logró una legitimidad que no tenía. La población nos ha perdonado las listas de espera —que son enormes— porque el desempeño del sistema con el Covid-19 fue impresionante. Si a eso le sumas la crisis de las ISAPRES, tenemos una enorme oportunidad de reacreditar el sistema. Ojalá hubiera un Parlamento que nos permitiera llegar al fondo de salud único. Me entusiasma mucho el sistema canadiense, que permite elegir dónde atenderse, y que el sistema público vaya donde va el usuario/a; si eliges hotelería más fina, tienes que pagar.

Tenemos una red pública de lujo que hay que cuidar. En la Atención Primaria de Salud hay que incorporar tecnología, eso es urgente. Cada centro de salud debería tener posibilidad de exámenes de imagen, de laboratorio, de manera que una persona no tenga que andar deambulando. Deberíamos conseguir un compromiso de la clase médica, que hoy está enteramente distraída a causa de la codicia; nos cuesta conseguir psiquiatras, anestesistas, todas las especialidades que son de alto nivel de ingreso no están, y los médicos jóvenes no vienen con la pureza que a uno le gustaría, ya vienen contaminados.

Me hubiera gustado que en el gobierno de Salvador Allende se hubiera logrado un sistema único de salud, pagado con los impuestos, ese dolor tengo. Creo que el AUGE fue una medida reformista que contribuyó mucho a mejorar la condición de muchas personas en su acceso a los temas de salud más complejos. Haber estado en ese momento me encantó. Una experiencia personal en mi vida como salubrista, con los mejores recuerdos del grupo con el que trabajé, que tenía una épica y mucha generosidad. Que fue capaz de enfrentar lo que le pusieran por delante y eso es un gran mérito del Presidente Lagos y de Hernán Sandoval; el haber tenido la certeza del apoyo del Presidente fue fundamental.

Mucha gente hizo mucha pega, muy intensa, técnica, con una capacidad de negociación con el Parlamento que permitió sacar la Reforma

Gonzalo Navarrete Muñoz¹

El mandato que traía Ricardo Lagos era la confección de la Reforma de Salud y la pregunta inmediata fue: ¿quién iba a ser el ministro? Este sería Hernán Sandoval y ocurre que, en el momento que viene el nombramiento, 24 horas antes, faltaba una mujer en el gabinete y con Hernán teníamos todo ya planificado y resulta que asume la Dr. Bachelet. De esa manera, el Dr. Sandoval queda a cargo de la Secretaría Ejecutiva de la Reforma. Inicialmente fue un proceso relativamente conflictivo con la ministra, porque tenían miradas distintas sobre el proyecto.

Después viene el cambio de la Ministra Bachelet y asume Osvaldo Artaza. Es ahí que se destraba la Reforma, y Hernán nos presenta la idea de lo que eran las Garantías Explícitas. Eso implicó, desde el principio, una diferencia con lo que era el Colegio Médico en esa época. La doctora Marisol Barría, quien estaba a cargo de una componente interna en el ministerio en ese momento, no estaba de acuerdo con los planteamientos y decía: «Me parece que esto es una reforma demasiado liberal o neoliberal», lo que fue insostenible. Apoyando al Colegio Médico, la Dra. Barría fue una contraparte bien dura; ella tenía la convicción de que las garantías explícitas no eran la mejor solución, porque dejaba patologías fuera, y ahí tuvimos una primera tensión, que luego fue permanente con el Colegio Médico.

Al interior del gobierno, rápidamente se produce un alineamiento con el tipo de reforma que se estaba proponiendo, donde la participación del Ministro de Hacienda, Nicolás Eyzaguirre, fue fundamental. Él logró una sintonía en torno a los temas, lógicamente desde Hacienda, de lo que implicaba finalmente la factibilidad financiera del proyecto.

En ese contexto, me llama Osvaldo Artaza y le digo: si hay algo interesante en la vida es meterse en una reforma de salud, la que se venía discutiendo desde los tiempos en que participábamos activamente

¹ Egresó de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile el año 1981. En dictadura fue Presidente del Consejo de Delegados de la Facultad de Medicina. Perteneció a la Agrupación de Profesionales. Trabajó en el Hospital El Pino y fue subdirector médico del Servicio de Salud Metropolitano Sur, en 1990. Director del Instituto de Salud Pública (ISP). Subsecretario de Salud en 2002.

en el Colegio Médico. Me llama y me asigna la tarea de resolver los temas y conflictos cotidianos. De hecho, durante ese año tuvimos cuatro paros nacionales. Yo entré en febrero y en marzo tuvimos el paro de la Atención Primaria de Salud (APS); después tuvimos cuatro paros de la FENATS, y un paro de los profesionales de la salud, reivindicaciones que eran fundamentalmente en torno a cambios sustantivos, por ejemplo, cuál iba a ser el rol de la APS, realizar un cambio al sistema de ascenso y concursos al interior del estatuto administrativo. Hasta ese momento se ascendía solo por antigüedad y ahora se le estaba colocando un componente de evaluación de desempeño y de postulación, lo que cambiaba mucho la lógica de cómo venían haciendo las cosas, y la FENATS también se opone a la propuesta.

En ese momento era el único subsecretario, y para aumentar la tensión, viene el dengue y Osvaldo Artaza me pide que vaya a Rapa Nui, porque el *despelote* que había era grande. Nos subimos a un avión con la actual Ministra Aguilera y, cuando íbamos llegando, llama el alcalde Petero y nos dice: «Ustedes no son bienvenidos, porque van a venir acá y van a cerrar la isla y nosotros vivimos del turismo». Llegamos, y nos recibió el Consejo de Ancianos y tuvimos un acuerdo con ellos: no podíamos decir nada afuera (en lo público) y solo podíamos ir desde el hotel hasta los lugares y nada más. Tuvimos un buen acuerdo finalmente y terminamos cerrando un plan de acción, unos compromisos y nos volvimos.

El día lunes el Ministro Artaza me pide que vaya a Coyhaique, porque había un paro de los trabajadores de la salud por temas contractuales de tipo administrativo, y partí para allá. Cuando venía de vuelta en el avión, yo digo: «Nadie puede saber de salud pública, de administración y gerenciamiento al mismo tiempo, porque son dos cosas distintas: el manejo de un servicio de salud es diferente de lo que te puede ocurrir en los temas de salud pública». En ese momento le propuse al ministro y al Dr. Sandoval que la Reforma debía incluir una segunda subsecretaría, la que debía orientarse al tema de gestión; y otra dedicada a la salud pública. Expusimos eso en el Consejo de Ministros y hubo un completo acuerdo.

Ese año, creo haber llegado a mi casa nunca antes de las once y media de la noche y cuando teníamos que ir a Valparaíso, dormía allá. El tiempo que estuve físicamente en el ministerio y sus dependencias era el 70%, y un 30% era llegar a la casa y dormir con los niños, que en ese tiempo estaban relativamente pequeños. Entonces desaparecí de la casa, creo que mi separación tuvo un poquito que ver con eso, pero es finalmente el tiempo que debes dedicar al manejo del conflicto, al diseño de la Reforma y la negociación con el Parlamento, lo que fue una complicación mayor.

Durante el trámite en la Cámara, jugando en contra estaba el actual senador Juan Luis Castro, pues tampoco tenía una convicción muy alta de que esta innovación, con las garantías explícitas, funcionara. Finalmente, cuando se aprueba la Reforma, nunca estuvieron demasiado convencidos de que esto era una buena idea. Recuerdo que se incorpora la idea de que las garantías iban a implementarse en un proceso progresivo. Todos teníamos claro que había un conjunto de patologías que no estaban allí y que probablemente íbamos a tener listas de espera, porque el recurso no daba para todo. Se asumía que cubriendo el 70 o el 80% de las causas de invalidez y de mortalidad, podría efectivamente haber un avance sustantivo.

Había un buen equipo, muy comprometido. Estaban el Ministro Artaza, Claudia Miralles como Jefa de Gabinete; el abogado Andrés Romero, el Dr. Hernán Sandoval desde el Comité Ejecutivo. Éramos

los que estábamos orquestando de este lado; y del otro lado, fundamentalmente el Dr. Accorsi y el diputado Aguiló, que luego fue un muy buen colaborador. Ellos eran los que encabezaban otro lado de la disputa. En esos días tuve un momento muy amargo; momentos críticos por una larga conversación hasta las cuatro de la mañana con Juan Luis Castro, y dijimos a las cuatro de la mañana ¿de acuerdo? ¡De acuerdo!

Al día siguiente —o sea el mismo día pero ya a las siete y media de la mañana— prendo la Radio Cooperativa y Juan Luis nos hizo pedazos, y dijo que habíamos tenido una conversación sin llegar a un acuerdo de nada. Que nosotros queríamos hacer la reforma más neoliberal del mundo.

Ese fue un momento muy duro, porque habíamos hecho todo el esfuerzo para llegar a un acuerdo, con apretón de manos al irnos y tres horas después te preguntas ¿qué pasó? ¿Lo soñé o fue de verdad? Esto significó una ruptura de confianza muy compleja. De ahí en adelante, las conversaciones tomaron un rumbo algo distinto, con medidas como la toma de actas y un tono más institucional. Se entendió entonces que el vínculo personal no bastaba, y que cualquier declaración que no tuviera respaldo podía ser fácilmente desmentida o reemplazada por otra.

Si hago un poco más de memoria, recuerdo estar a las tres y media de la mañana en el escritorio escribiendo o esperando las negociaciones, muerto de sueño, con hambre y con ese estado a mí me pasa que me pongo *enojón*, a ratos una locura. En ese sentido, el principal aprendizaje vino de la negociación con la FENATS. La organización gremial tenía un extenso petitorio y desde el Ministerio de Hacienda me dicen: «Mira, para esta conversación lo que tú debes tener claro son los límites. Que ese límite no es traspasable y, por lo tanto, podemos negociar todo hasta ahí». Y eso me cambió la angustia. Fue un aprendizaje muy interesante para mí.

Viendo hacia el futuro, creo que desde el lado de la salud pública, las redes locales de salud deben funcionar, porque todavía la separación entre atención primaria, secundaria y terciaria es estructuralmente distinta y, por lo tanto, no hay conversación, no hay prioridad. Lo que ocurra en la Atención Primaria es lo que te va a impactar en la UCI. Pero parece ser que todo el poder, la plata, sigue estando en los hospitales. Esta sigue siendo un pariente secundario y además no conversan entre los diferentes niveles de atención, porque la gestión de redes en los servicios es pura mentira, no opera. Pero creo que en ese momento —los primeros años de la implementación de la Reforma— sí logramos construir redes.

Al respecto, uno de los problemas del Plan AUGE está en que no tiene una *pata* preventiva y no tiene una pie territorial o comunal. Entonces, la componente de salud pública, lo preventivo del GES, no se ha logrado instalar. Lo mismo que planteaba el Dr. Hernán Sandoval y la Subsecretaría de Salud Pública: dar más estructura hacia abajo. Las SEREMI hoy día tienen que aplicar sus orientaciones y están completamente aparte de lo que son los servicios de salud. En los territorios pareciera no haber integración. El manejo de las redes hoy día no existe. Algo de eso se ha estado haciendo desde que asumió el Dr. Osvaldo Salgado, pensando en una APS universal.

Han pasado 20 años desde esos primeros días de implementación del Plan AUGE y me siento agradecido de la vida por haber sido parte de algo que uno ve que cambió vidas concretas. Que estuviste en ese minuto, que pudiste aportar, que te sacrificaste hartito desde el punto de vista personal. Valió

la pena toda esta historia, aunque no esté visible, pero lo viviste. Creo que en ese minuto el liderazgo del Presidente Lagos, la convicción del Dr. Sandoval, la fuerza de Osvaldo Artaza con todo su prestigio fueron fundamentales. Es que mucha gente hizo mucha pega, muy intensa, técnica, con una capacidad de negociación con el Parlamento que permitió sacar la Reforma. Si miro hacia atrás, parece imposible haber aprobado un proyecto de esa envergadura en un año y medio.

Muchas voluntades, muchas convicciones, muchos liderazgos políticos y capacidades técnicas convergieron en ese momento. Se dio lo que aprendí de Maturana: «Una cosa es la poesía y otra cosa es la ingeniería», y nosotros a ese proyecto le aplicamos mucha ingeniería. En medio de los ingenieros que hicieron la pega y del mandato político del Presidente Lagos, estuvo el Ministro Artaza, que fue capaz de articular políticamente esto. Fue una mezcla que yo no he visto en alguna otra cosa, por lo menos, en el ámbito de las políticas públicas y sociales. El Chile Crece Contigo de la Presidenta Bachelet puede ser algo parecido a eso. Logró tener una articulación de esa envergadura. Diría que son las políticas públicas más grandes que he visto.

Uno cuando se mete en estas tareas debe tener una convicción casi suicida

*Pedro García Aspillaga*¹

Un día recibo una llamada de Osvaldo Artaza, quien me dice: «Tienes 15 minutos para decidir esta cuestión». Significaba que tenía que dejar mi consulta, porque hasta entonces los directores de servicio no eran de dedicación exclusiva, así que tuve que decirles a todas mis pacientes que no seguiría en la consulta. Imagínate decirles a mujeres que hasta les atendía sus partos, y llamé a mi señora y me dijo: «Haz lo que quieras, si ya sabes lo que tienes que hacer, no te laves las manos conmigo».

En ese momento hubo cambios de varios ministros, fue un verano tremendo, pues salió todo el tema de la ceremonia del adiós y muchos decían que Lagos no llegaba a terminar el gobierno, y una cantidad de cosas. Eran gobiernos de seis años, fue el último gobierno de seis años y estaba esta reforma que era bien compleja. Todavía Chile era inestable, teníamos senadores designados, no era como dicen ahora «pan comido», estaba todo bien complicado. El caso es que estaba en mi oficina del ISP y de repente entra pálida la secretaria y me dice: «El Presidente quiere hablar con usted» y yo dije «ah chita, algo está pasando», ¿movimiento de tropa? Tiene que haber sido el último día de febrero, yo asumí el 3 de marzo, estaba en mi oficina hablando de las obligaciones de los distintos ministros —habían asumido como seis— y la reforma de la salud era el proyecto emblemático del Presidente Lagos.

El tema de salud era muy importante para Lagos porque, además, él tenía mucha sensibilidad con el tema porque su suegro fue uno de los mejores salubristas que hubo, muy amigo de Hernán Sandoval, que hablaba sobre este modelo de salud anticipatorio y de garantías, que generara más certezas en la población. Había estado en el ministerio creo que una o dos veces antes siendo director de servicio, no sabía nada. Había estado leyendo el fin de semana de ¿por qué habían fracasado Michelle y Osvaldo? Hice un análisis y vi sus pros, contras y fortalezas y, decía si estos dos «murieron», a mí me quedan horas de vida, no más. Salvo esa llamada, no había hablado nunca con Lagos, y me dice: «Dr. García, le pido que de aquí a julio tenga aprobadas las leyes de la Reforma en el Senado»; *cresta*, dije. En ese momento estaban las cosas muy iniciales, los proyectos se habían demorado mucho. Y luego, se lanzan encima todos los periodistas, para mí fue bien dramático, nunca había tenido esa presencialidad mediática.

¹ Médico de la Universidad de Chile. Posgraduado de la Universidad Alberto Hurtado y Loyola College de Baltimore. Exministro de Salud (2003-2006). Consultor senior McKinsey & Company.

Uno cuando se mete en estas tareas debe tener una convicción casi suicida. ¿Esto es importante para Chile? Sí. ¿Crees en lo que estás haciendo? Sí. ¿Hay que hacer transformaciones? Sí. Otra cosa era la presencia muy relevante del Dr. Hernán Sandoval y de la Comisión de Reforma, pero Hernán no tenía responsabilidad política, él era un teórico, avanzado para la época, respetado en el mundo sanitarista, más de izquierda, pero la responsabilidad política era mía, del ministro. Pensé, tengo que aprovechar todo su conocimiento para ponerlo al servicio de esta tarea y yo tengo que poner todo mi servicio en función de su tarea. Al respecto, hay que consignar que el Presidente Lagos fue genial porque él armó y creó esta comisión de donde participaban los ministros de Hacienda, Trabajo y de la Presidencia; y convocaban a otros si era necesario. Había además un secretario técnico que llevaba registro de todo lo que estaba ocurriendo y esto en la misma Moneda, lo que significaba dar una señal política de que se estaba avanzando. Lo primero fue normalizar el clima porque estaba la pelotera dentro del ministerio, ordenar y buscar a alguien que me apoyara permanentemente, y la Divina Providencia me puso a Alfredo Montecinos, que falleció recientemente, una bellísima persona, abogado, respetado por todos, él fue mi Jefe de Gabinete, un tipo que conocía los vericuetos del ministerio, desconocidos para mí.

Entonces dije «necesito a alguien que sepa lo que está haciendo Hernán» y que me ayude a tener el control del frente interno, porque en ese tiempo había una sola subsecretaría y propuse a Ricardo Fábrega. Ricardo fue el jefe de Redes Asistenciales, pero en esa época tenía otro nombre. Puse a Manuel Inostroza en la Superintendencia, quien siempre ha sido estudioso, mateo y sabe más de salud y de políticas que yo; yo soy bueno para organizar, llevar los temas. Hice un comité político donde estaba el socialista Monasterio, el Dr. Concha de los comunistas, todos los actores, para tenerlos más o menos informados de qué estaba pasando. Y, por cierto, el mismo Presidente Lagos me dijo que en el Congreso hablara con Edgardo Boeninger. Osvaldo Artaza había dejado los proyectos listos para que se discutieran en el Senado.

Con ese escenario llego al Senado y me reciben los cuatro senadores que estaban ahí: Evelyn Matthei, Mariano Ruiz-Esquide, Antonio Viera-Gallo y el senador Ríos de Los Ángeles. Me reciben y me dicen: «Oiga, ministro, un placer conocerlo, vamos a tener que trabajar mucho porque estas leyes son una porquería». Luego, detrás de la puerta alguien me agarra el brazo y me dice: «Tranquilo, ministro». Era Edgardo Boeninger. Creo que a Boeninger se le ha reconocido poco todo lo que aportó, el regreso a la democracia, la articulación, echar andar este país para ponerlo en la modernidad, recordemos que éramos muy pobres.

Respecto del proceso, recordemos los planes piloto. Primero fueron las cardiopatías congénitas, los cánceres infantiles, la insuficiencia renal aguda, donde ya había cierta práctica y se trataba de una población acotada. Entonces, empezamos a demostrar que el sistema podía funcionar. Fuimos generando confianzas con los senadores y ordenando las leyes, sacando lo que correspondía a la parte operativa del GES para pasarlo a la parte más estructural, que era responsabilidad de la autoridad sanitaria. Entonces, se dijo que si iba a haber fiscalización, tiene que haber una superintendencia que vea a ISAPRES y FONASA, que vea que los tiempos se cumplan. Y así, al final, se fue armando un pastel bastante armónico, ibas haciendo la promesa del GES en conjunto con estas otras cosas. Y en paralelo,

teniendo bien acotado la función del ministerio, con Antonio Infante, que es un tipo ejecutivo, salieron las dos subsecretarías: la primera fue la Subsecretaría de Salud Pública, porque el Presidente Lagos me preguntó: «¿A quién podemos colocar de director de Redes Asistenciales?». Y yo sabía que tenía que armar equilibrios políticos porque había un PPD que era Infante, estaba yo que era DC y tenía que haber un socialista; así salió el Dr. Osvaldo Salgado, que lo conocía por su trabajo en el servicio sur, un tipo ponderado.

De los aprendizajes, que es importante considerarlos siempre; primero, que las políticas públicas se construyen entre todos, son materias complejas a las cuales hay que dedicarle mucha voluntad, inteligencia, generar mucho diálogo, pero contando siempre con tiempos acotados y obteniendo resultados. Segundo, hay que encontrar buena gente para hacer estas pegas, buenos equipos y yo creo que tuvimos un momento muy mágico. Tercero, tiene que haber un real compromiso de la más alta autoridad y, en ese sentido, Lagos estaba involucrado, iba a las reuniones de directores de servicio, hablaba cuando uno estaba medio débil, para defenderlo a uno y al proceso. Y cuarto, en esto hay que ser valiente y hay que involucrar a más gente. Debes armar estos árboles de influencias políticas y técnicas, y saber a quién recurrir, buscando ayuda en los lugares más insólitos.

Tu veías un compromiso tremendo, la gallada con la camiseta puesta en todos los niveles, por ejemplo, el rol que jugaron las sociedades científicas. En su momento los invitamos a todos para que conocieran el protocolo GES, no solo fueron los técnicos del ministerio, también otros actores que estaban participando desde distintos lados.

Haber aprendido de los errores de mis antecesores no es menor; haber escogido a muy buena gente para llevar a cargo esta tarea y haber privilegiado el diálogo y el encuentro. Qué tarea más maravillosa haber participado en esta Reforma. A muy poca gente le toca eso, estar en un proyecto de cambio.

Yo tuve la suerte que no tuvo Osvaldo, que dejó todos los proyectos y las leyes en la Comisión de Salud del Senado y ahí terminó. No sé si se acuerdan cómo salió Osvaldo de esta cuestión, era una piltrafa humana. Pero tú lo veías así como medio menudito y tranquilo, y es que tiene una base muscular tremenda, pero hubo que sacarlo en camilla del ministerio, estaba hecho *mierda*, muy difícil y tremendo, y todos los gallos tratando de sacarte. Los gallos son malos, se portan mal cuando te pillan débil.

En lo personal, siento mucha satisfacción. Me siento muy honrado de haber participado de esto y, cuando hablan del GES, poder decir «esto también lleva mi firma». Pero a la vez, con algún grado de frustración, al ver una política que ha beneficiado a mucha gente, porque te lo dicen tanto del mundo privado como del público, pero hay que decirlo, no se han aprovechado las potencialidades de un proyecto que es muy ambicioso. Es mucho más que el puro GES, es un cambio de desarrollo, donde hay que involucrar a las comunidades, a las sociedades científicas, o sea, no se logró entender todo: por qué no ha habido desarrollo de las comunidades de diabéticos, de los que tienen cáncer, para que se involucren en los procesos de modernización de sus protocolos, ayudar a los que son diagnosticados más tempranamente y decirles ¡trátese!

Podemos seguir haciendo las cosas bien porque Chile es un paraíso y lo desaprovechamos.

La aprobación de los proyectos implica concesiones, siempre, y hay que saber hacer la distinción en términos de cuáles son las piedras angulares que no puedes conceder

Marcelo Tokman Ramos¹

En esos días, recuerdo haber estado tomando un café con una amiga que también trabajó con nosotros en la Reforma, Consuelo Espinoza. Me acuerdo de que Consuelo tomaba unos cursos de Economía y decía: «Esto sería tan útil, tan relevante para el tema de la salud en Chile». Y creo que le respondí algo como: «Si hay algo en lo que no me voy a meter nunca...», como descartándolo por completo. Más tarde, cuando volví a Hacienda, a la Dirección de Presupuestos, tenía que terminar de escribir mi tesis —dedicaba media jornada a eso—. En ese entonces, el director era Joaquín Vial, y me dijo: «Ok, Marcelo, pero trata de que la tesis sea sobre temas de salud, porque en salud necesitamos tener capacidad para participar en la discusión, y se vienen muchos temas importantes en ese ámbito».

Uno de mis tres artículos de la tesis de doctorado lo hice en el tema de «discriminación por riesgo», justo calzaba con la decisión de la distribución entre FONASA e ISAPRES, pues nos tocó participar en la Ley FONASA. Terminé mi tesis y pasé a ser Jefe de Estudio de la DIPRES y vino el cambio de gobierno; llegó Mario Marcel de Director de Presupuesto y Nicolás Eyzaguirre de Ministro de Hacienda. Y pienso que es el momento en que debo meterme *full* en el tema salud. Pasaba que se había tomado la decisión de realizar la Reforma y se armó un comité interministerial que era como la parte técnica; ahí estuve desde el primer día. Se había formado también una especie de secretaría a cargo del Dr. Hernán Sandoval. Recuerdo también a Patricia Frenz, a Jeannette Vega, que eran parte de esa oficina.

Tuve la suerte de participar en la interministerial. También había una comisión de los ministros, a esas reuniones acompañaba a Nicolás, me sentía con más suerte todavía, ya que nos tocó sentarnos con el Presidente Lagos. Nicolás me llevaba siempre, así que participé en esas reuniones y después creo que fui el único que estuve cuando se ingresaron los proyectos de ley para su tramitación. Creo, si revisas la historia, fui el único presente en todas las sesiones, porque estuvo la Presidenta Bachelet

¹ Economista de la Universidad Católica de Chile. Doctorado en Economía en la Universidad de California, Berkeley.

siendo ministra cuando partimos; después Osvaldo Artaza, Pedro García vino luego. Todo el trabajo con el Parlamento fue como partos; en la Cámara de Diputados un proceso largo, eran muchos proyectos de ley simultáneos, pasábamos mucho tiempo en sesiones largas y se terminaba en la noche con las tramitaciones. En la comisión de la Cámara de Diputados, creo, estaba Guido Giraldi, también el Dr. Accorsi y Patricio Melero; y estos proyectos, después, tenían que pasar por la Comisión de Hacienda, donde estaba Sergio Aguiló.

Fue un proceso largo, de un gobierno entero y las últimas cosas salieron con Bachelet como Presidenta. En el Senado se hizo un súper buen trabajo, tuvimos también muchas reuniones con Edgardo Boeninger, Alberto Espina y Evelyn Matthei. Muy detallado el trabajo que hicieron en la Cámara Alta, se metieron bien a fondo. Varias veces nos tocaba ir y colaborar desde la casa de Edgardo Boeninger. Fue un tiempo bien intenso y bueno, y ahí se trabajó en distintos proyectos para la reforma.

Tuvimos discusiones particulares como que la Reforma no podía ser exclusivamente garantías, tenía que ser sostenible, porque en algún momento había una especie de discusión donde en realidad íbamos a garantizar todo, con lo cual se perdía el objetivo de la priorización. Se prioriza, después tiene que ordenarse todo aguas abajo para que, efectivamente, los recursos vayan priorizados hacia eso; y después, la discusión de protocolos: qué prestaciones se incluyen para cada uno de los problemas y qué considera algún ordenamiento por el lado de la atención.

Desde Hacienda, hicimos un documento que en ese momento causó harto ruido, y que de hecho a la entonces ministra Bachelet la agarró un par de semanas *El Mercurio* en los titulares; era un análisis que hicimos respecto a cómo venía cayendo el rendimiento del gasto en el sector salud. ¿Y bueno? Salió el *Informe Tokman*. Al respecto, primero, sabemos que para estas cosas se requiere asegurar que haya un uso adecuado de los recursos; y dos, poder observar de qué forma se establecía la señal de que esto era lo prioritario, lo que requería atención oportuna y que se siguiesen los tratamientos probados desde el punto de vista de la evidencia.

Dentro de los proyectos de la Reforma, metimos también el tema de los hospitales autogestionados, que tenían que ser más responsables de sus presupuestos, los que iban a tener más grados de flexibilidad, y para eso necesitabas, primero, un grado de certificación y plazos que efectivamente se cumplieran. Había unos plazos perentorios sí o sí.

Otra historia gigantesca fue el tema del proyecto del financiamiento. Ingresamos ahí un proyecto donde iban juntos el Financiamiento AUGE y el Chile Solidario, un programa que se desarrolló en la Presidencia del Presidente Lagos, con la idea de ordenar las familias de ingresos más bajos y tratar que le llegasen todos los instrumentos. Entonces, ahí metimos un proyecto de ley para el financiamiento de la Reforma, proponiéndose el aumento al impuesto al tabaco, aumento de impuesto al alcohol, aumento de impuesto al diésel, que era más contaminante que la gasolina; ampliamos la definición de los temas de salud y cometimos el error de meter también los juegos de lotería, carreras de caballo, y le fuimos dando a cada grupo de interés que se organizaba, pero también nos fueron matando todas las cosas del proyecto. Lo primero y más fuerte, fue la gente que estaba asociado a las carreras de caballos. Varios

de estos impuestos se cayeron en la discusión parlamentaria, por ejemplo, el de la lotería, recurso que llega a los bomberos, se cayó, entre otros.

Dos cosas interesantes en esa discusión: uno —que en ese momento lo comentamos con el Presidente Lagos—, el tema de un impuesto a la minería, un royalty; y por otro lado, el aumento del IVA. Este, por lo difícil de la aprobación, se hizo transitorio. Pero dijimos, nos hacemos responsables de que lo que estamos presentando va a estar financiado durante este gobierno, y la administración que entra verá cómo lo financia y así será un tema del otro gobierno. Apenas se instaló la Presidenta Bachelet, se hicieron las modificaciones y quedó el IVA más alto.

Esta posibilidad de participar de la Reforma para mí fue súper enriquecedora, poder hacer el seguimiento a las discusiones al interior de Hacienda, el trabajo con otros ministerios y particularmente con el Ministerio de Salud, y participar en las reuniones más políticas donde estaban los ministros y el Presidente. Al mismo tiempo, involucrarme en las sesiones en el Parlamento, donde, en algunos casos, eran más relevantes los asesores que los mismos parlamentarios. Se trabajó mucho con la gente de Libertad y Desarrollo y de la Fundación Jaime Guzmán.

La parte fundamental, así como más macro de la Reforma, era el diagnóstico que decía que Chile tenía indicadores de salud súper buenos, pero por los cambios demográficos y epidemiológicos, las necesidades estaban cambiando y tenías una infraestructura que estaba muy cargada a las enfermedades del pasado. Entonces, necesitabas de alguna forma asegurar que se fuese moviendo este monstruo gigantesco hacia la atención de los nuevos problemas y tratar de meterle racionalidad, en términos de cómo atenderlo, y creo que esa es la parte principal. Porque tenemos evidencia de que estos tratamientos son los efectivos y entonces podemos garantizarlos, y al ponerles obligación de atención y dejar una válvula que permitía derivar al privado, se podía garantizar la atención. La forma era hacer que las atenciones fueran hacia lo que es prioritario, por la carga que representaba y porque había tratamientos que eran *costo efectivo*, eso era la parte principal. Pero para que eso pudiese efectivamente funcionar, necesitabas traspasar hacia abajo mayores grados de flexibilidad, de autonomía, de responsabilidad; esta discusión se hacía en un contexto en el que efectivamente había habido incrementos súper significativos en los recursos destinados al sector, y no estaba capturándose eso ni en mejorías de resultados de salud, ni en aumento de número de prestaciones. Fue un tema que tensionó todo en términos del diseño.

Se trató de un proceso de mucho aprendizaje, pero lo primero es lo que uno puede pensar desde el punto de vista técnico, que además es el propio de tu formación. Después venía el mundo de la aprobación de los proyectos —que implica concesiones siempre—, y que hay que saber hacer la distinción en términos de cuáles son las cosas que son piedras angulares que no puedes conceder. Y del tema del diseño de política, efectivamente, el ejemplo de lo que fue el financiamiento, porque si estamos hablando de salud, pongamos impuestos a las cosas que pueden ayudar, pero siempre es mucho más fácil tirar un IVA que le pega a todo el mundo por igual, y nadie se organiza en contra. Creo que ese es el mejor ejemplo, terminamos en ese aumento por defecto. Por eso, respecto del aprendizaje, entender que la

realidad es mucho más compleja, por lo que en la tramitación de proyectos así de grandes —que duran tantos años—, necesariamente salen cosas distintas de lo pensado.

