



A golpes de autoridad. El presidente Ricardo Lagos y el Acceso Universal de Garantías Explícitas en Salud (AUGE)

Navarrete Yáñez, Bernardo Eric*
Olavarría Gambi, Mauricio**
Figuroa Huencho, Verónica***

Resumen

El presente artículo busca describir cómo la personalidad y habilidades del Presidente Ricardo Lagos resultaron gravitantes para generar reformas de salud en Chile, persuadiendo a todos los órganos y niveles de gobierno de que su proyecto de “acceso universal de garantías explícitas en salud” se debía llevar a cabo, aún contra las preferencias de la mayoría de quienes integraron la coalición política que le acompañó en su mandato. Efectivamente, luego de esta investigación, es posible señalar que Lagos dominó las alternativas que se consideraron frente a esta reforma de salud y determinó el resultado final, al incorporar las restricciones impuestas externamente por los actores privados del sistema sanitario, arbitrando en el Congreso las demandas de los partidos de derecha y anulando las de su coalición de partidos. Para explicar este proceso se recurre al enfoque de las corrientes múltiples de Kingdon (1995). La metodología cualitativa utilizada fue el estudio de caso explicativo y el método “Grounded Theory”, a través del cual se analizaron 22 entrevistas en profundidad que se reunieron para esta investigación.

Palabras clave: Gobierno de Ricardo Lagos, rol del presidente, políticas públicas, reforma de salud, Plan AUGE, Chile.

* Magíster en Ciencias Políticas, Magíster en Ciencias Sociales, Profesor Asociado Universidad de Santiago de Chile, Chile. E-mail: bernardo.navarrete@usach.cl

** Doctor en Políticas Públicas. Profesor Titular Universidad de Santiago de Chile. E-mail: mauricio.olavarría@usach.cl.

*** Doctora en Management Sciences. Profesora Asistente del Instituto de Asuntos Públicos, Universidad de Chile. E-mail vfigueroa@uchile.cl.

“Striking While the Iron is Hot”. President Lagos and Universal Access to Explicit Health Guarantees (AUGE)

Abstract

This article seeks to describe how the personality and skills of President Ricardo Lagos were decisive for generating public health reforms in Chile, convincing all governmental levels and organs that the project of “universal access to explicit health guarantees” ought to be implemented, even against the preferences of the majority of those who were part of his governmental coalition. Effectively, after this investigation, it is possible to point out that Lagos mastered/controlled the alternatives considered for this public health reform and determined the final result by incorporating restrictions imposed externally by private actors in the health system, arbitrating in Congress the demands of the right-wing parties and dismissing those of his coalition. To explain this process, Kingdon’s multiple streams approach (1995) is used. The qualitative methodology was the explanatory case study using the “Grounded Theory” method, through which 22 in-depth interviews gathered for this research were analyzed.

Key words: Government of Ricardo Lagos, role of the president, public policies, health reform, Plan AUGE, Chile.

Introducción

El propósito de esta investigación es responder la siguiente pregunta: ¿Cómo un presidente construye una política pública a pesar de la oposición de su Ministra de Salud, del Colegio Médico, la asociación de funcionarios de la salud y la mitad de los partidos de su coalición de gobierno? La respuesta básica está dada por la personalidad y habilidades del Presidente Ricardo Lagos, quien utilizó los recursos institucionales propios de su investidura y la prerrogativa de designar, despedir o trasladar personas para llenar los principales puestos de responsabilidad política en el área de salud, designando a las que respondían a su concepción de reforma y, especialmente, a la capacidad que demostraron de llevar a cabo la agenda preestablecida en el Congreso y en las Instituciones relevantes, para la reforma de “acceso universal de garantías explícitas en salud” (AUGE).

Para explicar lo anterior, se expone el marco teórico de “corrientes múltiples” de

John Kingdon (1995), que permite comprender el rol que tiene un Presidente de la República en el proceso de formación de la agenda pública y su capacidad para reconocer la importancia social del problema (corriente del problema), elaborar alternativas de solución para intervenir en el problema (corriente de solución) y, por último, incidir en la decisión pública (corriente de política).

Metodológicamente este es un estudio de caso (Yin, 1994) donde las técnicas de recolección de información están centradas en 22 entrevistas en profundidad realizadas entre los meses de mayo y septiembre del 2009, a actores relevantes de la política “acceso universal de garantías explícitas en salud”, más conocido como AUGE, para el período 2000-2006. Las citas de estas entrevistas se consignan en base a la función del entrevistado -no por apellido-, ya que las normas éticas de investigación para las entrevistas así fueron establecidas. El análisis de las entrevistas se realizó a través del método de la “Grounded

Theory” (Glaser y Strauss, 1967); se complementó con una revisión de documentos elaborados por organismos públicos y con una revisión de prensa del período en cuestión, con el objetivo de contextualizar el escenario donde entra en la agenda el AUGE. En parte la final se analiza el AUGE a partir de las tres corrientes que estructuran el modelo de “corrientes múltiples”.

