



UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES
FACULTAD DE COMUNICACIÓN
ESCUELA DE PERIODISMO

EL PLAN AUGE Y LA ESTRATEGIA COMUNICACIONAL DEL GOBIERNO
Análisis sobre el proceso de Reforma de la Salud en Chile

MARÍA EUGENIA MULLER SILVA
Tesis para optar al grado de Licenciado en Comunicación Social

Profesor Guía: Abraham Santibáñez

Santiago, Chile

2004

Dedicatoria

A mi familia, por su constante apoyo durante estos cinco años.

A mi novio Koke, por su comprensión e incondicionalidad.

Agradecimientos

A “Cristo Jesús, nuestro Señor, al que presentará cuando sea tiempo, al Bienaventurado y Único Soberano, Rey de Reyes y Señor de Señores. Al único inmortal, al que vive en la luz inaccesible y que ningún hombre ha visto ni puede ver, a Él sea el honor y el poder por siempre jamás. ¡Amén!” 1 Timoteo 6, 15-16

Resumen

El sistema de salud chileno ha evolucionado paulatinamente desde la Colonia. A partir de 1981, cuando nació la salud previsional, se dividió en un sector público y otro privado, FONASA e ISAPREs respectivamente. Este sistema, vigente hasta hoy, se caracteriza por su inequidad y desigualdad en la entrega de los servicios: FONASA, con el 83% de los cotizantes, reúne a las personas de más bajos ingresos y más alto riesgo. El cambio epidemiológico y demográfico de la población, lo ha convertido en un sistema inadecuado e ineficiente para satisfacer las necesidades sanitarias del país.

La urgencia por mejorar la salud de los chilenos y el debate sin consenso entre los actores más relevantes del sector, incentivó al gobierno de Ricardo Lagos a proponer una **reforma a la salud**, postergada por más de diez años.

El Plan AUGE, uno de los cinco proyectos de ley enviados al congreso, pasó a ser, a través de una **estrategia comunicacional** basada en una serie de spots televisivos, el eje de la reforma. Al principio, la mayoría de las personas no entendían lo que era exactamente el AUGE, pero sí creían que iba a mejorar el sistema de salud.

La fuerte resistencia de la oposición y de los gremios, apoyada también por una fuerte estrategia comunicacional impulsada por el Colegio Médico, provocó confusión en la ciudadanía respecto a la reforma y le restó credibilidad.

Este reportaje en profundidad, tiene como objetivo analizar la estrategia comunicacional que utilizó el gobierno para la reforma de la salud e investigar por qué la mayoría de las personas **no entienden el Plan AUGE**.

El análisis y estudio de los proyectos que componen la reforma, además de las entrevistas realizadas a los principales actores del sector salud y a expertos en el tema, demuestran que la actual propuesta mejoraría la salud en Chile y el hecho de que el AUGE no sea comprendido por el público es una de las tantas consecuencias de una inadecuada estrategia comunicacional.

No definir sus públicos, fijar objetivos políticos a corto plazo, posicionar la marca AUGE sin un contenido claro, asociar una necesidad histórica –como la reforma de la salud- con una ‘figura emergente’ como Artaza, entre otros errores, provocaron un vacío comunicacional en la mente del público, porque se trató de ‘vender’ y no de informar, que

era lo que correspondía en este caso. El débil posicionamiento del Plan AUGE ayudó a que la contra-estrategia de los grupos opositores lograran su objetivo: generar confusión y desconfianza en la reforma.

El hecho de que la reforma no contara con una planificación estratégica comunicacional que se preocupe del desarrollo del proceso como un todo trajo, en consecuencia, que sus efectos aún repercutan en su imagen y lo sigan haciendo en el futuro.

TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
Dedicatoria	Pág. 2
Agradecimientos	Pág. 3
Resumen	Pág. 4
Introducción	Pág. 10
CAPÍTULO I: Historia del Sistema de Salud en Chile	Pág. 13
Desigualdad desde Siempre	Pág. 14
Los primeros pasos de la salud en Chile	Pág. 17
Siglo XIX: La profesionalización del sector y la participación del Estado	Pág. 18
Siglo XX: Las Primeras Reformas y los tres pilares de la salud	Pág. 21
Los Tres Pilares: SERMENA, SNS y Mutuales de Seguridad	Pág.23
Evaluación Preliminar	Pág. 25
1973-1990: “La Gran Reforma Modernizadora”	Pág. 26
Descentralización y Privatización, nueva resistencia de los Médicos	Pág. 27
Creación del FONASA y otros entes Públicos	Pág. 28
Nace el Sector Privado: Las ISAPREs	Pág. 29
Una Reforma “De dulce y de agras”	Pág. 31
Las Modificaciones de los ’90	Pág. 34
Camino al Cambio	Pág. 37
CAPÍTULO II: La Salud en Chile Hoy	Pág. 38
El Sistema de Salud Chileno: Dos Sectores	Pág. 39
El Sector Público	Pág. 40
FONASA: Dos Modalidades de Atención	Pág. 41
El Sector Privado	Pág. 43

Evaluación Preliminar del Sistema Actual	Pág. 45
Desigualdad en el Sistema: Urgente una Reforma	Pág. 46
Deficiencia en FONASA e ISAPREs	Pág. 47
Lo Bueno y lo Malo	Pág.49
Una Reforma Necesaria	Pág. 52
CAPÍTULO III: La Reforma de la Salud: ‘El Plan AUGE’	Pág. 56
Año 2000: “Crecer con Equidad”	Pág. 57
Un largo Preámbulo	Pág. 58
Reforma de la Salud: Prioridad en la Agenda	Pág. 61
El Anuncio	Pág. 65
La Propuesta	Pág. 67
La Base de la Reforma: Cómo se definieron sus contenidos	Pág. 67
i) Objetivos Sanitarios, Metas y Modelo de Atención	Pág. 67
ii) Plan de Salud Garantizado y Derechos de las personas	Pág. 70
Los Ejes transversales	Pág. 71
Los Proyectos	Pág. 72
1. Autoridad Sanitaria y Gestión	Pág. 72
2. Régimen de Garantías en Salud, Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE)	Pág. 74
Prioridades Sanitarias	Pág. 76
El Fondo Solidario	Pág. 78
3. Regulación de ISAPREs	Pág. 80
4. Derechos y Deberes de las Personas en Salud	Pág. 81
5. Financiamiento	Pág. 82
Plan Piloto	Pág. 83
Una Reforma Compleja	Pág. 84
CAPÍTULO IV: Debate en torno al AUGE	Pág.86

La Discusión en el Parlamento	Pág. 87
Controversias Puntuales y Modificaciones	Pág. 89
Dónde Radica la ‘Autoridad’	Pág.89
Garantías ‘Duras y Blandas’	Pág. 90
Superintendencia de Salud	Pág. 91
ISAPREs, Obligadas a Adaptarse	Pág. 91
Un Problema de ‘Fondo’	Pág. 93
Una Resistencia Esperada	Pág. 93
El Debate sin Consenso	Pág. 95
Los Puntos de Controversia	Pág. 96
Los Motivos Ocultos	Pág. 99
La Defensa por la Libre Elección	Pág. 99
Protocolos no definidos	Pág. 101
Evaluación de los Expertos: Lo Bueno y lo Malo	Pág. 102
Elogios de la OMS	Pág. 105
Los Proyectos uno a uno	Pág. 106
Evaluación en la Práctica	Pág.111
El Gobierno firme con su Compromiso	Pág. 114
Cambios a medio Camino	Pág. 117
Un Duro Panorama	Pág.118
CAPÍTULO V: La Estrategia Comunicacional: La Marca ‘Auge’	Pág. 121
La Reforma en la Mente de Chile	Pág. 123
Una Estrategia Política	Pág. 124
Una Nueva Marca: AUGE	Pág. 127
“El Empuje Inicial”	Pág. 129
Pedro García: Bajo Perfil	Pág. 131
La Resistencia Estratégica	Pág. 132
“El AUGE es puro cuento”	Pág. 133
“Hagamos una Reforma de Verdad”	Pág. 135
La Polémica por los spots de \$600 millones	Pág. 135

Parte de la contra – estrategia	Pág. 137
El contra – ataque del Colegio Médico	Pág. 139
‘Urge cambiar el AUGE’	Pág. 140
Pronóstico 2004	Pág. 142
El Juicio de los Expertos	Pág. 144
Del Éxito, al Vacío y a la Confusión	Pág. 145
Una Estrategia enfocada en el AUGE	Pág. 146
“Muchos Errores”	Pág. 149
Consecuencias Estratégicas que Podrían Continuar	Pág. 153
Conclusiones	Pág. 155
Bibliografía	Pág. 167
Anexo	Pág. 171

Introducción

El 21 de mayo del 2002 el Presidente de la República, Ricardo Lagos Escobar, anunció al país que la reforma a la salud, tan necesaria en el actual sistema, se haría realidad durante su gobierno. El instrumento que haría posible la entrega de mejor atención de salud a todos los chilenos sería el Plan AUGE.