Si miramos el futuro, creo que hay varios asuntos que no se resolvieron; el tema de las licencias médicas sigue siendo medio escandaloso; el rol de FONASA como seguro público creo que está en un conflicto permanente y muchas veces puede ser hasta un conflicto con Hacienda. Creo que ahí todavía hay un tema que no se ha resuelto. Asimismo, pienso que se necesita avanzar en darle mayor flexibilidad a nivel del mundo prestador.

Para mí fue súper importante esa experiencia: estos son proyectos que tienen la gracia de requerir, efectivamente, trabajo en equipo; para sacar los buenos proyectos necesitas encontrar espacios para la discusión, para así integrar todas las miradas, donde el punto de vista técnico siempre trae distintas miradas y aportes; y también la parte del realismo, lo que se puede o no hacer. Como escuela, para mí fue muy interesante ese paso desde algo más teórico hasta verlo convertirse en ley.

Me tocó también colaborar con mucha gente. Como hubo cambios en otros ministerios y era necesario trabajar en distintas etapas con el Congreso a lo largo de esos años, se tuvo que coordinar con diversos equipos, y creo que eso fue muy positivo, especialmente por la posibilidad de dar continuidad al proceso. Otra cosa importante es el nivel de dedicación que debes entregar a proyectos como estos, sobre todo cuando te toca estar del lado del Ejecutivo, en la relación con el Parlamento: sesiones de noche y madrugada, y muchas reuniones adicionales en las oficinas del gobierno donde venían los parlamentarios o incluso en las casas los fines de semana. El nivel de motivación y compromiso se contagiaba y entusiasmaba a todo el mundo.

No quiero dejar de mencionar que fue un agrado trabajar con Paty Frenz, que después falleció. Ella fue un súper aporte en el equipo de Hernán Sandoval.

He conocido a mucha gente que le ha dicho gracias al Plan AUGE

Sergio Aguiló Melo¹

Nosotros habíamos estado muy activos en la campaña de Ricardo Lagos y ya veníamos un segmento de la Concertación, medio transversal, medio crítico, un poquito desesperanzados por los seis años del gobierno de Frei, donde se habían privatizado algunas empresas. Entonces pusimos mucha fuerza en apoyar a Lagos, en el entendido de que él iba hacer transformaciones más de fondo; en primer lugar, porque era el tercer Presidente de la Concertación; en segundo lugar, porque era el primer socialista del mundo de la izquierda de la Concertación, no del centro. Pinochet en la Comandancia en Jefe ya era pasado, por lo que había varias razones para tener más esperanzas en cambios de fondo. Al respecto, recuerdo el discurso que hizo Ricardo Lagos en Curanilahue, que lo tituló «Chile limita al centro de la injusticia», una famosa frase de Violeta Parra.

Empezó a hablarse del AUGE en su propio programa, por lo demás, se trataba de un cambio de fondo, una reforma a la salud y ese era el gran dilema. En ese contexto, se comentaba que iba a ser muy radical y sustantiva, y eso sonaba a amenaza; pero, finalmente, para nuestro gusto y propósito, fue menos que eso. Sin embargo, con la perspectiva de los 20 años, debo decir que siendo parlamentario durante muchos años, he conocido a mucha gente que ha dicho gracias al Plan AUGE. De hecho, yo pude intervenirme, pude internarme y me salió gratis. Es decir, tengo en ese momento, por esos años, una impresión de una reforma a medias, tampoco mala, y me quedé con esa sensación. Con el tiempo, me he quedado con la impresión de que la propia gente del Maule —donde hoy soy consejero regional— está muy agradecida del AUGE. Finalmente, raya para la suma, fue una gran reforma.

Hay que comentar que empezamos con una idea que teníamos los que estábamos en el área de salud pública; siendo economista de profesión, me vinculé mucho al área de salud y me hice muy mateo en estudiar esos temas. Salía, en ese tiempo, en los medios de comunicación, no había redes sociales digitales, y la gente creía que yo era médico; me decían el Doctor Aguiló y no en broma. Cuando

¹ Casado, tres hijos y seis nietos. Economista de la Universidad de Chile. Militante de la Izquierda Cristiana desde 1971 a 1991. Militante del Partido Socialista desde 1992 a la fecha. Detenido por la CNI y preso político en la dictadura durante seis meses en 1982. Diputado entre 1990 y 2018. Integrante de las comisiones de Trabajo, Gobierno Interior, Derechos Humanos y Salud. Presidente de la Comisión de Salud durante un periodo.

comenzó el gobierno de Ricardo Lagos era miembro de la Comisión de Salud; participé activamente en las negociaciones en el Parlamento, junto con los dos ministros que estuvieron en ese periodo. La idea primera era juntar todas las cotizaciones de FONASA, todas las de ISAPRES y hacer un solo fondo; ese era el concepto, un fondo solidario, donde todas las cotizaciones se pusieran ahí. Se podían agregar a eso los seguros complementarios que la gente quisiera para atenderse en una clínica privada, más cara: un seguro particular más lo que le financiaba el fondo solidario, ese era el concepto. O sea, la salud pública se fortalecía mucho.

Las cosas se dieron del siguiente modo: tuvimos dos problemas dentro de la Concentración; la DC se opuso a ese diseño, no obstante los ministros de ese partido estuvieron de acuerdo. Pero los parlamentarios demócratacristianos estuvieron en contra. Recuerdo que ahí jugó un papel importante la información respecto del modelo que existe en Inglaterra, donde el sistema de salud es público y la salud es un derecho prácticamente gratuito. Sin embargo, seguimos trabajando en una idea complementaria para la gente de la salud pública: un conjunto de prestaciones con un tiempo definido, porque el otro gran problema eran las largas filas de atención. Por ejemplo, una intervención quirúrgica podía demorarse un año. De este modo, con este diseño, íbamos a establecer garantías.

Esta maravilla de garantizar calidad se confrontaba con las patologías que quedaban fuera; y algunos más críticos pensábamos que iba a mejorar muchísimo para aquellas personas que tenían las patologías garantizadas, pero las personas que sufrían patologías no incorporadas al AUGE iban a sufrir largas esperas. Por eso nos pusimos la tarea de hacer el esfuerzo para que los recursos se fueran a la salud pública y la lista de patologías pudiera ensancharse cada día más. Hoy tenemos una lista mucho más grande: de acuerdo con perfil epidemiológico, el 90% está en la lista del AUGE.

En ese cuadro, fueron pasando distintas cosas, antes y después: llegó Michelle Bachelet al Ministerio de Salud, y el segundo o tercer día, el Presidente Lagos le dijo: «Usted me termina las colas en los consultorios en 30 días»; y después ella le pidió 30 días más y, con una pasión, tenacidad y capacidad que le conocemos, logró un avance importantísimo. Le sucedió el Dr. Osvaldo Artaza, que estaba muy de acuerdo con este concepto original y era muy partidario de la salud pública. Fue un gran médico y jugó un rol importantísimo en el Hospital de Niños Calvo Mackenna. Osvaldo Artaza puso algo más que un grano de arena y es que fue un impulsor de la Reforma.

Hubo grandes discusiones, estaba de Ministro de Hacienda Nicolás Eyzaguirre, él había sido mi ayudante en la Escuela de Economía en la Universidad de Chile. Nos juntábamos a las dos o tres de la mañana para ver las cuestiones entre Hacienda y Salud.

La idea original del Fondo Solidario tuvo oponentes ortodoxos en la Concertación, dentro y fuera del gobierno, toda la derecha en contra y no había una sola idea a favor del Fondo Solidario, todos defendiendo a las ISAPRES con todo lo que las conocemos hoy día. Cuánta razón teníamos después de conocer lo que ha pasado con las ISAPRES, devolviendo desde cinco lucas, pero en fin. No hay ningún país del mundo que tenga seguros obligatorios privados y con fines de lucro, solo en Chile. Es decir, teníamos al Ministro de Hacienda, a los parlamentarios DC y a toda la derecha en contra de ese fondo solidario, la verdad, no había por dónde, a pesar de la evidencia mundial. Nosotros en ese periodo

tuvimos muchos seminarios con experiencias que avalaban la idea del fondo. Eso no fue posible, porque las personas que se opusieron entonces, con más claridad plantean la idea de establecer un sistema de garantías, de esta manera, la gente que se atiende en la salud pública va a tener estas garantías, se va a invertir en hospitales, de hecho el gobierno de Michelle Bachelet fue el que más cantidad de hospitales construyó en todo Chile, eso se hizo, pero fue el plan B.

En la parte más álgida del proceso estuvieron Bachelet y Artaza. Este último facilitó mucho las cosas. Después, otro gran facilitador fue el presidente del Colegio Médico de Chile, nuestro gran Enrique Accorsi, un gran tipo, un caballero, gran persona, gran ser humano, a pesar de venir de familia acomodada, ha trabajado siempre en la salud pública. Hay que recordar también el lugar que ocupó la Organización Mundial de la Salud, que aportó con su experiencia, así como la Organización Panamericana de la Salud. Esto no significa descubrir el agua tibia, es experiencia acumulada y uno tiene que aprender, porque las enfermedades se curan de una determinada manera y los sistemas se organizan de una determinada manera, y eso es una experiencia mundial, la cual se puso a disposición de Chile. Hubo organizaciones de usuarios/as que participaron activamente. Osvaldo Artaza organizó un par que fueron sumamente importantes para conocer la opinión de la gente, que finalmente era la beneficiaria de todo lo que estábamos haciendo.

Con el tiempo, esto se puede medir y pasaron 20 años. El principal acierto está en que mucha gente podría haber esperado eternamente con dolencias y eventualmente con fallecimiento. Ahora pudo intervenir, operarse, salir bien, mejorar su calidad de vida, porque el AUGE le permitió con calidad y oportunidad resolver sus problemas de salud, eso es lejos el mayor logro. También, que el país tomara conciencia de que era indispensable modernizar sobre todo el sistema de salud público, porque los hospitales eran grandes elefantes blancos, ruinosos, viejos, sin tecnología; y hoy, tenemos tecnologías de punta que no tiene nada que envidiarle a ninguna clínica.

Sigo creyendo y estoy más convencido, a propósito del gran numerito de las ISAPRES, de que nosotros en algún momento —manteniendo todo lo bueno de la Reforma, las garantías explícitas y en términos de plazo y de oportunidad— tenemos que ir a un fondo solidario universal. Eso es imprescindible, los seguros de salud tienen que ser complementarios a las garantías del Estado y siempre tienen que ser voluntarios.

Se me viene a la memoria un momento en que estuvimos todo el día negociando y estaba el ministro, todos los dirigentes de los gremios, estábamos con Ruiz-Esquide y decíamos: vamos a redactar nosotros una propuesta. Teníamos el acuerdo con el ministro, con cuatro gremios y estuvimos toda la noche redactando. Todo dependía de la plata y en ese momento el Ministro de Hacienda trajo una mala noticia, y entonces se caía el acuerdo, empezaba a salir el sol y los que estábamos allí, en el Palacio Aristía, no dábamos más. Por cansancio, con Ruiz Esquide —a pesar de que Mariano era mucho mayor que yo—, hicimos la última propuesta saliendo el sol y dijimos, si no están de acuerdo, seguimos todo el día. Entonces se logró el consenso y firmamos.

Creo que vamos a tener que transparentar mucho cómo efectivamente se financia la salud pública, ese es un gran desafío. En Chile, los ministros de Hacienda sin excepción tienen la idea de que la salud

es un saco sin fondo, que nunca va a ser suficiente y siempre va a faltar. Puede ser cierto, pero los secretarios de Estado deben tener un poco de humildad y preguntar cuánto es el porcentaje, no en términos absolutos, sino porcentuales. Ese es un porcentaje con el que la salud pública puede funcionar. Espero también que los gobiernos progresistas se metan a fondo en esto porque la salud es muy decisiva. Se debe buscar una forma en que se sepa cuál es la meta a alcanzar en lo presupuestario y fiscalizar que esos recursos se usen bien. Y vuelvo al tema del fondo solidario universal, porque esa es una tarea pendiente. Hay una cantidad enorme de recursos que se van a las utilidades de las ISAPRES y no a la atención de las personas, y ese es un gran pendiente.

Fue un proceso político muy positivo que mejoró la salud. Saludo al Presidente Lagos, a los ministros Bachelet, Artaza y Eyzaguirre, a nuestro gran amigo Dr. Accorsi, a todos los que participaron, y a los parlamentarios que aprobamos la Reforma. Tuvimos la suerte de trabajar con ministros profundamente conocedores del tema; ambos, Bachelet y Artaza, son apasionados promotores de cambios que se la jugaron a fondo.

Me pareció muy importante que Salud y Hacienda entendieran que aquí había un objetivo mayor, que era buscar mecanismos que permitieran priorizar las enfermedades más relevantes

Patricio Melero Abaroa¹

Desde los años 90 se empieza a establecer la necesidad de avanzar en un cambio en torno a la salud en nuestro país, una reforma de fondo en el sistema que permitiera fortalecer, por un lado, la Atención Primaria, pero también buscar alguna manera de priorizar el buen uso de los recursos de salud, en torno a poder dar solución adecuada en tiempo, oportunidad y cobertura a las enfermedades más relevantes que afectaban en el país. Por consiguiente, ya durante los gobiernos de Aylwin y Frei, la salud se convirtió en un tema polémico de discusión. Había presión hacia otorgar en el presupuesto un mayor gasto a esta área, dadas las crecientes necesidades que la población tenía, por ejemplo, las listas de espera era un tema relevante o la carencia de especialistas. Entonces, durante diez años se fue acumulando en el Congreso un debate bastante intenso respecto de la necesidad de impulsar un cambio en el sistema de salud, especialmente en lo que terminó siendo este régimen de garantías explícitas, que se transforma en la Ley del AUGE durante el gobierno del Presidente Lagos.

Recuerdo algunos hitos importantes, primero, la falta de comprensión de parte del Colegio Médico sobre la importancia que tenía este proyecto. Era paradójico que el gremio que representaba a los médicos aparecía más como defendiendo intereses que preocupado de avanzar en la salud pública. Como que sentían que esto de establecer un sistema de prioridades los ponía en una situación difícil de discernir, en el sentido de qué era primero y qué después; como que sentían que invadían sus potestades, que les quitaban algunos privilegios y, por consiguiente, esa posición gremial del colegio,

¹ Ingeniero Agrónomo de la Universidad de Chile. Alcalde de la comuna de Pudahuel. Diputado en la primera elección del año 1989 por el distrito 16: Pudahuel, Quilicura, Colina, Lampa y Tiltil. Fue reelegido ocho veces, cumpliendo 31 años en el Parlamento. Fue Presidente de la Cámara de Diputados el año 2011. Fue Presidente de la Unión Demócrata Independiente durante el año 2012. En abril del año 2021, el Presidente Piñera lo nombró Ministro del Trabajo y Previsión Social, hasta marzo del 2022.

de críticas, me impactó mucho, porque uno suponía que podía haber una mayor comprensión de la necesidad de avanzar en esto.

Me impresionó siempre la posición de Girardi, médico, tan crítica al proyecto, que si mal no recuerdo, lo terminó votando en contra. Era diputado en ese entonces, y líder de la salud, y a nivel de las posiciones que se esgrimían al interior de la Concertación, él entró en pugna con el gobierno.

Particularmente tengo en la memoria un hito: cuando llegó Girardi con el ataúd a la puerta de La Moneda, o sea, eso lo recuerdo como un hecho impactante. Ver a un diputado oficialista haciendo esto, simbolizando que lo que venía era el entierro de la salud en el país. Se generó toda esa discusión en el Parlamento, sobre los límites que teníamos como país en materia presupuestaria. Había una pugna, ¿cierto? Siempre, especialmente en el oficialismo por más recursos, pero no veía una reciprocidad en términos de procurar también una mayor eficiencia en el gasto de salud, en la necesidad de revisar lo que se estaba haciendo y de progresar. Por consiguiente, había como mucha presión por más gasto, lo que no se traducía en buscar caminos para tener más eficiencia y mejor priorización a través del tiempo.

Esa fue una discusión que estuvo muy vigente durante toda la tramitación del proyecto y especialmente en el Senado, en los trámites finales, donde se eliminó el fondo compensación solidaria y el fondo maternal solidario, lo que fue leído como una suerte de veto de la derecha, en circunstancias que fue aprobado por todos los senadores, de izquierda y de derecha, si mal no lo recuerdo, fue unánime. Entonces, ese es otro tema que siempre estuvo muy presente y el rol que tuvo Hacienda para poder controlar el gasto. Me pareció muy importante que Salud y Hacienda entendieran que aquí había un objetivo mayor, que era buscar mecanismos que permitieran priorizar las enfermedades más relevantes. Recordemos que partimos con 17 y hoy día creo que estamos en 86. Esa fue otra discusión relevante, porque había cierta preocupación, en el sentido de que al abrirse un camino de prioridades, de decir, estas primero y estas otras después, se generara una suerte de pacientes de primera y pacientes de segunda categoría, que era el gran discurso del Colegio Médico. Costó convencerlos de que no era una categorización por la gravedad de la enfermedad, sino que era una categorización por padecimientos, por problemas, que tenían una mayor cantidad de consultas, que tenían una demanda mayor y que era muy importante que la gente no siguiera esperando.

Vale señalar que estábamos en tiempos en los que en Chile todavía existía la política de los acuerdos. El Parlamento no estaba tan fragmentado como hoy; el sistema binominal, de elección de diputados y senadores, le daba gobernabilidad al Presidente y permitía alcanzar esos acuerdos. Un Parlamento que tenía en ese tiempo —en fin, no he sacado la cuenta— no más de siete u ocho partidos políticos, con dos grandes bloques: la Alianza y la Concertación. Esa relación permitió alcanzar los acuerdos y darle gobernabilidad al país. Creo que una ley como el Plan AUGE, en los tiempos actuales, con un fraccionamiento tan amplio de 23 partidos políticos, no se habría logrado, y por consecuencia, esa gobernabilidad en torno a un sistema mayoritario como era el que existía en Chile, dio muchos frutos, no solo al Presidente Lagos, sino desde Aylwin hasta el primer mandato de Piñera. Después el tema se *desmadró* y hoy tenemos un Parlamento muy atomizado, que hace muy difícil la gobernabilidad y que se alcance este tipo de acuerdos.

Dicho eso, estábamos en tiempos de la política de los acuerdos, esto le había dado muchos frutos y beneficios al país. El Presidente Lagos se había beneficiado mucho por el famoso Acuerdo Longueira-Lagos por el tema de los sobresueldos. Veníamos saliendo de un momento muy álgido y complejo; los tiempos del tema de los sobres y los sobresueldos, donde estuvo muy cuestionado el país y la gobernabilidad. Entonces, existía ese espíritu y eso hacía que lo cortés no quitaba lo valiente. Se podían decir cosas muy duras o firmes, pero eso no terminaba en transformar a nuestros adversarios políticos en enemigos. En este contexto, a mí me pasaba algo muy divertido; todos hablaban del doctor Melero, siendo que soy ingeniero agrónomo. Debe ser porque desde el inicio de la democracia estuve involucrado en el tema salud.

En esos años, ya llevaba más de diez años integrando la Comisión de Salud, había trabajado con los ministros de Salud del gobierno del Presidente Aylwin, con los del Presidente Frei y ahora con Osvaldo Artaza, de quien tengo gratos recuerdos, principalmente su capacidad de diálogo. Me acuerdo de una invitación que le hice a Osvaldo a comer a mi casa, eso se hacía en esos tiempos, no se veía con sospecha que un parlamentario invitara a un ministro; ya sabemos, hoy día invitar a un ministro es para que te cuelguen eso del tráfico de influencia y de la cocina. Pero en ese tiempo, recuerdo, convidé una noche a comer al ministro con otros parlamentarios de mi partido y afines, y fue una muy grata conversación en que pudimos también avanzar en términos de alcanzar los acuerdos necesarios.

Esta fue una ley que siempre tuvo un consenso inicial, que fue muy a mi gusto. Había un concepto novedoso, el elemento conceptual de priorizar un conjunto de prestaciones que respondía al mayor porcentaje de morbilidad en nuestra población, eso era muy importante. Y acá, el consenso estaba en mejorar la atención de salud, no somos más eficientes en el gasto si es que no priorizamos un conjunto de prestaciones que están siendo desatendidas. Después vinieron otras cosas igualmente importantes, como todo lo relacionado con el margen de la cobertura financiera, lo que también representó un avance. Por ejemplo, el tema de los deducibles catastróficos, que fue muy relevante: cuando hablo de «catastrófico», me refiero al impacto sobre el presupuesto familiar que implicaba enfrentar enfermedades de muy alto costo. Por otro lado, las atenciones de urgencia también se legislaron, que fue también un factor muy relevante.

El voto de mi bancada fue unánime, no recuerdo la de RN. Estuve repasando los discursos de varios y todos, el diputado Bombal, la entonces senadora Matthei —que era integrante de la Comisión de Salud— y muchos otros éramos a veces más fervorosos partidarios del proyecto, que la mirada a veces más desconfiada que veíamos de algunos parlamentarios de la Concertación. Creo que ellos siempre se sintieron insatisfechos con el proyecto, porque consideraban que había que gastar más y no necesariamente priorizar más; y nosotros veíamos en esto una adecuada combinación de una iniciativa que permitía, junto con priorizar, avanzar. Además, fue interesante todo el procedimiento, una preocupación que siempre teníamos, que si abríamos la ventana de la priorización y partíamos con 17, cómo lo hacíamos para no terminar con 300 enfermedades. Porque siempre la presión de la demanda de la ciudadanía era que las enfermedades estuvieran en el AUGE. Comenzamos con 17 y hoy día estamos

en 86, estableciéndose un mecanismo objetivo que le quitaba la discrecionalidad al gobierno de turno de ir metiendo y metiendo enfermedades.

Como aprendizaje me queda que cuando se depone la ideología y se da curso a la visión más técnica, con respaldo científico si se quiere, respaldo con evidencias a una determinada política, se puede avanzar. Siempre el divorcio entre lo político y lo técnico ha sido una espada de Damocles para el Parlamento. El exceso de ideología a veces hace que los árboles no dejan ver el bosque, a veces la ideología no deja ver la visión más pragmática, realista y oportuna que se debe adoptar.

Respecto de lo que viene, creo que el tema del cáncer no está teniendo la velocidad y la capacidad de gestión para avanzar como se merece. Hay mucha decepción, porque no se está plasmando con la velocidad y la forma que se esperaba. Y esta enfermedad, muy pronto será la primera causa de muerte en Chile. Creo que el cáncer y su tratamiento requieren de mayor dedicación, más energía y más gestión. Creo que el otro gran tema es la caída de la natalidad y el cambio del sistema público de salud hacia las enfermedades geriátricas, hacia las personas de mayor edad versus la prioridad que durante tiempo tuvo el tema de la natalidad. En fin, tenemos que prepararnos para el cambio demográfico, que en Chile se está manifestando de forma dramática y lamentable. El país va a la vanguardia en Latinoamérica, con una tasa de natalidad de 1,2 hijos por mujer, y estamos *ad portas* de caer por debajo del punto de equilibrio.

Por otro lado, creo que las pandemias llegaron para quedarse, como la del COVID-19, que fue dramática en Chile y en el mundo. Pero, afortunadamente, nuestro país tuvo la capacidad de enfrentarla de forma ejemplar, con buena gestión, con la oportunidad de tener las vacunas, con el compromiso y el complemento público-privado, con la capacidad de contar con los recursos económicos. Debemos prepararnos, no solamente desde el punto de vista de la infraestructura y la capacidad sanitaria del país, y de profesionales de la salud, sino que también ser responsables y contar con los recursos para enfrentar estas situaciones.

Veo que hay una suerte de omnipotencia del sector público de que puede hacerlo todo y es mal vista la complementariedad con el sector privado. Por ejemplo, dada la enorme cantidad de personas que hay en las listas de espera, se han dado cuenta de que tienen que comprar prestaciones al sector privado; justamente lo que estamos hablando, lo que hizo el AUGE fue que cuando el Estado es incapaz de prestar salud oportunamente, te la tiene que comprar el sector privado. Eso, desde el punto de vista ético, de lo que significa la atención de un paciente que lleva años en una lista de espera, es fundamental, por lo que se debe avanzar en esa alternativa.

Pasado el tiempo, siento satisfacción al ver que compatriotas puedan hoy día ser atendidos más oportunamente, no sabemos qué habría pasado de no haber existido esta ley. Obviamente, esto requiere ajustes e impulsos financieros permanentes, además de la gestión necesaria para que no se diluya en el tiempo. Pero si me preguntan cuál es el sentimiento que tengo, creo que hoy día Chile tiene una mejor atención de salud gracias al AUGE; son esos cambios estructurales tan relevantes que los países a veces tienen que dar, como los hemos dado en otras materias —por mencionar la última, la reforma previsual—. O las transformaciones tan importantes que se han introducido en nuestro Código Penal

o nuestro sistema de educación. De esta manera, los cambios grandes y estructurales, bien pensados, bien acordados, dan buenos frutos. Y las malas políticas públicas que, a mi juicio, se implementaron en educación —todo este tema del fin del lucro, la tómbola y otras medidas— cuyo resultado final, como se puede ver, ha sido el deterioro e incluso la desaparición de los liceos emblemáticos. ¿Cómo puede ser que por una mala política pública se haya terminado el Instituto Nacional o el Internado Barros Arana, grandes liceos que eran una oportunidad para la clase media? ¿Cómo puede ser que el país en vez de avanzar en educación, retroceda? Cuando se adoptan malas políticas públicas, el costo lo paga la ciudadanía, no los políticos; y cuando se adoptan buenos acuerdos y buenas políticas públicas, la gran beneficiada es la ciudadanía.



PRESIDENTE RICARDO LAGOS DIÓ TRES MESES DE PLAZO A PEDRO GARCÍA PARA SACAR ADELANTE LA REFORMA DEL SECTOR

Bajo perfil político y estrecho lazo con Artaza caracterizan a ministro de Salud

► Como primera tarea el nuevo titular de la cartera deberá poner orden al interior de la secretaría de Estado para evitar episodios como el de la leche rancia y la filtración de documentos confidenciales del ministerio.

ANA MARIA MORALES

Tres meses de plazo para sacar adelante la reforma de la salud dio el Presidente Ricardo Lagos al nuevo ministro de la cartera, el demócratacristiano Pedro García Aspíllaga. Según planteó el Mandatario, los cinco proyectos que dan vida al Plan Auge deben estar listos para ser considerados dentro del Presupuesto de la Nación asignado para el 2004.

Esa es una ardua tarea considerando que la discusión de los proyectos ha contado con una fuerte oposición por parte del Colegio Médico y los gremios de los trabajadores de la salud, los que han reclamado falta de participación en la elaboración de las iniciativas. García está consciente de esta dificultad, pero señaló que está dispuesto a buscar acercamientos. Incluso reparó en que más que el Plan Auge, uno de los desafíos más difíciles será llevar adelante el proceso de modernización del sector.

Sorpresa

DATOS CLAVE

Designación

► Según trascendió, uno de los primeros cambios será en la Superintendencia de Isapres. Manuel Inostroza reemplazaría a José Pablo Gómez.

Jefe de gabinete

► Alfredo Montecinos es el jefe de gabinete del ministro García.

Proyectos

► Este mes se retoma la discusión de la reforma. Plan Auge, Autoridad Sanitaria y Ley de Isapres son los proyectos que están en el Senado.



EL EX MINISTRO DE SALUD Osvaldo Artaza hace entrega a su sucesor, Pedro García, del proyecto de la reforma de salud. En la oportunidad el personaje indicó que la continuidad del proceso "va a quedar en muy buenas manos".

Creador de la reforma acusa a médicos de defender sus privilegios

► El asesor presidencial señaló que detrás de la resistencia a la reforma de la salud que poseen médicos, enfermeras y paramédicos no hay otra cosa que la resistencia al cambio y el temor a perder la hegemonía de estos profesionales en el sistema sanitario. El nuevo modelo potenciará la salud primaria (prevención) antes que los hospitales.

ANA MARIA MORALES

La discusión de la reforma de la salud está entrando en el área chica. Luego de varios meses de discusión teórica sobre el modelo de salud a aplicar, la discusión hoy se centra en las características que tendrá el nuevo sistema.

Según el secretario ejecutivo de la Comisión Reforma, Hernán Sandoval, a quien se le adjudica la paternidad del proyecto, el tema central de la reforma es el giro que habrá en la distribución de los recursos y del poder dentro del sistema de salud. "Es un cambio sustancial en la manera de enfocar la organización de la salud. Cualquier grupo que tiene la sensación que puede perder recursos o poder, se defiende frente a esa eventualidad", señala el experto en alusión directa a las críticas del Colegio Médico.

En este contexto, Sandoval cuestiona la decisión de convocar a dos paros en el sector para oponerse a la reforma, y al conflicto desatado con los diputados por el interés de retrasar la discusión.



EL ASESOR PRESIDENCIAL y secretario de la Comisión Reforma, Hernán Sandoval, acusó a los médicos de sólo velar por su interés gremial. También informó que este año sólo se aprobarán las leyes de salud.

Los besos de Artaza

Sin responder preguntas dejó ayer el cargo el ex titular de Salud Osvaldo Artaza.

En La Moneda abrazó y besó a su sucesor y amigo Pedro García (quien le rebajó la pena cuando había sido destituido por irregularidades en el Hospital Luis Calvo Mackenna) y luego corrió por el salón Montt Varas para hacer lo propio con su mujer, María Elena Varela. Al despedirse del Presidente Lagos lo abrazó efusivamente y estuvo a centímetros de besarlo.

Luego acudió al ministerio para despedirse de sus colaboradores, a quienes dijo que había cumplido numerosas metas, pese a los costos personales que enfrentó por los desaciertos de su gestión.

Reforma a la salud: Plan AUGE da paso clave en el Senado

Por 42 votos a favor y uno en contra, la sala aprobó la idea de legislar. Ahora, el polémico proyecto entra a su fase final.

Para lograr apoyo, el Ejecutivo sacrificó el Fondo de Compensación de Riesgo.

El plan AUGE entró a tierra derecha. Ayer, el Senado aprobó el proyecto, a cambio de que el Ejecutivo retirara de la iniciativa...

Reforma sanitaria:

AUGE logra aplastante apoyo tras eliminar fondo de riesgo

El proyecto estrella del Gobierno está a un paso de ser ley. Pero lo hizo luego de que el Ejecutivo cedió en un aspecto clave.

VÍCTOR HUGO DURÁN y MAURICIO CAMPUSANO

El plan AUGE avanzó. Ya podrá ser exhibido mañana por el Presidente Ricardo Lagos, en su mensaje, como un logro en su gestión.

Pero el aplastante apoyo se logró no porque hubiera plena coincidencia en sus cualidades, sino porque, ante la amenaza de la Alianza por Chile de no apoyar el proyecto, el Gobierno retiró el polémico Fondo de Compensación de Riesgo. Este instrumento permitiría traspasar \$18

los senadores. Ésta es una ley potente, que beneficia a la gente y da derechos a los ciudadanos de isapre y Fonasa y genera una herramienta de planificación y priorización, como el AUGE. Lo más importante es que los derechos de las personas ya están constituidos y nos hubiera gustado tener el fondo, pero no es determinante. Da derechos de calidad y protección financiera”.

En el debate intervinieron Evelyn Matthei (UDI), José Antonio Viera-Gallo (PS), María Ruiz-Esquide (DC), Edg



HACIENDO CUENTAS.— Los ministros García y Huenchumilla y el senador Matthei discuten aspectos del proyecto antes de su aprobación.