1. El enfoque de las corrientes múltiples

John Kingdon (1995) define la agenda política como la lista de temas o problemas que captan la atención de las personas dentro y alrededor (fuera) del Gobierno en un momento determinado, generando un proceso que no se divide nítidamente en fases secuenciales, sino que se explica a partir de tres corrientes independientes que fluyen en el sistema, capaces de acoplarse cuando se abre una “ventana de oportunidad”, haciendo posible el surgimiento de una política concreta como respuesta a un problema.

De este modo, el modelo de Kingdon busca establecer cómo se formulan las políticas públicas a partir del análisis de dos factores: 1) los actores, que influyen y formulan la política, y 2) los procesos, que configuran la agenda y determinan las alternativas.

A nivel de actores, distingue entre aquellos que se encuentran dentro del Gobierno (Presidente, staff presidencial, servidores civiles, representantes electos -congresistas-, staff del congreso), y aquellos que se encuentran fuera del Gobierno (grupos de interés, académicos, investigadores y consultores, medios de comunicación, partidos políticos, la opinión pública, entre otros). Ambos actores se diferencian por la capacidad de ejercer

influencia en el establecimiento de la agenda y/o en la generación de alternativas.

En cuanto a los procesos, identifica tres que componen la formulación de las políticas públicas. Un primer proceso referido al reconocimiento social de un problema o corriente del problema (problem stream); un segundo proceso que representa la acumulación gradual de conocimiento, que se concreta en la elaboración de alternativas de solución para intervenir el problema o corriente de políticas (policy stream) y, por último, aquellos procesos políticos que afectan el establecimiento de la agenda, las oscilaciones del estado de ánimo nacional. Este último es caracterizado como la corriente de política (politics stream), que representa los cambios políticos que inciden en que la decisión pública se efectúe (Ruiloba, 2007).

Cada corriente fluye de manera independiente. Sin embargo, hay momentos donde las tres corrientes o dos de ellas se acoplan, dando origen a una ventana de oportunidad, para que los defensores de ciertas propuestas impulsen sus soluciones o dirijan la atención hacia problemas determinados. La ventana puede abrirse con previsibilidad (cambios en la administración), o de manera repentina (crisis) y, de acuerdo a ello, pueden identificarse como ventanas de problemas o ventanas políticas. Ambas están relacionadas, ya que cuando una ventana se abre producto de la presión de un problema, las alternativas generadas como soluciones tienen mayor posibilidad de ser admitidas si tienen aceptabilidad política. En cualquier situación, las ventanas son escasas y están abiertas por breve tiempo; de tal modo, los actores interesados deberán aprovechar estas oportunidades, de lo contrario, tendrán que esperar hasta que otra ventana se abra.

En los procesos que configuran la agenda y determinan las alternativas, los actores dentro del Gobierno tienen autoridad formal o legal para la toma de decisiones y, por lo tanto, para la elección de las alternativas, mientras que los actores que se encuentran fuera del Gobierno, tendrían mayor capacidad para elaborar las soluciones que posteriormente serían discutidas en la arena política. Así, los primeros son centrales para el establecimiento de la agenda, pero tienen menos control sobre las alternativas, las que estarían en manos de los segundos.

Un actor central dentro del primer grupo, siguiendo a Kingdon, es el Presidente de la República, quien ejerce un rol preeminente en el establecimiento de la agenda, ya que posee un conjunto de recursos institucionales, incluido el veto y la prerrogativa de contratar y despedir personas para llenar los principales puestos de responsabilidad política, designando a las más idóneas para que respondan a su concepción del establecimiento de la agenda en instituciones claves. En este sentido, la personalidad y habilidades del “primer mandatario” resultan gravitantes para el ejercicio del poder (Moe, 1999).

2. Corriente de problemas

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó un ranking que situó a Chile en el lugar 168 en la dimensión *fairness* (justicia en el financiamiento) (Vergara, 2007). No extraña entonces que el Presidente Ricardo Lagos, cuando asumió su cargo en marzo de 2000, reconociera que la equidad en la salud era una preocupación dominante, no sólo por ser una herencia del régimen militar chileno (Pittman, 2006), sino porque el peso del seguro médico privado era de los más altos en América Latina y el Caribe

(Drechsler y Jütting, 2007) y se dirige predominante a las poblaciones de renta superior, que mayoritariamente no están en el sistema del seguro social (Barrientos, 2000), mientras que las familias pobres deben permanecer en él o quedarse sin prestaciones de salud, generando injusticias en el acceso a ella.

Lo anterior era la expresión de las reformas introducidas por el régimen autoritario en la década de los ochenta, que llevaron a que “los sectores público y privado de salud” bifurcaran sus caminos, sin considerar objetivos sanitarios comunes para el país, dando cuenta del fraccionamiento social existente en esta materia (García, 2008: 13).