Después de varios años a la espera de un cambio en un sistema de salud inequitativo, discriminatorio, con falta de acceso y oportunidad en atención para las personas, se posicionaba en la sociedad el AUGE, uno de los cinco proyectos de ley que componen la reforma.

Sustentada en una estrategia comunicacional impulsada directamente por el Ministro de Salud, Osvaldo Artaza, la reforma se convirtió en el proyecto más emblemático del Presidente Lagos.

Inmediatamente se difundió en spots televisivos y radiales que la reforma de la salud iba a ser posible y que todos los chilenos iban a ‘ganar’ con el AUGE. Sin embargo, y a pesar de la difusión mediática, nadie, excepto los expertos que manejan la complejidad técnica de los contenidos, parecía entender lo que estas cuatro letras significaban.

La mayoría de los chilenos sabían que existía una reforma en marcha, pero no sabían de qué se trataba, qué contemplaba, cuáles serían los cambios al actual sistema y en qué los beneficiaría.

La fuerte oposición de los diferentes actores del sector: gremios de la salud, Colegio Médico, políticos e ISAPREs, desató un intenso y polémico debate. Cualquier error cometido por el equipo de la reforma era utilizado en contra que, acompañado de una potente campaña comunicacional impulsada por el Colegio Médico, generó confusión en la ciudadanía y restó credibilidad a la propuesta. Tanto así, que le costó el cargo al Ministro Artaza.

Este reportaje en profundidad tiene como objetivo el análisis de la estrategia comunicacional que utilizó el gobierno para la reforma de la salud y dilucidar por qué la mayoría de los chilenos no entienden el Plan AUGE, posicionado como ‘la reforma’.

La investigación gira en torno a descubrir cuál es la falla en la estrategia comunicacional que ha usado el gobierno para explicar el Plan AUGE, provocando su incompreensión por parte del público.

La propuesta realizada por el gobierno, si bien tiene errores de diseño, parece ser adecuada para la realidad sanitaria del país. La reforma a la salud no perjudicará a los pacientes, sino que modernizará el sistema y pretendiendo hacerlo más eficiente y equitativo. El problema radica en el plan estratégico que sustentó al Plan AUGE. Las inadecuadas estrategias y tácticas utilizadas en el proceso tuvieron como consecuencia que el público no entienda el contenido de dicho proyecto y de la reforma en general, y que posteriormente ésta perdiera credibilidad.

El reportaje está dividido en cinco capítulos que, basados en la hipótesis anteriormente planteada, desarrollarán, analizarán e interpretarán el tema propuesto. Las principales fuentes utilizadas, además de textos, diarios y artículos, fueron las entrevistas realizadas a expertos en el tema, actores, detractores y creadores de la reforma, las que permitirán un acercamiento al escenario de investigación, en un estudio más objetivo.

El primer capítulo indaga en la historia del sistema de salud chileno, que permitirá visualizar cómo se llegó al actual sistema (FONASA e ISAPREs). El segundo capítulo describe al actual sistema de salud en Chile. De esta forma, analizar los desafíos pendientes, los cambios necesarios y poder comparar si la propuesta los tiene contemplados.

El tercero, describe y analiza la reforma y sus cinco proyectos, sin omitir el escenario político donde se desarrolla el proceso. Este capítulo explica la reforma con el fin de entender su contenido, y observar si el problema es de la estrategia o si efectivamente es un tema complejo y difícil de comprender.

El cuarto capítulo analiza el debate y la discusión en torno a la reforma. Describe el contexto político, la resistencia de la oposición y evalúa los proyectos y su aplicación en la realidad. De esta forma poder entender las decisiones estratégico-políticas que se tomaron, y que posteriormente ayudarán a comprender la estrategia comunicacional y por qué se decidió que fuera de una determinada forma y no de otra.

Finalmente, el quinto capítulo analiza y evalúa la estrategia comunicacional en sí. Qué se hizo bien y qué se hizo mal. Asimismo, describe la estrategia del Colegio Médico y de la oposición.

La salud es un bien social que afecta a todas las personas, por lo tanto es necesario que los principales actores entiendan cuáles van a ser los cambios y en qué se van a ver beneficiados o perjudicados. Es por eso que esta investigación pretende dilucidar las dudas en torno al Plan AUGE, cuáles son los contenidos de la reforma y por qué no se entiende. Así también analizar un caso desde el punto de vista comunicacional y aprender de él.

La mayoría de los proyectos está en segundo trámite legislativo, es decir, en el Senado. El gobierno espera que para mayo o junio del 2004 estén aprobados. En marzo del 2004 las autoridades decidieron postergar su implementación –que inicialmente estaba programada para el 2005 o 2006- hasta el 2007 y en forma gradual.

A pesar de que la reforma es casi una realidad, la mayoría de los chilenos aún no tiene claro qué contempla el Plan AUGE y en qué cambiará al sistema de salud.

Mientras las discusiones continúen en el Congreso los de más proyectos no están exentos de cambios, y es posible que el debate se prolongue más allá de lo planificado. El caso del Plan AUGE y la reforma de la salud no termina en este estudio, sino que recién comienza.

CAPÍTULO I

HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

Desigualdad desde Siempre

El 4 de septiembre del 2002 'Marcela Pérez', de 24 años (quien prefiere no revelar su nombre), decidió hacerse un test de embarazo. Tenía los nervios de punta, ya que estaba atrasada 10 días en su periodo.

Esa tarde confirmó que estaba embarazada. Tenía un mes y no sabía qué hacer. A Cristóbal, su 'pololo', sólo lo conocía 5 meses. Ni siquiera se imaginaba cómo iba a reaccionar, pero lo que sí tenía claro era que para su familia iba a ser el golpe más duro que podía recibir. Sin más rodeos le contó a su reciente novio que iban a ser padres. Él no se mostró contento, pero tampoco lo tomó como una tragedia. Sorprendentemente la abrazó y le brindó todo su apoyo.

Cuando les dijo a sus padres, una semana después de saber la noticia, pasó lo que imaginaba: "¡Cómo puedes ser tan irresponsable! Y ahora ¿Cómo vas a pagar el parto y cómo vas a mantener a ese niño?... ¡Si es tan caro! ¡Y más encima con ese 'cabro' que apenas conoces!".

Cristóbal no ganaba mucho dinero, unos \$150.000 aproximadamente, por lo tanto sólo tenía acceso al sistema de salud público, es decir, FONASA. Marcela vivía en San Miguel y su situación tampoco era muy buena, además que su padre no le iba a prestar ni un sólo peso para financiar los gastos de hospitalización y todo lo que implica tener un hijo.

Ambos buscaron un lugar lo más barato posible. No les quedó otra que optar por un hospital público. El hospital Barros Luco fue el escogido, a parte que le quedaba cerca de su casa.

El 10 de mayo, Marcela sintió las primeras contracciones. Había llegado el día del parto. Parada en una larga 'cola' de madres primerizas, no aguantaba los fuertes dolores que iban y venían. Cristóbal tuvo que dar todos los datos de ella. No pudieron acceder a pensionado, porque en el Hospital sólo atendían a través de la modalidad institucional, es decir, que el paciente no puede escoger al médico tratante, sino que la institución se lo asigna. Debido a esto ingresó a la sala de parto como paciente de alto riesgo, porque en ese tipo de modalidad el hospital no realiza los controles permanentes durante el embarazo, al ser de esta forma tienen el riesgo de enfrentarse a un parto complicado, etc. En consecuencia, fue atendida por el equipo médico de turno, entre los cuales había incluso alumnos en práctica.