Plan Auge se convierte en ley con profundos cambios al texto original

PERSONAJES DE LA NOTICIA
Pugna en el Congreso



Pedro García
El ministro de Salud debió negociar intensamente antes de la votación.



Enrique Accorsi
El único diputado que votó en contra del texto general del proyecto.



Hernán Sandoval
Es considerado el artífice de la reforma de salud.

► Pese al resultado, hubo un voto de castigo por parte de los diputados del PPD y PS, quienes se abstuvieron de aprobar la eliminación del Fondo de Compensación Solidario, aspecto clave de la iniciativa.

ANA MARIA MOREL/VALPARAISO
Sin embargo, eso no resolvió del todo el impasse. Más, por si bien los diputados del PPD y PS votaron favorablemente el artículo general del proyecto en lo que respecta a la eliminación del fondo solidario, 26 de ellos se abstuvieron y ocho votaron en contra.

“Eliminación de solidaridad”
Según los diputados del PPD y PS, a los que se sumaron Patricio Carneiro (DC) y Alberto Robles (PRSD), la abstención fue un voto de castigo al gobierno por el hecho de ceder en uno de los principios esenciales de la reforma: el concepto de solidaridad que establece el fondo de compensación de riesgo. Este instrumento permitía que las personas jóvenes y de mayores recursos adquisitivos aportaran distintos medios para la atención de la población más vulnerable, es decir, los adultos mayores y mujeres.

No obstante la votación, el gobierno se mostró complacido por el despacho del Plan Auge. La iniciativa va a entrar en vigencia a partir de mayo o junio del próximo año, una vez que se terminen los reglamentos y se incorporen otros nuevos relacionados al plan de salud.

En qué consiste la reforma de salud

Es un plan que incluye 54 enfermedades de alto impacto para la salud, en el sistema público y privado. Este garantiza tiempos de espera para cada patología, calidad en la atención y copagos que varían según



Acceso al plan de salud
Para tener derecho a las garantías de calidad y oportunidad de atención, los beneficiarios de Fonasa deberán estar inscritos en el sistema de salud. Los de isapre se inscribirán en el sistema privado.

Conflicto entre pacientes y prestadores
En caso de negligencia o falta de servicio se establece un sistema de mediación y arbitraje. El Consejo de Defensa del Usuario de Fonasa y el Consejo de Defensa del Usuario de Isapre.

Un cambio sustantivo del modelo de salud va que el proyecto garantiza oportunidad de atención a los usuarios, calidad en el servicio que se le entrega y protección financiera.

“Esto genera tranquilidad, transparencia y niveles de equidad. Actualmente, no es lo mismo vivir en Vitacura que en la Pintaña. Con este proyecto estos niveles se reducen”, dijo el ministro. Mientras, Sandoval agregó que “el Auge es un gran cambio, pero nosotros sabemos que tardará algún tiempo en ser percibido en toda su dimensión por la opinión pública”.

Senado aprueba con fuertes cambios texto que crea el Auge

La mayor transformación del texto es la eliminación del Fondo de Compensación Solidario, instrumento que permitiría terminar con las diferencias entre el costo de salud que pagan mujeres en edad fértil, ancianos y jóvenes.

LORENA LEITELER Y JORGE SÚEZ/VALPARAISO

Con sustanciales cambios al texto original del proyecto que da vida al Plan Auge, el Senado aprobó por 42 votos a favor y uno en contra, del senador Nelson Avila, la idea de legislar un régimen de garantías en salud. El plan, obligatorio en el sistema público e isapre, contempla el acceso de atención a 56 patologías prioritarias con tiempos de espera máximos y cobertura financiera, como los cánceres infantiles y las cardiopatías congénitas, entre otros.

Uno de los aspectos centrales que considera la iniciativa era la creación de un Fondo de Compensación Solidario. Este mecanismo permitiría terminar con las diferencias entre los costos de los ancianos y los jóvenes, gracias al aporte que harían tanto los isapre como los de Fonasa para disminuir las diferencias por sexo y edad.

“Sin embargo, la idea fue rechazada por el Senado”, dijo el ministro.



Mejoras
Pese a las modificaciones, el ministro de Salud, Pedro García, aseguró que la votación del Senado es “una señal para los aquejados, que permanentemente se han opuesto (...) Me refiero a unos pocos dirigentes que han sido convocados por senadores para que se involucraran en este proceso y para que llamara a la contribución a la población”, dijo en abierta alusión al Colegio Médico, uno de los más fuertes detractores del modelo de reforma.

La senadora Evelyn Matthei (UDI) agregó que si bien la demora reconoce que es un buen proyecto, “persisten problemas de inequidad entre los afiliados a Fonasa e isapre”.

El senador José Antonio Viera-Gallo (PS) reconoció que hay que mejorar “el sistema de responsabilidad extracurricular del fondo y resolver problemas prácticos, como saber el momento en que una persona pasa al Auge. Por último, pedimos que el Colegio Médico deponga su guerrilla y se sume, porque si los médicos se ponen radicales la implementación del Auge será compleja”.

Los parlamentarios establecieron que se recibirán indicaciones al proyecto hasta el 14 de junio próximo, fecha en la que se comenzará la discusión en particular del texto.

Temas
El presidente del Colegio Médico, Luis Castro, dijo que el

Esta medianoche debuta el Auge: Las exigencias que ahora pueden hacer los pacientes

Casi 3 millones de chilenos accederían al plan en un año.

Esta medianoche debutará en Chile, con todos los de la ley y tanto para usuarios de Fonasa como de isapre, el famoso plan Auge con 25 patologías garantizadas en calidad de atención y cobertura financiera.

Se estima, según cifras ministeriales, que más de 2 millones 800 mil chilenos accederán a él durante un año: 2 millones 235 mil beneficiarios de Fonasa y 631 mil usuarios de isapre.

Para acceder a los tratamientos y coberturas financieras, los pacientes deberán “entrar” a través de los consultorios o centros médicos que señalan Fonasa y las isapre. Para los usuarios de Fonasa que ganan menos de \$120 mil, habrá



Esta mañana, ante directores de hospitales y clínicas privadas, el ministro de Salud, Pedro García, presentó el sistema “on line” de Fonasa que registrará y llevará un seguimiento de cada paciente que se atiende bajo Auge.

cial grupal.
-Tratamiento de **daño pulmonar**: fisioterapia y oxígeno domiciliario si se indica. Terapia con kinesiólogo. 14 días tras el alta, control con especialista.

8. CANCER AL CUELLO DEL UTERO: Si el Papanicolaou está alterado o hay sospechas, se garantiza consulta con especialista. En lesiones preinvasoras: acceso a biopsias y otros exámenes y, en 30 días, a tratamiento.

En cáncer invasor: derecho a biopsias, colposcopia y otros exámenes. En 15 días, el paciente conocerá el grado de avance del mal (estadificación). En 20 días será evaluada por comité oncológico que determinará el tratamiento: cirugía, quimio y/o radioterapia. Luego accederá a consultas, exámenes y apoyo psicológico.

9. CANCER DE MAMA:

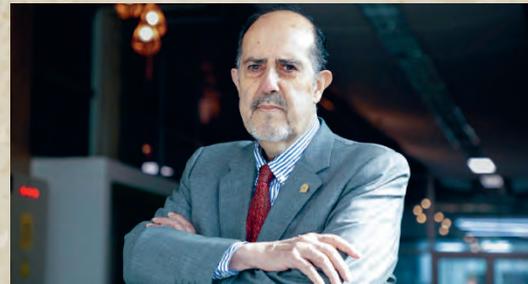
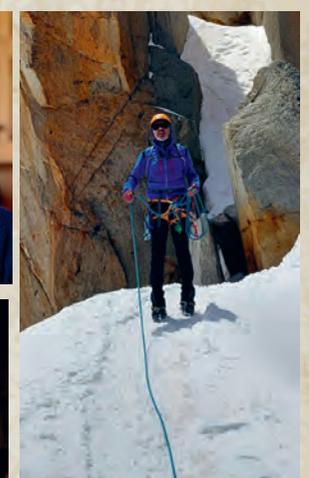
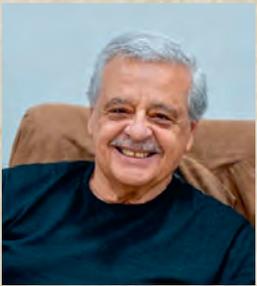




Escuchando a diversos actores







Los cambios en salud son complejos y lentos, por lo que es importante ir avanzando, aunque sea de a poco y sobre todo con realismo

Carolina Velasco Ortúzar¹

Lo primero que debo explicitar es que no participé en la Reforma, por lo que mis conocimientos sobre dicho proceso provienen de la documentación, conversaciones y otros medios. Sí he participado en su evaluación, de diversas formas.

En 2009 elaboré mi tesis de magíster que consistió en evaluar el fondo de compensación de riesgo para ISAPRES creado en dicha ley. Desde 2014 en adelante he realizado diversos análisis que abordan, entre otros, los efectos de la Reforma. En 2019 y 2020, desde el Centro de Estudios Públicos desarrollamos una propuesta transversal con otros académicos y expertos para fortalecer al Fondo Nacional de Salud (FONASA), contribuyendo a la discusión sobre diversos proyectos de ley que abordaban cambios en FONASA. Previamente, en 2017, desarrollamos una propuesta conjunta con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, que abordaba al Ministerio de Salud y a los prestadores de salud. Durante 2023 y 2024 participé en dos comités convocados por la Comisión de Salud del Senado para aproximarse a una reforma integral al sistema de salud, y que abordaban aspectos que fueron parte de la Reforma AUGE.

De mis lecturas, estudios y conversaciones con actores que sí participaron directamente del proceso, creo que fue muy relevante el rol que jugó el Presidente de la República y actores del gobierno central en relevar, comprometerse, apoyar y liderar todo el proceso de reforma. Este tipo de proyectos no solo requieren apoyo transversal convocando a sectores fuera del gobierno, sino que también requieren de informar, coordinar y alinear a los diferentes actores del gobierno. El otro aprendizaje importante es saber que los cambios en salud son complejos y lentos, por lo que es importante ir avanzando, aunque

¹ Ingeniera Comercial con mención en Economía y Magíster en Economía con mención en Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y Magíster en Políticas Sociales de la London School of Economics and Political Sciences, Inglaterra. Con más de 20 años de experiencia en el diseño, desarrollo e implementación de políticas sociales, desde el sector privado y público, mediante diversos estudios y propuestas. Docente de pregrado y postgrado en Economía, Políticas de Salud y Educación.

sea de a poco y sobre todo con realismo. Finalmente, las transiciones o implementaciones y ajustes en el tiempo son relevantes.

En este sentido, fue un importante avance integrar, aunque sea parcialmente, a dos componentes del esquema de aseguramiento de Chile, pero, sobre todo, de establecer derechos mínimos tangibles y garantizados para todas las personas.

En mi opinión, un aspecto deficiente de la Reforma fue no dejar establecida una institucionalidad más sólida para definir los contenidos del plan de salud que sería garantizado. Entre otros, no existen mecanismos para cuantificar los costos de las prestaciones con garantías explícitas en salud y con ello ajustar de manera realista el financiamiento y contenido de la canasta de prestaciones.

Respecto a la formulación, primero, es importante el liderazgo del gobierno de turno —presidente y ministros— acompañando la Reforma durante todo el proceso y convocando a los diferentes actores. Segundo, y unido a lo anterior, está la oportunidad en que debe plantearse y comenzar a legislarse y discutirse una reforma en salud, lo que debe ocurrir, idealmente, al principio del periodo gubernamental. Tercero, deben tener una base mínima de acuerdo y ser sólidos técnicamente. Cuarto, debe haber apertura a que las modificaciones terminen siendo diferentes a lo propuesto inicialmente, como respuesta al propio proceso legislativo.

Respecto de la implementación, creo que es igualmente importante, y debe pensarse previamente y tenerse flexibilidad para realizar los ajustes necesarios. Debe ser gradual y apoyada técnica y financieramente. Pensando en el AUGE, se comenzó con un grupo de condiciones de salud que fue ampliándose en el tiempo, lo que es positivo, sin embargo, no fue acompañado de los recursos suficientes.

Por lo que los retos futuros en Chile se asocian a los aspectos identificados previamente: la necesidad de apoyar una reforma desde el comienzo de los periodos, sobre todo ahora que estos son más cortos (4 años) que cuando se realizó el AUGE (6 años), lo que implica un esfuerzo mayor en lograr desarrollar una propuesta sólida, convocar a los diferentes actores y conseguir el apoyo para poder aprobarlo. Esto último se hace aún más desafiante en estos tiempos, debido al sistema político prevalente que ha llevado a una fragmentación de las fuerzas políticas, haciendo más costosa y lenta la convocatoria.

Pienso que fue una buena reforma, pero insuficiente, considerando los desafíos de nuestro sistema de salud. Creo que sentó las bases de un esquema diferente, con derechos garantizados, con mecanismos de financiamiento más solidarios y buenos cimientos técnicos y, con funciones más claras y separadas. Sin embargo, por diversas razones no hemos podido seguir construyendo y avanzando en mejorar nuestro sistema de salud desde esas bases. Personalmente, siento frustración de que no se haya podido avanzar más y que en la actualidad, a pesar de haber acuerdos en varios de los aspectos centrales que requieren mejoras (fortalecimiento FONASA, mejor institucionalidad para el plan de salud, modernización de los prestadores estatales de salud, entre varios otros), no podamos sacar adelante siquiera pequeños cambios que podrían mejorar el acceso y calidad de la atención en salud.

20 años de evolución y consolidación de una política pública de salud

Giovanni Escalante Guzmán¹

La Ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), posteriormente denominada Garantías Explícitas en Salud (GES), representa un hito fundamental en la evolución de las políticas de salud pública en Chile. Promulgada en 2004 y plenamente implementada a partir de 2005, esta iniciativa ha fortalecido significativamente el derecho a la salud, mejorando el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios sanitarios. Su objetivo principal ha sido garantizar el acceso a atención de salud oportuna, de calidad y con protección financiera para todos los ciudadanos, abordando las inequidades que caracterizaban el sistema sanitario previo.

La Ley AUGE/GES es una reforma en respuesta a un diagnóstico del sistema de salud chileno de ese entonces, caracterizado por una alta segmentación y desigualdad en el acceso a servicios de salud. Antes de su implementación, la atención sanitaria estaba marcada por inequidades, cobertura desigual donde los sectores más vulnerables enfrentaban barreras significativas para acceder a una atención integral. La necesidad de reformar el sistema se hizo evidente a principios de la década del 2000, cuando se identificaron problemas estructurales que requerían atención urgente.

El diseño e implementación del AUGE como reforma sanitaria significó un proceso complejo que involucró a múltiples actores y etapas. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) participó mediante una cooperación técnica sostenida. El proceso se inició con un enfoque estratégico que priorizaba la equidad en salud, alineando los objetivos sanitarios nacionales con las necesidades de la población. El marco legal de la Ley N.º 19.966 obligaba tanto al Fondo Nacional de Salud (FONASA) como a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) a proporcionar acceso garantizado a un conjunto específico de patologías, conocidas como «patologías AUGE», seleccionadas por su impacto sanitario y social.

¹ Médico-cirujano con más de 30 años de experiencia en salud pública internacional. Tiene una Maestría de Ciencia en Salud Pública (LSH&TM-Inglaterra) y un Magister en Gerencia Social (PUCP-Perú). Actualmente, es Representante de País de la OPS/OMS en Chile. Anteriormente, fue Representante de la OPS/OMS en Uruguay (2016-2020) y El Salvador (2016-2024). En Bolivia fue asesor en Sistemas y Servicios de Salud (2011-2016).

Esta política sanitaria ha experimentado un desarrollo continuo a través de cinco administraciones gubernamentales consecutivas, convirtiéndose en un referente para otros países de América Latina. Desde el diagnóstico, concepción y evolución, la OPS/OMS ha proporcionado apoyo técnico y estratégico crucial en cuatro etapas o fases históricas fundamentales:

Implementación inicial (2005-2010): esta etapa se caracterizó por el establecimiento de los fundamentos del sistema, incluyendo la identificación y cobertura de las primeras patologías prioritarias, así como el desarrollo de la infraestructura operativa necesaria. Este periodo fue determinante para el aprendizaje institucional y la adaptación del sistema.

Expansión y refinamiento (2010-2015): durante esta fase, se amplió significativamente el catálogo de patologías cubiertas y se realizaron ajustes estratégicos basados en la evidencia acumulada. Se fortaleció la articulación entre los diversos niveles de atención y se optimizaron los mecanismos de seguimiento y evaluación.

Transición AUGE-GES (2015-2020): esta etapa marcó la consolidación del programa, caracterizándose por una mayor precisión en las garantías ofrecidas, una definición más rigurosa de protocolos y plazos, y un fortalecimiento sustancial del marco jurídico regulatorio.

Consolidación y nuevos retos (2020-presente): en la actualidad, el GES enfrenta desafíos emergentes relacionados con los determinantes sociales y ambientales de la salud, así como cambios demográficos y epidemiológicos significativos, incluyendo el envejecimiento poblacional y el incremento de enfermedades crónicas, entre otras.

El apoyo técnico y estratégico de la OPS/OMS ha sido fundamental para promover que las políticas sanitarias chilenas sean concordantes con las Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS como la Salud Universal, el Derecho a la Salud, la Protección Social y la Estrategia de la Atención Primaria de Salud Renovada. Las resoluciones de la OPS/OMS también han enfatizado la importancia de adaptar las políticas de salud a las necesidades, demandas y contextos evolutivos cambiantes de la población chilena.

La colaboración y el intercambio de experiencias entre países, promovidos por la OPS/OMS, mediante cooperación horizontal y triangular, ha permitido a Chile compartir y tomar nota de otras innovaciones y lecciones aprendidas para adaptarlas a su contexto local. Esta colaboración ha sido uno de los elementos clave para la mejora continua del AUGE/GES y su sostenibilidad a largo plazo.

La experiencia acumulada durante dos décadas del AUGE/GES proporciona valiosas lecciones para el diseño e implementación de políticas públicas en salud. Este modelo destaca la importancia de adaptar las directrices internacionales al contexto local, establecer garantías explícitas y medibles, mantener un compromiso político sostenido y fomentar la cooperación internacional para el fortalecimiento de los sistemas de salud nacionales.

Las vueltas de la vida

Clara Pérez Gutiérrez¹

Una colega me fue a buscar a la oficina. «Alguien quiere hablar contigo en la sala de prensa», me dijo. «¿Y ahora qué pasó?», le pregunté casi con resignación. «Ven», insistió.

Una señora se acercó a mí: «¡Gracias, muchas gracias, lo que están haciendo puede salvarle la vida a mi nieto!», expresó con una voz de emoción contagiosa. Cardiopatía congénita operable en menores de 15 años era el segundo de los 56 problemas de salud que inicialmente incluía el Plan Auge (hoy GES).

Sus palabras fueron una tabla de salvación en las agitadas aguas de la gestación de la Reforma de Salud. Me ayudó a ponerle rostro a la convicción de que sería una buena política pública.

La presión política, comunicacional y gremial; el fuego cruzado no daba tregua. Campaña mediática en contra, paros, tomas de recintos hospitalarios, ocupación de las reparticiones del Ministerio de Salud. Un periodista del equipo de comunicaciones colgando del balcón del tercer piso del edificio ministerial, agresiones e insultos en el esfuerzo por rescatarlo, foto del rescate con esta servidora pública en primer plano en la portada del cuerpo C de *El Mercurio*. Solidaridad de los colegas que cubrían el sector y que día a día criticaban la labor del ministerio sin contemplaciones.

Fue un periodo intenso, 24/7 como se puso de moda decir después. Los celulares no dejaban de sonar. Amanecíamos con un desastre y nos dormíamos con una larga lista de ellos. Tan larga como nuestra geografía. Como jefa de Comunicaciones y Relaciones Públicas del MINSAL, tuve el honor de encabezar un equipo humano y profesional destacable por su compromiso, entrega y lealtad. Y trabajar junto a un equipo interdisciplinario de gran valor y tenacidad.

Para el Colegio Médico el AUGE era «puro cuento», para otros gremios de la salud implicaba una serie de amenazas al sistema y a su estabilidad laboral. Calculadora en mano, algunos presagiaban que la billetera estatal no resistiría, que colapsaría el sistema. Otros sostenían que no tendría el impacto sanitario esperado: dar respuesta a los problemas de salud que más matan o invalidan a la población y que tienen solución terapéutica.

¹ Periodista (PUC) y Magister en Comunicación Social (U. de Chile). Jefa de Comunicaciones y RR.PP. del MINSAL (junio 2002 a enero de 2003), reportera y subeditora en prensa escrita y radio, diseñadora de planes de comunicación estratégica para reparticiones estatales. Docente de Periodismo en varias universidades, actualmente en la USACH.

La clase política estaba dividida e incluso partidarios del gobierno se oponían a su aprobación. No faltó quien canjeó su voto en el Congreso por una foto con el Presidente ni aquellos a los que hubo que salir a buscar a los pasillos del hemiciclo y convencerles para que votaran.

Algunos de esos temores han tenido cierto asidero. El Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud —acceso, calidad, oportunidad y protección financiera— ha significado una fuerte presión económica sobre el sistema público de salud y ha implicado un traspaso de recursos estatales a prestadores privados para cumplir con el mandato legal. Pero también ha respondido a su razón de ser: salvar la vida de muchos chilenos y chilenas.

Espero que el AUGE, vigente desde el 1 de julio de 2005, haya llegado a tiempo para salvar la vida del nieto de esa esperanzada abuela... Dieciocho años después de su puesta en marcha salvó la mía. Problema de salud N° 8: cáncer de mama en personas de 15 años o más.

La Reforma ha tenido efectos positivos, tanto a nivel individual como colectivo

Dagoberto Duarte Quapper¹

A comienzos del gobierno del Presidente Ricardo Lagos sostuve una reunión con el Dr. Ernesto Behnke. En el marco de ese encuentro, el Dr. Behnke, que había asumido como Subsecretario de Salud, me pidió que me incorporara en la Comisión de Reforma que dirigiría el Dr. Hernán Sandoval. Acepté con entusiasmo la invitación. Llevaba una década trabajando en el MINSAL, dedicado en particular al desarrollo de políticas que permitieran el avance de la Atención Primaria. Tenía la esperanza de participar activamente en un proceso que permitiera corregir algunos aspectos que, a mi juicio y también al juicio de otras personas, debían modificarse.

En la primera reunión que sostuvimos como equipo encargado de la Reforma expresamos nuestras expectativas. Señalé que mi expectativa era cambiar el sistema de seguros, para llegar a un sistema de seguro universal público. El Dr. Sandoval señaló que ese tema no sería parte del proyecto. Entendí, por la forma en que lo expresó, que era una condición que había puesto el gobierno central. Fue una decepción que no se quisiera cambiar el sistema de seguros. Posteriormente lo entendí porque el contexto político —la conformación del Parlamento, en particular— no habría aceptado un cambio de ese tipo.

El hecho de que lo haya entendido no significa que haya cambiado mi opinión, sobre todo después de haber sido testigo del bochorno que significó la aprobación de la Ley Corta de ISAPRES que se tramitó este año en el Parlamento.

Mi trabajo en la Comisión de Reforma se concentró en hacer una estimación financiera de las patologías que, posteriormente, serían las primeras en ser incorporadas con garantías de calidad, costo y oportunidad. Previamente, había hecho un trabajo similar al diseñar y costear el primer Plan de Salud Familiar, que dio origen al Per Cápita para el financiamiento de la Atención Primaria. No existía en ese entonces un trabajo sistemático que permitiera llegar a estimar «cuánto cuesta», a nivel individual ni menos a nivel social, cada una de las prestaciones que se entregan en salud. Al cabo de algunos meses entregué un informe que, en resumen, decía cuánto era el costo agregado de todas las primeras patologías que se seleccionaron. Este informe contenía, además, un costo de lo que tendría que ser entregado en la Atención Primaria y el costo de las prestaciones a ser entregadas a nivel hospitalario.

¹ Médico de Familia. Máster of Sciences en «Sciences Familiales et Sexologiques», otorgado por la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica. Doctorado en Psicología por la misma universidad.

Después de trabajar en la Comisión de Reforma, fui SEREMI en la Región de Los Lagos. Como SEREMI me correspondió instalar la nueva estructura que surgió de la Reforma. Fue un proceso muy demandante en donde pude ver que, efectivamente, las labores que antes se realizaban en los Servicios de Salud, especialmente el cuidado del medio ambiente y las autorizaciones sanitarias de establecimientos, no se estaban desarrollando como correspondían. Creo que ha sido uno de los aciertos del proceso de reforma al que no se le ha dado la suficiente importancia. Hoy, después de 20 años, a nadie le llama la atención la existencia de una «Autoridad Sanitaria». Creo que este desarrollo no se habría producido si es que las funciones que hoy realiza estuvieran al interior de los Servicios de Salud.

Me he topada en varias ocasiones con un proceso que surgió de la Reforma, como es el tema de la calidad de los prestadores. He sido parte de varias instituciones prestadoras que han debido enfrentarse a la necesidad de pasar por un proceso de acreditación en calidad. Este tema también se olvida a veces en las evaluaciones que se hace del proceso. Es cierto que a veces se ve que la calidad no es más que un proceso en que se debe cumplir con el llenado de algunos formularios que muestren que las cosas se están haciendo bien.

Desde el punto de vista clínico o de atención directa a las personas, he podido ver en la responsabilidad de Director de Servicio, las dificultades y carencias para dar respuesta a lo que está plasmado en la Reforma. Uno de los aspectos que, a mi juicio, ha sido olvidado es la modernización y ampliación de la estructura sanitaria. Hubo dos o tres gobiernos que se comprometieron con la construcción de nuevos hospitales, pero esos intentos se detuvieron, aunque siguen siendo necesarios.

Hoy día, las prestaciones garantizadas deberían tener una evaluación permanente y sistemática para explorar su realización por otros profesionales y en otros contextos, sobre todo pensando en aquellas que se acumulan y generan listas de espera. Me refiero, por ejemplo, al campo de la imagenología, donde se requiere la firma de un radiólogo para ciertas prestaciones. Es necesario investigar y evaluar si efectivamente se requiere de dicha firma o no. Para algunos médicos, este hecho marcó una merma en su poder y aún hoy lo resisten.

Al seleccionar patologías que son cubiertas, y al desarrollar guías clínicas en que participan distintos estamentos, se generó un sistema de seguimiento o monitoreo. Este ha sido quizás el punto más complejo y no resuelto de la Reforma. Se ha creado una carga administrativa hacia los equipos clínicos cada vez mayor, lo que resta tiempo para la atención de las personas.

Creo que la Reforma que se realizó en Chile desde comienzos de los años 2000 ha tenido efectos positivos, tanto a nivel individual como colectivo. Ha generado un ordenamiento necesario para ofrecerle a la población garantías de acceso, oportunidad y costo que antes no existían. El avance de la tecnología y la modificación del perfil epidemiológico nos deben obligar, como sociedad, a tener una revisión permanente y sistemática de las decisiones tomadas.

Por otro lado, creo que en Chile nos movemos en una cultura donde todo lo relevante debe quedar plasmado en leyes. Creo que las que se tramitaron en el contexto de la Reforma llevaban implícitos una serie de cambios culturales y algunos de estos han demorado en realizarse. El resultado final se apreciará no necesariamente cuando se cumpla lo que dice la ley, sino cuando se aprecie un real cambio cultural.

De los aciertos, sin duda, los criterios de priorización constituyeron un elemento ordenador

Emilio Santelices Cuevas¹

En mi calidad de presidente de la Corporación Médicos para Chile participé en la discusión legislativa, también como candidato a presidente del Colegio Médico. En mi campaña sostuve que se trataba de una gran iniciativa, lo que fue refutado por mi adversario de la lista oficial de entonces, liderada por Dr. Juan Luis Castro. Recuerdo una intervención en la Comisión de Salud del Senado a cargo del senador Enrique Silva Cimma, a quien le formulamos la necesidad de concebir la Superintendencia de Salud como una entidad que velara por la regulación de todo el sistema de salud público y privado, dado que el proyecto original la concebía solo para el primero. Medida muy bien acogida por la Comisión.

A propósito de la campaña del Colegio Médico, recuerdo haberme enfrentado al Dr. Castro por su campaña de «*Pinocho*» aludiendo a que el Presidente Lagos mentía con el GES. La historia me dio la razón: el Presidente no mentía y fue una buena ley.

El proceso de la Reforma fue participativo, colaborativo, con amplia discusión y análisis a partir de comisiones prelegislativas. Se construyó sobre la base de contenidos expuestos por las diferentes visiones de entonces, sin el «ruido» de las redes sociales, fragmentación política y debate de trinchera. Concluyo que es muy importante preservar y en tiempos actuales, recuperar el nivel de la política que se ha perdido en los últimos años, con consecuencias para la sociedad y el país en todos sus ámbitos.

De los aciertos, el establecer criterios claros de priorización aportó en transparencia y en establecer límites racionales y razonables a las expectativas ciudadanas frente a necesidades que a veces, lamentablemente, ningún sistema puede sostener. Los yerros, en relación específicamente con el GES, se han observado en su evolución y pudiéramos convenir que no han sido propios del diseño de la política, sino de quienes les ha correspondido implementarla y que no han honrado los compromisos que el Estado de Chile ha suscrito con las personas en el cumplimiento de esta ley. Claro ejemplo de esto es la situación actual con cerca de 80.000 garantías incumplidas, en circunstancias que los registros históricos oscilaban en incumplimiento alrededor de 7.000 casos.

¹ Médico, con especialización en anestesiología y cuidados intensivos, con posgrado en la Universidad Pitie Salpêtrière, París, Francia y Universidad de Birmingham, Alabama; MBA Universidad de Tulane y Universidad de Chile; Doctorado en Salud Pública Universidad de Chile; Presidente Comité Consultivo GES por dos periodos; Asesor Desarrollo estratégico MINSAL 2011-2014, Asesor FONASA 2015, Director Planificación CLC; Subdirector Hospital FACH; Ministro de Salud 2018-2019. Director Médico Clínica Las Condes.

El proceso a través del cual se implementó esta política pública nos ha dejado enormes lecciones, que no hemos sabido aprovechar aún, para enfrentar los desafíos de reforma actual. Por mencionar algunos, se estableció una secretaría técnica GES que funciona de manera permanente y que no ha sufrido vaivenes políticos, la que ha permitido instalar equipos de estudios, evaluación de tecnologías sanitarias, estudios económicos para resolver el crecimiento de los problemas, como también el mejoramiento de las carteras de servicios asociados a los cambios tecnológicos que la ciencia impone. Se ha establecido una participación de las sociedades científicas, quienes nutren la toma de decisiones con evidencia ilustrada sobre los mejores protocolos de atención, normas y guías de atención, teniendo en cuenta que —desafortunadamente por restricciones presupuestarias— no siempre se puede acceder al óptimo planteado por estas. El Consejo GES juega un rol de acompañamiento de la secretaría técnica donde convergen distintas disciplinas representantes de la academia, pudiendo contribuir a entregar mayor transparencia al sistema en su conjunto, como así mismo jugar un rol de control sobre la gestión en especial de los aspectos asociados a la entrega de prestaciones y desempeño de la red.

En el horizonte cercano existe consenso en la necesidad de avanzar en un Plan de Salud Universal, que en el proyecto de ley de Reforma actualmente en discusión legislativa se le ha denominado Plan Básico de Salud. Su diseño podría verse facilitado utilizando la experiencia de los equipos de la secretaría técnica del GES como también las sociedades científicas, para la construcción de este plan.