3. Corriente política: “sin Lagos no hay AUGE”

Antes de su llegada a la presidencia, Lagos poseía una larga trayectoria política. Destaca ser uno de los gestores de la transición democrática, fundador del Partido por la Democracia -PPD- (Mardones, 2007: 88) y ministro de Estado en los dos gobiernos previos de la Concertación: de Educación en el Gobierno de Patricio Aylwin (1990-1994) y de Obras Públicas entre 1994 y 1998 en el mandato de Eduardo Frei (1994-2000), cargo al cual renunció para preparar su precandidatura a las elecciones presidenciales de 1999. Sin embargo, Ricardo Lagos nunca ejerció su liderazgo al interior de los partidos políticos y tampoco participó de manera activa y militante en ninguno de los dos partidos que lo consideran como uno de sus miembros (Socialista y Partido Por la Democracia); más bien potenció un liderazgo supra partidario, presentándose “como un hombre de la Concertación más que como un líder de los partidos de izquierda” (Navia, 2003).

3.1. El Presidente como actor *facilitador*

En su campaña, el entonces candidato Ricardo Lagos, se comprometió ante “los actores del sistema público en avanzar hacia una reforma de salud” (Lenz, 2007: 11), la cual surgió dentro del programa de gobierno y no antes (entrevista a ex-miembro del Consejo AUGE), ya que durante su elaboración, él empezó a identificar los temas pendientes: “a Lagos le quedaba continuar con las otras reformas [*heredadas del gobierno de Frei*], con su implementación y [*debía*] hacer algo original” (ex-ministro de salud), “y lo que quedaba era una pelota que había estado quemando durante diez años más o menos: salud” (entrevista a ex-miembro del Consejo AUGE). Empezar esta reforma era posible porque en diez años de gobiernos de la Concertación se había acumulado “una masa crítica” que permitió “absorber una discusión de reforma a la salud, política y técnica” (entrevista a ex-miembro del Consejo AUGE).

Al acceder a la primera magistratura en marzo del año 2000, Ricardo Lagos hizo explícita la prioridad del mejoramiento y fortalecimiento del sector público de salud (OPS, 2001; ex-Miembro de Comisión de la Reforma) y decidió “iniciar una reforma de salud, como una de las acciones emblemáticas de su gestión” (Lenz, 2007:8). Si bien no tenía una “propuesta de reforma específica” (Drago, 2006: 50), “Lagos tenía la voluntad férrea, firme de sacar una reforma de salud ¿Cuál? era un problema secundario” (entrevista a ex-director de salud). En consecuencia, no existía una “propuesta acabada y coherente antes de iniciar el proceso de negociación política de la reforma de salud” (Lenz, 2007: 32).

Lo anterior generó la necesidad de estructurar una estrategia, con el objetivo de crear una instancia en la cual se pudieran dis-

cutir y formalizar las alternativas para la reforma de salud. En este contexto, Lagos nombró a la militante del Partido Socialista (PS) Michelle Bachelet como ministra de salud para encabezar este proceso de reforma (Lenz, 2007: 11). Paralelamente, creó una Comisión Interministerial compuesta por los Ministerios de Salud, Hacienda, de la Presidencia y del Trabajo, sostenida por una Secretaría Ejecutiva de 7 miembros para el trabajo operativo (OPS, 2002: 22). Esta Secretaría debía preparar la propuesta de reforma y estaba dirigida por el médico Hernán Sandoval, “de conocida cercanía con el Presidente, lo que para los actores involucrados representaba una clara señal política” (Drago, 2006: 50). Según un entrevistado, la Comisión nació porque “Lagos se da cuenta que no se puede reformar el Estado desde adentro, porque rápidamente se captura [...] por eso le encarga a Hernán crear un grupo independiente, que se reporta al ministerio, pero que también se reporta al Presidente y a un consejo de ministros, [*lo cual*] era muy incómodo para Bachelet” (entrevista a ex-Subsecretario).

Sandoval, reconocido como el “padre de la reforma” (entrevista a ex-directivo de salud), “asume con un equipo muy duro, muy político, muy ideológico” (entrevista a ex-Superintendente). La creación de esta instancia dio origen a una estructura bicéfala que dificultaba el consenso respecto a las alternativas de reforma, puesto que frecuentemente no coincidían las posiciones de la Ministra de Salud Michelle Bachelet y de la Secretaría Ejecutiva (Lenz, 2007). Lo anterior, generó un período de estancamiento del proceso de reforma, dado el conflicto entre dos posturas existentes al interior de la Concertación: estatistas y liberales (Perdomo, 2007). La postura estatista estaba encabezada por la ministra Bachelet, quien en su condición de militante

socialista estaba aliada con sectores dirigentes y congresistas de la coalición, en especial del PS y Partido por la Democracia (PPD), donde algunos de los legisladores tenían algún tipo de relación con los gremios de salud (Perdomo, 2007: 90-91). Esta posición se caracterizó por promover propuestas que buscaban fortalecer el subsistema público con aumento de los recursos, estabilidad laboral y mejoramiento de la gestión, excluyendo la competencia entre prestadores (Perdomo, 2007: 90).