A las 6:45 P.M. nació 'Jocelyne' sin ningún inconveniente: fue parto normal. Sin embargo, Marcela tuvo que quedarse en una gran pieza con cinco madres más. Cada una con su 'guagua' al lado. Ni siquiera podía descansar, porque tenía que preocuparse hasta de mudarlos. Los otros bebés lloraban y lloraban. La atención no era la óptima, hacía mucho frío, la pintura de las paredes se caía a pedazos, el suelo parecía insalubre y del olor... para qué hablar. Además, cuando llegaban a visitar a las otras madres, no tenía absolutamente nada de privacidad.

Finalmente, tuvieron que pagar sólo \$25.000. El costo total del parto fue de \$250.000, pero a las personas correspondientes al Grupo C, como era el caso de Cristóbal (su sueldo fluctúa entre \$115.648 y \$168.486), FONASA les bonifica el 90% de la atención, y por ende ellos tuvieron que pagar, 'gracias a Dios', sólo el 10% del total.

Aproximadamente un mes después Catalina Eyzaguirre de 20 años, dio a luz a su primer hijo en la Clínica Alemana de Santiago: Jorge Ignacio. Al igual que Marcela, quedó embarazada antes de casarse, pero con la diferencia de que sus padres gozaban de una buena situación económica.

El padre de Catalina, Jorge Eyzaguirre de 45 años, cotizaba en la ISAPRE Colmena Golden Cross. Casi \$100.000 mensuales (7% de su renta) entregaba a dicha institución, lo que le garantizaba a él y su familia el acceso a uno de los planes 'top' de esta ISAPRE, y por ende la mejor atención médica, ya sea en los centros de Colmena habilitados para estos servicios o en cualquier entidad o profesional que estuviera adjudicado al sistema, como lo son por ejemplo la Clínica Alemana, Clínica Tabancura, Arauco Salud, entre otros.

Debido a esto Catalina tuvo una excelente atención en una de las mejores habitaciones de la clínica: individual, con calefacción, baño privado, televisión por cable y una enfermera a su disposición las 24 horas del día. A su bebé sólo se lo llevaban cuando tenía que amamantarlo y cuando ella lo deseaba, por lo que durante la noche dormía cómoda y tranquilamente. Todo por la módica suma de: \$286.358. El plan de su padre cubrió el 90% de los gastos que sumaban un total de \$2.836.581.

Casos como los de Marcela y Catalina ocurren unas 700 veces al día en Chile.¹ Ambos son sólo un ejemplo de la desigualdad que existe en el actual sistema de salud. Hay casos más impactantes aún, donde incluso la vida de las personas se pone en riesgo.

El escenario se caracteriza por operaciones urgentes postergadas por meses, largas ‘colas’ en los consultorios, atención inadecuada e inoportuna, entre otros problemas, mientras que en el sector privado sucede todo lo contrario.

“Nuestro sistema tiene dos o tres grandes problemas que son importantes. El primero es un problema de equidad en el acceso. Chile está dividido en dos subsistemas: uno público y uno privado, y los dos funcionan con lógicas diferentes. El sistema público funciona con una lógica de reparto y el privado funciona con una lógica de seguro individual de prima ajustada por riesgo. Entonces cuando tú tienes dos sistemas operando de esta manera, la gente va tomando decisiones en función de cómo va cambiando su nivel de riesgo y su nivel de ingreso”,² asegura Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de la Fundación Salud y Futuro,^{*} y experto en el tema de las reformas de salud.

Es evidente que nuestro país necesita una reforma de salud. Un nuevo sistema que garantice a todas las personas acceso, equidad, y que no discrimine por ingresos, edad, sexo, etc., porque la salud es una necesidad básica del ser humano.

El Plan Auge, uno de los cinco proyectos propuesto por el gobierno del Presidente Ricardo Lagos, y que será analizado en el quinto capítulo de este reportaje, aspira a eso. Porque Independientemente de los problemas que tuvo y que tiene en el Congreso para la promulgación de las distintas leyes que los sustentan, alejado de las dificultades de financiamiento y de la opinión contraria del Colegio Médico, es un proyecto que pretende garantizar la atención de un grupo amplio de enfermedades, y brindar mayor acceso, oportunidad y calidad de atención en salud a los pacientes.

¹ Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2000

² Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de Junio 2003.

* Fundación Salud y Futuro es un centro pluralista de reflexión, pensamiento y análisis de la realidad del sector salud destinado a formular opiniones, plantear ideas y proposiciones que contribuyan al desarrollo futuro de los sistemas de salud, tanto público como privado en nuestro país, en cuanto al cuidado de la salud, su protección y la prevención de enfermedades.

El actual sistema necesita una reforma, porque es inequitativo y desigual. Por esto la Reforma a la Salud no sólo está compuesta por el Plan Auge, sino que existen otros cuatro proyectos de ley que tienen el mismo objetivo y que en conjunto mejorarán el sistema y la salud de los chilenos.

Para entender la situación actual del sector es necesario ir al pasado, recurrir a la historia para entender cómo y por qué se crearon las instituciones que hoy conforman el sistema de salud: FONASA e ISAPREs.

La evolución de este sector ha sido paulatina. En un comienzo bastante precaria, donde poco a poco el Estado comenzó a participar, a intervenir y a tomar un rol activo. Una serie de reformas a lo largo de la historia desembocaron en lo que hoy es el sistema actual.

Los primeros pasos de la salud en Chile

“La referencia más remota que se tiene acerca de la preocupación por la salud corresponde a los tiempos de la Conquista y la Colonia, época en que las primeras medidas sanitarias estuvieron a cargo de los cabildos creados por la Corona española.”,³ señalan el subdirector del programa de Magíster en Administración de Salud de la Universidad de Chile, Ernesto Miranda Radic, y el jefe del programa del Ministerio de Salud-Banco Interamericano de Desarrollo, Marcos Vergara, en su libro *Estructura y Comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y Uruguay*. (Ver en Anexo figura 1)

Estos primeros centros asistenciales cumplían funciones de “centros de recuperación de la salud, de aislamiento en casos de epidemias y de servicios de asistencia social, ya que se recogía en ellos a los ancianos pobres sin más patología que la vejez y la miseria”.⁴

³ Miranda Radic, Ernesto; Vergara, Marcos. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estructura y Comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y Uruguay. Capítulo III: Evolución y Estructura del Sector Salud en Chile. Pág. 30

⁴ Novoa Fuenzalida, Patricio. Derecho de la Seguridad Social. Editorial Jurídica de Chile. Santiago, 1977. Pág. 227

En esta época el Estado no intervenía y la experiencia en medicina en ese entonces era mínima, hasta la creación del primer hospital chileno por Pedro de Valdivia a mediados del siglo XVI encomendado por el Rey de España. Contaba apenas con 50 camas y en poco tiempo pasó a llamarse San Juan de Dios, debido a que esa congregación religiosa tomó la principal responsabilidad de ese establecimiento.

Las malas condiciones higiénicas provocaban una serie de enfermedades infecto-contagiosas muy difíciles de controlar, como la viruela, tifus, sarampión, tuberculosis, enfermedades venéreas, entre otras.

El bajo nivel socioeconómico y la ruralidad del país hacían casi imposible el acceso a estos precarios establecimientos de salud creados en la época.

El artesanado fue “el primer grupo de obreros en organizarse como gremio”,⁵ según afirman estos mismos autores en su libro *La Salud en Chile*. Posteriormente, este grupo sufrió las adversidades económicas de la época y se convirtió en un importante protagonista de la evolución del sector salud en el país.

Siglo XIX: La profesionalización del sector y la participación del Estado

Según Miranda y Vergara pasaron tres siglos en que no hubo mayores avances en el área, y la salud de la población no mejoró. Sólo el inicio de las campañas de vacunación antivariólica a comienzos del siglo XIX, generó un pequeño cambio, mejorando la situación.

Con la creación de la Junta Central de Vacunación, estas campañas se volvieron recurrentes a nivel nacional.

Poco a poco el país comenzó a tomar iniciativa propia. La misma independencia dio a las autoridades de la época más atribuciones y la motivación para crear entidades que en ese

⁵ Miranda, Ernesto; Loyola, Verónica; Vergara, Marcos; Giaconi, Juan; Abel-Smith, Brian; Caviedes, Rafael; Oyarso, César. *La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas*. Capítulo I: Perspectiva Histórica y reformas del gobierno militar. Centro de Estudios Públicos. Pág. 30

entonces eran primordiales. Como los inicios del Sistema Nacional de Salud que se llamó en primera instancia Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos de Santiago.