Otro conocimiento para rescatar ha sido el diseño de un mecanismo de compensación de riesgo entre los aseguradores, para darle sostenibilidad financiera al sistema. Su uso ha sido de baja profundidad, sin embargo, es un elemento técnico propio de la técnica actual, que permite contribuir a la sostenibilidad de las carteras y que en cambio algunos, por razones ideológicas o desconocimiento, buscan omitir para la construcción de mejores seguros sociales de salud.

Entre las lecciones que podemos rescatar está, en primer lugar, la manera como se diseñó esta política pública de alto impacto en la salud pública, donde prevaleció un diálogo fluido entre todos los actores, que aun cuando no estuvo exento de disensos, fueron esos mismos los que permitieron enriquecer —a través del diálogo— los contenidos que finalmente emanaron a través de esta ley. Hoy, después de 20 años, no es posible avanzar en acuerdos con la celeridad que se requiere, al encontrarnos con un escenario polarizado y un Parlamento atomizado, en donde prevalecen agendas propias, sin poner los intereses de las personas por delante.

Transcurridos 20 años, podemos constatar que su implementación ha beneficiado a millones de chilenos y chilenas. Quienes en su momento apoyamos esta iniciativa —que, además, provenía de un gobierno de signo político distinto al que uno se identificaba— damos testimonio de que, en materia de salud, las discusiones deben elevarse a un nivel que trascienda las ideologías. Los puntos de clivaje deben establecerse sobre la base de los beneficios que las políticas públicas representan para la salud de las personas. Hoy más que nunca esta lección debiera interpelar a todos aquellos que *a priori* han desplegado una agenda ideológica para buscar imponer «un modelo» de salud sobre la base de lo que su manera de pensar los inspira, aun cuando la evidencia no sustente que esas propuestas, de llegar a materializarse, se convertirán en más y mejor salud para las personas, como sí ha ocurrido con las garantías explícitas en salud (GES).

Tenemos un progreso evidente, siempre está el espacio para continuar evaluando su funcionamiento y extensión para continuar expandiendo su cobertura

Enrique París Mancilla¹

Por haber pertenecido a la directiva nacional del Colegio Médico de Chile en la época en la cual el proyecto de ley del Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE) fue presentado y tramitando en el Congreso, nos tocó participar en forma activa pero a la vez de manera muy crítica.

A dos décadas desde la instauración de la Reforma del AUGE, recordar algunas de las complejas situaciones que se vivieron durante este clave proceso me lleva a rememorar cómo el Colegio Médico de Chile (COLMED) en ese momento creyó, de alguna manera, que este proyecto de ley podía atentar en contra de la libertad de elección de los pacientes, restringiendo la posibilidad de que estos pudieran elegir a su médico. Dicho de otra manera, una reforma que atentaría contra el ejercicio privado de la profesión.

No es ningún misterio que lo anterior produjo una gigantesca discusión dentro del Colegio Médico, lo que tuvo como consecuencias, desafortunadamente, un enfrentamiento directo con el Ejecutivo, tanto con el propio Presidente Ricardo Lagos como con el Ministro de Salud de la época. Recordar que durante el tenso proceso de tramitación de esta ley el COLMED invirtió enormes recursos para generar una campaña de comunicación en contra de este proyecto de ley, apoyado por su Consejo General, donde incluso se presentó un proyecto alternativo que apuntaba a la creación de un centro de atención del propio Colegio Médico, en la práctica una ISAPRE, que consideraba la participación exclusiva de médicos colegiados, en lo que era una estrategia dirigida a contrarrestar un posible escenario negativo para el gremio, que teorizaba sobre un supuesto ataque al ejercicio libre de la profesión.

Sin ir más lejos, recuerdo sus extensas conferencias, sus múltiples apariciones en la prensa y la compra de sendos avisos publicitarios que se colocaban en los buses del transporte público. Viendo

¹ Médico cirujano de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Médico pediatra de la Universidad de Chile, especializado en Cuidados Intensivos Pediátricos. Expresidente del Colegio Médico de Chile durante dos periodos consecutivos. Exministro de Salud del Gobierno de Chile. Actual Director Médico clínica MEDS.

con la perspectiva que me entrega el tiempo, las acusaciones que recibió el Ministro de Salud de la época fueron —en tono y forma— manifestaciones muy directas y agresivas, e incluso utilizando duras estrategias de carácter político-comunicacional en contra de la ley del AUGE, a través de la contratación de personas que de manera posterior se transformaron en importantes autoridades sanitarias del Ministerio de Salud. Todo lo anterior, un grave error en mi criterio.

Hablar de las reformas de salud en nuestro país siempre me lleva a abordar tres de manera específica: la primera, en la década del 50, cuando se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS). La segunda, durante el Gobierno Militar, cuando se entrega la Atención Primaria de Salud (APS) a los municipios y se crean los Servicios de Salud en diferentes regiones del país. Incluso, con un aspecto muy relevante dentro del funcionamiento de nuestro sistema actual: la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Y en tercer lugar, un pilar fundamental del sistema de salud en Chile: el AUGE, también conocido como GES. Una política pública que garantiza la cobertura de 87 enfermedades a través de FONASA y las ISAPRES, implementado por el Presidente Lagos.

Haciendo un fugaz recorrido de estos 20 años del AUGE desde mi perspectiva profesional, primero como Presidente del Colegio Médico durante dos periodos, o más recientemente como Ministro de Salud del gobierno del Presidente Piñera, puedo valorar lo que esta reforma ha significado para millones de chilenos y también reconocer una serie de lecciones aprendidas durante este tiempo. Si bien se han ido agregando nuevas patologías a este plan y tenemos un progreso evidente, siempre está el espacio para continuar evaluando su funcionamiento y extensión para continuar expandiendo su cobertura a las múltiples necesidades que va demandando la población a nuestro sistema de salud.

Ha sido y seguirá siendo una gran ley. Esto es lo que puedo reflexionar cuando veo el gran progreso a través de las dos décadas que nos ha permitido otorgarle garantías y calidad de atención a la ciudadanía, logrando la resolución de algunas de las enfermedades más complejas para nuestros pacientes.

Luego de transcurridos 20 años desde la aprobación de esta ley, y gracias a la posibilidad de ver hacia atrás, la negociación en el Parlamento hizo que el Ejecutivo tuviera que ceder en varios aspectos, aspectos que incluso han seguido repercutiendo en el avance de la atención de salud de los chilenos y del sistema de salud pública.

Hoy, en pleno 2025, es válido reflexionar qué hubiese ocurrido de aprobarse algunas de las propuestas del Presidente Lagos en cuanto a una reforma a las ISAPRES y FONASA. Quizá de no haber existido la mezquindad política que se tuvo en ese momento —hecho que se repitió durante el gobierno del Presidente Piñera—, no habríamos tenido las vicisitudes que hemos vivido en los últimos años y que han golpeado de manera tan dura a nuestro sistema de salud.

El recuerdo más potente que tengo de esa época es la mística

*Jorge Lastra Torres*¹

La Reforma de Ricardo Lagos, si bien se materializa en los años 2000, comenzó el primer día del retorno a la democracia. Siendo Director del entonces Consultorio Villa O'Higgins, encarnamos lo que se conoció como Área de Demostración de la Nueva Atención Primaria en Salud (APS). En el Hospital El Pino, particularmente me tocó la reposición y puesta en marcha de un Centro de Resolutividad (CRS). Posteriormente, como Subdirector Médico del Servicio de Salud Metropolitano Sur, puse en marcha el CDT del Hospital Barros Luco y su constitución como Complejo Asistencial, así como la preparación y puesta en marcha del Piloto de las tres primeras patologías previas al Régimen de Garantías. Ya como Director del Servicio de Salud Metropolitano Central, me tocó ser parte de las discusiones previas del diseño de la Reforma, su preparación en ese Servicio y su puesta en marcha en el mismo.

Mi primera aproximación al Gobierno del Presidente Lagos fue como parte de los equipos de preparación de las medidas de los cien primeros días.

El recuerdo más potente que tengo de esa época es la mística. De ello, la convocatoria del Dr. Salgado, Subsecretario de Redes, de «templar los sables», y el discurso del Presidente Lagos junto con Dr. Sandoval, en reunión de directores de servicios, llamando a alcanzar las metas de la Reforma «por los que no tenían voz».

Lo otro, esa ingeniería fina de detalles, en todo el armado de la Reforma, creo que fue clave para su éxito. Recuerdo las reuniones de coordinación en terreno para la definición de roles de los equipos, los cálculos de requerimientos, las ofertas de macro redes, etc. Mucha coordinación. Mucho detalle y gran efervescencia por ser parte.

¹ Médico de la Universidad de Chile. Especialista en Salud Pública por CONACEM, Magister en Estudios Políticos y Sociales y Magister en Historia de Chile Contemporánea, por la Universidad Alberto Hurtado. Ha trabajado en múltiples centros asistenciales y direcciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud: Consultorio Villa O'Higgins de la comuna de La Florida, Dirección de Atención Primaria, Director del Hospital El Pino, Subdirector Médico del Servicio de Salud Metropolitano Sur, Director del Servicio de Salud Metropolitano Central, Director del Hospital Luis Calvo Mackenna y Jefe de la DIGERA del Ministerio de Salud. He hecho docencia por más de 20 años.

El mayor aprendizaje que rescato es la arquitectura completa, es decir, desde el diagnóstico, los objetivos sanitarios, los planes, la estructura de la priorización y los planes y programas específicos por las patologías. Aquí creo que se conectó lo político con lo normativo, lo organizativo y lo operativo. Sin duda, un diseño notable desde este aspecto.

Con el tiempo se pueden observar muchos aciertos, pero el principal estuvo en la conexión entre el diseño y puesta en marcha con la realidad de la «señora Juanita» el beneficio de la oportunidad y de protección financiera, sin duda lo que más contribuyó al éxito.

Los aportes en resultados sanitarios en los primeros años también fueron importantes, muy destacados. De ello me recuerdo los estudios sobre mortalidad por infarto agudo al miocardio en hombres y mujeres o la detección precoz y caída de mortalidad por cáncer de mama.

Creo que, en materia de yerros, puedo señalar tres: el primero —y lo comparto con la evaluación que hacen Paraje e Infante a los 10 años de la Reforma y lo reafirma el PNUD dada la complejidad—, la falta de compromiso mayor médico, la ausencia de un trato de este gremio, no para ceder a sus presiones, sino para entender sus rechazos y hacer esfuerzos mayores de acercamiento, permitiendo con esto, durante un periodo de dos años, la conducción del movimiento antirreforma; ahí, creo, faltó trato. Lo segundo es un cálculo mal hecho del impacto que tendría la doble cobertura GES y propia de los planes privados, que finalmente aportó al negocio de las ISAPRES sin que fuera parte de lo planificado, por supuesto. Tercero, el poco foco preventivo, eso que debió incluirse en cambios serios y presupuestarios de la Atención Primaria de Salud, estuvo ausente.

A lo mejor, actualmente habría que agregar que el sistema de asignación debe cambiarse, pero se trata de algo que se revela hoy con mayor nitidez, de todas maneras, el pago valorado por GES fue un avance.

Todo proceso deja aprendizajes, me parece que el mayor es la integralidad. Es cierto que desde el punto de vista de la promoción y prevención fue menos activo que lo deseable, al menos esa mirada integral desde la política, la norma, el diseño, la organización y la implementación, es una forma de actuar. Lo segundo es cómo llevar adelante la gobernanza en un proceso de este tipo, partiendo por la decisión presidencial, la separación de la contingencia del diseño de la Reforma, el desarrollo técnico, la negociación política, técnico y gremial, es un ejemplo para recoger.

Se puede rescatar el modelo para pretender nuevos cambios, quizás sin pensar más en reformas de esta envergadura, pero al menos cambios organizativos, operativos, con trato así de transversal.

Luego de transcurridos 20 años desde la aprobación de las leyes AUGE, me quedo con una sensación positiva, de orgullo por la oportunidad de haber estado, un privilegio que atesoro con mucha emoción. Da esperanza que se pueden lograr cambios importantes y que la voz de la población puede volver a ser escuchada.

La Reforma AUGE constituye el cambio más significativo de la política sanitaria chilena de los últimos 20 años

Jaime Mañalich Muxi¹

Convocado por el Ministerio de Salud, me correspondió participar en el Comité de desarrollo del primer proyecto AUGE. Resultaba evidente que había una distancia entre la política presidencial de llevar adelante esta reforma y el Ministerio de Salud, asunto que se resolvió con la nominación del Dr. Osvaldo Artaza como titular de la cartera para llevarla adelante. De la época, tres aspectos llamativos:

La resistencia del Colegio Médico para avanzar en el proceso. Fue la mayor dificultad política ante la opinión pública y la tramitación legislativa.

La falta de visión de los seguros privados para evaluar estos cambios como un cambio favorable para la salud pública, como resultó claro con el tiempo, incluso para su giro empresarial

El desarrollo de una estrategia de socialización con la comunidad del proyecto de reforma a través de un trabajo sistemático, que dio garantías de que se trataba de desarrollar una iniciativa de equidad en el acceso a la salud, y de hacer frente a los problemas más acuciantes de prioridad sanitaria.

La Ley AUGE y su desarrollo se transforma en una política anhelada por los chilenos, que le da viabilidad y permite su aprobación. Mi aprendizaje, como ocurrió después con otras leyes, el caso de la ley antitabaco o de fármacos: el trabajo prelegislativo es esencial, pues es hacer partícipe a la sociedad del proceso y contar con aprobación social. La ley sanciona un cambio cultural ya apreciado, y no al revés.

Asimismo, avances sociales de esta magnitud requieren ser políticas de Estado, donde el gobernante se juega con toda la energía para sacar adelante, coordinando diversos ministerios a disposición del proceso, como después fue evidente en el trabajo frente a la pandemia del COVID-19.

La Reforma AUGE constituye el cambio más significativo de la política sanitaria chilena de los últimos 20 años, al generar un mecanismo transparente de priorización de las necesidades de las personas,

¹ Médico-cirujano Universidad de Chile, Medicina Interna y Nefrología por la Universidad de Chile. Epidemiólogo, MSc por la Universidad de McMaster, Canadá. Académico de las universidades de Chile, Católica, Los Andes y San Sebastián. Exministro de Salud periodos 2010-2014 y 2019-2020. Miembro de la primera Comisión AUGE durante el gobierno de Ricardo Lagos. Impulsor de aumento de múltiples enfermedades con garantía al régimen de la Ley AUGE.

e involucrar a todos los actores, usando los incentivos adecuados para resolverlas. Se transformó en una política de Estado que trascendió a todos los gobiernos, que la validaron y la hicieron progresar.

Sin embargo, como política esencial, no ha sido suficientemente cuidada. Los mecanismos de priorización de enfermedad han perdido sustento científico; el beneficio de algunos pacientes en desmedro de otros ha vulnerado su objetividad; la carga financiera no ha sido siempre bien dimensionada. Asimismo, determinadas prácticas no idóneas para influir en la inclusión injustificada de algunas condiciones y tratamientos en el catálogo de condiciones de salud protegidas han permitido la aparición de crítica y desconfianza ciudadana.

Objetivamente, la carga de enfermedad, incluida mortalidad evitable, ha sido modificada favorablemente por esta ley, poniendo como ejemplo la caída de la mortalidad asociada a condiciones cardiovasculares. El impacto en hacer de la portación de VIH sin que se desarrolle sida es otro ejemplo notable. Es también crucial hacer notar que la mitad de las enfermedades del régimen de garantías aseguran también la protección financiera en el uso de fármacos, principal componente del regresivo gasto de bolsillo en medicamentos.

Es deseable que, hacia el futuro, esta política acentúe su componente preventivo y de diagnóstico precoz de las enfermedades crónicas como cáncer, enfermedad mental, hipertensión, diabetes y obesidad. Si bien este elemento es explícito en los distintos decretos, en la práctica, no se materializa.

El escenario epidemiológico ha cambiado en estos 20 años, por lo que el Comité Asesor debería proponer el retiro de algunas condiciones de salud entre las actualmente vigentes, que ya no requieren ser parte del sistema de garantías, o que su inclusión ha perdido efectividad. Con ello, se podría concentrar el esfuerzo en nuevas condiciones que representan problemas de salud emergentes, que merecen ser incluidos.

El mundo enfrenta una revolución tecnológica sin precedentes. Una mejor cobertura y eficacia de las garantías —cada una de las cuales tiene una guía clínica desarrollada por expertos— debe abrirse a estos cambios. Solo a manera de ejemplo, hasta que la vacunación contra el virus del papiloma genere una reducción dramática del cáncer del cuello del útero, las nuevas técnicas para determinar riesgo —que hoy se hacen mediante la técnica de Papanicolau— permitirían el diagnóstico oportuno y la curación de esta enfermedad en miles de mujeres. Los sensores automáticos de presión arterial o glicemia constituyen avances significativos en el manejo de estas condiciones en millones de personas. El incentivo desde las mismas guías al despliegue de la telemedicina representa un avance sustantivo en equidad territorial.

La Ley AUGE es una gran política. Hay que cuidarla intensivamente y renovar la confianza. La Contraloría General de la República se ha transformado en un gran aliado para ello.

Una política pública exitosa, en todas sus etapas: diseño, planificación, negociación, implementación y evaluación

*Manuel Inostroza Palma*¹

En enero del 2003 soy nombrado Superintendente de ISAPRES y desde ese momento formé parte del comité ejecutivo que, bajo el mandato del Ministro de Salud Pedro García, terminó de diseñar y negociar técnica y políticamente la Reforma del AUGE o GES con el Congreso y los partidos políticos. Luego me tocó implementar la Reforma desde el 2005 en adelante, incluida la transformación de la Superintendencia de ISAPRES en Superintendencia de Salud, hasta abril del año 2010, tiempo en el cual tuve que iniciar la fiscalización y control del cumplimiento del AUGE o GES tanto en FONASA como en ISAPRES. Asimismo, la implementación del nuevo sistema de acreditación de calidad de prestadores institucionales y de certificación de prestadores individuales.

Cuando me incorporé el 2003 a esta posta de la Reforma, estaba casi todo el mundo en contra y de ahí algunas historias interesantes de ser contadas:

La negociación del Colegio Médico: durante más de 1 año y medio, cada 15 días nos juntamos a negociar con el Colegio Médico y acogimos gran parte de sus planteamientos, como por ejemplo, en vez de solo las garantías GES se creó un régimen general de garantías y el sistema AUGE, para no perjudicar las patologías NO GES. Los médicos del Colegio —como se dice— murieron con las botas puestas y, a pesar de una larga negociación, siempre se declararon contrarios al AUGE. Solo 15 años después, el senador Juan Luis Castro, en un seminario académico con perspectiva histórica, reconocería su error.

En todo el proceso de negociación parlamentaria conocí a un notable político, actor clave de nuestra transición democrática, y para el AUGE, un gran articulador de los acuerdos. Me refiero a don Edgardo Boeninger, a quien rindo un homenaje por haber propiciado siempre los acuerdos que hicieron posible la aprobación de los proyectos de ley de la Reforma.

¹ Médico-cirujano de la Universidad de Chile. Máster de Salud Pública en Financiamiento y Gestión de la Universidad Johns Hopkins. Ha destacado como directivo público en la Superintendencia de Salud (2003-2010). Actualmente es Secretario Ejecutivo del Consorcio de Universidades para Políticas de Salud, académico de varias universidades chilenas, director de ISAPRE Esencial y consultor independiente en salud.

Finalmente, recuerdo lo difícil que fue la implementación de la Reforma y todos los cambios culturales que implicaba, por ejemplo, cuando el año 2005 partió el AUGE o GES y fuimos por primera vez a fiscalizar a FONASA, su Director, Hernán Monasterio, prohibió el ingreso de nuestros fiscalizadores, hasta que —elevado el conflicto a La Moneda— se dio la instrucción de dejarnos entrar para poder cumplir nuestro rol fiscalizador.

Fue una experiencia increíble: me tocó liderar un equipo que por 7 años colaboró con otros para el desarrollo de una política pública exitosa, en todas sus etapas: diseño, planificación, negociación, implementación y evaluación. De hecho, como Decano de la USS entre 2018-2019, me tocó presentar unas evaluaciones muy positivas del impacto del GES en la mortalidad por cáncer en Chile.

Respecto de los aciertos y aportes: la priorización de patologías para sus garantías en salud; la expresión de garantías de derechos sociales en Chile; la fiscalización de lo privado y lo público, por igual; la creación de un proceso de acreditación de la calidad en nuestro sistema de salud.

De los yerros: la falta de autonomía de la Superintendencia de Salud para cumplir su rol con el sector público; la falta de una evaluación sistemática de la Reforma; una casi nula transformación a los prestadores públicos, tanto en la APS como en los hospitales públicos que tiene fallas estructurales de ineficiencia y baja productividad.

El principal aprendizaje con el que me quedo es que el éxito más definitivo y de largo plazo de una reforma, y su impacto en el día a día de los pacientes, se juega, más que en el ámbito financiero y de gobernanza, en los cambios e incentivos para un mejor modelo de atención en salud, y su participación en el de los prestadores, tanto públicos como privados, y en eso, la Reforma quedó con una tarea pendiente hasta el día de hoy.

Con todo, es un sentimiento muy positivo; he tenido el privilegio de ser parte de la historia sanitaria exitosa de nuestro país. Creo que para más de 35 millones de personas que se han atendido por el AUGE en estos 19 años, les cambiamos la vida en salud.

El Plan AUGE se pudo crear gracias a la historia de salud pública

Carmen Castillo Taucher¹

Asumí en 2015 como Ministra de Salud del segundo gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, liderando procesos de enorme impacto como fueron la Ley de Interrupción del Embarazo en tres causales y la Ley de Etiquetado de Alimentos. En 2021, asumí como Alcaldesa de San Felipe, siendo reelecta por un segundo periodo en las elecciones de 2024.

Hace 20 años, dirigí el Servicio de Salud Aconcagua, por lo que me correspondió participar activamente en la implementación de las distintas medidas que representó la vigencia de la Reforma de Salud, en los establecimientos de las provincias de San Felipe y Los Andes. De la misma manera, me correspondió ser la portavoz del Ministerio de Salud en el valle de Aconcagua, para explicar, justificar y, en algunos espacios, también defender esta excelente noticia.

Por cada instancia de difusión que hicimos, tenía que explicar la sigla AUGE. Recuerdo haber realizado muchos diálogos ciudadanos, para promover en la comunidad la importancia que tenía este Plan de Acceso Universal con Garantía Explícitas.

Posteriormente, como ministra, me correspondió perfeccionar el sistema, lo que significó revisar muchos problemas de salud involucrados y hacer ajustes, actualizando varios componentes de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad.

Para ello, se llevó un trabajo muy participativo con varios niveles técnicos. Era tanto el nivel de compromiso de los equipos, que todos se sentían involucrados.

El Plan AUGE permitió hacer exigible la atención por las personas, confirmando el componente de derecho que representa el acceso a la salud, sobre todo de aquellas patologías que tenían mayor incidencia en la población, como la hipertensión y la diabetes.

Es necesario considerar que el Plan AUGE se pudo crear gracias a la historia de salud pública que se viene construyendo desde hace años en nuestro país. Por lo tanto, más allá de los yerros que pueda presentar, es un sistema que se ha ido perfeccionando con el pasar de los años.

¹ Médico cirujana, Magister en Salud Pública. Desde 2000 y hasta 2010 encabezó el Servicio de Salud Aconcagua, para luego dirigir el CESFAM de Santa María y posteriormente el Campus San Felipe de la Universidad de Valparaíso.

Entre los aportes de esta Reforma, destaca el hecho de que nuestro sistema sanitario se ordenó en torno al AUGE, haciéndolo digno de imitar en otras partes del mundo. Un aspecto importante que considerar es el componente de prevención, que requiere un fortalecimiento en el marco de esta política, pues su abordaje permitiría disminuir los casos complejos en el AUGE y otras patologías no contenidas, por falta de pesquisa.

No cabe duda de que el sistema de salud se fortaleció, a la vez que permitió dar pautas claras a todos los equipos, en todos los niveles de atención, para el desarrollo de una labor que impacta en la calidad de vida de las personas.

De la misma manera, el AUGE evidenció que el abordaje de patologías que requieren un cambio cultural es de enorme complejidad. Involucrando a los actores en este proceso de cambio, con todos los niveles decisionales, se logran los mejores resultados.

Me siento muy conforme, pues estimo que fue una excelente decisión sanitaria, digna de imitar.

Lo difícil que es conciliar un discurso de derechos sociales en salud con estrategias racionales de priorización del uso de fondos limitados

Rodrigo A. Salinas Ríos¹

Tuve la suerte de colaborar con la implementación de la Reforma a la Salud durante el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet y del Presidente Sebastián Piñera, como miembro y Presidente del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías Explícitas, que tiene por tarea asesorar al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las garantías que determina la normativa vigente. Con anterioridad, había tenido la oportunidad de participar en la revisión y redacción de las guías clínicas que orientan la atención de los problemas de salud definidos en cada decreto de la ley. Posteriormente, seguí colaborando como miembro de los equipos de redacción y revisión de las guías de patología relacionadas con la especialidad de neurología.

Los recuerdos asociados al proceso de diseño de implementación de la Reforma son numerosos y de ellos deseo traer a la memoria uno que con el transcurso del tiempo ha ido cayendo, interesadamente, en el olvido. Se trata de la importante resistencia que el proceso de reforma tuvo al interior de sectores del gobierno de ese entonces y de ciertos colegios profesionales de la salud, que veían en el proceso de reforma un intento neoliberal de segmentar la atención de salud y de marginar de los cuidados un grupo importante de enfermedades que quedaban fuera del listado de problemas que contaban con garantías explícitas. La utilización del estudio de carga de enfermedad auspiciado por el Banco Mundial como una de las herramientas que se utilizaron en la estrategia de priorización ayudaba a alimentar esos resquemores. El transcurso de los años ha ayudado a disipar algunos temores y a confirmar otros, pero en conjunto, ha ganado numerosos adeptos en sectores que inicialmente se opusieron al proceso de priorización que es inherente a un proceso de reforma como este.

¹ Egresado del Instituto Nacional, Médico-Neurólogo (U. de Chile), Magister en Ciencias (U. de Oxford), Magister en Economía de la Salud (U. de York). Exdirector del Instituto de Salud Pública (2003-2005). Miembro del Consejo Consultivo de Garantías Explícitas en Salud (2008-2014) y Presidente de este en el periodo 2008-2011. Neurólogo del Hospital del Salvador y profesor encargado del Programa de Formación en Neurología de Adultos de la Universidad de Chile.

El principal aprendizaje que me queda del proceso de reforma consiste en lo difícil que es conciliar un discurso de derechos sociales en salud —que obligan a un acceso igualitario de las prestaciones sanitarias sin mayor discriminación que la necesidad de contar con esa atención— con estrategias racionales de priorización del uso de fondos limitados, que obligan a racionar los recursos asignados al sector a partir de criterios explícitos y verificables, como aspira el proceso de reforma.

El principal acierto, a mi juicio, fue la definición de criterios explícitos y verificables de priorización de los problemas de salud seleccionados, para ser incorporados en el listado de patologías que contarían con garantías explícitas. Criterios que incluyen la recopilación de evidencia científica sólida, tanto epidemiológica como de revisiones sistemáticas de ensayos clínicos randomizados, que identificaban las patologías que serían cubiertas y las prestaciones eficaces que serían garantizadas. El principal yerro, considero, fue la ausencia de un discurso coherente que diera cuenta de la tensión existente entre un proceso de racionamiento explícito y racional como el que promueve la Reforma, con la comprensión de la atención en salud como un derecho individual que no admite discriminación alguna en términos de su financiación por el Estado. Otros dos errores en su implementación están dados por la falta de un desarrollo coherente de un sistema de evaluación de tecnologías sanitarias que dé sustento racional a la estrategia de priorización; y, en segundo lugar, por la virtual ausencia de una política de regulación de conflictos de intereses dirigida a quienes participan en la formulación de las garantías, que impida la captura de las decisiones por parte de intereses diferentes de los perseguidos inicialmente.

Las lecciones son múltiples y la brevedad de este espacio me obliga a seleccionar solo una de ellas; esta es, que se debe realizar un máximo esfuerzo en entregar coherencia lógica al discurso político que respalda una política pública de esta envergadura, reconociendo el carácter colectivo de los objetivos buscados y la transición paulatina en su traducción a derechos individuales universales.

En lo que se refiere a los retos futuros, escojo dos que me parecen los más relevantes: el primero de ellos, abordar la amenaza al proceso racional de priorización que significa la irrupción del Poder Judicial en la definición de las prestaciones que son financiadas por el Estado, obligando a los servicios de salud a entregar terapias que, a menudo, no han pasado proceso racional de evaluación alguno y, ocasionalmente, ni siquiera están respaldadas por evidencia científica suficiente para el paciente que la solicita; y el segundo reto, la generación de una política de regulación de conflictos de intereses, que impida la captura del sistema de garantías por intereses secundarios, que ven en él una fuente inmensa de recursos para propósitos diferentes de los buscados por la Reforma.

Me quedo con la esperanza de que se siga perfeccionando el sistema de racionalización basado en la evidencia científica que propone la Reforma y que se destinen los recursos necesarios para que ello ocurra.

Las personas adquieren derechos por ley

*Begoña Yarza Sáez*¹

El año 2000 viajo becada estudiar a Barcelona y vuelvo el 2004 a Chile —en medio de la discusión legislativa de la Reforma— para asumir la Subdirección Médica de un Hospital de Alta complejidad en Santiago, el Hospital Clínico San Borja Arriarán. De esta manera, participo de la Reforma desde lo local y hospitalario.

La implementación de la Reforma de Salud aparecía para muchos actores del sistema como un inmenso cambio. Estas transformaciones fueron resistidas en los hospitales, porque el *management* que traía parecía —a la luz pública— una derechización o más neoliberalismo, y otros se oponían porque este modelo pretendía tomar el control de las acciones de salud dentro del Servicio Clínico. Sin embargo, los cambios fueron sucediendo: se crean comité temáticos y técnicos donde aparecen las decisiones tomadas con *Medicina Basada en la Evidencia*; se debían realizar actas, tomar acuerdos. Los miembros de los comités tenían sus funciones claras señaladas en los manuales de organización. El comité se creaba a través de una resolución, las decisiones debían de ser explícitas. Así también, las políticas de gestión, de estandarización de prácticas clínicas, todas, decisiones basadas en evidencia. Se iniciaba otro mundo en la gestión hospitalaria.

Por otro lado, pasar de lo tácito a lo explícito y, además, coordinando las actividades en red; conversar, acordar y comprometerse con otros actores del servicio de salud. Los temas más disruptivos se relacionaban con la desconcentración de las decisiones, los directores de hospitales ahora podían tomar decisiones en relación con contratos y convenios, lo que hasta ese minuto dependía de las decisiones centralizadas del director de servicio.

Otro tema disruptivo fue el mismo Plan AUGE; las personas adquirirían derechos por ley y podían exigir su cumplimiento. Aparecía cierto terror a estas exigencias de derecho a oportunidad y cobertura financiera.

¹ Directora Hospital del Tórax. Médica de la Universidad de La Habana y Pediatra de la Universidad de Chile. Durante 12 años trabajó en unidades de cuidado intensivo. Magister en Salud Pública, con estudios de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra. Ha dirigido hospitales y servicios de salud. Ministra de Salud en el gobierno del Presidente Gabriel Boric. Tengo dos hijos y dos nietos.