Por su parte, la posición liberal estaba representada por el propio Presidente, el secretario ejecutivo de la Comisión de Reforma, Dr. Sandoval, sectores de la Democracia Cristiana y muy minoritariamente del Partido por la Democracia y el Partido Socialista. Esta posición buscaba incrementar la regulación estatal del subsistema privado, implementando un plan garantizado obligatorio tanto para públicos como privados; el aumento de la regulación estatal sobre las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) con el objetivo de evitar problemas de discriminación y exclusión; y la mejora de la gestión hospitalaria implantando herramientas como la creación de redes de atención y el fortalecimiento de la atención primaria, entre otras medidas (Perdomo, 2007: 90).

El período de estancamiento señalado anteriormente se expresó en las actividades contradictorias que desarrollaban la Secretaría Ejecutiva y la Ministra de Salud. Mientras la primera empezó a realizar “estudios, debates y seminarios con la ciudadanía [...] para definir lo que se quería hacer de la reforma” (ex- Superintendente de ISAPRES), frente a las alternativas que iban surgiendo la Ministra expresaba la inviabilidad de las propuestas de la Secretaría Ejecutiva. Según Jiménez, este “grupo fue activamente ignorado por el ministerio, dominado por una óptica conservadora

estatizante que, subrepticamente, buscaba paralizar los cambios” (Jiménez, 2002: 1). De esta manera, Bachelet empezó a representar y a canalizar las demandas de los gremios de la Salud y “no iba a entrar en conflicto con sus pares médicos” (ex –ministro de salud). A ello se sumó que los actores gremiales, especialmente el “Colegio Médico”, comenzaron a hacer movilizaciones para expresar su rechazo a las alternativas emanadas de la Secretaría Ejecutiva (ex-ministro de salud).

Ya que la Ministra del ramo “no estaba convencida de hacer la reforma” (entrevista a ex-directivo de salud), lisa y llanamente congeló las propuestas emanadas de la Secretaría Ejecutiva y con ello estancó la formalización de las alternativas en proyectos de ley (Lenz, 2007:13). Por su parte, el Presidente Lagos “veía que los tiempos se habían pasado, que los primeros dos años [...] lo único que logró concordar Michelle Bachelet fueron los objetivos sanitarios” para la década 2000-2010 (ex-ministro de salud), y que si bien eran relevantes dado el cambio demográfico que experimentó la población en los últimos decenios, (Drago, 2006) el AUGE no avanzaba.

Frente a este escenario, el Presidente realiza el cambio de gabinete de enero de 2002 (Lenz, 2007), reemplazando a la Ministra de Salud por Osvaldo Artaza, militante del Partido Demócrata Cristiano (PDC), con el mandato de “mantener el AUGE en el centro” de la agenda de los temas públicos “y con aceptación social” (ex-ministro). En el intertanto, Bachelet fue nombrada Ministra de Defensa iniciando con este hecho una carrera que la llevó, en el 2006, a ser electa Presidenta de la República.

Con el nombramiento del ministro Artaza se destrabó la reforma al interior del Ejecutivo y las alternativas fueron organizadas en proyectos de ley, con el objetivo de trasladar

la discusión al Congreso, “a pesar que las propuestas del Ejecutivo (...) no estaban totalmente maduras” (Lenz, 2007:14). No obstante, el Gobierno debió enfrentar a congresistas “oficialistas que continuaron apoyando a los gremios, entorpeciendo el trabajo legislativo y amenazando con votar en contra de los proyectos de ley. Pese a ello, el Gobierno logró neutralizarlos mediante diferentes estrategias de negociación con la dirigencia de los partidos de su coalición, para que estos disciplinaran a sus filas” (Perdomo, 2007: 91) -misión que el Ministro de Salud también logró al interior de la DC (Lenz, 2007:14)-, y la consiguiente “aceptación de la propuesta liberal dentro del gobierno y en la mayor parte de los miembros de la Concertación” (Perdomo, 2007: 91).

Para llevar a cabo su misión, Artaza se alió “con los actores no médicos políticos” de la Concertación, debiendo invertir más tiempo negociando “con la propia Concertación que con la derecha” (ex-ministro de salud). En este contexto, a fines del 2002 los diputados de la bancada médica de la Cámara anunciaron que “bajarían el ritmo de la discusión” en el Congreso, con el objetivo de abrir espacios de diálogo con los disconformes gremios del sector, frente a lo cual el Presidente Lagos “se encolerizó” y “sin discutirlo previamente con nadie, ni con el entonces Ministro Osvaldo Artaza, repuso las urgencias a las cinco iniciativas legislativas que se tramitaban en el Congreso” (El Mercurio, 25.01.04). Con ello, empezaron a cobrar relevancia las paralizaciones de los gremios de Salud en protesta por el AUGE -especialmente por parte de la Confederación de Funcionarios de la Salud Municipalizada (CONFUSAM) y la Confederación Nacional de Trabajadores de Salud (CONFENATS)- que, en palabras de sus dirigentes, buscaba privatizar la salud pública (El Mercurio,

10.05.04). El enfrentamiento más directo con los gremios de la salud puede ser explicado porque estas organizaciones “ya no tenían el sostén e intermediación que la ministra les daba” (Perdomo, 2007: 91).