Pero quizás una de las entidades que más aporte entregó en el avance y progreso de la salud en el país durante esa época fue la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile creada en 1842. Tenía la facultad de “desarrollar la disciplina médica, estudiar las enfermedades endémicas existentes en Chile y mejorar la higiene pública y doméstica”.⁶

La formación de profesionales de la salud fue clave para la evolución del sector, ya que muchos de ellos ocuparon importantes cargos públicos, tanto en el poder ejecutivo como en el legislativo⁷ (entre diputados, senadores y ministros) lo que impulsó el sector significativamente, tanto en la promulgación de leyes como en la participación del Estado, ya que tenían directa relación con el poder que manejaba el país.

Un siglo más tarde los médicos crearán el Colegio Médico de Chile (1949), agrupación que incentivó el correcto ejercicio de la profesión. La agremiación de estos profesionales les brindó tanto poder, que incluso tenían la facultad de impedir la dictación de leyes.⁸

Según Verónica Loyola y Marcos Vergara “hacia 1950, existía en el país un movimiento ya organizado formado por Sociedades de Socorros Mutuos (SSM), entidades que conformaban sistemas solidarios de ahorro privado destinados a otorgar principalmente prestaciones de salud y previsión a sus afiliados”.⁹

“La fundación de una Sociedad de Socorros Mutuos se inicia cuando un grupo de trabajadores decide unirse para socorrerse. Una vez constituida, le dan un nombre y una reglamentación. Los socios pagan una cuota de inscripción y abonan semanalmente una cantidad. Por su parte la sociedad contrata los servicios de personal sanitario, incluidos

⁶ Miranda Radic, Ernesto; Vergara, Marcos. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estructura y Comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y Uruguay. Capítulo III: Evolución y Estructura del Sector Salud en Chile. Pág. 32

⁷ Miranda, Ernesto; Loyola, Verónica; Vergara, Marcos; Giaconi, Juan; Abel-Smith, Brian; Caviedes, Rafael; Oyarso, César. La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas. Capítulo I: Perspectiva Histórica y reformas del gobierno militar. Centro de Estudios Públicos. Pág. 35

⁸ Miranda, Ernesto; Loyola, Verónica; Vergara, Marcos; Giaconi, Juan; Abel-Smith, Brian; Caviedes, Rafael; Oyarso, César. La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas. Capítulo I: Perspectiva Histórica y reformas del gobierno militar. Centro de Estudios Públicos. Pág. 42

⁹ Miranda, Ernesto; Loyola, Verónica; Vergara, Marcos; Giaconi, Juan; Abel-Smith, Brian; Caviedes, Rafael; Oyarso, César. La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas. Capítulo I: Perspectiva Histórica y reformas del gobierno militar. Centro de Estudios Públicos. Pág. 30

médicos. Dichas sociedades crecen a fines del siglo XIX y principios del XX, constituyéndose en una importante forma de acceso a servicios de atención en salud”, afirma el ex Ministro de Salud, Osvaldo Artaza, en su libro *Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino*.¹⁰

Ya a fines del siglo XIX la responsabilidad del Estado en materia de salud pública comenzó a hacerse cada vez más notoria.

Se establecieron las primeras ‘leyes’ o ‘reglamentos’ para controlar el sistema. Las Constituciones incorporaron normas que “confiaron a las municipalidades el control de la salubridad”.¹¹ De esta forma comenzaron a manejar el desorden existente a través de la creación de diversas ‘juntas’ y/o agrupaciones de los diferentes organismos que había en ese momento, como por ejemplo la Junta de Beneficencia, ex Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos de Santiago.

Para asesorar al gobierno en materia de salud el Ministerio del Interior estableció la Junta General de Salubridad, que más tarde se llamó Consejo Superior de Higiene.

Hasta entonces el sistema de salud estaba basado en la caridad. Sin embargo, el Estado comenzó a vislumbrar que debía asumir una mayor responsabilidad organizativa debido al aumento de diversas pestes que comenzaron a afectar a la población del país.¹²

“Es entonces el cólera, quien jugó un rol histórico de cuestionar el sistema sanitario tradicional y de obligar a la formulación de las primeras políticas públicas y del aumento de la ingerencia del Estado. Es en aquella época donde se desata una fuerte polémica sobre el rol del estado en “bienes públicos” como vacunación obligatoria y acciones sobre las personas y el ambiente de carácter compulsivo frente al cólera”, señala el ex Ministro de Salud, Osvaldo Artaza.

¹⁰ Artaza, Osvaldo. *Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino*. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 6

¹¹ Libedinsky Moscovich, Gabriel. *El Sistema Público de Salud en Chile*. Seminario Universidad Diego Portales. Pág. 12

¹² Artaza, Osvaldo. *Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino*. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 7

Los cambios empezaron a generar poco a poco un orden y organización aceptable, con un paulatino concepto de “Estado Asistencial o de bienestar en salud”.¹³

En 1917 se creó el Consejo Superior de beneficencia que unió a todos los hospitales de la época.

Según Artaza, ese mismo año “el Ministro de Salud del Presidente Sanfuentes decía ante la Cámara: “La beneficencia, no es un acto facultativo, voluntario, sino un servicio público, una carga social a la cual el gobierno esta obligado a subvenir”.¹⁴

Al año siguiente se creó el primer Código Sanitario, reformado posteriormente en 1925, 1931 y 1968, dando un marco jurídico a todo lo referente a salud.¹⁵

Siglo XX: Las Primeras Reformas y los tres pilares de la salud

Los años '20 del siglo pasado se caracterizan por las reformas aplicadas al sistema de salud vigente hasta entonces en el país, las cuales ayudaron a mejorarlo notablemente.

Con el surgimiento de la previsión social comienza una etapa de cambio y de real preocupación por este derecho básico de las personas.

El rol de los obreros fue fundamental, ya que su organización y el movimiento sindical desarrollados en torno a las salitreras aspiraban a perfeccionar el servicio médico, la atención y el beneficio a indigentes.¹⁶ Gracias a esto ellos tuvieron la posibilidad de acceder a diversos beneficios antes que el resto de la población: otros empleados y trabajadores. Los obreros lucharon por esto, ya que las condiciones de hacinamiento en las que vivían eran deplorables, pero ellos querían una mejor calidad de vida y ejercieron presión. Debido a su capacidad de organización alcanzaron diversos beneficios antes que cualquier otro empleado.

¹³ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 7

¹⁴ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 7

¹⁵ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 7

¹⁶ Miranda, Ernesto; Loyola, Verónica; Vergara, Marcos; Giaconi, Juan; Abel-Smith, Brian; Caviedes, Rafael; Oyarso, César. La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas. Capítulo I: Perspectiva Histórica y reformas del gobierno militar. Centro de Estudios Públicos. Pág. 31

1924 es un año crucial en tema de cambios y avances. Como respuesta a las exigencias del movimiento obrero, el gobierno liberal de Arturo Alessandri promulga la Ley de Seguro Obrero Obligatorio (Ley 4.054) que crea la Caja de Seguro Obrero Obligatorio. Entre otras cosas incluye y compromete al Estado en la participación de la seguridad social.¹⁷

“Y se crea la Ley de Seguro Social en Chile como una respuesta política a una situación que se estaba dando en ese entonces. Afortunadamente para el país fue una buena ley, y una ley que le empezó a dar protección a los trabajadores en el ámbito de la seguridad social en general, protección de vejez, invalidez, muerte, y también protección en salud. De tal manera que esto es la base de lo que en definitiva permite que posteriormente, muchos años después, se genere un sistema de seguridad social de salud más grande”, señala Héctor Sánchez, Magíster en Salud Pública y Director de la Fundación Salud y Futuro.

Asimismo se funda el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, que después se llamó Ministerio de Salubridad, y que pasó a ser lo que hoy es el Ministerio de Salud Pública. Bajo su dependencia quedaron todas las estructuras de atención de salud y de previsión social existentes hasta la fecha, incluso las referentes al ámbito del trabajo y vivienda. Sin embargo, tiempo después se fue especializando netamente en el tema de salud.¹⁸

Posteriormente, y gracias a la evolución que paulatinamente iba experimentando el sistema, se ampliaron los beneficios a los obreros con la creación de la Ley de Medicina Preventiva (Ley 6.174 / año 1938), ya que antes éstos sólo tenían acceso a la medicina curativa. En ésta última las personas sólo tenían derecho a atención cuando se sentían realmente mal. De esta forma, la medicina preventiva comenzó a mejorar notablemente la calidad de vida de las personas.