Fue, sin lugar a dudas, un periodo intenso, apasionado, con mucha discusión sobre los temas de salud, de gestión, de modelos de atención. Existía un grupo de profesionales y funcionarios de salud que veíamos en esta reforma la posibilidad de disminuir las desigualdades injustas y evitables en salud, y tomamos estos temas y desarrollamos un proceso un poco improvisado de gestión del cambio, intentando sumar al resto de los actores influyentes en el proceso de atención y en la salud en general.

Puedo recordar que la Reforma de Salud sorprende a los gestores locales sin muchas herramientas para implementar un plan local, lo que hoy llamamos gestión del cambio. Estos cambios requieren de liderazgos que puedan conducir estos procesos, con capacidad para generar alianzas locales amplias y un plan incremental de avances medibles, reconocibles, con éxitos que celebrar. Esto significó un gran aprendizaje, pues estuvimos atrincherados, unos a favor y otros en contra, un largo rato y perdimos energía. Por otra parte, la Reforma tampoco ha tenido un proceso de evaluación sistemática, para que se pueda ir modelando y ajustando las estrategias necesarias.

Las Garantías Explícitas en Salud (GES) de hoy instalan un elemento central en el sistema de salud: sacar a las personas, familias y cuidadores del lugar de «pacientes» y situarlos como sujetos de derecho con herramientas para hacerlos exigibles, y por otro lado, como actores políticos a través de la formación de consejos consultivos en cada establecimiento de la red. Si bien son «consultivos» —pues no hemos avanzado en que la participación ciudadana sea vinculante y que se exprese en cualquier punto del proceso—, la Reforma de la salud instala estructuralmente a los ciudadanos con voz en la red asistencial.

Finalmente, este proyecto trajo una despriorización de la estrategia de Atención Primaria. El instrumento GES cargado de problemas de salud que deben resolverse con urgencia, y elegidos por el gran impacto en los resultados sanitarios del país como años de vida perdidos, empujó la balanza hacia lo asistencial y curativo. Entregó cada vez más recursos a las redes asistenciales II y III. Lo preventivo y promocional pasó a ser un actor secundario, y aún estamos en menos del 30% del financiamiento de salud para la Atención Primaria.

Es la segunda reforma de salud realizada en democracia y abarca también la estructura rectora del sistema de salud, donde se suman dos subsecretarías. Muchos creemos que la Subsecretaría de Redes Asistenciales posee un rol que confunde a los actores del sistema, y no ha logrado convertirse en una estructura que logre fomentar y fortalecer la cooperación, la coordinación y la efectividad de las redes integradas, más bien trata de emular, en la generación de normativas, a la Subsecretaría de Salud Pública.

A veinte años de la implementación del GES: un cambio trascendental en la salud chilena

*Paula Daza Narbona*¹

La implementación del GES (Garantías Explícitas en Salud), también conocido como AUGE, marcó un punto de inflexión en el acceso a la salud en Chile. Esta reforma, diseñada para garantizar cobertura en una serie de patologías prioritarias, transformó el sistema de salud desde su concepción hasta su gestión operativa. A dos décadas de su instauración, el balance de su impacto es innegable: avances en equidad, mejoras en la calidad del servicio y un replanteamiento del rol de los prestadores en la atención sanitaria.

Aunque no fui parte del diseño original de esta política, tuve el privilegio de vivir su implementación desde el sector privado. En aquel momento, me desempeñaba como Directora de Desarrollo y Comunicaciones en Clínica Dávila, lo que me permitió observar de primera mano cómo esta reforma impactó tanto a los pacientes como a los prestadores de salud. Desde esta posición, fui testigo de la manera en que el GES reconfiguró la relación entre el sector público y privado, obligándonos a adaptar nuestros procesos para cumplir con los nuevos estándares de eficiencia y calidad exigidos.

Uno de los principales desafíos que enfrentamos fue el cambio de paradigma en la práctica médica. Antes del GES, la gestión sanitaria no estaba orientada de manera tan explícita hacia la eficiencia ni a la seguridad del paciente. La Reforma nos impuso la necesidad de estructurar protocolos de atención más rigurosos, medir indicadores de calidad y adaptarnos a una fiscalización mucho más estricta. En este sentido, el GES no solo benefició a quienes padecían las enfermedades cubiertas, sino que también catalizó una evolución estructural en el sistema de salud chileno.

Además, modificó el modelo de financiamiento de la salud en Chile. Hasta su implementación, los prestadores asumían el riesgo financiero de la atención médica de manera independiente. Con el GES, este riesgo comenzó a compartirse entre FONASA, ISAPRES y los prestadores privados, permitiendo la creación de convenios más sostenibles. Este cambio resultó clave para la viabilidad del sistema, estableciendo una estructura de financiamiento que, aunque no exenta de desafíos, trajo consigo una mayor estabilidad y equidad.

¹ Directora Ejecutiva del Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud. Facultad de Gobierno Universidad del Desarrollo.

A dos décadas de su puesta en marcha, la experiencia del GES nos deja importantes enseñanzas sobre la formulación de políticas públicas en salud:

El acceso universal requiere financiamiento sostenible: aunque el GES fue un gran avance en términos de cobertura, la inclusión progresiva de nuevas patologías ha incrementado los costos, generando presiones sobre su financiamiento. Asegurar recursos adecuados sin comprometer la calidad del servicio es un desafío permanente.

El éxito de una reforma sanitaria depende de la colaboración multisectorial: la implementación del GES demostró que el Estado, el sector privado, las aseguradoras y la comunidad médica deben trabajar de manera coordinada. Sin esta alineación, la ejecución de la política puede verse obstaculizada.

La calidad y la eficiencia deben ser principios rectores: antes del GES, la eficiencia y la seguridad del paciente no eran prioridades explícitas en la gestión de los prestadores. La Reforma impulsó un enfoque basado en resultados, lo que ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar la atención.

Las políticas de salud deben ser flexibles y adaptativas: la salud es un ámbito dinámico, en constante evolución por los cambios epidemiológicos, tecnológicos y demográficos. La actualización periódica de las patologías cubiertas por el GES ha sido clave para mantener su relevancia.

Pese a los avances, el sistema de salud enfrenta importantes desafíos para consolidar y mejorar la Reforma:

Se requiere revisar el modelo de financiamiento en forma sistemática para mantener un equilibrio entre costos y coberturas, y así garantizar la sostenibilidad del GES en el largo plazo.

La integración en el sistema es esencial. La fragmentación del sistema sigue siendo un obstáculo para una atención continua y eficiente. Mayor coordinación podría optimizar recursos y mejorar la experiencia del paciente.

La incorporación de tecnología en salud, como la telemedicina, la inteligencia artificial y la digitalización de registros, podría mejorar la eficiencia y accesibilidad, pero requiere inversión y regulaciones adecuadas.

Avanzar en un modelo centrado en la prevención. Actualmente, el sistema sigue enfocado en tratar enfermedades en lugar de prevenirlas. Un enfoque más preventivo podría reducir costos y mejorar la calidad de vida de la población.

Chile enfrenta un acelerado envejecimiento, lo que demanda estrategias específicas para el manejo de enfermedades crónicas y el cuidado a largo plazo.

A veinte años de su implementación, el GES sigue siendo un pilar fundamental del sistema de salud chileno. Ha permitido mejorar el acceso y la calidad de la atención, pero su sostenibilidad requiere ajustes estratégicos. Enfrentar los desafíos futuros con una visión integral será clave para consolidar un sistema de salud más equitativo, eficiente y centrado en el bienestar de la población.

La valoración de la exigibilidad de los derechos me parece que fue un gran aporte al país y las políticas públicas

Soledad Barría Iroume¹

Inicialmente, en 2000-2002, participé en equipos ministeriales para el diseño general y el rol de las instituciones del sistema público de salud.

Siempre estuve de acuerdo con la priorización de problemas sanitarios, la necesidad de enfrentar las desigualdades, expresar más claramente los derechos de las personas y el modelo de atención basado en Atención Primaria, como estrategia y no solo como nivel de atención.

El Plan Auge fue pensado como tercer sistema de salud (diferente al sistema público/FONASA y a las ISAPRES/privados), tal como fue la propuesta de la Comisión de Reforma instalada por Presidente Lagos y tomada por MINSAL. En ese sentido, inicialmente fui una opositora al AUGE tal como se envió al Parlamento, pues las patologías priorizadas se costearían a precios privados, lo cual incentivaría la extracción de recursos del FONASA, necesarios en el sistema público para responder a necesidades de salud que iban más allá de las patologías priorizadas, ya que se trabaja con diferentes costos.

Estuve de acuerdo con el AUGE como gran sistema y donde las GES expresaran la priorización al interior de cada sistema, como se consensuó finalmente en el Parlamento.

Una vez como Ministra, desde marzo de 2006, continué tramitando la Ley de Derechos, la única de la Reforma que no salió en el gobierno del Presidente Lagos y que, paradójicamente, fue la primera que se envió. También, la implementación de la gran expansión del GES, de las 25 iniciales a las 56 en régimen; y los avances en estudios, para hacer de las garantías un derecho creciente, ampliándolas de 56 a 80 patologías.

¹ Médica internista/nefróloga. Trabajó como médica única y Directora del Hospital de Corral en 1979, luego fue Subdirectora del Hospital San Juan de Dios entre 1991-1994. Desde 1994 trabajó en el MINSAL en la División de Gestión y Directora en la recién creada División de RRHH 97-2000. Del 2000 al 2002 subrogó al Subsecretario Salud, coordinó la División de Gestión de Servicios y participó en el equipo de la Reforma. Al salir Michelle Bachelet de ministra, fue cesada en el cargo y jubiló. Luego fue asesora de parlamentarios en la Reforma (2002-2005) y en el CONICYT echó andar el FONIS a honorarios en FONDEF. Ministra de Salud periodo 2006-2008, en el que implementó parte de la Reforma: GES, Fortalecimiento APS y Plan de inversión pública.

El inicio de la tramitación de los proyectos fue muy accidentado, dada la oposición del Colegio Médico y de muchos de nosotros que consideramos que el diseño inicial atentaba contra el sistema público, donde estaba la gran mayoría de la población.

Esta oposición fue disminuyendo en la medida que se tramitaron las diferentes leyes, introduciendo modificaciones sustanciales, tal como fue la declaración de que el AUGE era la totalidad de derechos de las personas y que lo que antes era AUGE, se transformó en GES, debiendo cada ISAPRE o FONASA asegurar dichas garantías pero dentro de su propio sistema.

Durante todo ese periodo, ya retirada del MINSAL, participé en la «Consultora Minga», donde asesorábamos a los parlamentarios de la Concertación, especialmente de la Cámara de Diputados y la Comisión de Salud que conducía Sergio Aguiló. Por ello, asistí a prácticamente la totalidad de las sesiones durante su tramitación.

La valoración de la exigibilidad de los derechos, me parece, fue un gran aporte al país y las políticas públicas. El valor de la comunicación sobre la necesidad de la Reforma, que realizó la entonces Ministra Bachelet a lo largo de todo el país, mostrando las desigualdades sanitarias, viabilizó y posibilitó la iniciativa. El aporte de parlamentarios y de la sociedad civil fue clave tanto en la tramitación de proyectos estructurales como estos, como posteriormente en el consejo del GES. Especialmente en la etapa de implementación, se hizo evidente la necesidad de unir una planificación detallada de las capacidades de oferta del sistema público en las diferentes regiones del país, así como las necesidades de inversión, para incrementar dichas capacidades y acompasar la oferta de servicios con la declaración de las garantías. Sin eso, no es posible garantizar nada, dada la escasez crónica de oferta en el sistema público, por falta de personal y de inversión, especialmente en tecnologías.

Si miramos otros aciertos y aportes, encontramos la garantía de derechos y la definición de redes asistenciales basadas en Atención Primaria de Salud, propuestos luego por la OPS. Por otro lado, los yerros: no ser universal, ya que dejó fuera al personal de las FF.AA.; no haber seguido incrementando las garantías; no seguir invirtiendo fuertemente en mejorar las capacidades del sistema público, lo cual ha llevado a una enorme compra de servicios, con gran desarrollo del sistema privado y muchas veces el estancamiento de lo público

Un importante reto futuro en salud es tener un verdadero sistema *universal* que dé garantías crecientes en condiciones de dignidad para todos los habitantes. Para ello, es necesario tener un sistema público fuerte, universal, basado en la APS, que incorpore el trabajo intersectorial de los determinantes sociales y ambientales, y que provea atención digna a todos los habitantes, en condiciones de equidad.

Creo que fue un avance, pero parcial e insuficiente. Debe venir una reforma realmente estructural, con un fondo común público y un sistema de salud universal de redes basadas en APS.

Una política pública en voz de sus actores

*Juan María Fernández de Gamarra Betolaza*¹

Tras especializarme en Medicina Familiar y Comunitaria (1981), mi desempeño profesional ha tenido lugar siempre en el Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Desde una posición absolutamente independiente, la vida me ha regalado la oportunidad de compartir de cerca con sus principales protagonistas el espacio político en el campo de la salud. Así, durante prácticamente 25 años, he ocupado de forma ininterrumpida diversos cargos directivos en gobiernos de distinto color político (tanto socialistas como democristianos).

En 1993 concluimos un proceso de reflexión tras el que se publicó *Estrategias de cambio para la sanidad vasca – Osasuna Zainduz* (traducido como *Cuidando la salud*). En 1995, estaba desempeñando la Dirección de Aseguramiento y Contratación cuando mi jefe, el Ministro Regional de Salud en el País Vasco, me encargó responder a un chileno que se había interesado por dicha publicación. Ese señor era entonces el Director del Hospital Luis Calvo Mackenna, un tal Osvaldo Artaza, que seguro que os suena. Ahí comenzó una estrecha relación y numerosos intercambios, que en lo profesional se prolongaron hasta 2008.

A principios de 2002, fue una sorpresa enterarme por *El Mercurio* de que ese señor había sido nombrado Ministro de Salud en sustitución de Michelle Bachelet y que, según ese diario, el doctor había entrado al despacho del Presidente Lagos con su «colita al aire» y que más tarde declaró que su antecesora «le había puesto la vara bien alta». A este otro lado del Atlántico, dados al humor jugando con las dobles interpretaciones de algunas palabras... ¡pueden imaginarse!

Lo que no admite doble interpretación es que desde el principio compartimos plenamente la importancia primordial del cuidado de la salud para todas las personas por parte de las administraciones públicas, como parte esencial de los derechos humanos y del bienestar colectivo. Para entendernos —y sin sesgo profesional alguno—, la salud tiene más valor que el cobre y que su cuidado merece estar arriba de todo en la agenda política.

Durante la etapa clave de discusión en la Cámara Baja del Congreso de los cinco proyectos de ley que conformaban la Reforma, estuve un mes en Santiago y tuve la fortuna de acompañar al Ministro en varias ocasiones a Valparaíso, aprendiendo en directo sobre los diferentes valores y visiones que se

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, País Vasco.

manejaban a uno y otro lado del Atlántico. En teoría, estuve entonces en calidad de asesor de la OPS; repasando mis vivencias, en la práctica, creo que mi principal aportación solo consistió en respaldar anímicamente al amigo del alma, al que los intereses —económicos y gremiales, que no de salud— le estaban sacudiendo por todos lados.

Lo más importante de todo este proceso es el éxito obtenido habiendo aprobado el conjunto legislativo con un apoyo masivo y en un tiempo récord, algo sin precedentes.

En la construcción de un sistema de salud, obviamente deben seguir primando valores universales, pero, en materia de modelos —a pesar de lo bueno que nos pueda parecer el nuestro—, no existe ninguno directamente trasplantable a una realidad sociopolítica sustancialmente distinta, como es el caso.

¿Con qué me quedo? Pues, con amistades y recuerdos entrañables, y con haber conocido, a través de varios viajes, un país extraordinariamente bello y diverso. ¡Cuidadlo! Recordad a vuestros hijos y nietos que los derechos sociales no se heredan y que hay que seguir peleando por ellos día y noche, todos los días.

La historia da muchas vueltas y cualquier cambio profundo suele requerir una previa cocción lenta para obtener un buen plato, la evolución de las cosas es poco lineal y los grandes cambios suponen saltos cuánticos que, para entendernos, en el plano social llamamos revoluciones. El AUGE, sin duda, ha sido una de esas revoluciones. En los últimos 20 años habrán pasado muchas cosas de uno y otro signo. Y, sin duda, seguirán pasando (ya decía Gardel aquello de «que veinte años no es nada»). Lo que queda es un gran paso en términos de justicia social, de mayor equidad y de respaldo de las políticas públicas favorecedoras de la gente que más las necesita.

El proyecto AUGE fue siempre una propuesta con una mirada equilibrada entre sus componentes técnicos y políticos

Mario Fernández Baeza¹

Mi participación en la aprobación del denominado Plan AUGE (Atención Universal con Garantías Explícitas) se remite al año 2002, durante el cual —hasta marzo de 2003— ocupé el cargo de Ministro Secretario General de la Presidencia. Ese tramo corresponde justo al periodo en que el «Proyecto de Ley que establece un Régimen de Garantías en Salud» inició su tramitación en la Cámara de Diputados, mediante Mensaje N° 1-347 de fecha 22 de mayo de 2002.

Como se advierte, el lapso mencionado de mi participación en el tema abarca el primer tercio de todo el tiempo que tomó el proyecto AUGE en su tramitación legislativa, hasta promulgarse como Ley N° 19.966 el 25 de agosto de 2004. En efecto, el tramo que me correspondió colaborar en su tramitación coincide con la fase en que el proyecto se sometió a su Primer Trámite Constitucional en la Cámara de Diputados, cuya aprobación en su Discusión en Particular tuvo lugar en la sesión del 15 de enero de 2003.

Mis tareas, en esta etapa de la tramitación del proyecto AUGE, se concentraron en apoyar la labor de mi colega de Salud, el Ministro Dr. Osvaldo Artaza, y del Comité Interministerial creado al efecto, contribuyendo a lograr acuerdos con las bancadas parlamentarias y entre los partidos políticos y sus sectores internos, así como aportar al envío y tramitación de las indicaciones y de las documentaciones concernidas. El tema de salud, por su naturaleza y en cualquier país, es una materia supra ideológica y supra partidaria. Por lo tanto, la discusión política y legislativa del AUGE sobrepasó las modalidades usuales y exigió un trabajo muy detallado con cada uno de los parlamentarios y de sus bancadas.

Respecto de esta consulta sobre nuestras vivencias en torno al proyecto, sería muy extenso y desordenado un relato pormenorizado durante una tramitación legislativa como esta, especialmente desde una perspectiva anecdótica. Solo quisiera señalar que hubo muchas y largas reuniones, en las

¹ Abogado, Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile. M.A. y Dr. Phil. por la Universidad de Heidelberg. Sirvió los cargos de Subsecretario y Ministro de Estado, Ministro del Tribunal Constitucional y Embajador. Actualmente es Profesor Titular de Derecho Constitucional en la Universidad de Chile.

cuales abundaron los recursos retóricos para convencer a las contrapartes. Escenarios de estas largas e históricas reuniones, no solo fueron las salas de sesiones del Congreso Nacional, sino también restaurantes de la Región de Valparaíso, que aportaron el marco adecuado a concurridos, extensos, sesudos y —a veces— acalorados debates, propios de tan complejo tema. Eran tiempos de mucha discusión y pluralismo, pero siempre marcados por el diálogo y la amistad cívica.

De la experiencia legislativa que nos ocupa, brota un aprendizaje que puede transmitirse directamente a las actuales generaciones, consistente en que las denominadas «políticas públicas» —todas las políticas son públicas— o, más bien, las *políticas* (equivalente a la expresión en inglés «*policies*»), requieren de dos coherencias simultáneas: 1) la coherencia integral-sectorial y, 2) la coherencia político-técnica.

Cuando el debate sobre cualquier política se aleja, desestima o no cumple con tal doble coherencia, se desfigura, pierde consistencia y —finalmente— fracasa. Eso, lamentablemente, lo vemos cada vez más a menudo. Pero, afortunadamente, la tramitación del AUGE se ciñó a esos dos requisitos arriba mencionados, especialmente gracias a la eximia flexibilidad del Ministro Artaza, cuyo despliegue —en gran parte— fue decisivo para que la iniciativa fuese aprobada.

En efecto, desde su diseño, la propuesta AUGE fue siempre integral —no se ciñó ni se parapetó en el sector salud—, presentándose como uno más de los componentes que presenta el cuadro de necesidades humanas para una vida digna y para todas las personas. Aquí, nuevamente, fue muy importante el Comité Interministerial.

Y, por otra parte, el proyecto AUGE fue siempre una propuesta con una mirada equilibrada entre sus componentes técnicos y políticos. Hubo ahí una inusual coherencia entre esos dos pilares de todo empeño público, normalmente fuente de más problemas que de coincidencias. Se optó por un término medio entre lo que debía hacerse y lo que podía hacerse, que no fue saldado con triunfadores netos, sino con empates entre los contendores, para dejar tranquilos a las partes y satisfechos a los usuarios.

Los principales aciertos de la aprobación del AUGE están a la vista. Son evidencias, como les gusta argumentar a los adictos cuantitativos. El plan partió con 25 patologías cubiertas y a mediados de 2024, la cobertura ya alcanzaba a 87 enfermedades, con una cifra de casos GES acumulados entre 2005 y mediados de 2024 que totalizaba casi 55 millones, entre FONASA e ISAPRES, según la *Estadística Trimestral de casos GES (AUGE) de FONASA y Sistema ISAPRES. Julio 2005-junio 2024* de la Superintendencia de Salud.

Lo único que sí habría que hacer es el ejercicio de trasladar la actual situación sanitaria del país a la que se vivía hace dos décadas, aprendiendo así de la experiencia, para abordar el tratamiento de la nueva realidad a la luz de las lecciones pasadas. Eso incluye reanalizar todo lo que en materia sanitaria no se reguló en su momento, para darle prioridad al AUGE, sin arriesgar su aprobación.

De las lecciones aprendidas, me permito abusar de mi condición en retiro de la actividad política, para ahorrar comentarios. En medio de una discusión pública sobre el financiamiento de la salud, es aconsejable encontrarse muy interiorizado de los temas en discusión para opinar con base y no es el caso de quien escribe estas líneas.

Pero volviendo al AUGE y a cómo se logró su aprobación hace dos décadas, tendría que sugerir algo obvio: usemos hoy los mismos mecanismos, adecuándolos a nuestra época. Porque la expresión «todo tiempo pasado fue mejor» no es egoísta, sino abierta, ya que es una invitación para que cada cual viva y haga su tiempo como le parece para poder pronunciar con orgullo esa misma frase en unos años más. Entonces, para quienes tienen que adoptar decisiones políticas hoy, los invito a tener también presente cómo se adoptaron ellas en el pasado. No tienen que copiar nada, solo deben tenerlas en cuenta.

Finalmente, luego de transcurridos 20 años desde la aprobación del AUGE —en cuyo logro mi participación fue modesta—, mi respuesta es muy simple. Esa tarea fue parte de la enorme distinción que me otorgó el Presidente Ricardo Lagos Escobar, al nombrarme Ministro de Estado y Embajador en su histórico gobierno.

El GES se consolidó como una política fundamental que impulsó el progreso y la mejora del sistema de salud chileno

*Maritza Labraña Alcaino*¹

Como Jefa de Comunicaciones del Ministerio de Salud durante la gestión del Ministro Dr. Pedro García, se me encomendó la tarea de revitalizar la estrategia comunicacional. La existente no alcanzaba los objetivos de instalar públicamente la Reforma de Salud, con el AUGE como eje central, requiriendo un cambio significativo en la opinión pública. Reconocimos que esta iniciativa transformaría el sistema de salud, empoderando a los ciudadanos con una herramienta para reclamar su derecho a la salud, cuyo impacto crecería con su conocimiento.

Para ello, implementamos una política de difusión articulada en tres pilares estratégicos: 1) dar visibilidad al trabajo de la Comisión Reforma; 2) comunicar la implementación y los derechos garantizados, difundiendo las guías clínicas (cruciales para la adopción del AUGE por los profesionales de la salud), coordinando con la red asistencial, estableciendo vínculos con actores políticos y científicos, y gestionando la implementación gradual de las garantías; 3) diseñar estratégicamente la Reforma AUGE con un enfoque en la equidad. Esta estrategia global se tradujo en planes específicos, definiendo mensajes, audiencias, alianzas, materiales comunicacionales y voceros.

El compromiso de los referentes técnicos en la elaboración de las guías clínicas fue fundamental para el éxito de la difusión, facilitando su divulgación, monitoreo y la conexión con los médicos de la Atención Primaria de Salud (APS) y los equipos técnicos de implementación.

La Reforma significó un aprendizaje trascendental en mi carrera. Fue mi primer gran contacto con el ámbito de la salud y, particularmente, con la comunidad médica. Ser parte del equipo que concibió lo que hoy reconocemos como la gran transformación del sistema de salud en Chile fue una fuente de

¹ Periodista con más de 20 años de experiencia en el sector público y especialista en comunicación de riesgos y brotes epidémicos. Jefa de Comunicaciones del Ministerio de Salud con los ministros Ximena Aguilera y Pedro García. Su trayectoria incluye la responsabilidad de la estrategia comunicacional de Chile durante la pandemia de H1N1 y el liderazgo de la respuesta informativa de JUNAEB en la entrega de alimentación tras el terremoto de 2010. Su experiencia se enriqueció como miembro del Consejo Asesor Externo para el manejo de la pandemia de COVID-19 y a través de su labor como consultora de la OPS, asesorando a diversos países de América del Sur.

orgullo y, fundamentalmente, una oportunidad excepcional para obtener los conocimientos que me han permitido mantenerme hasta el presente, aportando a la comunicación en salud.

Evoco la invitación del Ministro García a formar parte de su equipo, con la directriz de «concentrarnos en lograr la aprobación de los proyectos restantes y optimizar las comunicaciones», una misión que consideré compleja. Mi prioridad inicial fue un estudio profundo de los proyectos de ley presentados. Durante los primeros tres meses, me sumergí en la lectura de cada uno, participé activamente en reuniones, examiné y analicé cada noticia publicada, escuché atentamente y formulé preguntas para comprender a fondo la situación. Así, logré una perspectiva integral que nos permitió, junto con el equipo de comunicaciones, diseñar una estrategia que abarcó al MINSAL, FONASA y la Superintendencia de Salud. Creamos un discurso político y social que logró revertir el adverso panorama comunicacional y arraigar el GES en el tejido social.

Una de las enseñanzas más significativas de este proceso de reforma fue el liderazgo esencial del Presidente Ricardo Lagos. Su conducción demostró ser indispensable para llevar adelante transformaciones de esta magnitud, dada su trascendencia política. El GES se consolidó como una política fundamental que impulsó el progreso y la mejora del sistema de salud chileno. La implementación del AUGE representó la primera política orientada a generar mayor equidad en el sistema, marcando un quiebre con el modelo anterior.

Para un proceso transformador de esta índole, resulta imprescindible una estrategia política sólida que garantice su implementación y minimice los riesgos durante su etapa de debate. Asimismo, es necesario identificar las limitaciones de los sistemas de información existentes para generar datos relevantes para el nuevo contexto y facilitar la interacción con un público que podría estar desinformado y tener diversas expectativas.

Después de dos décadas desde la aprobación de estas leyes, me invade una sensación de profundo orgullo. Este sistema, implementado hace 20 años, ha evidenciado un impacto favorable en la expectativa de vida, la sobrevivencia y la disminución de las tasas de mortalidad. Ha abierto las puertas a tratamientos y servicios para personas que antes no tenían acceso. Este representa, sin duda, el esfuerzo más significativo de Chile por fortalecer su sistema de salud, con el claro propósito de reducir la desigualdad en el acceso entre los diferentes grupos socioeconómicos.

No obstante, existe un desafío; el aumento exponencial de las patologías cubiertas, aunque inicialmente beneficioso, podría comprometer la sostenibilidad y la capacidad de respuesta del sistema de salud. Se hace necesario revisar el camino recorrido para proyectar el futuro.

En el ámbito de las comunicaciones, el reto actual consiste en diseñar una estrategia de comunicación y difusión adaptada a los tiempos actuales, a fin de superar las brechas de desinformación existentes en los distintos públicos objetivo.

El trabajo fue grupal, cada equipo analizaba y sistematizaba el tránsito del paciente GES y los hitos clínicos y de registro

*Nancy Dawson Reveco*¹

El año 2004 ingresé al Ministerio de Salud para colaborar en el proyecto de separación de funciones (Ley 19.937) y la implementación de la Ley 19.966 (GES). El 1 de enero de 2005, siendo Ministro de Salud el Dr. Pedro García, asume el primer Subsecretario de Redes Asistenciales, Dr. Osvaldo Salgado, quien creó un equipo a cargo de la implementación del GES que entraba en vigor el 1 de julio de 2005. Me correspondió inicialmente participar del equipo que diseñaba la gestión del cambio para la Reforma y luego, estuve a cargo del Departamento GES, que se creó para la implementación de (los) decretos (s) GES en las redes públicas.

El recuerdo más vivido es la implementación del GES en las redes públicas. Se diseñó el proceso participativo de trabajo conjunto con cada uno de los servicios de salud del país. Se basó en un sistema de flujogramas que reflejaba el tránsito del paciente en la red para cada uno de los 25 problemas de salud del primer decreto. El objetivo era integrar en dicho instrumento los hitos de la gestión clínica y el registro de todos los niveles de la red, desde la sospecha en la Atención Primaria de Salud (APS) a la rehabilitación, si correspondía. Ese flujograma y su adaptación a la realidad de cada red fueron trabajados en talleres con cada uno de los servicios de salud, incorporando a todos los actores relevantes: APS de cada comuna, subdirectores médicos, administrativos, directores de hospitales.

El trabajo fue grupal, cada equipo analizaba y sistematizaba el tránsito del paciente GES y los hitos clínicos y de registro, levantando los puntos críticos y proponiendo planes de mejoras para cada uno de los 25 problemas de salud del primer decreto GES.

Todas las actividades fueron realizadas durante 2005, previo al 1 de julio, para poder organizar los cambios introducidos en la forma de gestionar el GES. Así mismo, se diseñaron guías rápidas de

¹ Especialista en Salud Pública. Actualmente es Jefa División Comercial de FONASA. Fue Jefa del Departamento GES de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (2005-2010). Directora de Atención Primaria en el Servicio de Salud Metropolitano Central y Servicios de Salud Metropolitano Occidente. Directora de Salud Comunal de Isla de Maipo y Pedro Aguirre Cerda. Consultora OPS México.

gestión que resumían los hitos clínicos y de registro. Desde allí, cada año se realizaron talleres de implementación de los nuevos decretos.

En paralelo, como en los primeros años se establecieron decretos anuales, se desarrollaron estudios de brechas para los proyectos de presupuesto en el marco de la implementación de nuevos decretos que incorporasen los cierres de brechas detectados. Además, la parametrización en el sistema de registro y de la colaboración en el Comité GES del Ministerio de Salud, que evaluaba los nuevos decretos y la posibilidad de otorgar garantías.

El aprendizaje que me deja esta reforma es que consideró a todos los actores de todos los servicios de salud del país, de Arica a Magallanes, con sus realidades locales. Además, aspectos de capacitación, involucramiento y compromiso. Esto es, todos los niveles de atención con sus distintos roles, no solo equipos clínicos, también administrativos y de registro. El trabajo de generar el flujograma para cada problema de salud centrado en el tránsito del paciente otorgó una mística en cuanto a derribar las fronteras entre los niveles de atención.