Frente al establecimiento de las urgencias en la tramitación de los proyectos que conformaban la reforma de salud a la Cámara en el 2002, el presidente de la CONFUSAM, Esteban Maturana, reaccionó planteando: “detendremos las nuevas movilizaciones siempre y cuando el Gobierno acceda a detener la discusión parlamentaria de los proyectos, le quite la urgencia”, e instó al Gobierno “a que el diálogo y el consenso en torno a los proyectos del AUGE se haga fuera del Parlamento” (El Mercurio, 04.12.02).

En este escenario el gobierno buscó mitigar el poder de los gremios, en especial de la Confederación de Gremios de Servicios de Salud (CONGRESS), dividiéndolos al “negociar por separado reivindicaciones particulares de cada gremio y realizando campañas publicitarias de deslegitimación de sus intereses” (Perdomo, 2007: 91), todo lo cual permitió la aprobación de los proyectos en la Cámara baja.

Bajo la gestión del Ministro de Salud Artaza se aprobaron los cuatro proyectos de reforma enviados a la Cámara baja a inicios de enero del 2003, venciendo la resistencia de la *bancada médica*; ello, según Lenz (2007), porque el discurso y perfil del ministro “eran más afines a dicho sector y porque el Presidente logró alinear a este sector y a otros congresistas de izquierda con su influencia en el momento decisivo” (Lenz, 2007:18). Sin embargo, la estrategia de negociación de Artaza, junto con las paralizaciones de los gremios de salud, “desgastaron el capital político del Ministro de Salud, decidiéndose su reemplazo por una nueva autoridad, la tercera desde que

comenzara el proceso de reforma” (Drago, 2006: 52).

En marzo del 2003 asumió Pedro García (PDC), quien buscó situar la negociación al interior del Senado, donde se calculaba un mayor apoyo político a la reforma, ya que la “real discusión se realizaría en la Cámara Alta” (Drago, 2006: 51).

En la nueva fase, García debía concentrarse en obtener la aprobación de los “proyectos en su segundo trámite en el Senado, donde el sector más liberal de la DC y la derecha eran el principal escollo” (Lenz, 2007: 18), lo cual logró al incorporar el mejoramiento en la gestión de los establecimientos de salud públicos (Boeninger, 2005; Lenz, 2007).

Al incorporar “un óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles” (Drago, 2006: 52), los intereses de los partidos de derecha se veían cautelados y con ello, los apoyos más decididos provinieron de partidos de la oposición derechista: Unión Demócrata Independiente (UDI) y Renovación Nacional (RN), cuyos congresistas votaron de acuerdo “aunque casi en secreto”, mientras que en los partidos del oficialismo “camufladamente a veces, abiertamente en otras, determinados parlamentarios oficialistas fueron apoyando a los gremios, incluso en sus movilizaciones ‘anti AUGE’” (El Mercurio, 25.01.04).

En este contexto, la estrategia de negociación del Gobierno se enfocó en lograr acuerdos entre el ministro de Hacienda, Nicolás Eyzaguirre, el ministro de Salud, Pedro García, el llamado grupo “G 12” (instancia político-legislativa del Gobierno y de la Concertación), la “bancada médica” y los miembros concertacionistas de la comisión de Hacienda del Senado, donde los ministros solicitaron y consiguieron el respaldo de la Concertación. Con ello, los gremios que habían estado en contra de la Reforma de la Salud fueron

identificados como los perdedores en este proceso, en especial el Colegio Médico (El Mercurio, 25.01.04).

Paralelamente, el ministro García desarrolló una estrategia de negociación dirigida a captar los apoyos necesarios para la aprobación de la reforma. En este escenario cobró especial relevancia el rol del senador DC Boeninger -quien ayudó a García en la negociación en la comisión de Salud de la Cámara Alta-, y de los senadores Matthei (UDI) y Espina (RN) quienes, pese a ser de oposición, se manifestaron a favor de la reforma.

4. El rol de los *obstaculizadores* en el proceso

Si bien se ha destacado que en un comienzo el principal obstaculizador de la reforma a la Salud fue la ministra Bachelet, existen otros actores que se encuentran fuera del Estado, que cumplieron también este rol a lo largo del proceso: el Colegio Médico y los distintos gremios de la salud: Confederación de Funcionarios de Salud Municipalizada (CONFUSAM), Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (CONFENATS), Federación Nacional de Funcionarios Técnicos de Servicios de Salud (FENTESS), Federación Nacional de Profesionales Universitarios de Servicios de Salud (FENPRUSS) y la Asociación de Médicos de Atención Primaria de Salud. Estos gremios se articularon al inicio de la discusión de la reforma (año 2000) a través del Consejo Nacional de los Gremios de la Salud (CONGRESS), el cual se disolvió en el 2004, antes de la votación de las leyes en el Congreso, al hacerse evidente que las demandas y recomendaciones que realizaron no serían acogidas.