¹⁷ Miranda, Ernesto; Loyola, Verónica; Vergara, Marcos; Giaconi, Juan; Abel-Smith, Brian; Caviedes, Rafael; Oyarso, César. La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas. Capítulo I: Perspectiva Histórica y reformas del gobierno militar. Centro de Estudios Públicos. Pág. 32

¹⁸ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 8

Los Tres Pilares: SERMENA, SNS y Mutuales de Seguridad

A mediados del siglo XX (1942) se crea uno de los pilares del sistema de salud de esa época: el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). Tenía el objetivo de brindar medicina preventiva a “los afiliados a la Caja de Previsión de Empleados Públicos (CANAEPU) y a la Caja de Previsión de Empleados Particulares (EMPART).

Una década después (1952) y continuando con el progreso, se crea el segundo pilar: el Servicio Nacional de Salud (SNS), que reagrupó a las diversas entidades de salud existentes dispersas en todo el sector público.

La creación del SNS fue un proyecto elaborado por quien fuera Ministro de Salud en los años '40, Salvador Allende. Incentivado por la eficiencia con que actuaron las instituciones de salud existentes hasta entonces en el terremoto de Chillán (1939), por el hecho de estar ‘bajo un solo mando’, Allende propuso crear un organismo que agrupara las diferentes estructuras, otorgándoles cierta organización. Sin embargo, el proyecto durmió 12 años en el Congreso.¹⁹

El SNS se creó “como un ente independiente del Ministerio de Salud; al Ministerio de Salud se lo deja fundamentalmente en el ámbito de las políticas y la regulación y el SNS se queda a cargo de toda la infraestructura. Y allí se inicia en el país un gran, un gran cambio, desde el punto de vista del desarrollo del sistema de salud chileno, donde comienza un plan de desarrollo de infraestructura de equipamiento a lo largo de todo el país y se construyen la mayor parte de los hospitales que hay en Chile hoy, se construye una red de centros ambulatorios y los médicos obviamente estuvieron en contra. Los médicos sistemáticamente se opusieron a esta reforma, se opusieron a la creación del SNS en forma violenta”, asegura Sánchez.

Según el experto el gremio médico siempre ha sido muy conservador y asegura que frente a cada cambio siempre se han opuesto. “Había razones políticas, pero fundamentalmente había razones gremiales”, afirma el Director de la Fundación Salud y Futuro.

¹⁹ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 9

“Los médicos de la época, que ejercían mayoritariamente la medicina liberal, organizados en una poderosa Asociación Médica, vieron que la medicina social les amenazaba con reducir sus ingresos y públicamente decían: "Empleados y obreros creen que el médico disfruta y aprovecha de un régimen que ellos tienen por derecho propio, olvidándose que antes de que aceptáramos el sacrificio de nuestra profesión liberal para funcionarizarnos, ellos pagaban costosamente su situación de enfermos o imploraban una caridad vergonzante para obtener salud y vida... No cabe a nuestro juicio otro camino que colocarnos también egoístamente en un lugar clasista y defender nuestros fueros, aún a trueque de que se pierda un caro progreso y un ideal que terminará por matarnos de hambre y amarguras. Si los poderes públicos, si las autoridades médicas, si los consejeros profanos y los propios beneficiados con nuestra obra no quieren aceptar que los médicos son hombres dignos, seleccionados por el estudio y trabajadores con derecho a la vida, lancemos nuestro reto y empujemos nuestras armas para defendernos"²⁰, recuerda Artaza en su libro.

Sánchez sostiene que los médicos se oponían a la creación del SNS porque antes tenían diversas alternativas de empleador, y a partir de la existencia de esta nueva institución tendrían sólo uno: el Estado. Para esto negociaron con el gobierno lo que se llamó un ‘Estatuto del Médico Funcionario’ que, según afirma Sánchez, en su momento se llamó irónicamente ‘Estatuto del Médico Millonario’, a través del cual, agrega Artaza, “se aseguraba a los profesionales, por ley de la República, remuneraciones excelentes para la época a cambio de su dedicación exclusiva a las tareas de la medicina estatal”.²¹

“Es decir, hubo por parte del Estado que pagar una cantidad de recursos muy fuerte para que, en definitiva, los médicos se allanaran a la aprobación de una ley como la del SNS. O sea ese fue el rol de los médicos en el SNS. Y posteriormente los médicos cuando ya obtienen su estatuto, se incorporan al sistema y se empiezan a involucrar y a participar fuertemente en el desarrollo técnico del SNS”, explica Héctor Sánchez. Después de una gran batalla política, los médicos terminan apoyando el SNS.

²⁰ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 9

²¹ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 9

Por otra parte y bajo el amparo de la promulgación del Código del Trabajo en 1925 -que obligaba al empleador a responder económicamente por los accidentes ocurridos en la empresa a sus empleados- nacieron las primeras mutualidades de seguridad (1958), las cuales brindaban cobertura a accidentes laborales.

Según Miranda y Vergara, con las mutuales se conformarían los tres pilares del sistema de salud, aunque este último no tan importante como los otros dos anteriores (SERMENA Y SNS).

En 1968 la Ley de Medicina Curativa (Ley 16.781) permite que los afiliados al SERMENA opten por el sistema de libre elección. Éste les permitía a los beneficiarios elegir al profesional y al centro asistencial en que ellos y su familia se querían atender. Lo que se realizaba a través de un cupón que le proporcionaba un descuento (co-pago). Con esto el SERMENA recibe todo el apoyo de la clase médica. “Los médicos participaron activamente en la creación del SERMENA, en el cual tenían acceso los empleados públicos y los empleados del sector privado, y bajo un esquema de libre elección”, afirma Héctor Sánchez.

Evaluación Preliminar

Todo el progreso en el sector, durante este periodo, se puede traducir en resultados bastante positivos en la salud de la población. Primero, porque aumentó la esperanza de vida, y segundo porque se registró una reducción de la mortalidad.

Si bien la calidad de vida de las personas mejoró significativamente, igual existían serios problemas. Según Loyola y Vergara, el doctor Hernán Urzúa, primer director del SNS, señala que “las principales limitantes que enfrentó el sector para obtener mayores logros fueron: i) falta de planta única de personal, que permitiera fijar rentas, derechos y deberes a personas que provenían de diferentes instituciones con condiciones diferentes, ii) falta de personal técnico y mala distribución de éste, especialmente escaso número de médicos, enfermeras y matronas, iii) falta de personal preparado en Administración de Salud, a todo

nivel, iv) pésima atención médica a la población rural, y v) grandes dificultades de financiamiento real del servicio”²².

En su libro Osvaldo Artaza explica que “el crecimiento del SNS y su expansión a todo el país, lo lleva a ser prácticamente un monopolio de atención médica, con todos los defectos y virtudes que ello conlleva”. Defectos como la burocracia, el centralismo y ‘la pérdida de la mística inicial’. Por otra parte, Artaza menciona ‘el despotismo ilustrado’ que se genera por parte de la clase médica hacia la población, debido a la poca información y desconsideración hacia ellos, lo que en definitiva crea disconformismo e insatisfacción tanto en usuarios como prestadores.²³

Artaza explica que el poder y control que pudieron ejercer los médicos a través del SNS fue el que permitió finalmente su aceptación entre la clase médica, además del hecho de poder seguir ejerciendo libremente su profesión, lo que se vio amenazado durante el gobierno de la Unidad Popular, sin embargo la oposición del gremio médico logró revertir el programa de Allende.²⁴

1973-1990: “La Gran Reforma Modernizadora”

Hasta entonces el Estado se había responsabilizado de gran parte del financiamiento del sector salud en el país. Sin embargo, a partir de 1973 el gobierno militar adoptó una serie de políticas neoliberales tanto en lo económico como en el modelo gubernamental: el Estado ya no interfiere en el mercado.

Así como muchos sectores, el de salud no quedó exento de todos estos cambios. Se aplicaron una serie de reformas que dieron gran importancia al sector privado en la entrega de servicios y financiamiento de la salud en Chile. Transformaciones que se implementaron sólo a partir de la década de los '80.