Otro aspecto relevante es que al otorgar garantías explícitas y exigibles necesariamente se debió cambiar la forma de realizar la atención, la que debe necesariamente organizarse centrada en las personas, de tal forma de cumplir con plazos establecidos. Asimismo, reglas claras de la mejor conducta terapéutica señaladas en las guías de práctica clínica y debiendo dar cuenta de la gestión, lo que obliga a registrar las prestaciones a cada persona en el marco del proceso clínico, que reemplazó al registro de REM que es eminentemente estadístico.

Otro acierto ha sido la implementación del copago cero desde el 1 de septiembre de 2022, que eliminó toda barrera de acceso relacionada con el pago. El resultado o principal aporte a la salud del país son los resultados obtenidos en términos sanitarios, lo que se verifica en las tasas de sobrevivencia de los cánceres, por ejemplo.

En cuanto a yerros, mi opinión es que no deben ponerse límites etarios por razones presupuestarias, sino más bien sanitarias, por ejemplo, endoprótesis de cadera en 65 y más años, o el escaso tramo para la colecistectomía preventiva. Lo anterior genera discriminaciones complejas. Un efecto no deseado es el aumento de la necesidad de compra a privados para cumplir con las garantías, que en muchos casos generó migración de especialistas desde lo público al sector privado de salud.

En este sentido, algunas lecciones aprendidas es que la generación de garantías de oportunidad excesivas para cada problema de salud ha producido un retardo en los registros por la alta carga de registros diferidos que se deben hacer —no hay interoperabilidad—; también, errores de digitación que hacen que el sector público no pueda dar cuenta de lo que en realidad realiza.

Un importante reto es poder incorporar los tramos etarios que quedaron postergados, invertir en el sector público de salud para que pueda cumplir con las garantías y actualizar la evidencia, las guías clínicas y las prestaciones garantizadas en los decretos en la medida que avanza el desarrollo de la tecnología.

El principal sentimiento con el que me quedo es el orgullo de haber colaborado en la implementación de una de las principales políticas públicas de salud que se ha consolidado en estos 20 años.

Para en el futuro ¡avanzar en salud universal!

Una reforma que pretende modificar la orientación de una actividad gubernamental requiere un diagnóstico, justificación y diseño anterior al periodo de gobierno

Renato Orellana Muermann¹

Me desempeñé como miembro de la Comisión Interministerial para la Reforma de Salud desde su creación hasta la formulación de la presentación de la ley al Congreso. El énfasis inicial de mi trabajo fue la organización de la participación para la determinación de las prioridades ciudadanas en salud. Se organizaron *focus groups* y asambleas ciudadanas a lo largo del país. Esta actividad fue una innovación en el desarrollo de políticas públicas al involucrar a los sujetos de la política. Profesionales e instituciones de salud intentaron influir en el diseño, para mantener el enfoque vigente a la fecha de la política de salud. Se estimó que sus opiniones estarían adecuadamente representadas en las discusiones del Congreso. Adicionalmente, participé en la fase de diseño de la concepción sobre redes asistenciales, para fortalecer la relación de complementación entre hospitales y la Atención Primaria de Salud.

El proceso de diseño enfrentó tensiones derivadas de la implementación de la Comisión como un ente independiente del Ministerio de Salud al tiempo que dependía de este. Estas tensiones —originadas en la noción de organizar las prioridades de atención desde una perspectiva de salud pública y de ciudadanos con derechos en salud— provocaron discusiones. A medida que avanzó el diseño, creció el esfuerzo comunicacional para presentar la nueva visión y el impacto esperado en la salud de la población y en sus derechos. Fueron sesiones muy intensas.

Una reforma que aspira a modificar la perspectiva bajo la cual se conduce una política pública requiere una profunda preparación, convencimiento y perseverancia del equipo, para enfrentar creativa y fundadamente la adhesión al *statu quo*. Adicionalmente, necesita de un fuerte apoyo político para sortear las inevitables resistencias y crear condiciones de escucha de las nuevas concepciones. El

¹ Ingeniero Civil de la Universidad de Chile. Miembro Comisión para la Reforma de Salud. Creación de la Carrera de Ingeniería Informática, USACH. Segundo piso gobierno de Eduardo Frei. Creación del Departamento de Agenda Digital, Ministerio de Salud. Desarrollo de la primera política digital de salud. Desarrollo de la línea de investigación Gestión Enactiva en USACH. Desarrollo de estándares nacionales para la formación de profesores de Ciencias.

esfuerzo comunicacional y la voluntad de dialogar y escuchar, hasta encontrar puntos en común, fueron centrales en lograr el resultado.

El mayor acierto lo relaciono con la incorporación de una perspectiva de salud pública en un sistema, cuyas decisiones asistenciales se realizaban desde la perspectiva atomizada de los médicos tratantes, de sanar al enfermo sin una perspectiva poblacional.

Por otra parte, más que de yerros, se podría hablar de esperanzas no satisfechas, respecto de las cuales menciono dos áreas: primero, el incremento de recursos para la Atención Primaria de Salud; y segundo, la creación del fondo de compensación de riesgos entre FONASA e ISAPRES. Como resultado de las negociaciones, estos no prosperaron.

Una reforma que pretende modificar la orientación de una actividad gubernamental requiere un diagnóstico, justificación y diseño anterior al periodo de gobierno. Eso se materializa en el desarrollo de un programa riguroso cuyas bases han sido estudiadas en detalle y compartidas con la autoridad. Ese trabajo es el que realizó el Dr. Sandoval, con un equipo que después participó en el trabajo de la Reforma. El programa analizado y discutido con el Presidente Lagos antes del inicio del gobierno es lo que garantizó su apoyo político al proceso. He mencionado anteriormente estas orientaciones. Un desafío creativo permanente al enfrentar un proceso de reforma es superar la creencia de que una reforma consiste en realizar modificaciones a la gestión o incrementos a los recursos para seguir haciendo más de lo mismo, sin cambios en las concepciones que guían la política.

Mi mayor impresión ha sido constatar en foros de profesionales de la salud cómo se ha modificado el lenguaje en las discusiones, integrando plenamente las distinciones que promovió la Reforma. También ha sido notable verificar el agradecimiento de los pacientes atendidos por el régimen GES. Estas personas son el objetivo final de la política.

Los procesos de reforma en salud no deben concebirse como refundacionales

*Rony Lenz Alcayaga*¹

Me tocó desempeñarme como Director de FONASA en la década de los 90 y diseñar los programas que en el futuro irían a formar parte del Régimen de Garantías (Programa de Listas de Espera, Programa de Prestaciones Complejas, Seguro Catastrófico de FONASA y Programa del Adulto Mayor); que entregaban administrativamente al beneficiario de FONASA en tiempos y condiciones conocidos de acceso para un conjunto de problemas priorizados por FONASA. Luego, desarrollar la Carta de Derechos del Paciente de FONASA, que posteriormente inspiraría la Ley de Derechos y Deberes del Paciente y la lógica de derechos del Régimen de Garantías Explícitas. También, crear y desarrollar las canastas del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) que se convertirían en el mecanismo de pago para darle sostenibilidad a la actividad del Régimen GES.

Recuerdo haberle señalado al entonces Ministro Artaza dos temas: que conjuntamente con garantizar los tiempos de espera en el GES —que era la parte positiva de la Reforma— se iban a sincerar e incrementar las listas de espera, en lo que el GES no abordaba (no-GES). Para evitar o atenuar este efecto, la Reforma debía contemplar mecanismos de inversión, formación de recursos humanos y mejoras en la productividad. Lo recuerdo, porque utilicé el gráfico de la curva de transformación o frontera de posibilidades de producción de Samuelson, para explicarle que la Reforma GES nos movería de un punto a otro sobre la curva, como nos enseñan a los economistas. Me dijo que había que avanzar en este primer paso.

Lo segundo, que en la Reforma de Salud había que fortalecer el rol de FONASA como contrapeso al poder del MINSAL, los servicios de salud y las ISAPRES. Sin embargo esta idea, más allá del discurso, nunca fue tomada en serio, ya que el MINSAL —y los sectores de izquierda y derecha— veían una amenaza en la figura de una seguridad social en salud fuerte.

Los procesos de reforma en salud no deben concebirse como refundacionales, sino que deben aprovechar los avances que el sistema de salud ha logrado hasta el momento e impulsarlos hacia un

¹ Ingeniero Comercial, Economista PUC. Master of Arts in Economics, Georgetown University. Exdirector de FONASA. Exconsultor del Banco Mundial. Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la UNAB. Director del MBA con Especialización en Salud. Past-President de ISPOR Chile.

nuevo nivel, a partir de proponerle nuevos desafíos que sean factibles de resolverse en las décadas siguientes.

Por eso, no solo el diseño de la Reforma de Salud es importante, sino también su implementación, pues esta no depende únicamente de la disponibilidad de recursos y de las capacidades del sistema de salud, sino principalmente de la arquitectura política de la Reforma. Esta arquitectura política se refiere a cómo se distribuye el poder entre las diferentes instituciones que lo conforman, de manera de asegurar un balance del poder que facilite la implementación de la Reforma.

El éxito radicó en que: la genialidad del GES fue tomar todos los avances realizados en la década anterior y llevarlos a un nuevo nivel al consagrarlos en la ley, lo cual le dio su viabilidad; y, a pesar de la oposición política de sectores de izquierda, la derecha, el Colegio Médico y las ISAPRES, la capacidad de entender lo sustantivo permitió negociar políticamente la aprobación de la ley, aprovechando el apoyo presidencial.

El principal error, lejos, es que el MINSAL concentró demasiado el poder del GES en desmedro del rol de FONASA y la Superintendencia de Salud. Debería habersele otorgado a estos organismos la independencia necesaria para cumplir con sus funciones, en un esquema de balance de poderes más armonioso. Sin embargo, se apostó por un centralismo enfermizo que se convirtió en el principal escollo para la implementación de la Reforma.

La Reforma del GES debió haber venido con cambios más sustantivos en la organización de los hospitales públicos y servicios de salud: la figura de los hospitales autogestionados en red no estuvo a la altura de los desafíos que el proyecto imponía —y eso lo apreciamos ahora con claridad—. Además, no se relevó de manera suficiente el rol de la Atención Primaria de Salud.

La concentración de poder en el MINSAL llevó a que la implementación de la Reforma obedeciera a la agenda política de las coaliciones gobernantes. Si bien el GES estuvo inspirado y diseñado en el periodo de la Concertación, la implementación estuvo a cargo de coaliciones políticas que no compartían el ideal de colocar a las personas al centro de la organización del sistema de salud (Nueva Mayoría y Alianza), por lo que la ejecución no estuvo a la altura del diseño. Este es un tema que siempre hay que tener en mente en los procesos de reforma de salud: un esquema de separación de funciones con un balance de poder más equilibrado hace que la implementación de una reforma sea más una cuestión de Estado que de gobierno.

Considero que, a pesar de sus limitaciones, la Reforma GES fue un éxito, ya que corrió la frontera de la discusión en salud, mostrando que es posible entregarles derechos exigibles a las personas en su acceso a salud.

A pesar de toda la retórica actual, fue en el periodo de la Concertación donde se hizo un esfuerzo genuino por colocar a las personas en el centro del sistema de salud y reconocer que el Estado está a su servicio: los pacientes tienen derechos explícitos en salud que deben ser garantizados, más allá de los intereses privados, gremiales, políticos y del propio Estado.

Sin duda, la explicitación de derechos sociales exigibles cambió para siempre al sistema sanitario chileno

*Sebastián Pavlovic Jeldres*¹

Tras la llegada del Dr. Osvaldo Artaza al Ministerio de Salud, se conformó un equipo de profesionales en distintas reparticiones de la cartera, para apoyar y coordinarse en el diseño, discusión y posterior implementación de la Reforma a la Salud. Me correspondió integrar, al interior del Departamento de Asesoría Jurídica, el equipo jurídico que sería contraparte de los equipos técnicos y que asumiría en terreno la discusión legislativa en las comisiones del Congreso Nacional, junto con los abogados Andrés Romero Celedón, Tomás Jordán Díaz y Eduardo Álvarez Reyes. Se organizó el trabajo revisando lo avanzado hasta ese momento y recomendando la estrategia legislativa, junto con la redacción de los distintos proyectos de ley. En términos prácticos, la agenda legislativa se dividió entre los abogados y a cada uno correspondió encabezar el avance legislativo tanto de los proyectos del Ejecutivo como de las distintas mociones parlamentarias que iban surgiendo, bajo la supervisión de Andrés Romero como jefe jurídico, y del Ministro como jefe político-técnico.

Entre 2006 y 2010, ya como Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud, me correspondió liderar desde el aspecto jurídico la implementación de la Reforma, incluyendo algunos reglamentos, la publicación del DFL N°1 del MINSAL, los estándares de acreditación, etc. Años después, como Superintendente de Salud, me correspondió aplicar la normativa, interpretarla y ejercer las facultades que habían sido diseñadas durante la Reforma.

Con menos de 30 años de edad, he sido testigo privilegiado de todo el complejo andamiaje institucional que da forma a una política pública, desde los aspectos más técnicos hasta la cruda negociación

¹ Abogado Universidad de Chile, estudió Bioética en la Universidad Católica. Comenzó su carrera profesional en el Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, luego integró el equipo legislativo del Ministerio de Salud, encargado de tramitar la Reforma a la Salud. Entre el 2006 y el 2010 fue Jefe del Departamento Jurídico del MINSAL. Entre 2010 y 2014 integró el equipo del Programa Legislativo de CIEPLAN; entre 2014 y 2018 fue Superintendente de Salud. Actualmente es académico de las Facultades de Medicina de las Universidades Central y Finis Terrae. Integra el Directorio de la Fundación DKMS, ISAPRE BANMÉDICA y HELP Seguros. Ha integrado comisiones de Reforma a la Salud convocadas tanto por el MINSAL como por la Comisión de Salud del Senado.

política; ver tanto las luces como las sombras del proceso de toma de decisiones y tanto los detalles administrativos como los grandes lineamientos políticos que, finalmente, quedan plasmados en cuerpos legales, para bien o para mal, desde el quehacer en los organismos públicos y, a través de estos, la vida cotidiana de millones de personas. Ha sido una de las experiencias profesionales más enriquecedoras de la vida.

Son muchos los aprendizajes personales, profesionales e institucionales que, creo, es posible extraer, y resulta difícil priorizarlos. Solo para efectos didácticos, propongo 10 aprendizajes:

Liderazgo para enfrentar reformas complejas. No es posible pensar una reforma institucional, en particular en salud, sin liderazgos comprometidos y dispuestos a sumir costos.

Heterogeneidad de equipos. Nadie posee individualmente la capacidad de abordar integralmente todos los aspectos involucrados en una reforma institucional.

Claridad de objetivos y pragmatismo. Es fundamental no olvidar en el proceso los principales objetivos y metas trazados, y ser pragmáticos en el proceso de negociación para renunciar a aquello que se puede renunciar, con tal de avanzar al menos en un resultado que permita un subóptimo relativamente cercano a los objetivos iniciales.

Su majestad, la Política, con mayúscula (y con minúscula también). Es imprescindible comprender las variables políticas y los incentivos que tienen los distintos actores que participan del diseño y discusión de una reforma de envergadura; pretender que es solo un asunto técnico, o que lo técnico debe primar, es no acertar cuál es el camino para avanzar.

Importancia de los números. Y sí, la política siempre prima, pero lo técnico, el dato, los expertos y la reducción de la incertidumbre son fundamentales. Para esto es clave traducir en lenguaje político lo que arrojan los datos; y claro, siempre va a haber expertos que estrujan los datos para que les den los resultados que esperan, por eso es clave comprender que no es recomendable que solo haya un técnico experto en quien se confíe a ciegas.

La comunicación no es accesoría. La relación con la prensa, y a través de ella con la opinión pública, es fundamental; es parte integral de un diseño exitoso.

Siempre va a haber críticas y oposición. Y siempre hay que tratar de no pelear con todos al mismo tiempo. Resulta imposible lograr dejar a todos contentos. Hay intereses, incentivos, trincheras ideológicas y otros diseños posibles y perfectamente legítimos. Resulta fundamental tratar de proponer un modelo y una estrategia que redunden en un resultado y asuman con generosidad la posibilidad de mejoras y correcciones.

Gradualidad. La implementación gradual es clave para la legitimidad y para corregir.

Los recursos son limitados, no solo los financieros. Suele pensarse que la principal restricción para reformas ambiciosas es la presupuestaria, o peor aún, que es posible implementar reformas de costo cero. Por muchos recursos disponibles y apoyo político, se deben tener en cuenta los equipos que luego harán realidad lo diseñado, las dificultades culturales, de infraestructura, de comunicación o distancia que serán las que en definitiva condicionen los alcances reales de las reformas.

Los problemas de diseño pueden presentarse desde el principio, o surgir durante la negociación política, o materializarse al momento de implementarse. Es importante dimensionarlos y generar una agenda para resolverlos a tiempo. Es difícil pensar en una reforma que logre su óptimo diseño en algún momento del proceso, no es que entre al Congreso una propuesta impecable y salga un engendro, ni viceversa. Lo mismo se puede predicar en el proceso de implementación. Es recomendable contar con humildad y generosidad de criterios y de objetivos.

Como aporte, sin duda la explicitación de derechos sociales exigibles cambió para siempre el sistema sanitario chileno. Y el esfuerzo por equilibrar el enfoque de derechos con la planificación sanitaria —y tomando en cuenta los recursos disponibles— representó un desafío técnico, político, financiero e institucional notable, y un ejemplo de diseño de política pública.

He tenido la suerte de conocer y compartir con todos los Ministros y Ministras de Salud de los últimos 25 años. Y me siento un privilegiado por las puertas que se me fueron abriendo a partir del momento en que, por primera vez, crucé el umbral del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Haber sido parte del diseño e implementación de políticas públicas de salud en las últimas dos décadas me llena de orgullo, con una mezcla extraña de satisfacción y frustración.

Una reforma ambiciosa y estructural como la acometida durante la administración del Presidente Lagos, sin duda, ha logrado hacer avanzar a nuestro sistema de salud en una serie de aspectos estructurales y de fondo. En este sentido, estaba destinada, creíamos, a cambiar de manera radical el sistema de salud nacional y la percepción de los chilenos y chilenas sobre este. Transcurrido todo este tiempo, con desazón se puede comprobar que mucho del diagnóstico inicial y mucha de la insatisfacción que existía sobre el sistema no solo se mantiene, sino que incluso se ha profundizado. Que todo este esfuerzo institucional y de miles de personas, sumado a los ingentes recursos financieros que hemos decidido como país destinar a esto, no haya cambiado esta situación, genera una desazón importante.

Es satisfactorio conocer personas que han sido beneficiadas por el GES y que, gracias a él, han salvado sus vidas

Tomás Jordán Díaz¹

Fui asesor legislativo en dos proyectos principales de la Reforma de Salud. El que creó el sistema de Garantías Explícitas en Salud y la Superintendencia de Salud. Sobre el GES, me correspondió el estudio de cómo establecer, por primera vez, un sistema legal de garantías explícitas bajo una fórmula de progresividad; la redacción del proyecto, de las indicaciones y su tramitación ante el Congreso Nacional. Mi participación comprendió desde su diseño legal inicial —antes del envío del proyecto al Congreso— hasta su aprobación final. En especial, me correspondió hacer frente a las impugnaciones de inconstitucionalidad del proyecto al establecer lógicas de solidaridad, como también diseñar el mecanismo legal de exigibilidad del GES y la regla de responsabilidad del Estado, en materia sanitaria.

Primeramente, recuerdo que el equipo legislativo tenía, en promedio, menos de 30 años, y era liderado por Andrés Romero y Sebastián Pavlovic. Ello generó sorpresa en el Ministerio de Salud y en las comisiones de salud del Congreso. Luego, recuerdo la necesidad de equilibrar lo jurídico con otras disciplinas, pues en el diseño y tramitación legislativa, el primero debe traducir diseños de políticas públicas sanitarias y económicas, asunto que algunas veces no está exento de dificultades.

Con el tiempo se produjo un trabajo colaborativo de gran intensidad, donde se sumaban los equipos del Ministerio de Salud, la Comisión para la Reforma, el Ministerio de Hacienda, la Superintendencia de ISAPRES y asesores parlamentarios. Recuerdo con especial afecto la generosidad de todos los equipos para que la Reforma se abriera camino en un escenario político complejo, y donde instituir un modelo de garantías explícitas tenía adversarios en ambos lados de la vereda política. Clave fue la convicción del Presidente Lagos, de los Ministros Osvaldo Artaza y Pedro García, y el rol de Hernán Sandoval como Presidente de la Comisión de Reforma.

¹ Abogado y Magíster en Ciencia Política, Universidad de Chile. Magíster de Investigación en Derecho Público, Universidad Autónoma de Barcelona. Asesor legislativo para la Reforma de Salud 2003-2025; asesor y Fiscal del Ministerio del Interior entre 2006 y 2010; asesor de la Presidencia de la República para la reforma política y el proceso constituyente entre 2014 y 2018. Profesor de Derecho Constitucional Universidad Alberto Hurtado. Socio de Álvarez y Jordán Abogados.

El principal aprendizaje que he aplicado a toda la vida profesional es el trabajo con equipos multidisciplinarios, donde los diseños institucionales se examinaban desde diferentes puntos de vista. Incorporar en el análisis dos o tres miradas diferentes permite diseños legales con menos errores, que facilitan un mejor aterrizaje en la realidad.

Por otro lado, el principal acierto es haber podido demostrar que es posible generar políticas públicas de largo aliento en materia sanitaria, con criterio de Estado. Ello, por cuanto la disputa política ideológica sobre cuál será el modelo definitivo de salud en Chile ha marcado la discusión en los últimos 20 años, y en este tiempo también era central.

Desde la perspectiva jurídica, el principal acierto fue haber generado, por primera vez, un diseño legal que permitió la exigibilidad de un derecho social como la salud, por medio de un procedimiento de reclamación que ha servido de ejemplo para otros diseños legales.

La principal lección es poder generar políticas públicas de salud que combinen la exigibilidad del derecho a la salud, la progresividad en su realización con responsabilidad fiscal. Este es, a mi juicio, el principal logro para ir edificando un Estado social de derecho, donde la salud se instituye como derecho, pero reconociendo que requiere realizar los máximos esfuerzos de manera progresiva, teniendo a la vista las posibilidades económicas de países en vías de desarrollo. Ligado a ello, el GES demostró que es posible considerar la salud como un derecho exigible, pero al mismo tiempo conciliable con el otorgamiento de prestaciones por instituciones estatales y privadas, edificando —con dificultades— un modelo de derecho a la protección de la salud que otorga un rol preferente del Estado —normativo y de ejecución—, pero con una provisión mixta. Creo que el GES es un tipo de modelo de derechos sociales que puede generar una fórmula de compromiso en el sistema político.

En lo profesional, la Reforma de Salud llevó a que me dedicara al Derecho Constitucional. Las constantes reclamaciones de inconstitucionalidad en contra del proyecto, por ejemplo, la impugnación de constitucionalidad del fondo de compensación solidario, llevaron a que luego de la Reforma me especializara en derecho en esta área, ramo del cual fui profesor y asesor de la Presidencia de la República, entre 2014 y 2018.

Desde el punto de vista de las políticas públicas, hay sentimientos mayormente positivos. Por un lado, es satisfactorio conocer personas que han sido beneficiadas por el GES y que, gracias a él, han salvado sus vidas. Por otro, me genera sentimientos encontrados que un modelo tipo GES no haya podido instaurarse como referente para el diseño y ejecución de otras políticas de derechos sociales. Creo que en esto último ha faltado visión de Estado.

Cinco lecciones de la Reforma

*Ulises Nancuante Almonacid*¹

Me tocó vivir la Reforma en dos tiempos: el primero como abogado del Ministerio Secretaría General de la Presidencia y el segundo como Fiscal de la Superintendencia de ISAPRES.

Como abogado de la Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES) participé desde fuera, asistiendo a algunas reuniones del equipo liderado por el Dr. Hernán Sandoval y, después, en la revisión del texto que redactó el Ministerio de Salud durante la gestión del entonces ministro Dr. Osvaldo Artaza y en la discusión en la Cámara de Diputados. En tanto que, como Fiscal de la Superintendencia de ISAPRES, mi participación fue más activa, apoyando por un lado la discusión legislativa de la ley AUGE/GES y, en menor medida, la de Autoridad Sanitaria; y, por otra parte, participando en la tramitación de las leyes corta y larga de ISAPRES. En esta segunda etapa, todos los proyectos se encontraban en el Senado y el ministro era el Dr. Pedro García.

Fueron cuatro años intensos, de mucho trabajo, muchas horas de viaje en auto —el Parlamento en Valparaíso no contribuye al descanso—, reuniones, trasnoches escribiendo y reescribiendo artículos y minutas.

Muchas son las lecciones ganadas en la discusión del conjunto de leyes que conforman la Reforma de la Salud. Me gustaría destacar cinco.

Consenso. La primera es que no hay que temerle al acuerdo. Buscar que reformas de esta envergadura sean consensuadas es lo correcto, pues permite o facilita que aquello que se apruebe, pueda mantenerse en el tiempo e implementarse correctamente, sea quien sea la persona que dirija el país o el sector; así, todos —o la gran mayoría— sentirán que esa reforma es «su» reforma también. Pero obtener el consenso —esto no hay que olvidarlo nunca— implica, necesariamente, la voluntad real y de buena fe de lograrlo. Si enfrente se tiene un interlocutor que no quiere transar en nada, pues se obtiene nada. En este sentido, tuvimos la fortuna de contar con una oposición dispuesta a conversar y acordar la gran mayoría de los temas; fundamental fue la participación de la exsenadora Evelyn Matthei y del

¹ Abogado, egresado de la Pontificia Universidad Católica (PUC), con postítulo en Economía y Finanzas. Se ha desempeñado como Fiscal en FONASA y en la Superintendencia de ISAPRES, posteriormente conocida como Superintendencia de Salud. Es autor de los libros *Derecho de la Salud* (2001), *Reforma de la Salud* (2007) y *Régimen Jurídico de la Salud* (2012).

exsenador Alberto Espina. Y también por parte de los legisladores oficialistas, la voluntad de aceptar reformas que, quizá, no eran todo lo que habrían deseado, pero permitían avanzar en la dirección correcta. Recuerdo con especial afecto a los exsenadores Edgardo Boeninger (QEPD), Mariano-Ruiz Esquide (QEPD) y José Antonio Viera-Gallo.

Colaboración. La segunda lección es que, para hacer una reforma de esta naturaleza, el trabajo colectivo es esencial. Creer que una sola persona —o incluso un puñado— haya sido capaz de lograrlo, necesariamente implica ser muy injustos con todas aquellos que participaron, sea liderando políticamente, sea redactando, sea aportando la mirada técnica y de sustento a lo propuesto.

Implementación. La tercera, que la reforma legal en sí misma no soluciona los problemas que pretende abordar solo por el hecho de aprobarse la ley, es decir, no basta tener las leyes vigentes para dar por concluido el esfuerzo; ciertamente, se requiere que la implementación sea muy precisa y que exista una clara dirección política y decidido apoyo técnico para cumplir los fines tenidos en vista al momento de legislar. De lo contrario, una primera implementación errónea puede significar el fracaso de la propuesta en su conjunto, entre otras razones, por la frustración que puede provocar en la comunidad que pretende favorecer y en las autoridades políticas, las que se verán tentadas en buscar responsables y no en corregir los errores. En esto, creo que no se ha reconocido suficientemente el extraordinario e impecable trabajo que hizo el equipo multidisciplinario liderado por la doctora Ghislaine Arcil, a cargo de elaborar el primer decreto GES/AUGE (y los dos que le siguieron).

Equidad fiscalizadora y sancionadora. La cuarta es que, cuando la legislación se aplica sobre actores públicos y privados, no basta la equidad regulatoria —que sin duda existe—, sino que debe existir también equidad fiscalizadora y sancionadora. Tal vez en esta parte la Reforma no fue lo suficientemente audaz para equilibrar las potestades y atribuciones fiscalizadoras para el mundo público con el mundo privado, existiendo diferencias de trato en las sanciones por incumplimientos en que pueden incurrir los prestadores públicos y FONASA, respecto de los prestadores privados y las ISAPRES.

Monitoreo. La quinta, que es necesario un permanente monitoreo de la implementación de la Reforma, de modo de corregir los problemas que se presenten, ajustar los mecanismos que sea necesario e incorporar nuevas soluciones a problemas viejos y nuevos.

Y, lo más importante, esta reforma me dejó en lo personal haber conocido personas muy valiosas —y técnicamente impecables—. Destaco también a Manuel Inostroza, Alberto Muñoz, Consuelo Espinosa, Marcelo Tokman, Fernando Soffia y, especialmente, Andrés Romero, con quien escribimos el libro *La Reforma de la Salud* y donde explicamos el contenido de esta.

La implementación de esta reforma ha sido el mayor esfuerzo en salud luego de la recuperación de la democracia

*Gisela Alarcón Rojas*¹

Durante la etapa previa a la aprobación de la Reforma, en mi rol como Directora del Complejo asistencial Barros Luco, fui testigo de la férrea oposición de los funcionarios de la salud, especialmente del Colegio Médico de Chile. Existía en ese momento una percepción de amenaza por parte de los médicos especialistas, pues este proyecto impactaba fuertemente en la práctica clínica, definiendo tiempos para primeras atenciones y controles, guías clínicas con tratamientos efectivos para resolver un problema de salud, todo lo cual llegaba a protocolizar con fuerza la práctica médica, limitando la autonomía y disminuyendo la variabilidad clínica.

El piloto AUGE llevó a la práctica el nuevo sistema en tres patologías que, a juicio de las autoridades, presentaban las menores brechas y estas fueron las malformaciones cardíacas congénitas operables en niños y niñas, tumores malignos en niños y niñas y la insuficiencia renal crónica en adultos y niños y niñas. Si bien los hospitales de adultos nos hacíamos cargo de solo un problema de salud, en este pilotaje, la insuficiencia renal crónica era y es un problema prevalente y nos llevó a las autoridades de los establecimientos a intencionar un trabajo más colaborativo e interdisciplinario, con foco en los/as especialistas médicos, pues su práctica clínica habitual sufriría algunas variaciones en términos de número de primeras atenciones, controles, tratamientos utilizados y su seguimiento. Se requirió además implementar nuevas modalidades de gestión y su control, se requirió capacitar a funcionarios/as para el nuevo sistema de información y —lo más relevante— modificar usos y costumbres. En definitiva, gestionar el cambio, difundiendo el sentido y propósito de este.

Diez años más tarde y desde la mirada de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (2015-2018), en forma gradual se habían incorporado otros problemas de salud. El seguimiento de garantías

¹ Médica Cirujana, dos hijas, formada en Medicina Interna, Hematología y Gerencia y Políticas Públicas. Fue Directora del Complejo Asistencial Barros Luco y Subsecretaria de Redes Asistenciales. Experiencia en gestión académica en Universidad de Chile y Universidad Santo Tomás. Consultora internacional de OPS durante la pandemia por COVID-19 y Asesora Regional de Sistemas y Servicios de Salud de OPS con sede en Washington DC (2022-2023). Decana Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile.

explícitas (GES) se encontraba en funcionamiento, se cumplían los tiempos de garantías por sobre el 99% y los retrasos eran monitoreado desde el MINSAL y FONASA. Estos debían ser gestionados muy rápidamente y justificados ante el Congreso y la opinión pública. Se beneficiaba a 10 millones de personas, se había abordado el 60% de la carga de enfermedad de la población y resuelto 25 millones de problemas de salud. Se lograron mejores coberturas financieras para las personas con mayor vulnerabilidad económica, para problemas de salud altamente prevalentes; con la introducción de la colecistectomía preventiva, se logró reducir la incidencia de cáncer de vesícula y también se amplió el acceso a terapias garantizadas para VIH/SIDA. Se unificaron protocolos de tratamiento garantizando el seguimiento de pacientes, todo lo cual significó un reconocimiento de las personas como sujetos de derecho en materia de salud.