Es reconocido que en el tiempo de Bachelet, entre los distintos gremios se desarrollaron instancias de discusión de la reforma

(entrevista a Dirigente gremial), cuyas mesas de trabajo se formalizaron en la creación del CONGRESS y que expresaban el compromiso de la Ministra con alternativas que comprendieran una reforma “integral y solidaria” (entrevista a dirigente gremial). En este sentido, los gremios vivieron “un proceso traumático con la salida de Bachelet y la llegada del Ministro Artaza”, ya que, según su opinión, “la pelea de los estatistas versus los capitalistas la ganaron los capitalistas” (entrevista a Dirigente gremial). La salida de Bachelet también afectó la relación con los gremios, puesto que la mayoría de los dirigentes eran de “izquierda”, mientras que “Artaza, más allá que sea o no sea un progresista, provenía del mundo demócrata cristiano, y [...] nunca nos han entendido demasiado bien” (entrevista a Dirigente gremial). Asimismo, su salida implicó que el Dr. Hernán Sandoval quedase “dirigiendo todo el tema de salud y es ahí que se impone el plan auge”, el cual “nunca se discutió, jamás, ni siquiera en las reuniones del gobierno con los gremios que se hicieron en el ex Hotel Carrera [...]; el auge de repente apareció, mientras todos estábamos hablando del fondo solidario” y cuando apareció esta propuesta “el rechazo de los gremios fue total” (entrevista a Dirigente gremial).

La reunión en el Hotel Carrera fue un hito importante, puesto que congregó a diversos dirigentes de gremios de la salud y del Colegio Médico, ocasión en la que se firmaron compromisos en materia de salud que fueron finalmente sólo “una declaración de buenas intenciones” ya que, paralelamente, los gremios decidieron “seguir dando la pelea” (entrevista a Dirigente gremial).

La oposición que ejercieron estos últimos fue dura; a través del CONGRESS llevaron adelante movilizaciones entre los años 2001 y 2003, pero el 2002 fue la época de las

movilizaciones más fuertes, con protestas frente al Congreso en Valparaíso y en las calles de la capital Santiago, convocando paros y marchas. En algún momento, incluso consiguieron que los principales actores gremiales estuviesen sentados en La Moneda con Ricardo Lagos, el Ministro de Salud de la época (Osvaldo Artaza) y el Ministro del Interior de la época (José Miguel Insulza), firmando protocolos de acuerdo que quedaron guardados en alguna parte” (entrevista a Dirigente gremial); pero, finalmente, la discusión terminó en el Congreso cuando se reconoció públicamente que los gremios “perdieron” la batalla (entrevista a dirigente gremial).

Durante la escalada de paralizaciones se produjo un quiebre entre los gremios de la Salud, cuando algunos sectores de la DC y el PPD “desarmaron un gremio histórico en este país, que es la CONFENATS, y crearon un gremio paralelo que fue la FENATS Unitaria” (entrevista a dirigente gremial). Este quiebre fue originado por la presión política que afectaba a los dirigentes de la CONFENATS que militaban en el partido socialista. Por un lado, según un entrevistado, la división fue originada porque la CONFENATS tenía una posición muy dura respecto a la reforma y “en ese momento tenía mucho poder”, por lo tanto, los militantes socialistas “tuvieron que hacer una opción”, cual fue crear una instancia gremial paralela que estuvo apoyada por el ministerio y que tenía por objetivo “hacer todo lo posible para que la reforma se instalara” (entrevista a dirigente gremial). Por su parte, otro dirigente gremial señala que la división estuvo originada porque algunos militantes sindicalistas del partido socialista, “haciéndole honor a lo social, querían socializar cien por ciento el AUGE”, mientras otros consideraban que ello “era imposible”, porque ya se había dicho que iba a cubrir una canasta básica de patologías”,

frente a lo cual reaccionaron afirmando que eran “poco solidarios y consecuentes con la política de salud del país”; ello dio origen a la Fenats Unitaria. Paralelamente, según el mismo entrevistado, el Colegio Médico dejó de lado al resto de los gremios y empezó a negociar directamente con Hernán Sandoval, lo cual significó la división de los gremios de salud (entrevista a dirigente gremial).

Por su parte, el Colegio Médico también rechazó la reforma y sumó a su estrategia de paralizaciones el argumento de la discriminación entre pacientes AUGE y pacientes no-AUGE que la reforma explícitamente introducía. Otra de sus principales críticas se dirigía hacia la propuesta de crear hospitales autogestionados, que funcionarían de manera autónoma y en red, con mayor flexibilidad para manejar sus recursos y la posibilidad de comprar servicios clínicos externos, para así incentivar la eficiencia y reducir la creciente deuda hospitalaria. Su oposición a esta materia se fundaba en que, con ello, se podría caer en riesgo de inconstitucionalidad por permitir a organismos privados realizar la fiscalización de las prestaciones de salud (UDP, 2005: 430).