²² Miranda, Ernesto; Loyola, Verónica; Vergara, Marcos; Giaconi, Juan; Abel-Smith, Brian; Caviedes, Rafael; Oyarso, César. La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas. Capítulo I: Perspectiva Histórica y reformas del gobierno militar. Centro de Estudios Públicos. Pág. 47

²³ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 10

²⁴ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 10

Este gobierno se encargó no sólo de modificar el sistema de salud, sino que también otras áreas que fueron dando un nuevo orden social y económico a la nación, como lo son las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

La estabilidad económica de este período y el alto apoyo político, derivado de dicha estabilidad, contribuyeron en la implementación de esta reforma de la salud en la agenda pública.²⁵ Así se crearon las bases de lo que hoy es el sistema actual en el país.

Descentralización y Privatización, nueva resistencia de los Médicos

Por una parte, la reforma se preocupó de descentralizar el sector público. Se tomaron diversas medidas como que los consultorios de atención primaria (dependientes del SNS) quedaran a cargo de las municipalidades.

Según Héctor Sánchez, el proceso de municipalización se hizo de forma muy abrupta: en menos de un año todos los consultorios del país estaban a cargo de los municipios, lo que trajo como consecuencia que el 70% de éstos funcionara sin ninguna capacidad de gestión, es decir, los municipios no sabían qué hacer con los consultorios.

Por otra parte, las funciones del Ministerio de Salud fueron reorganizadas y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), sobre la base de los antiguos servicios de salud, bajo el cual quedaron a cargo todos los hospitales del país.²⁶

Oswaldo Artaza coincide con Sánchez en el aspecto de la no preparación para asumir estos cambios: “Los nuevos Servicios de Salud, 26 en total en las regiones, no contaban ni con gente preparada ni con recursos necesarios para ejercer esta autonomía recién adquirida”.²⁷

Para Sánchez la idea de descentralizar y separar funciones dando más autonomía a cada institución era una “idea muy visionaria de lo que se debía hacer en el sistema”. Desde el punto de vista del modelo de desarrollo de descentralización regional que se estaba dando en el país, el fortalecimiento de los municipios era lo más lógico. Sin embargo, en la

²⁵ Artaza, Oswaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 15

²⁶ Miranda Radic, Ernesto; Vergara, Marcos. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estructura y Comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y Uruguay. Capítulo III: Evolución y Estructura del Sector Salud en Chile. Pág. 34

²⁷ Artaza, Oswaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág.11

práctica no dio resultado, ya que autoritarismo del gobierno militar no permitió una real separación, ya que “todo se manejaba desde arriba”.

Creación del FONASA y otros entes Públicos

Para los autores Miranda y Vergara, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) fue creado en primera instancia con el objetivo de que una entidad pública se preocupara de la recaudación, administración y distribución de los servicios y recursos financieros destinados a la salud, además de la fiscalización de las distintas entidades relacionadas al sector.

El FONASA sustituyó al SERMENA, ya que se encargó de la administración del sistema de libre elección.²⁸ En otras palabras, “el FONASA fue creado como una tesorería del Ministerio de Salud y no como un seguro público con plenas competencias para responder ante sus usuarios”, afirma el ex Ministro Artaza.

De la misma forma se crearon la Central de Abastecimientos del SNSS, hoy Central Nacional de Abastecimientos (CENABAST) y el Instituto de Salud Pública (ISP), ambos vigentes en la actualidad.

“Y nuevamente los médicos se oponen. Se oponen a la municipalización, se oponen a la descentralización, a la creación del SNSS y se oponen a la creación del FONASA, porque salen de su administración, entonces se produce ahí una confrontación, (...) porque lo veían como una amenaza, porque son conservadores, se habían enamorado del SNS, entonces pensaban que la creación del SNSS era desarticular la gran obra que se había hecho, a la que ellos se habían opuesto, y posteriormente veían que ellos perdían control sobre el FONASA”, asegura Sánchez.

El experto explica que los médicos se oponían a estos cambios principalmente por razones gremiales, las mismas que los motivaron a estar en contra de la reforma de los años '50 cuando se creó el SNS. Ahora con la creación del FONASA ellos ya no iban a tener

²⁸ Miranda Radic, Ernesto; Vergara, Marcos. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estructura y Comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y Uruguay. Capítulo III: Evolución y Estructura del Sector Salud en Chile. Pág. 34

injerencia en la fijación de los precios, se transformarían en simples proveedores que tendrían que negociar con un ente que manejaba los recursos.

Por otra parte, según Sánchez “el tema de la municipalización fue fuertemente resistido, porque se planteó que esto era el primer paso a la privatización, se planteó que era una desarticulación completa del sistema de salud, o sea no fue un tema sencillo”.

Nace el Sector Privado: Las ISAPREs

Luego de que en 1980 los cambios antes mencionados se hicieran efectivos, el año siguiente comenzó la reforma del sector privado con la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

Estas entidades fueron creadas con el fin de brindar previsión en salud a los usuarios a través del sistema de libre elección, tarea que era responsabilidad del sector público.

“Si uno mira desde la perspectiva del modelo de desarrollo económico-social, en el cual se estaba planteando el principio de la subsidiariedad del Estado, aparecía también como lógico que se crearan seguros privados que tendieran en el futuro a crecer, y en un minuto se planteó que podría llegar a reemplazar al FONASA en su totalidad”, señala Sánchez.

Para Artaza “la intención era que las ISAPREs generaran paulatinamente un escenario de sustitución del sector público en el financiamiento y provisión de servicios de salud”.²⁹ Lo que se pretendía era dar un subsidio (2%) a la población de bajos ingresos para que ingresara al sistema de ISAPRE y, por otra parte, privatizar los hospitales públicos, esto último no se pudo concretar finalmente y menos la sustitución definitiva del sector público. Según el ex Ministro, esto se debió a los contenidos de las políticas, a las decisiones de los reformadores sobre estrategias y al contexto político (fin de la dictadura) en que esto se desarrolló.³⁰

En cuanto al financiamiento, continuó el sistema de cotizaciones como en la actualidad. La cotización es una especie de ahorro, que desde esta reforma se hizo obligatorio, donde un porcentaje del salario es destinado a una ISAPRE para poder recibir posteriormente un

²⁹ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. Pág. 14

³⁰ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. Pág. 16

beneficio. La reforma redujo las cotizaciones de los afiliados a las ISAPREs de 16,5% (empleados) y 10,3% (obreros) a 4% para todos los trabajadores. Este porcentaje aumentó en 1983 a 6% y a 7% en 1986, ³¹ cifra que continúa vigente en la actualidad. Sin embargo, los afiliados que tienen más recursos pueden optar por cotizar más del porcentaje obligatorio y acceder a un plan mejor. Este paulatino aumento de las cotizaciones da cuenta, según Sánchez, de lo protegidas que se desarrollaron las ISAPREs en sus inicios.

Originalmente estas instituciones estaban destinadas a administrar las cotizaciones de los afiliados para la entrega de servicios, pero no los otorgaban. Su progresivo crecimiento les permitió, paulatinamente, construir sus propios centros de atención y adecuarse para prestar servicios de salud. Entonces los afiliados pudieron optar por atenderse en el centro asistencial de su ISAPRE o en otro a su elección que tuviera convenio con dicha institución.

“Inicialmente, (las ISAPREs) tuvieron el mandato de servicios preventivos mínimos y pagos de incapacidad por enfermedad. En la práctica sólo ofrecieron paquetes curativos que podían ser establecidos por medio de contratos individuales entre las partes a primas basadas en el riesgo individual de cada usuario del sistema”,³² señala Artaza.

Posteriormente, (1991) para la regulación y fiscalización de estas nuevas entidades se creó la Superintendencia de ISAPRE (SISP), labor que antes cumplía FONASA.

La privatización, explica Artaza, creó confusión en el cuerpo médico. Estaban divididos: unos a favor, quienes incluso querían crear ISAPREs propias y otros muy en contra.³³

³¹ Miranda Radic, Ernesto; Vergara, Marcos. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estructura y Comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y Uruguay. Capítulo III: Evolución y Estructura del Sector Salud en Chile. Pág. 41

³² Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. Pág. 14

³³ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. Pág.11

Una Reforma “De dulce y de agraz”

Artaza señala en su libro que las principales metas de “los reformadores, por medio de planes de salud privados en Chile fueron: (i) liberar la capacidad en establecimientos públicos a través de cambios de la demanda hacia el sector privado, induciendo una expansión de la infraestructura y servicios médicos privados de salud; (ii) concentrar los esfuerzos del Estado en la población de bajos ingresos; (iii) incrementar la libertad de escoger; y crear un subsidio de la demanda a largo plazo que permitiera la selección entre un mayor número de opciones de servicios de salud”.