Desde los aprendizajes, siempre es posible pensar en facilitar mayor participación de actores relevantes —en este caso, gremios y funcionarios de la salud pública y privada— en el diseño de un proceso de reforma. Esta se comenzó a elaborar desde «fuera del Ministerio de Salud» y, si bien esa fórmula logra desarrollar innovación sin encontrar resistencias culturales a los cambios, también encuentra mayor oposición al momento de aprobar e implementar cambios. El balance entre ambos métodos —gestión participativa de los incumbentes con resistencia desde el inicio debido a temas culturales, usos y costumbres, versus cambios instalados desde fuera con resistencia en las fases finales— es difícil de equilibrar y en esta oportunidad se optó por la segunda opción.

También es complejo determinar en qué momento un sistema se encuentra «preparado» para un cambio, en este caso, la red asistencial. Es posible que un cambio tan radical y revolucionario como el que implicó el AUGGE/GES, nunca se habría podido implementar si se esperaba a tener a la red totalmente preparada, tanto en recursos humanos, como en tecnologías suficientes para la puesta en marcha. Particularmente, en el tema de recursos humanos, pues si bien se incrementaron cargos, también debemos reconocer que la necesidad y urgencia por el cumplimiento de los tiempos garantizados incentivó a la red de salud a dotarse de distintos mecanismos para la contratación de equipos de salud, en distintas modalidades y con diferentes incentivos.

Como principales aciertos, aportes y yerros de la Reforma, cabe mencionar que garantizar acceso, oportunidad y calidad —a través del sistema de acreditación, calidad y seguridad en salud—, así como la protección financiera, han sido los principales y grandes aciertos, pues pusieron al centro los derechos de las personas. Se construyó un sistema más equitativo en términos de acceso y resultados en salud, las personas contaron con mayores certezas, contrastando con las incertidumbres previas sobre atención y pago en problemas de salud priorizados, especialmente aquellos del área de oncología en el caso de niños y adultos. También, a la base del AUGGE y su diseño, se encuentra el concepto de universalización, favoreciendo a los y las usuarias, tanto del sistema público, como del sistema privado de salud.

Un punto importante de considerar en este análisis es cómo el AUGGE/GES favoreció la tendencia a la medicalización de la atención, especialmente intrahospitalaria, y el escaso foco que finalmente existió en la promoción y prevención de la salud en la Atención Primaria de Salud, pues a través de los años el componente de salud pública del AUGGE fue perdiendo relevancia frente al incremento de problemas

y tratamientos médicos individuales. Hoy se requiere una mirada más amplia apuntando hacia la salud colectiva, hacia la promoción y prevención, hacia la comunidad y los territorios. Todo ello como lección aprendida de la reciente pandemia por COVID-19.

Imposible no referirse a los largos tiempos de espera de problemas no GES, que responden a causas multifactoriales y sistémicas, más allá de la sola implementación. Los problemas que no han logrado ser priorizados en el GES, también requieren de establecer tiempos de espera dignos y aceptables desde lo sanitario y social.

La implementación de esta reforma ha sido el mayor esfuerzo en salud luego de la recuperación de la democracia, impulsando la equidad en el acceso y resultados en salud para las personas, avanzando en la salud como derecho. Cuando las personas y sus derechos se ponen por delante, los acuerdos finalmente se logran y una reforma de esta naturaleza, innovadora y audaz, se aprueba. Con algunas renuncias, debemos reconocerlo, pero se aprueba. En esta aprobación fue fundamental la voluntad política, desde el propio Presidente de la República, Sr. Ricardo Lagos Escobar.

Como ciudadana de este país, me quedo con el orgullo de haber formado parte de equipos que fueron capaces de implementar un modelo exigente, con cumplimiento de garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, que ha beneficiado a muchas personas y sus familias. Me quedo con la percepción de vivir en un país con tradición sanitaria que fue capaz de alinear a los 29 servicios de salud pública y al sistema de salud privado, así como a todas las instituciones del Estado que correspondía, para dar cumplimiento a esta reforma, poniendo al centro a las personas y sus derechos, lo que ha ubicado a Chile como uno de los países a la vanguardia en salud a nivel internacional, especialmente en la región de Latinoamérica y el Caribe.

Sin lugar a dudas, el AUGE marcó un antes y un después en la salud de los y las habitantes de este país. En materia de derechos humanos, reconociendo que son universales, indivisibles e interdependientes, estos se orientan hacia la construcción de una sociedad integrada, equitativa, solidaria y justa, reconociendo a todas las personas como sujetos de derecho, sin discriminación alguna. Este enfoque considera que el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que son titulares de derechos que obligan a los Estados a su protección, avanzando así hacia la universalización de la salud, de manera de obtener equidad no solo en acceso, sino también en resultados en salud, a través de servicios de salud disponibles y accesibles, respetuosos, con calidad, aceptabilidad e integralidad, que aborden los determinantes sociales de la salud. Con este noble propósito, el AUGE/GES pasa de la declaración a la acción y marca un hito en la historia de la salud en Chile.

La principal contribución de la Reforma fue situar a los usuarios de los servicios de salud al centro y como sujetos de derecho en salud

Óscar Arteaga Herrera¹

Me relacioné con la Reforma desde mi rol de académico de la Escuela de Salud Pública, participando en las discusiones sobre sus contenidos, diseño y evaluación.

Al inicio de la década de 2000, no obstante el sostenido crecimiento económico y el fortalecimiento de las instituciones democráticas después de terminada la dictadura en Chile, se mantenían inequidades en el acceso a servicios de salud, especialmente en poblaciones de áreas rurales y urbano-marginales. De hecho, durante los años 90, el sistema de salud chileno era criticado a nivel internacional por su falta de equidad, expresado en que, brindando cobertura a solo un cuarto de la población, las ISAPRE concentraban un 43,4 por ciento del gasto total en salud en 1991. Este mercado, en particular, era criticado por la existencia de monopolios, heterogeneidad del producto y dificultades de entrada al mercado y, respecto del asegurador público, se indicaba que las personas que no eran afiliadas de FONASA obtenían beneficios netos de esta institución en una expresión de drenaje de subsidios gubernamentales.

En este contexto de percepción de injusticia e inequidad en la atención sanitaria, el gobierno elegido para el periodo 2000-2006 prometió una reforma del sistema de salud con el propósito de mejorar la solidaridad y la equidad, liderada por el propio Presidente de la República y a través de una Comisión de Reforma *ad hoc*, instalada desde el inicio del mandato presidencial. La Reforma tuvo dos ejes fundamentales: 1) establecer un Plan de acceso universal con garantías explícitas (Ley 19.966 de Régimen General de Garantías en Salud) y, 2) fortalecer la autoridad sanitaria a nivel nacional y regional, a la vez que generar condiciones administrativas para una gestión más flexible a nivel hospitalario, en el contexto de una separación de funciones entre entidades reguladoras y prestadoras de servicios de salud (Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Hospitales Autogestionados en Red).

¹ Médico Cirujano y Magíster en Administración en Salud de la Universidad de Chile. MSc in Health Services Management y Doctor in Public Health de la Universidad de Londres. Académico y Exdirector de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Actualmente, Director Académico del Programa de Magíster Administración de Salud de la Facultad de Economía y Negocios y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Investigador Principal de grupo de investigación en políticas de salud del Centro para la Prevención y Control del Cáncer, CECAN.

Al mirar en retrospectiva los 20 años de la Reforma de Salud, se reafirma la valoración que hicimos en su etapa de discusión respecto del esfuerzo realizado por el equipo técnico del Ministerio de Salud. En efecto, reconocíamos que una reforma que se planteaba definir un plan que pudiera garantizarse de manera explícita a la población, representaba un avance trascendente en el fortalecimiento del enfoque de derecho de las personas en salud. Esto nos pareció la contribución más sustantiva, pues el aumento del poder ciudadano, fortaleciendo el control social sobre las instituciones de salud, tiende a atenuar las asimetrías entre usuarios de servicios de salud y prestadores individuales e institucionales de atención.

En relación con el primer eje de la Reforma, es decir GES, al momento de la discusión sobre los proyectos de ley, desde una perspectiva de seguridad social, nos parecía relevante que las garantías de oportunidad de acceso, calidad y protección financiera establecidas en GES fueran obligatorias para los sistemas de salud público y privado. Valorábamos este elemento como un incipiente cambio respecto de la lógica de seguros privados individuales con que las ISAPRES habían operado desde su creación en 1981, es decir, perspectiva de corto plazo y discriminación de acuerdo con los riesgos individuales de los afiliados. Sin embargo, la iniciativa de creación de un fondo de compensación de riesgos entre FONASA y las ISAPRES, originalmente contemplada en la propuesta con el propósito de disminuir la segmentación entre los seguros de salud, fue resistido por las ISAPRES y, a través de los parlamentarios de la oposición de la época, bloquearon la iniciativa, perdiéndose así una oportunidad de recuperar la naturaleza original de un seguro de salud como solución colectiva y solidaria a los problemas de salud de la población. Esto ha significado que, como sociedad, hasta la actualidad, hayamos arrastrado un sistema de aseguramiento en salud que constituye una anomalía en el contexto internacional. Además, el desbalance entre los ingresos por las primas GES y la escasa demanda por prestaciones de dicho régimen entre beneficiarios de ISAPRES, desde la implementación del régimen GES hasta los fallos adversos a las ISAPRES en los tribunales de 2017, significaron incrementos de utilidades de las aseguradoras.

El diseño del régimen GES, desde un inicio nos pareció compleja. La organización de la atención de salud, con pocas excepciones, descansa en la movilización de recursos que son polivalentes y, por lo mismo, se emplean en la respuesta a múltiples problemas de salud. Indicábamos que, para el ciudadano común, no resultaba fácil entender por qué algunas enfermedades daban derecho a la atención y otras no. Considerando el riesgo que la enfermedad de las personas se transformara en un criterio de exclusión, incluso para quienes tenían un mismo tipo de enfermedad (ej. cáncer), planteábamos que era previsible que la tolerancia a las exclusiones derivadas de un diseño de mínimos garantizables en el tiempo no fuese alta. La magnitud de las actuales cifras de pacientes y los tiempos que esperan por atención de médico especialista o por una cirugía electiva, con la consecuente relevancia política y social del tema, ha venido a confirmar estos temores.

Respecto del segundo eje, es decir la Ley sobre Autoridad Sanitaria y Hospitales Autogestionados en Red, valorando el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria derivado de la separación de funciones asistenciales y de salud pública (creación de Superintendencia de Salud, transferencia de funciones desde las Direcciones de Servicios de Salud territoriales a las Secretarías Regionales Ministeriales,

SEREMI), al momento de la discusión de los proyectos, expresábamos preocupaciones por la creación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, por el riesgo de favorecer una mayor intervención política del nivel central en la gestión local, disminuyendo atribuciones de los niveles locales.

Durante la exploración del proceso de implementación pudimos constatar que, después de la Reforma, las SEREMI empezaban a perfilarse como actores con mayor poder, lo que les permitía mejorar la interlocución con otros actores relevantes de la región, incrementando el potencial de inserción de las políticas de salud en un contexto más amplio de políticas de desarrollo regional. Esta misma exploración reportaba percepciones en directivos y profesionales de las SEREMI respecto de falta de acompañamiento a estas, por parte del nivel central del Ministerio de Salud, e incluso falta de conducción e improvisación. Otros análisis sobre los cambios institucionales derivados de la Reforma, respecto de la separación de funciones entre los ámbitos asistencial y de salud pública, fueron más drásticos, indicando que esto habría sido un divorcio o fragmentación adicional en el sistema, más que una especialización de funciones. Las dificultades de coordinación operativa que emergieron entre la SEREMI y el nivel asistencial, particularmente con Atención Primaria, durante la pandemia de COVID-19 fortalecen esta visión.

La experiencia de la Reforma de Salud de 2004 en Chile ratificó lo que ya en esos momentos se conocía en la experiencia internacional de procesos de reforma y que, después de la experiencia del Transantiago, se hizo evidente para toda la población, es decir, que es en la implementación donde se determina el éxito o fracaso de las propuestas de reforma, entre otros factores, porque se asigna mucha más importancia al diseño y al contenido de este, que a los procesos de implementación.

Los procesos de reforma de salud son de suyo complejos, pues los actores relevantes son diversos y los grados de poder e influencia que algunos tienen son altos.

En el balance, sin dudas que la Reforma de 2004 significó un avance muy importante. Un factor fundamental para llevarla a cabo fue la voluntad política del gobierno de la época, que la estableció como una política de alta prioridad.

La principal contribución de la Reforma fue situar a los usuarios de los servicios de salud al centro y como sujetos de derecho en salud. Esto significó un cambio sustantivo en políticas públicas, variando el eje de estas desde la concepción subsidiaria del Estado a un enfoque de derechos, que luego avanzó hacia otros desarrollos de políticas públicas como la Ley 20.379, promulgada el 1 de septiembre de 2009 y publicada el 12 del mismo mes, que crea el Sistema Intersectorial Chile Crece Contigo.

Después de 20 años de la Reforma, se mantienen algunos desafíos y han emergido otros que hoy se visualizan con mayor claridad. Seguimos teniendo un sistema dual en el aseguramiento y en la prestación de salud, tema que debería ser abordado en un nuevo esfuerzo de reforma sectorial que el país requiere.

Como antes se señaló, el diseño de GES es complejo y, por lo mismo, un desafío es su simplificación. La eliminación de los límites de edad y el establecimiento de plazos claros para el cumplimiento de la garantía de oportunidad desde el momento de la sospecha y no de la confirmación, pueden ayudar a cumplir con este propósito. Esto también puede hacer converger en un mismo enfoque de priorización

a GES, la Ley N° 20.850 (Ley Ricarte Soto, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo), y la gestión de listas de espera No GES. Un seguro nacional de salud puede facilitar esta convergencia, así como favorecer la integración público-privada de prestadores de atención de salud.

Respecto de los prestadores públicos, se ha ido construyendo un consenso respecto de la necesidad de proteger el sistema de salud de los cambios asociados al ciclo político de los gobiernos, para lo cual se ha propuesto sacar la conducción del sistema público prestador desde el MINSAL, creando una Dirección Nacional de Salud, como organismo técnico e independiente.

En el mismo sentido, con el propósito de que la Superintendencia de Salud, desde el rol regulador que le corresponde, pueda ejercer de modo más efectivo la labor de protección de los usuarios, se ha planteado fortalecer a esta institución, avanzando en su estructura de gobernanza desde su actual nivel de dirección superior unipersonal a una entidad colegiada.

Los cambios que el sistema de salud del país requiere son profundos y complejos. Por lo mismo, el enfoque de gradualidad con que se fue implementando la Reforma de 2004 es un aprendizaje que debiera tenerse en consideración para futuros cambios al sistema de salud.

El debate de la Reforma de Salud dejó pendiente el tema de la solidaridad. Ha sido una debilidad no avanzar hacia un fondo solidario público

Hernán Monasterio Irazoque¹

Como Jefe de Gabinete de la Ministra Michelle Bachelet, cumplí diversas tareas de coordinación con el equipo de reforma y los equipos ministeriales. Me correspondió organizar el trabajo de las mesas participativas con directivos, representantes de ISAPRES y prestadores privados, funcionarios y miembros de la comunidad, para recoger opiniones y propuestas. Como Director de FONASA en el periodo 2006-2010, me correspondió la implementación, el desarrollo de sistemas informáticos y la planificación que dieran sustento al cumplimiento de las garantías financieras.

Ninguna reforma es ajena al momento histórico en que se produce. La nuestra es producto de la negociación entre múltiples actores políticos y sociales, prestadores y aseguradores privados, directivos y funcionarios de la salud pública.

Desde esta consideración, uno de los problemas políticos principales fue el temor de que el proyecto de rediseño de la institucionalidad del sector se convirtiera en una verdadera fusión de la actividad privada y pública para el cumplimiento de un plan de salud básico, que sería administrado tanto por FONASA como por ISAPRES, y ejecutado a través de cualquier prestador, estableciendo así un mercado abierto y competitivo de aseguradores y prestadores.

Esta postura estaba en contradicción con la concepción de Sistema Nacional de Salud, vigente en el modelo chileno durante varias décadas, que considera un activo rol del Estado y planifica su accionar, con la formulación de políticas de salud sobre la base de prioridades sanitarias.

El arduo debate parlamentario logró que finalmente se considerara a las garantías como parte del Régimen General de Prestaciones, que incluye la atención de los problemas de salud que no están

¹ Médico de la Universidad de Chile y del Instituto Karolinska de Estocolmo. Magister Bioética de la Universidad de Chile. Psiquiatra en hospitales públicos y ONG. Asesor ministerial, Jefe de Gabinete de la Subsecretaría y del Ministerio de Salud, y jefe de la Unidad de Bioética. Director del Fondo Nacional de Salud (FONASA) durante el periodo 2006-2010.

incorporados a GES y permite que todas las prestaciones del sistema público se organicen como una gradiente de garantías, de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias del país.

Cuando las necesidades son mayores que los recursos, la priorización es una decisión ética de la mayor importancia, que debe tomar en consideración y poner en equilibrio tanto las expectativas de los individuos como el bien común de la sociedad. En este sentido, todo proceso, en este ámbito, debe plantear objetivos claros y evaluables, como aumentar la esperanza de vida y reducir los años de vida perdidos por discapacidad o muerte prematura.

La extensión de la Protección Social en Salud se constituye así en la gran tarea que debe seguirnos convocando, entendida como la elaboración de un conjunto de políticas y programas que tienen como objetivo prevenir o proteger a las personas de la vulnerabilidad, la pobreza y la exclusión.

Se ha avanzado en garantías exigibles y los usuarios son ahora portadores de derechos y no solo beneficiarios pasivos de una asistencia sanitaria que, históricamente, se ha otorgado según las condiciones y capacidades que tenga un establecimiento, como sigue ocurriendo con aquellos problemas de salud que no están incorporados al GES. Pero, por otra parte, persiste un desfinanciamiento estructural del sistema público de salud, lo que hace imperativo aumentar el financiamiento del gasto público por encima del 6% del PIB, para avanzar en el acceso, cobertura y mayor protección financiera, que implique una reducción del gasto de bolsillo en salud por parte de los hogares.

Un problema central es que el marco presupuestario anual es inferior al gasto real del sector, en especial, el gasto operacional del SNSS, el pago de licencias y las bonificaciones de salud de la modalidad de libre elección de FONASA. No hay ninguna razón para perseverar en este modelo de asignación. Estas limitaciones han impedido, en la práctica, que las garantías se cumplan cabalmente y que las garantías explícitas puedan ampliarse a nuevos problemas de salud.

Una nueva generación de reformas debe construirse con una mayor participación de la comunidad, con el concurso activo y comprometido de los funcionarios y profesionales que se desempeñan en la asistencia sanitaria. El país debe resolver en favor de las mayorías, las contradicciones de intereses económicos y políticos que subyacen en el debate.

El debate de la Reforma de Salud dejó pendiente el tema de la solidaridad. Ha sido una debilidad no avanzar hacia un fondo solidario público. En el sector privado, el afán de lucro debe limitarse al máximo. El rol de las ISAPRES sigue siendo cuestionado. La nueva legislación, que buscó salvar la situación generada por cobros excesivos, difícilmente pondrá fin a las alzas unilaterales e indiscriminadas. Es necesario también fortalecer mecanismos de control y fiscalización de prestadores en el sector público, mejorar la disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos, y seguir fortaleciendo la red asistencial. Se debe ir hacia una mejor gobernanza de gestión del sector salud y así consolidar al sistema público, para ofrecer servicios de calidad.

Hay un largo camino por recorrer y muchos acuerdos por construir. La solidaridad perfecciona la equidad, en especial cuando quienes están afectados en ella son los más pobres. Las garantías explícitas deben ampliarse progresivamente.

Es importante impulsar una nueva agenda para las reformas sectoriales de salud que se plantee fortalecer equidad en esta área, construir modalidades de financiamiento solidario y desarrollar modelos de atención basados en promoción y prevención, aplicando la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Las ISAPRES no podrán asumir cambios sustantivos sin una legislación que los obligue a terminar con las barreras de entrada y con la discriminación por tablas, y a generar un plan único con pertinencia sanitaria. Esto debe llevarlas a reconvertirse en seguros complementarios.

Debe crearse un fondo único de salud para agrupar solidariamente los recursos, ya sea como impuestos generales o contribuciones salariales, para que la población reciba atención médica según sus necesidades y no por sus capacidades económicas. Debe contar con una institucionalidad autónoma en la que estén representados los diversos estamentos de la sociedad y el sistema sanitario.

El fortalecimiento del sector público de salud requiere de financiamiento adecuado, inversiones para una infraestructura moderna y bien mantenida, con funcionarios capacitados y motivados.

Es una buena política pública que debe ser evaluada y analizar el impacto que ha tenido en la población

*Luis Castillo Fuenzalida*¹

Comienzo por consignar que no tuve relación con la creación de patologías AUGE, sí con la implementación de muchas de ellas. No obstante lo anterior, participé en la creación de la patología hipoacusia neonatal en menores de 2 años, en ese momento, y actualmente en menores de 4 años.

Inicialmente, esta patología no era la seleccionada para entrar en la creación del nuevo decreto en junio del año 2013, sin embargo, luego del análisis pertinente con las autoridades del Ministerio de Hacienda y la Dirección de Presupuesto, se decidió bajar otra enfermedad AUGE por su elevado costo y su relativa baja rentabilidad social, y que había sido presentada en reunión bilateral con el Sr. Presidente de la República. Nuestro plan fue aprobado entero, menos una patología AUGE.

Mientras salíamos del Palacio de La Moneda con el Sr. Ministro, en plena escalera comento que teníamos lista la hipoacusia neonatal, con sus respectivos estudios de factibilidad económica y clínica, los que habíamos completado con los referentes técnicos y economistas. En este análisis, si bien el gasto también era elevado, la rentabilidad social era muy buena por la alta inserción social que se conseguía al rehabilitar a niños y niñas con hipoacusia. Estimamos que entre 250 y 500 niños menores de 2 años podrían acceder anualmente al tratamiento de la hipoacusia moderada, considerada entre las 11 nuevas enfermedades que ingresarían al Plan AUGE. Esta nueva cobertura estaba destinada a los niños que sufrían de hipoacusia moderada, severa o profunda, y les permitiría acceder a las garantías del sistema, pudiendo obtener audífonos, implante coclear y rehabilitación. La cobertura AUGE en menores de 2 años incluía uno o dos audífonos (prótesis auditiva), los que deben ser configurados y calibrados según las necesidades del niño, hasta el implante coclear, que hoy es una alternativa audiológica recomendable para todos aquellos casos en que los audífonos no brindan estimulación auditiva completa para los sonidos del habla. Ese trata de un dispositivo electrónico que sustituye la función

¹ Médico Cirujano. Dos veces Subsecretario de Redes Asistenciales en los gobiernos del Presidente Sebastián Piñera (2010-2014; 2018-2019). Profesor titular de Medicina Intensiva en la Pontificia Universidad Católica y en la Universidad Autónoma de Chile. Actual Decano de la Facultad de Salud de la Universidad Autónoma de Chile. Exdirector del Hospital de la Pontificia Universidad Católica. Exdirector de la Red de Salud de la Pontificia Universidad Católica. Excoordinador de Camas Críticas públicas y privadas durante la pandemia de COVID-19.

del oído interno dañado. Al contrario de las prótesis auditivas, que amplifican el sonido, los implantes cocleares realizan el trabajo de las partes dañadas del oído interno (cóclea), enviando señales sonoras al cerebro. Es de altísimo costo y está fuera del alcance de muchas familias.

Volvimos a una reunión bilateral con el Presidente Piñera y se aprobó esta enfermedad exactamente en 10 minutos. Sentimos una alegría inmensa, pues significaba detectar entre 300 a 400 neonatos con hipoacusia a nivel nacional e incorporarlo a rehabilitación completa y con plena inserción social. Esto puso en evidencia la efectividad de las intervenciones tempranas para prevenir discapacidades a largo plazo y promover una mejor calidad de vida.

Creo que la Reforma AUGE fue una buena reforma. Es un instrumento muy valioso para lograr equidad en salud. Sin embargo, en mi opinión pudo haber producido un impacto negativo en todas aquellas enfermedades No AUGE, generando retrasos y aumentos de listas y tiempos de espera, ya que a estas no se le dio la suficiente importancia en su resolución, pues no contaban con una obligación legal detrás. Este es un posible efecto negativo del proyecto, al poder haber contribuido a inequidades para con otras enfermedades, a veces más dolorosas que las propias AUGE. Este aspecto debe ser solucionado.

Se trata de una buena política pública que debe ser evaluada y analizar el impacto que ha tenido en la población —tasa de mortalidad, años de vida salvados, etc.—, para, posteriormente, perfeccionarla.

Se deberían estudiar formas avanzadas de participación de la comunidad en las decisiones en salud y, por lo mismo, discutir la gobernanza de espacios de decisión que juegan roles relevantes

*Oswaldo Salgado Zepeda*¹

Participé en los grupos de discusión de la Reforma, en 2000 o 2001. Discutimos con muchas personas respecto a las orientaciones que debía tener ese proceso, al plan de salud, separación de funciones, modelo de atención. Se enfrentaron dos visiones: una con influencia neoliberal y la otra con una postura política e ideológica de izquierda, muy alejada de los planteamientos neoliberales.

Respecto del plan de salud, la discusión central estaba entre los que proponían un plan básico y los que estábamos por un plan universal. La discusión finalmente se zanjó en un plan acotado pero amplio, creciente y garantizado por ley. En relación con los hospitales, unos pretendían autonomía, con amplias atribuciones en todo ámbito, y quienes querían mantener hospitales dependientes de los Servicios de Salud. Se llegó a los «establecimientos autogestionados en red».

En la separación de funciones, la discusión fue para mí menos polarizada, ya que no parecía razonable que los servicios de salud fueran jueces y partes en la prestación y la fiscalización. La discusión del modelo de atención basada en redes asistenciales no generó grandes controversias, ya que era la orientación que se venía instalando desde hacía años.

Como Director de Servicio, me correspondió implementar desde 2002 el piloto del AUGE, como se llamaba entonces. Más tarde, me correspondió «evangelizar» respecto a las bondades de los elementos centrales de la Reforma.

En 2005, el 1° de enero, comenzaron a regir las leyes de la Reforma, y tuve el privilegio de ser el primer Subsecretario de Redes Asistenciales, figura que consagraba a nivel ministerial la separación de funciones. Llegué al Ministerio el 2 de enero y me encontré con que no había ni oficina, ni secretaria, ni nada para esta nueva autoridad. Me correspondió organizar esa Subsecretaría, desde los espacios

¹ Padre de 3 hijos, abuelo de 5 nietos, esposo. Médico Cirujano, Otorrinolaringólogo. Directivo de hospital. Director Servicio de Salud. Jefe de Cooperación y Relaciones Internacionales. Consultor internacional. Subsecretario de Salud. Docente.

físicos, formar un gabinete, agrupar a las divisiones que pertenecían, ahora, a esta nueva estructura, y comenzar a generar una identidad. No es fácil cambiar la cultura.

El 1° de julio de ese año comenzaron a regir las garantías explícitas y tuve el desafío, ahora, de la implementación legal en todo el país. Ese día fue emotivo. Nos juntamos todas las autoridades, con la conciencia clara de que éramos actores y testigos de un cambio trascendente en la salud del país.

Una vez que en marzo de 2006 se produce el cambio de gobierno, dejo la posición de Subsecretario y asumo como Jefe de Cooperación y Relaciones Internacionales. En este cargo, tuve la oportunidad de difundir la Reforma en Salud en toda América Latina y en lugares tan alejados como Mozambique.

En mi experiencia como consultor de la OPS, nuevamente fui un difusor de la Reforma, ya con algunos años de implementación, confrontando en muchas partes a detractores que criticaban al GES como una política neoliberal.

De nuevo en Chile, en 2014, siendo nuevamente Director de Servicio, me correspondió cumplir la función que la Reforma le asignó a esta autoridad local, fui «gestor de red» y me tuve que adecuar a la figura de los directores de hospitales autogestionados. Toda una experiencia.

Años después, cuando volví a la atención de pacientes en mi especialidad, tuve la posibilidad de palpar cómo funciona el GES en los aspectos concretos, sus bondades, sus complejidades, la valoración que hace la población de esta política, tanto en el sector público como el privado. Es una buena demostración de la percepción de un derecho, que es una de las bases que motivó esta Reforma.

Por último, desde 2023 y nuevamente como Subsecretario de Redes Asistenciales, me encuentro desde el nivel ministerial con una política completamente asentada, con sus efectos, dificultades y falencias.

En todo este relato, puedo dar testimonio de un proceso desde sus inicios, su implementación en todos los niveles, la mirada externa, la experiencia con los pacientes. Ha sido un verdadero privilegio.

Hemos tenido aprendizajes importantes. Desde la perspectiva política, hubo la claridad de asumir un diagnóstico de la situación de salud en el país, lo que se manifestó en la voluntad política de llevar adelante una reforma profunda. Hubo también la voluntad de realizar un trabajo participativo, en el que distintos grupos de la sociedad pudieron manifestar su opinión. El proceso de elaboración de la propuesta, como lo mencioné antes, estuvo marcado por la contraposición de dos miradas que, en algunos aspectos, eran muy distantes, pero se logró llegar a acuerdos. Como todo acuerdo, en el que las partes ceden algo, muchos todavía consideran que hubo cesiones importantes frente al otro.

La implementación de las garantías explícitas ha generado expectativas en diferentes grupos, que han presionado para la incorporación de problemas de salud que no siempre obedecen a los criterios originales de priorización, que afectan a un número reducido de la población, pero que logran generar presión en los medios de comunicación y en algunos actores políticos. Afortunadamente, la mayoría de las veces, la incorporación de nuevos problemas de salud se ha correlacionado con criterios de priorización.

Ha sido un proceso complejo que tomó bastante tiempo para que los actores asumieran sus roles. Hoy se puede afirmar que el sistema funciona en su mayor despliegue y no es dable esperar otros

cambios. Lo que fue la Reforma ya dio sus frutos. Un aprendizaje con relación a esto es que los procesos de reformas profundas requieren bastante tiempo para mostrar sus resultados, los que no son siempre los esperados, habitualmente por insuficiencias en el diseño o los alcances. Una reforma de esta magnitud, que no incluyera cambios con respecto a las personas que trabajan en salud, las relaciones laborales, los incentivos, etc., estaba condenada a no resolver importantes problemas del sector.

Otro aprendizaje que considerar es la posibilidad de llegar a acuerdos cuando todos los sectores tienen la conciencia de la necesidad de cambios profundos y, al mismo tiempo, se tiene la generosidad de limitar las expectativas y legítimos intereses.

Si consideramos los aciertos, uno es haber logrado la separación de funciones. Tenemos una Superintendencia de Salud bien asentada, los directores de los Servicios de Salud enfocados en la prestación de servicios en red, las SEREMIS con su trabajo de supervisión y control de aspectos importantes de salud pública y su impacto en las personas, los directores de hospitales autogestionados en red (EAR) celosos de sus facultades. En fin, la separación de funciones se instaló.