Sin embargo, las críticas y movilizaciones del Colegio Médico no tuvieron el efecto esperado de paralizar la tramitación de la reforma; más bien lo enfrentaron a una ola de críticas internas y externas debido a las motivaciones de las protestas del gremio, como las provenientes de la senadora Evelyn Matthei, quien sostuvo reiteradamente que el Colegio Médico luchaba sólo por dinero. Mientras tanto, los representantes del gobierno planteaban que “el Colegio Médico no ha sido claro en plantear qué quiere. Sólo ha sido claro en decir que va a detener la Reforma [...] Hay un tema de poder, de identidad, y seguramente hay también un tema de dinero” (UDP, 2005: 431). En la misma línea, el Presidente

Ricardo Lagos acusó personalmente al Colegio Médico de “parar en la mañana en los hospitales y atender sus consultas privadas en la tarde” (El Mercurio, 28.11.02), dejando en evidencia que este tipo de acciones afectaban a los más pobres.

El paro médico de diciembre del 2003 no minó la decisión del gobierno de seguir con la reforma y, frente al escaso éxito de su estrategia, en enero del 2004 el Colegio Médico tuvo que modificar su discurso, cambiando el objetivo de congelar la reforma por el de mejorarla, lo cual evidentemente significaba un éxito para el gobierno (Lenz, 2007: 20).

En este contexto, este organismo -que había sido exitoso en su manera de presión con los gobiernos anteriores-, no visualizó adecuadamente el nuevo escenario político e insistió en movilizaciones y paralizaciones, hecho que lo terminó marginando de la reforma al igual que a los otros gremios. Ello porque, en primer lugar, “la reforma estaba siendo impulsada presidencialmente y no sectorialmente como en los intentos anteriores” y, en segundo lugar, porque la discusión se llevó a cabo en el Congreso, donde el Colegio tenía menor poder de presión (Lenz, 2007: 34).

La Tabla 1 resume el proceso de elaboración del plan AUGE.

5. Conclusiones

La tesis de Kingdon relativa al rol preeminente del Presidente de la República en el proceso de establecimiento de la agenda, es robusta para explicar el caso de Lagos y el AUGE. Lagos controla las alternativas; la idea de reforma se instala en la agenda; una vez en el cargo, usa la prerrogativa de designar o despedir a los ministros que no respondían a su concepción de reforma o ya no eran útiles al propósito para el que fueron designados; él

Tabla I
La ventana de oportunidad en el plan AUGE

		Gobierno de Ricardo Lagos (2000-2006)
Corriente de problemas (Indicadores)		En el año 2000, la OMS ubicó a Chile en el primer lugar en el factor equidad de la sobrevivencia infantil; en el lugar 32 en el indicador de situación y distribución del estado de salud de la población y en el puesto 168 de la dimensión fairness, que se refiere a la justicia en el financiamiento (Vergara, 2007)
Corriente de solución		Secretaría ejecutiva de la comisión interministerial Se crea una instancia paralela al Ministerio de Salud dirigida a elaborar las propuestas de política pública
Corriente política	Actores facilitadores	Ventana de oportunidad, producida por el cambio de administración Presidente Lagos: es el principal promotor, ya que instaura el tema en el programa de gobierno y en la agenda
	Actores obstaculizadores	En una primera etapa: Ministra Bachelet, quien no concuerda con la concepción de reforma promovida por Lagos y Sandoval <u>A lo largo de todo el proceso: Colegio Médico y Gremios de la salud</u>
	Contexto	Favorable para la instauración de la reforma en la agenda, como eje diferenciador del gobierno de Lagos respecto a las administraciones anteriores.

Fuente: Proyecto FONDECYT 1080322.

mismo controla el avance de los proyectos y genera las instrucciones políticas; y cambia el escenario de discusión: del poder ejecutivo al Congreso. De hecho, Lagos sustituye a Bachelet en el Ministerio de Salud, puesto que actuaba como un obstaculizador del proceso de reforma y en su lugar sitúa a Artaza, cuyo objetivo fue negociar los proyectos de reforma en la Cámara. En este contexto, la designación de Artaza fue estratégica, ya que su perfil era más cercano a los sectores reticentes a la reforma en la Cámara Baja y a los sectores estatistas del PS y PPD. Cuando el capital político del ministro se desgasta, producto de la negociación en el Congreso y de las paralizaciones de los gremios de salud, éste es sustituido por el también demócratacristiano Pedro García, quien tiene como objetivo negociar los proyectos de Ley en el Senado. La designación de este último también es estratégica, ya

que el nuevo ministro tiene un perfil más conservador respecto de los anteriores que lo acerca a los sectores políticos de derecha, facilitando la negociación en la Cámara Alta. De esta manera, el rol y la capacidad de decisión de Lagos a lo largo del proceso fue determinante para el desarrollo y final aprobación de la reforma de salud.

El rol preeminente de Lagos también se ve reflejado en el hecho de que él crea una Comisión Interministerial con una Secretaría Ejecutiva de nivel técnico, esta última encargada de la elaboración de las alternativas que serían posteriormente debatidas en la arena política (Congreso). Esta instancia dio origen a una estructura bicéfala que, en un primer momento, dificultó la discusión de opciones de reforma por el choque de posiciones entre liberales -representadas por Sandoval-, y estatistas -encarnadas por Bachelet-, situación

que se solucionó al sacar a Bachelet de Salud y enviarla a Defensa.