Claramente muchas de estas metas se lograron y con éxito, pero no todas.³⁴ Efectivamente con la creación de las ISAPREs se amplió la infraestructura del país, al parecer también se logró destinar mayores recursos fiscales a los sectores con ingresos más bajos. Pero por otra parte, las ISAPREs empezaron a concentrar a la población de más altos ingresos³⁵ y de más bajo riesgo, lo que comenzó a generar una serie de anomalías e injusticias en el sistema que provocaron posteriormente el desequilibrio entre el sector público y el privado, lo que será explicado en detalle en el segundo capítulo.

Según los autores Miranda y Vergara, esta reforma quería: “1) Igualar el acceso a los beneficios, 2) Establecer equidad en los pagos, 3) Focalizar los subsidios estatales, 4) Ampliar la libertad de elección, 5) Aplicar la subsidiaridad del Estado, 6) Aumentar la eficiencia”.³⁶

Si bien se produjo un progreso evidente en el sector, la mayoría de estos objetivos se cumplieron medianamente. Si se observan los planteamientos y la finalidad de la actual reforma de la salud, las diferencias de fondo no son muchas.

³⁴ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 12

³⁵ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 12

³⁶ Miranda Radic, Ernesto; Vergara, Marcos. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estructura y Comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y Uruguay. Capítulo III: Evolución y Estructura del Sector Salud en Chile. Pág. 40-44

El vicepresidente del Colegio Médico, Ramón Oses, no considera a la reforma de 1981 como tal, porque según él si fuera una reforma se habría tratado de “cambiar algo para mejorarlo”. Oses señala que lo que se hizo fue una modificación al sistema vigente, “no se hace una reforma para mejorar el funcionamiento sanitario, se hace una modificación para mejorar el funcionamiento económico”.

Según Oses, todos los cambios que se realizaron en el sistema fueron desde una lógica económica, y ésta “partía por el hecho de definir una cantidad porcentual de las cotizaciones de cada chileno, y entregar por ley esas cotizaciones a un número de aseguradoras que, a diferencia de todos los otros seguros del mercado, tenía un nicho preestablecido y muy bien financiado; con este 7% creaba ya una suerte de inequidad, por lo menos en el área de los negocios”. Agrega que el crecimiento económico de las ISAPREs llegó a tal punto en la primera mitad de la década de los '90, que se convirtieron en las empresas más rentables del país.

Por otra parte, el hecho de que estas entidades se hayan instalado con un mal sistema regulatorio generó poca transparencia en su funcionamiento, hasta la creación de la Superintendencia. A pesar de la existencia de este ente fiscalizador, el problema de la transparencia no se ha solucionado, o quizás se deba hablar de poca información hacia los usuarios. Por ejemplo, según Oses, en el mercado existen más de 40 mil planes de salud, pero no hay nadie que le diga al usuario cuál es el que más le conviene de acuerdo a su situación actual.

Oswaldo Artaza, por su parte, señala que “la creación de las ISAPREs fue el primer paso en una agenda completa que eventualmente tendría el efecto de transformar al sector salud en un sistema que dependería más de mercado que del Estado para la administración financiera y la provisión de servicios de salud”.³⁷

Héctor Sánchez coincide con Oses y Artaza. Sostiene que las ISAPREs no se diseñaron desde el sector salud, sino que se diseñaron básicamente desde Hacienda, es decir, desde el sector económico, “entonces aparece como una entidad ajena a salud, situación que hasta el

³⁷ Artaza, Oswaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 14

día de hoy le pena, porque primero tuvo problemas de diseño, que hoy día la están afectando, y segundo, porque en definitiva se incorporó sin pensar que por otro lado había un sistema público y que funcionaba con otra lógica”,³⁸ generando los problemas de inequidad existentes en el actual sistema.

Sánchez afirma, sin embargo, que hay que reconocer que las ISAPRE le han dado durante todo este tiempo cobertura a más de 3 millones de personas “entonces, es de dulce y de agraz, lo que hay en evaluación”.³⁹

Para Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo del Comité Interministerial para la actual Reforma de la Salud, “con las ISAPREs se introdujo una tremenda distorsión en el funcionamiento del sistema, en la medida que no se fijaron reglas del juego claras y la comunicación al respecto de la mantención de la salud de la población y la coordinación de la actividad de éstas entidades aseguradoras con los planes y programas del gobierno para mejorar la salud de la población.”

Según Sandoval lo que se creó fue “una fricción, que nosotros creemos que es necesario remediar, porque no se puede hablar de un sector privado de aseguramiento en circunstancias que hay que hablar de un administrador privado, de un seguro social obligatorio, porque la gente no contrata libremente una póliza con un asegurador privado, sino que está obligado a entregar el 7%”.

Sandoval, el “Padre del Plan Auge”, como muchos lo conocen, explica que hay un equívoco que se ha mantenido durante todos estos años, “en el sentido de que éste es un sistema de seguridad social de protección social de salud que obliga a todas las personas que tienen ingresos y contrato de trabajo a integrar parte de sus ingresos hacia el sistema de salud, que no se fijó claramente cuál era la contrapartida en cobertura de patologías y no de prestaciones que necesitaban las personas”.⁴⁰ Es decir, no hubo una concordancia entre lo económico y lo sanitario.

³⁸ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio de 2003.

³⁹ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio de 2003.

⁴⁰ Entrevista a Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo del Comité Interministerial para la Reforma de la Salud. 24 de julio de 2003.

Sandoval dice que no importa si el asegurador es público o privado, sino que lo importante es que cualquiera de éstos tenga obligaciones respecto al “cumplimiento del objetivo sanitario, y que esté obligado a dar una cobertura que no presente sorpresas para el afiliado en el sentido de que algunas cosas son cubiertas y otras no son cubiertas”.

El contexto político, según Artaza, influido por el modelo neoliberal implantado durante el régimen militar, fue el factor que, en definitiva permitió la implementación de esta reforma. Las características de la dictadura casi no dejaban espacio para la participación social, lo que impidió que grupos de diversa índole influyeran significativamente en el proceso de cambio como: medios de comunicación, clase médica, etc.⁴¹ De la misma forma, el equipo reformador de entonces utilizó una serie de estrategias para que la reforma siguiera su curso y nada interviniera en su aprobación. Estrategias como la de compensar a grupos poderosos con la fuerza necesaria para detener la reforma, cuyos intereses individuales serían perjudicados.

Esta situación en la actual reforma ha sido completamente distinta, el contexto actual de Chile es distinto, Chile vive hoy en democracia, por lo mismo ha sido más difícil, con menos consenso, con más fricciones entre los diferentes grupos y en consecuencia con más polémica.

Las Modificaciones de los '90

A partir de 1990, en un nuevo contexto político-social, el sistema de salud chileno comienza a experimentar una serie de modificaciones tanto en el sector público como en el privado. La vuelta de la democracia en Chile marcó definitivamente una serie de cambios en el país, y el sector salud no quedó ausente de ello.

Por una parte, se priorizó el fortalecimiento del sector público (en atención primaria, secundaria y terciaria), impulsado por el Ministro de Salud, Jorge Jiménez de la Jara, durante el gobierno del Presidente Patricio Aylwin, lo que fue posible, principalmente, mediante el aumento del gasto público en salud, y secundariamente, gracias a la

⁴¹ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 17

cooperación internacional.⁴² Cabe recordar que durante el régimen militar el gasto público en salud había disminuido debido al sistema económico imperante.

Este fortalecimiento se concentró en mejorar la eficiencia en la entrega de servicios. Para esto se utilizan, según explica Osvaldo Artaza, una serie de estrategias. Éstas estaban dirigidas principalmente a la inversión en infraestructura, tecnología y recursos humanos, los que estaban notablemente deteriorados. Según Artaza, en aquel entonces se podía encontrar “hospitales sin ambulancias, sin calderas, quirófanos no operativos por falta de instrumental, etc.”.⁴³

De esta forma en 10 años se construyó un tercio del total de la infraestructura actualmente existente en centros de atención primaria.⁴⁴

La nueva infraestructura implicó un cambio en el modelo de atención, el que se caracterizaba por ser altamente burocrático. A partir de los '90 hay preocupación por mejorar la gestión hospitalaria, que tenía, principalmente, problemas en el acceso a la salud, es decir, las listas de espera y en la mala atención. Para remediar esta situación se aumenta la cobertura atención, alargando la jornada en las tardes y los sábados.