Sin embargo, este mismo acierto ha generado problemas: a nivel territorial en regiones, especialmente con un solo Servicio de Salud, la frecuente disputa entre dos autoridades del mismo sector llega a ser muy difícil de manejar. Otro aspecto importante es la dificultad en la operación de programas de promoción, prevención y participación comunitaria, que son dependientes de la SEREMI, sin embargo, son temas imprescindibles para los Servicios de Salud.

Otro ámbito de disputa es entre FONASA y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en cuanto a los procesos de distribución de los recursos, de las compras de servicios y de evaluación de las actividades de los hospitales. Durante estos años, ha predominado uno u otro, dependiendo de la orientación que indique la autoridad ministerial. Situaciones similares se han presentado entre los roles de la Subsecretaría de Salud Pública y la de Redes Asistenciales, que solo se resuelven apelando a las buenas relaciones entre esas dos autoridades.

Entre los directores de servicio y de los hospitales autogestionados, encontramos situaciones complicadas. A juicio de los directores de Servicios, el nivel de autonomía de los Establecimientos Autogestionados en Red no les permiten coordinar adecuadamente la red a su cargo. En muchos casos, solo son autoridades relevantes para los otros establecimientos no autogestionados.

Respecto a las Garantías Explícitas, los aciertos son muchos. Ha ordenado las prioridades y, por ende, los procesos al interior del sector. Ha generado desarrollos en el mundo privado y ha obligado que los prestadores deban estar inscritos en el Registro Nacional de Prestadores. En la población, ha generado una percepción de un derecho muy valorado.

Pero hay errores. El principal, a mi juicio, es que la construcción final, como resultado, deja un sistema extremadamente frondoso. El número de garantías es innecesariamente alto. Se pudieron establecer algunas garantías trazadoras, más sencillas de seguir, más fáciles de comprender por prestadores y usuarios. El GES falló también en diseñar garantías más significativas en el ámbito de la prevención en salud.

Pero, en general, la mayor insuficiencia de la Reforma es que no logró mover el escenario respecto al rol de la Atención Primaria de Salud (APS) en las redes asistenciales. El trabajo en red sigue siendo deficitario, la APS sigue esperando ocupar el rol más relevante dentro del sector, que es el que le corresponde.

Respecto a los retos futuros, está claro que la población seguirá envejeciendo y que mantendrá una alta carga de enfermedad. Los cambios en los determinantes sociales de la salud no parecen avanzar con la rapidez requerida; los tratamientos de altísimo costo son una amenaza evidente y, por otra parte, las demandas y expectativas de la sociedad no se reducirán. Ante este escenario, parece imprescindible realizar cambios profundos en los énfasis y orientaciones que debe tener un futuro sistema de salud. La promoción, el trabajo intersectorial, la participación comunitaria, el reconocimiento del valor del territorio y de sus actores, la prevención, incorporando tecnologías disponibles, serán cruciales si queremos disminuir la carga creciente por la atención de especialidades.

Es imprescindible también realizar cambios profundos en las relaciones laborales: tipos de contratos, jornadas, incentivos, evaluación de desempeño, movilidad, etc. Hoy, no hay respuesta respecto de las transformaciones de la fuerza laboral en salud. En este campo, también es fundamental cambiar los contenidos y la definición de los perfiles de egresos de los profesionales de la salud

Se deben revisar las relaciones entre el mundo municipal, que es responsable de la APS, y el resto de los actores del sector. Los resultados son demasiado diferentes entre un municipio y otro. El gestor de red y el Ministerio de Salud deberían tener más herramientas para lograr mejores relaciones con las autoridades municipales, con incentivos y consecuencias adecuados al cumplimiento de las acciones programadas.

Se deberían estudiar formas avanzadas de participación de la comunidad en las decisiones en salud y, por lo mismo, discutir la gobernanza de espacios de decisión que juegan roles relevantes. También, se deben establecer mecanismos de financiamiento que estimulen el trabajo integrado en red.

En el plano más estratégico, me parece que debiéramos discutir si vamos a tener un fondo único financiado con impuestos generales y cómo logramos que los prestadores públicos tengan alta capacidad resolutiva, pero con tiempos de espera razonables; cómo avanzar en la universalización de la APS; cómo hacer que los directivos respondan por resultados en salud con gran énfasis en la *accountability*. Respecto al sector privado, cómo alcanzar desarrollos sean complementarios, manteniendo relaciones de referencia y contrarreferencia y no solo comprar según las urgencias circunstanciales.

Finalmente, mi sensación es que la Reforma ha sido provechosa para el país, que en estos años el sector se ha ido complejizando y quizás la apuesta sea por disminuir esa complejización. Deja una gran sensación el haber participado en un proceso histórico, que acompañé y me acompañó en la mayor parte de mi vida profesional, muchas veces desde posiciones de privilegio.

Centros de estudios privados, ligados a las políticas públicas en salud, también participamos activamente en este proceso, estableciendo espacios de conversación, acuerdos técnico-políticos y haciendo estudios y propuestas

Héctor Sánchez Rodríguez¹

Los procesos de reforma son largos y se desarrollan por décadas antes de concretarse. Al inicio surgen visiones que se transforman en documentos académicos, que se socializan, hasta convertirse en proyectos definitivos.

La discusión de la Reforma de la Salud en Chile se inicia con la vuelta a la democracia y se publica muy temprano un documento académico elaborado por equipos nacionales vinculados al gobierno y al proyecto de recuperación hospitalaria del Banco Mundial, titulado «Salud al Servicio de la persona» (1992), cuyos ejes fueron crear un plan garantizado de salud y descentralizar el sistema, con una mayor autonomía de los hospitales. Luego, entre 1994 y 1996, bajo el Ministerio de Salud presidido por Carlos Massad, se elabora por los equipos técnicos del gobierno un proyecto de reforma que no logra avanzar como política sectorial hasta que asume el Presidente Ricardo Lagos, quien crea una comisión, cuyo objetivo fue preparar un proyecto de reforma del sector salud para convertirlo en ley. Esta comisión rendía cuenta al Presidente de la República y, por su autonomía e independencia del ministro, en cada periodo ministerial de su gobierno, formula y aprueba —como ley de la República en 2004-2005— una reforma del sector salud que avanzó en la separación de funciones del sistema público: rectoría, regulación, financiamiento y prestación de servicios de salud. Por otro lado, crea hospitales autogestionados,

¹ Creó y dirige actualmente el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello y es profesor honorario de dicha casa de estudios. Especialista en sistemas de salud. Como consultor del Banco Mundial en los 90, participa en reformas en diversos países de Latinoamérica. Fue Superintendente de ISAPRES entre 1990 y 1993. Fue coordinador de Proyectos de Inversión BID-BM para iniciar la recuperación del sistema hospitalario entre 1990-1992. Cofundador y Vicepresidente de la red privada de centros de salud Integramédica. Creó y presidió «Salud y Futuro», centro de pensamiento y políticas públicas en salud (1998), antecesor del Instituto Salud y Futuro de la UNAB, hoy Instituto de Salud Pública.

introduce incentivos para aumentar la productividad, modifica parcialmente el marco regulatorio de ISAPRES y establece por primera vez en Chile «Garantías Explícitas en Salud» (GES) en calidad, financiamiento y oportunidad en la atención para todos los chilenos afiliados a FONASA e ISAPRES. Con esto, el Estado garantiza su financiamiento y su otorgamiento a través de redes públicas y privadas, y las personas pueden exigir su cumplimiento. Regula su cumplimiento la Superintendencia de Salud.

Bajo esta ley, las garantías se organizan en torno a situaciones de salud y patologías priorizadas con soluciones costo efectivas. A mi juicio, las reformas estructurales aprobadas, a pesar de su correcta inspiración y orientación, han quedado a medio camino en su aplicación, por falta de decisión política de gobiernos y varios ministros y ministras, y por una cultura muy centralista en la concepción y manejo del poder. Es cierto que en algunos aspectos el marco legal aprobado es perfectible, pero no es la principal razón de que se haya impedido abordar en forma eficiente los objetivos de la reforma, como mejorar la calidad, la eficiencia y la oportunidad de los servicios que recibe la gente.

En efecto, la separación de funciones no se ha aplicado: el Ministerio de Salud concentra el poder de la definición de políticas públicas y gestiona el financiamiento sectorial con un FONASA muy reducido en su autonomía. La Subsecretaría de Redes Asistenciales, en vez de facilitar la descentralización del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y los hospitales, ha hecho todo lo contrario, concentrando todo el poder, y desde el nivel central, se toma la gran mayoría de las decisiones en aspectos relevantes. Por lo tanto, todos los problemas del SNSS —financieros, políticos y operativos— terminan resolviéndose en el MINSAL. El SNSS, principalmente en regiones, concentra las decisiones claves de los hospitales a su cargo y ha reducido el poder de sus directores, pidiéndoles que ejerzan su rol para lograr mayores niveles de calidad, eficiencia y productividad de los recursos que gestionan.

Por otro lado, la Superintendencia de Salud no ejerce su rol regulador con real autonomía del gobierno y del ministro de Salud de turno, y se concentra en regular al sector privado, porque en el público el espacio y el respaldo político para hacerlo es reducido, incluso para garantizar el cumplimiento del GES.

El presupuesto del sector desde 2005 se ha más que duplicado y en los últimos 10 años ha crecido en un 82% en términos reales. Y las listas de espera No GES aumentan y superan los 2,5 millones de atenciones y servicios, y 0,35 millones de cirugías con más de 250 días y hasta 350 días de espera. Hoy, más de 60.000 beneficiarios están con garantías GES incumplidas; y la productividad del sistema de salud y hospitales continúa disminuyendo entre un 4,0% y un 3,6% en los últimos 20 años (Rony Lenz, 2022; Instituto de Salud Pública UNAB, H. Sánchez, M. Inostroza, B. Ahumada, 2024).

El nivel de percepción de calidad de la salud en los usuarios se ha mantenido por 15 años en niveles bajos, asignándole una nota 3,9-4,2 (escala 1-7) sin variar, según la encuesta que realiza anualmente entre 2010 y 2024 el Instituto de Salud Pública UNAB, esto, a pesar del gran incremento de recursos aportados por el Estado y los cotizantes.

Cabe señalar que los indicadores de salud relevantes (enfermedades crónicas y factores determinantes de la salud), que son el gran desafío del sistema, tampoco han tenido avances importantes y más bien se han deteriorado, destacándose la salud mental, la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer.

El GES es, a mi juicio, la política de Estado en salud más relevante de las últimas décadas; por primera vez la gente sabe que tiene derechos concretos, principalmente en la oportunidad de atención; tiene derechos explícitos que puede ejercer y el incumplimiento se hace tangible y se intenta controlar con mayor éxito que en patologías No GES.

Se han atendido cientos de miles de personas con cobertura GES en el mundo público y privado. Aunque faltan evaluaciones de impacto, es altamente valorado por la gente y ha introducido el concepto de que los problemas de salud no requieren prestaciones ni servicios de salud, sino que soluciones costo-efectivas, base del desarrollo de nuevos modelos de financiamiento para el sistema de salud chileno.

La Reforma del 2005 del Presidente Ricardo Lagos es un ejemplo de cómo debería formularse una política pública. Lo más relevante, a mi juicio, fue el compromiso personal y la apuesta de parte del capital político del Presidente de la República para llevar adelante una reforma al sistema de salud, cuyos principios y orientaciones eran resistidos internamente por importantes sectores del gobierno, por los gremios de trabajadores y profesionales de la salud —como el Colegio Médico de Chile— y también por parte de la oposición.

La creación de una comisión técnico-política independiente del ministro de turno hizo que el proyecto de reforma tomara lo avanzado anteriormente y siguiera su curso, independientemente si el secretario de Estado estaba más o menos de acuerdo con su formulación. Esto permitió que el Ministerio de Salud siguiera gestionando el sector y sus problemas.

Esta comisión estuvo dirigida por el Dr. Hernán Sandoval, un distinguido médico que contaba con la confianza personal y política del Presidente Lagos, quien le otorgó respaldo para enfrentar los embates en contra del proyecto de reforma por parte de la oposición y de los propios partidos de gobierno.

Hay que destacar el trabajo del Parlamento y especialmente del Senado de la República, donde muchos parlamentarios tuvieron una destacada participación. Sin embargo, se debe reconocer el gran aporte que hicieron para llegar a acuerdos entre gobierno y oposición los senadores Edgardo Boeninger y Evelyn Matthei, quienes se involucraron personalmente en sacar adelante esta reforma e interactuaron con todos los actores de diferentes mundos, público y privado, académico y político, convenciendo de la importancia de una reforma sectorial. No lograron acuerdos para crear un fondo de salud con parte de las cotizaciones de afiliados ISAPRES y FONASA, que habría cambiado el futuro del sistema de salud chileno: la oposición vino de la derecha e izquierda dura.

Dos ministros de Salud tuvieron una participación determinante en sacar adelante esta reforma: Osvaldo Artaza en una primera etapa de la discusión, con el perfeccionamiento del proyecto de ley para su presentación al Parlamento y socialización del GES, bautizado por él mismo como AUGE; y Pedro García, que tuvo una destacada participación en la etapa de acuerdos políticos y en la consolidación del proceso para transformar el proyecto en Ley de la República. El resultado fue una reforma que en el Parlamento logró amplias mayorías, constituyéndose en una política de Estado.

Centros de estudios privados, ligados a las políticas públicas en salud, también participamos activamente en este proceso, estableciendo espacios de conversación, acuerdos técnico-políticos y haciendo estudios y propuestas, cuyo destino eran el gobierno, Parlamento, partidos políticos y los senadores

que lideraban las negociaciones, para validar las estimaciones calculadas y proponer soluciones que viabilizaran acuerdos. Esto permitió una mayor articulación entre actores políticos de gobierno y oposición, y también con el sector privado, ya que, en espacios técnico-políticos y en forma privada, se logró conversar y discutir varias de las reformas que se querían implementar.

La gran falencia de todo este proceso de reforma, una vez aprobada la ley, estuvo en que le tocó implementarla al sector político que se opuso desde un inicio: creía en un Ministerio de Salud que concentrara todas las funciones y se oponía en un principio al GES, al punto de retrasar ciertos reglamentos por casi dos años (aseguramiento de la calidad). Esto resultó ser una lección importante en cuanto a que no es suficiente lograr aprobar una buena ley de reforma, ya que hay que además tratar de blindar su implementación y asegurar que sus objetivos se cumplan.

Finalmente, solo cabe extrañar la política de los acuerdos que permitía a los diferentes sectores concordar en políticas públicas en beneficio del país, dispuestos a negociar y ceder en beneficio de la gente, lo que ha permitido al país gozar de avances en diferentes ámbitos durante décadas. No cabe duda de que hubo errores, que se pudo hacer mucho mejor y que quedaron problemas sin resolver, pero lo que no se puede negar —a la luz de las experiencias de los últimos 10 años— es que si no existe ánimo de llegar acuerdos, se produce, en un país dividido como el nuestro, la parálisis para lograr soluciones en beneficio de la gente, la que extraña cada día más la necesidad de la política de articular acuerdos en beneficio de la población.

La Reforma instaló con éxito el concepto de que los recursos para financiar la salud son limitados y que es indispensable priorizar el gasto

Ricardo Bitrán Dicowsky¹

La empresa que lidero, Bitrán y Asociados, se adjudicó la primera licitación para diseñar la metodología y aplicarla en el Estudio de Verificación del Costo (EVC) del esperado GES, en 2005. Posteriormente, se adjudicó varios de los estudios que siguieron para la realización de EVC, a medida que las garantías del GES se fueron expandiendo.

Las contrapartes del Ministerio de Salud para el EVC tenían dificultades en aceptar el concepto de priorización y solicitaban a los consultores ignorar el límite presupuestario asignado al GES para incluir en él garantías adicionales.

La Reforma GES es pionera en el mundo y he aprendido múltiples lecciones sobre los desafíos asociados a la priorización del gasto en salud, las que son aplicables en la mayoría de los países en desarrollo que buscan priorizar su gasto.

Algunos de los aciertos de esta política pública fueron los siguientes: instaló, con éxito, el concepto de que los recursos para financiar la salud son limitados y que es indispensable priorizar el gasto; logró familiarizar a la población con el concepto de derechos exigibles en salud; desarrolló y adoptó una metodología actuarial para estimar el gasto asociado al GES; construyó guías clínicas para las enfermedades prioritarias incluidas en el GES, lo que facilitó la provisión de atenciones que cumplan con estándares de calidad; en estas guías clínicas aplicó criterios de priorización de los fármacos y procedimientos médicos basados en parte en procesos de evaluación de tecnología sanitaria; desarrolló y adoptó licitaciones y métodos de pago por canastas o paquetes para las patologías GES.

Respecto de los desafíos: no está clara la relación que existe entre la Prima Universal GES y la manera en que el Ministerio de Hacienda y el MINSAL incorporan esa información en el presupuesto anual

¹ Ingeniero de la Universidad de Chile, MBA y Ph.D. en Economía de la Salud de la Universidad de Boston. Con 40 años de experiencia, ha trabajado como asesor e investigador en 50 países en desarrollo. Se especializa en financiamiento de la salud, mercados de seguros, provisión de servicios y productos farmacéuticos. Es presidente de Bitrán y Asociados desde 1995 y ha sido profesor en diversas universidades de prestigio dentro y fuera de Chile. Además, es autor de varios artículos y libros sobre economía de la salud.

del FONASA. Asimismo, no se han diseminado de manera significativa, interna ni internacionalmente, los logros de la Reforma GES.

El GES es una reforma que logró ser implementada gracias a un buen manejo político del Presidente Lagos. Arroja lecciones en materia de economía política de la Reforma en Salud. El Dr. Hernán Sandoval implementó los aspectos técnicos de la Reforma de manera muy eficaz, por lo que debiera reconocérsele públicamente su rol.

Finalmente, considero que el GES ha sido una reforma muy exitosa y que es necesario medir y diseminar de manera sistemática sus logros y sus desafíos pendientes.

20 años de la política AUGE/GES y las necesidades de cambio en el sistema

*Camilo Cid Pedraza*¹

Probablemente, la política GES/AUGE es la más importante de las reformas de salud en Chile en los primeros 30 años de democracia. En la retrospectiva de estos 20 años de implementación, puede ser considerada un avance en materia del derecho a la atención en salud porque estableció garantías exigibles por las personas al Estado. Sin embargo, consolidar los acuerdos políticos para hacer posible el AUGE requirió perder uno de sus componentes más importantes: la solidarización del conjunto del financiamiento. Así, el nacimiento del AUGE respondió a las necesidades de salud desatendidas de la población, al mismo tiempo que cerró la posibilidad de una reforma estructural del sistema en su conjunto, instalando una reforma contingente que privilegió los resultados de mediano y corto plazo.

Algunos autores señalan que con la creación del AUGE se inaugura un nuevo espacio de lo que es alcanzable como país y también se inicia un estado de controversia pública, al que concurren por igual lo ciudadano, lo mediático y lo técnico-profesional, alrededor de qué debiera estar incluido y qué no como garantía.

Paradójicamente, la instalación en la ciudadanía de estas garantías explícitas en salud alentó una posición más crítica respecto de los problemas en esta área que el AUGE no consideraba, por lo que podía entenderse como una priorización injusta, a pesar de que técnicamente la selección consideraba criterios técnicos y sociales robustos. La fortaleza técnica de la priorización, en la práctica, se enfrentaría con el sistema de salud, su capacidad de respuesta y con la ingente demanda por atención de la población; atender unos problemas por sobre otros —como era esperable— generó el rezago de aquellos no seleccionados y orientó la gestión sanitaria al cumplimiento de las garantías.

¹ Economista, Máster en Economía y Doctorado en Economía de la Salud de la Universidad de Duisburg-Essen de Alemania. Actualmente, Director del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Se ha desempeñado como asesor regional en OPS/OMS y CEPAL y anteriormente en el Ministerio de Salud y Superintendencia de Salud, ocupando diversos cargos en áreas de estudios, y como académico de la Universidad Católica. Durante el diseño y promulgación del AUGE, fue asesor y Jefe del Departamento de Estudios y posteriormente del Departamento de Economía de la Salud, del Ministerio de Salud.

Con todo, en el marco de esta política, se ha garantizado acceso y oportunidad con protección financiera para 87 problemas de salud (en la actualidad), con más de 63 millones de prestaciones garantizadas cursadas. No está de más señalar que el AUGE también instaló en el sector salud la idea de que era posible garantizar la atención con copagos reducidos para algunos problemas y, en la ciudadanía, que podía exigir, a todo evento, el cumplimiento de estas garantías.

Sin embargo, en estos 20 años, el sistema de salud chileno siguió resintiéndose la fragmentación, el subfinanciamiento y la inequidad. La postergación de una reforma estructural y urgente también restó estabilidad a la política GES, lo que nos invita a revisar la relación entre lo que el Estado garantiza —y por lo que es jurídicamente demandable— y su relación con el sistema de salud y sus dispositivos, que hacen posible que las garantías se cumplan en los términos que han sido declarados.

En esta línea, la experiencia AUGE/GES del último trienio arroja aprendizajes relacionados con la vulnerabilidad de la propia política, cuando el sistema de salud se enfrenta a crisis que ponen en riesgo la continuidad en la provisión de servicios, como lo fue la pandemia. Lo que hemos observado en este periodo es que, después de dos años de excepción en el cumplimiento de las garantías, ha sido difícil poder disminuir el *stock* de casos acumulados. Si bien las garantías de oportunidad retrasadas representan el 1,5% del total de la actividad del 2024, lo cierto es que son igualmente urgentes e importantes. Los esfuerzos del sector salud han dado resultados significativos, pero aún requieren ser mayores.

¿Cómo podemos sostener políticas tan relevantes como el AUGE/GES sin hacernos cargo de los problemas estructurales del sistema de salud chileno? A mi juicio, para dar sostenibilidad al AUGE y a otras iniciativas sectoriales relevantes, es imprescindible que Chile avance en la línea de los estándares recomendados por la OCDE y aumente el porcentaje del PIB destinado a salud, a la vez que reestructure su sistema de salud apuntando a la universalidad.

Políticas como Copago Cero en la Red Pública de Salud, que materializa la idea de que es posible contar con un sistema de salud gratuito y sin barreras financieras de acceso, profundizando el concepto inicial de rebaja de copagos en el GES, han sido un avance en la dirección correcta y han contribuido a disminuir el gasto de las personas en salud. Con ello, ha impactado a una de las principales barreras de acceso a la atención en esta área.

En lo inmediato, nuestro desafío es recuperar los estándares de operación GES y responder a las necesidades de atención de salud de la población, garantizando la oportunidad, el acceso y la protección financiera. Sin embargo, para dar sostenibilidad a la política, no debemos renunciar a la tarea de diseñar una reforma del sistema de salud chileno que se haga cargo de sus problemas estructurales a nivel del financiamiento público y las posibilidades de mejorar la eficiencia del gasto.



Ministerio de Salud

LEY NUM. 19.966

ESTABLECE UN REGIMEN DE GARANTIAS EN SALUD

Teniendo presente que el H. Congreso Nacional ha dado su aprobación al siguiente

Proyecto de ley:

"TITULO I

Del Régimen General de Garantías en Salud

Párrafo 1°

Disposiciones generales

Artículo 1°.- El Régimen General de Garantías en Salud, en adelante el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la ley N°18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N°18.469.

Artículo 2°.- El Régimen General de Garantías contendrá, además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente

Con listado de enfermedades garantizadas

SALUD: PARTE EL PLAN "AUGE"



Régimen de Garantías Explícitas en Salud:

Terminó la espera, el AUGE está en marcha

Ayer fue presentado oficialmente el sistema que permitirá controlar el cumplimiento de las garantías.

VÍCTOR HUGO DURÁN

Ayer terminaron las pruebas. Desde hoy, no puede haber equivocaciones.

O al menos ésa es la intención.

El plan AUGE —cuyo nombre verdadero es Régimen de Garantías Explícitas en Salud— ya está en marcha y la idea del Gobierno es que ni tiempos de esperar los prometidos y ni a la justicia por ine-

Esto, mientras se sentar "el primer la ley vigente".

El ministro de García, y su equi ron pasadas las pital Roberto de

un beneficiario de Fonasa. La isapre Más Vida y la Clínica Indisa presentaron el caso de Cristina Godoy, hospitalizada por síntomas de prematuridad.

En el Roberto del Río, ajena a esta carrera, Blanca Lincay, una lactante que nació apenas a las 28 semanas, estaba entre flashes y cámaras poco antes de la medianoche. Llegó desde



PACIENTE NÚMERO UNO.— La doctora Marcela Concha sostiene a la pequeña Blanca, quien será hoy la primera operada bajo las garantías AUGE.

Campaña comunicacional

Ahora sí no será problema. Desde hoy, Fonasa pondrá en diversos medios de comunicación una fuerte campaña en la que se informará del AUGE. "Fonasa, tu derecho a una nueva salud" es el eslogan que utilizará el fondo público. Su director, Álvaro Erazo, explica que se trata de una "historia" continua, en la que con diversos testimonios se reforzará la idea de cuáles son los nuevos derechos, las garantías y cómo exigirlos. La campaña estará al aire por tres semanas, y costó \$300 millones. Incluye avisos en televisión, radio, diarios y vía pública. La anterior campaña relacionada con el AUGE se hizo en 2002, antes que estuviera en marcha el plan piloto.



FINANZAS PERSONALES | PROTECCIÓN EN SALUD

Cómo funcionará el plan AUGE en las isapres

A partir de hoy los afiliados al sistema de isapres podrán comenzar a utilizar estos nuevos beneficios en materia de salud. ¿Tiene claro en qué consisten estas novedades y cómo puede acceder? Aquí van algunas preguntas clave.

1) ¿En qué consiste el llamado plan AUGE?

Aunque popularmente se conoce como AUGE, técnicamente estos beneficios corresponden a las Garantías Explícitas en Salud (GES). La GES identifica los 25 problemas de salud más frecuentes que padecen los chilenos, y respecto de éstos asegura acceso a la atención médica, como también un máximo de copago por parte del usuario (puede consultar el listado de enfermedades en www.documentos.emol.com).

Para cada una de estas patologías se estableció un protocolo de atención, donde entre otras cosas se especifica el tratamiento.



Último trámite en el Congreso: Plan Auge da paso final y ahora es ley

Hubo una masiva abstención del bloque PS-PPD, en rechazo a los cambios introducidos por presión de la derecha.

Con el respaldo de la Alianza por Chile y la masiva abstención del PPD y del PS, la Cámara de Diputados aprobó ayer en su último trámite el proyecto de ley que crea el Régimen de Garantías en Salud o plan AUGE.

La ley fue despachada tras dos años de discusión y es considerado el proyecto social más emblemático de la administración de Ricardo Lagos. Sin embargo, en esta última instancia legislativa los diputados PS y PPD hicieron pública su protesta por las conce-

derecha, rechazando algunos artículos y absteniéndose en otros. Los votos de la DC y de la derecha permitieron su aprobación.

El Gobierno realizó esfuerzos para que los parlamentarios PPD y PS no rechazaran en bloque la iniciativa. A dos minutos de la votación firmaron un protocolo de acuerdo. La ley establece un plan con garantías, calidad, tiempo y coberturas conocidas.

Se espera su aplicación a partir del primer semestre de 2006.

ano. La GES establece pago máximo para el será el 20% del arancel cia. Con la GES se utilizar entonces que no pague más allá de cantidad por una d.

cumplir con otro requisito, cual es completar un deducible.

4) ¿Cómo se constituye el deducible?

Para tener derecho a la cobertura, junto con atenderse dentro de la red de prestadores el afiliado además deberá entera-

Reforma a la Salud en marcha: Vigentes desde hoy garantías del plan AUGE

Las 25 patologías son exigibles ante la ley en isapres y Fonasa. Salud espera un millón 700 mil beneficiados.

Tras cinco años de disputa, reclamos, dudas y conflictos, desde hoy son exigibles ante la ley los beneficios del Régimen de Garantías en Salud (Ges), más conocido como plan AUGE.

La iniciativa, la cara más visible de la reforma a la salud impulsada por el Gobierno, está plenamente vigente desde hoy para los 11 millones de afiliados al plan AUGE y para los 2 millones 700 mil afiliados a isapres.

Considera 25 prioridades sanitarias, responsables de la mayor mortalidad de los chilenos. El próximo año aumentarán a 40 y justó Pedro García, dijo ayer que se esperaba atender este año a un millón 700 mil chilenos del sector público, a los que se sumarán 500 mil de las isapres.

"A se acaba todo, ni se inicia

todo", dijo García horas antes de debutar legalmente el sistema, operando sólo como piloto en el Fonasa. Desde entonces, 100 mil chilenos han sido atendidos.

Con el AUGE, la principal reforma sanitaria desde 1952, se fijan tiempos máximos de espera por cada prioridad, que van desde 30 minutos a 60 días, dependiendo de la gravedad y el riesgo. Y además nacen medidas garantías económicas. Por ejemplo, el tramo C pagará el 10% del valor con un tope de un sueldo y los afiliados a las isapres pagarán el 20% de la prestación, con un tope de dos sueldos.

PREGUNTAS CLAVE EN 8 Y 9 PROBLEMAS Y PROCESO EN C 9

seguir este afiliado a una adicional para para desastrosas r su plan r vías siempre para los afiliados.

ar algo? á afiliado a una ta firmar nin- especial para beneficios AUGE.

20 años del AUGE desde sus actores es una iniciativa editorial de la Universidad de Las Américas (UDLA). Se trata de un espacio coral de memoria colectiva que, con el valioso aporte de numerosas y diversas personas que vivieron esta política pública desde su diseño, tramitación o implementación, fue construyendo un mosaico de impresiones, opiniones y sentimientos. Estas experiencias fueron plasmadas de puño y letra por sus protagonistas, o bien recogidas a través de voces que conformaron una conversación orientada a traer al presente aquellos días, meses y años de gran intensidad vividos dos décadas atrás.

Una política pública es, ante todo, una obra humana que requiere enormes esfuerzos para construir consensos en torno a necesidades profundamente sentidas por la ciudadanía. Sin duda, al cumplirse 20 años de su implementación, era necesario conmemorarla desde las vivencias de quienes fueron algunos de sus actores

Por ello especialmente agradecemos a:

Ricardo **Lagos** • Ximena **Aguilera** • Pedro **García** • Hernán **Sandoval** • Sandra **Véliz** • Jimena **Caris**
Alejandro **Molina** • Ernesto **Ottone** • Andrés **Romero** • Claudia **Miralles** • Consuelo **Espinoza**
Rafael **Caviedes** • Carolina **Aránguiz** • Cecilia **Jarpa** • Antonio **Infante** • Gonzalo **Navarrete**
Marcelo **Tokman** • Sergio **Aguiló** • Patricio **Melero** • Carolina **Velasco** • Giovanni **Escalante**
Clara **Pérez** • Dagoberto **Duarte** • Emilio **Santelices** • Enrique **París** • Jorge **Lastra** • Jaime **Mañalich**
Manuel **Inostroza** • Carmen **Castillo** • Rodrigo **Salinas** • Begoña **Yarza** • Paula **Daza** • Soledad **Barría**
Juan María **Fernández de Gamarra** • Mario **Fernández** • Maritza **Labraña** • Nancy **Dawson**
Renato **Orellana** • Rony **Lenz** • Sebastián **Pavlovic** • Tomás **Jordán** • Ulises **Nancuante**
Gisela **Alarcón** • Oscar **Arteaga** • Hernán **Monasterio** • Luis **Castillo** • Osvaldo **Salgado**
Héctor **Sánchez** • Ricardo **Bitrán** • Camilo **Cid**