Por último, se puede indicar que la ventana de oportunidad surge en la corriente política, ello producto del cambio de administración que hace posible que el tema se incorpore en la agenda de Gobierno. En este sentido, Lagos busca diferenciar su gobierno respecto de las anteriores administraciones de la Concertación (Aylwin y Frei), y el eje diferenciador vino provisto por el concepto de equidad que, en materia de salud, estuvo representado por la reforma de salud y, específicamente, por el plan Auge.

Finalmente, y a pesar de que el creador y gran impulsor de esta importante transformación a la salud fue Ricardo Lagos, el Acceso Universal de Garantías Explícitas en Salud AUGE, terminó incorporado al concepto de “protección social” de la principal opositora en esta reforma, su primera ministra de salud, Michelle Bachelet, quien le sucedió como Presidenta de Chile.

Bibliografía citada

- Boeninger, Edgardo (2008). “Relaciones entre partidos, gobierno y parlamento en el sistema presidencial chileno”. En: Fontaine, Arturo, Cristián Larroulet, Jorge Navarrete e Ignacio Walker (editores). **“Reforma de los partidos políticos en Chile”**. PNUD, CEP, Libertad y Desarrollo, Projectamérica y CIEPLAN. Santiago de Chile. Pp. 191-219.
- Drago, Marcelo (2006). **La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos**. Serie políticas sociales, N° 121, CEPAL. Santiago, Chile. 97p.
- Drechsler, Denis y Johannes Jütting (2007). “Different Countries, Different Needs: The Role of Private Health Insurance in Developing Countries”. **Journal of Health Politics, Policy and Law**. Vol. 32, No. 3. Duke University Press. Chicago, Estados Unidos. Pp. 497-534.
- El Mercurio (2002). Bajo apoyo en centros privados. Jueves 28 de noviembre.
- El Mercurio (2002). Gobierno frena el envío de nuevas indicaciones de reforma a la salud. Miércoles 4 de diciembre.
- El Mercurio (2004). Reforma de la Salud. La operación personal de Lagos para salvar el Auge. 25 de enero.
- García, Pedro (2008). “Prólogo”. En Nancuante, Ulises y Andrés Romero. **La reforma de la Salud**. Instituto de Políticas Públicas y Gestión, Salud y Futuro. Universidad Andrés Bello. Santiago de Chile. Pp 13-15.
- Glaser, Barney; Anselm Strauss (1967). **The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research**. Aldine Publishing Company. Chicago. USA. 271p.
- Jiménez, Jorge (2002). “Plan AUGE: ¿La Carreta Delante de los Bueyes?”. Política Sectorial. Informe No. 222, **Asuntos Públicos**, 10/06/2002. 8p.
- Kingdon, John W. (1995). **Agendas, Alternatives, and Public Policy**, 2nd edition Harper Collins. New York. 273p.
- Lagos, Ricardo (1999). Programa de Gobierno: Para Crecer con Igualdad. Gobierno de Chile. Santiago de Chile.
- 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 N° 38, Junio. CIEPLAN. Santiago de Chile. 34p.
- Mardones, Rodrigo (2007). “Chile: todas íbamos a ser reinas”. **Revista de Ciencia Política**, Volumen especial. Instituto

- de Ciencia Política, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. Pp. 79-96.
- Moe, Terry (1999). "The Presidency and the Bureaucracy: The Presidential Advantage". En Nelson, Michael [Ed.]. **The Presidency and the Political System**, CQ Press. Washington, D.C.
- Navia, Patricio (2003). "Liderazgo en duda". **Revista Capital**, Edición No. 104, 28 de Marzo al 10 de Abril. Santiago de Chile.
- Organización Panamericana de la Salud (2001). Información para la Equidad en Salud en Chile. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Representación en Chile. 93p.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Chile. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Santiago de Chile. 33p.
- Perdomo, Alejandro (2007). "Hegemonía neoliberal y matriz socio política: el caso de la reforma a la salud en Chile". **Revista Gerencia Políticas y de Salud**, enero-junio, Año 6, Vol. 12. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Pp. 83-110.
- Pittman, Patricia (2006). "Beyond the Sound of One Hand Clapping: Experiences in Six Countries Using Health Equity Research in Policy". **Journal of Health Politics, Policy and Law**. Vol. 31, No. 1. Duke University Press. Chicago, Estados Unidos. Pp. 33-49.
- Ruiloba, Juana (2007). "Un marco para el análisis de las políticas públicas: características y elementos definitorios del modelo de las corrientes múltiples de J. W. Kingdon". **Revista Ciencias Jurídicas y Sociales**. No. 2, Abril, Universidad Complutense de Madrid. España.
- UDP (2005). **Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2005**. Derecho a la Salud. Universidad Diego Portales. Santiago de Chile. Pp. 401-442.
- Vergara, Marcos (2007). "Reforma del sector de la salud en Chile: Avances y problemas en la implementación". **Serie en foco**, N° 112, Corporación Expansiva. Santiago de Chile. 19p.
- Yin, Robert (1994). **Case study research: Design and methods**. 2nd edition. Sage Publishing. Beverly Hills. USA. 181p.