Como consecuencia de este cambio se crean dos entes intermedios entre los consultorios de atención primaria y los hospitales: los centros de referencia en salud (CRS) y los centros diagnósticos y terapéuticos (CDT), ambos centros ambulatorios con el fin de acelerar el sistema y hacerlo más eficiente.⁴⁵

Otro foco de cambio de esta época fue la mejora salarial de los trabajadores de la salud. Ello generó un gran conflicto, ya que las expectativas salariales de los trabajadores del sector no estaban satisfechas; además exigían la modificación del “Estatuto del Médico Funcionario” para otorgarle más flexibilidad y competencia a su gestión.⁴⁶

⁴² Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 18

⁴³ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 18

⁴⁴ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 20

⁴⁵ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 19

⁴⁶ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 19

Por otra parte, la década del '90 se caracterizó por la creación de un marco regulatorio eficiente para las ISAPREs. Para esto se creó la Superintendencia de ISAPRE.

Estas instituciones presentan graves problemas de diseño, lo que ha provocado una serie de anomalías en el sistema, como por ejemplo la discriminación, poca información, entre otros problemas, los que serán explicados en el siguiente capítulo.

Según Héctor Sánchez, quien además fue el primer Superintendente de ISAPRE, el problema es que el sector privado de salud se caracterizaba por ser un “seguro individual de corte clásico puro, donde se negociaba absolutamente los beneficios (...), se podía poner término al contrato cuando quisieran”.

En primer lugar, se crea la Superintendencia, y en segundo lugar, se comienza a preparar un proyecto de ley para modificar la ley de ISAPREs que se aprueba en 1995, la Ley 18.330, que es la que rige en la actualidad.

La Ley define que las ISAPREs no pueden poner término al contrato, se establece que no se le puede subir el precio a las personas de forma individual, sino que sólo al plan al cual pertenece; se implantan condiciones para cuando una persona fallece, se establecen reglas respecto a las carencias de ciertas instituciones, etc.⁴⁷

Según Artaza “los proyectos de ley enviados con ese espíritu se encontraron con la fuerte resistencia de los grupos económicos que veían una amenaza al modelo implantado durante la dictadura militar, grupos económicos que tienen fuerte manejo de los medios de comunicación social y una fuerte vinculación con los parlamentarios de oposición, los cuales forman parte de partidos que eran partidarios del gobierno militar.”

Sin embargo, las ISAPRE fueron creciendo rápidamente, “la gente las fue prefiriendo frente a otras alternativas, frente a la alternativa del FONASA, y por otro lado fueron dando cobertura y permitieron el desarrollo de la infraestructura de salud privada de este país que es de lujo. Entonces, en la práctica, han tenido grandes aciertos también, o sea, los seguros privados en Chile han generado un impulso muy fuerte al desarrollo económico del sector

⁴⁷ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio 2003.

salud de este país. Y lo segundo, que le han dado cobertura a los riesgos de salud de una población cercana a tres millones”, afirma Sánchez.

Junto con todos estos cambios, el sector público inició un exitoso proceso de mecanismo de pagos y del ajuste de la oferta llamado “programas especiales”, con el objetivo de cubrir problemas de alto impacto en la sociedad como las listas de espera, atención al adulto mayor, resolución de enfermedades complejas, entre otros.

Camino al Cambio

Como se ha descrito, el sector salud chileno ha vivido una evolución paulatina, marcada por el acontecer político y social del país.

De un comienzo precario, el sistema de salud fue adaptándose, en la medida de lo posible, al crecimiento demográfico y a las exigencias de la población. Sin embargo, nunca fue suficiente, ya que las condiciones fueron cambiando.

El sector salud siempre se ha caracterizado por la inequidad y desigualdad. Basta recordar la movilización de los obreros, descrita al principio de este capítulo, y darse cuenta de que desde ese entonces, unos tenían mayores beneficios que otros.

Los obreros y los médicos son protagonistas claves en la historia de la salud del país. Por una parte, los primeros lucharon por obtener un beneficio y lo lograron, en otras palabras, provocaron un cambio expresando su malestar por la situación existente y manifestaron que tenían necesidades; de esta forma nace en Chile la previsión social.

Los médicos por su parte, gracias a la importancia que adquirieron en la sociedad, y especialmente a su posición en el parlamento como diputados, ayudaron a establecer un orden y organización en el sistema, aunque en los grandes cambios como la reforma del '50 o la del '81 fueron importantes opositores de los cambios que se estaban generando, aunque en la actualidad no lo quieran reconocer.

La serie de modificaciones efectuadas al sistema desde 1990 establecieron el actual sistema de salud en Chile. Sin embargo, y concientes de las deficiencias, lo que se quería lograr era un cambio cultural y organizacional para iniciar un proceso que sentara las bases de la actual reforma y generar un cambio mayor en el sector salud que, en un largo plazo, permitiera mejorar sustancialmente el sistema.

CAPÍTULO II

LA SALUD EN CHILE HOY

Con la reforma implementada durante los años '80, y como consecuencia de las modificaciones efectuadas durante la década del '90, el sistema de salud en Chile quedó compuesto por un sector público y otro privado, para algunos especialistas, un sistema mixto.

Sin embargo, para Osvaldo Artaza “el resultado final del proceso de los ochenta fue dejar un sistema ‘dual’ –de ninguna manera mixto como muchas veces se ha señalado- en que coexisten, sin cooperarse, dos sectores con lógicas, objetivos y reglas del juego totalmente diferentes.”⁴⁸ Según Artaza “la complementariedad público-privada no ocurre por razones estructurales del sistema y por razones culturales de la población”.⁴⁹

Este capítulo describe las principales características del actual sistema de salud. Su análisis permite comprender cuáles son los defectos que se deben corregir y los desafíos que debe enfrentar la salud en Chile. Así obtener los antecedentes de por qué se necesita una reforma y, posteriormente, comprobar si efectivamente la propuesta del gobierno responde a estos desafíos.

El Sistema de Salud Chileno: Dos Sectores

En *La Competencia Manejada y Reformas para el Sector Salud en Chile*,⁵⁰ Cristián Aedo describe claramente cómo funciona el actual sistema de salud, y además propone un modelo de sistema para sustituir el vigente, que lamentablemente, como él concluye, no es posible aplicar en este país, ya que los cambios institucionales que se tendrían que hacer son radicales.

En el sistema de salud actual las personas tienen la libertad de optar por cotizar en el sector público, es decir, FONASA (excepto los indigentes y no cotizantes que forman parte del

⁴⁸ Artaza, Osvaldo. *Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino*. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 18

⁴⁹ Artaza, Osvaldo. *Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino*. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 42

⁵⁰ Aedo, Cristián. “La Competencia Manejada y Reformas para el Sector Salud en Chile”. Serie *Financiamiento del Desarrollo*. CEPAL. 1997. Pág. 9

FONASA obligatoriamente, pertenecen al llamado grupo A –de atención gratuita- y están sometidos a un trato especial ⁵¹), o en el sector privado, compuesto por las ISAPREs.

Actualmente, el FONASA cubre al 83% de la población, y las ISAPRE a la población restante.⁵²

El Sector Público

El sector público en Chile está liderado por el Ministerio de Salud (MINSAL). Ésta entidad estatal tiene la responsabilidad de diseñar políticas y programas, coordinar áreas, supervisar, evaluar y controlar las políticas de salud.

Por su parte, las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIS) representan al Ministerio, y por ende al Ministro, en las distintas regiones del país.

Otra entidad dependiente del Ministerio de Salud es el Instituto de Salud Pública (ISP). Este es un organismo descentralizado y principalmente asesora a los Servicios de Salud. Entre otras cosas, está preocupado de servir al Laboratorio Nacional y Supervisar otros laboratorios; evalúa, autoriza y registra medicamentos y productos farmacéuticos en general.⁵³

Asimismo la CENABAST, un organismo público descentralizado, tiene la función de proveer de medicamentos, instrumentos y otros elementos que requieran los organismos integrantes del Sistema Nacional de Salud.⁵⁴

El sector público está formado por 29 Servicios de Salud a lo largo de todo el país. Los Servicios de Salud son órganos estatales, descentralizados y dependientes del MINSAL y los SEREMIS cuando corresponde. Su función es principalmente controlar los programas

⁵¹ Aedo, Cristián. “La Competencia Manejada y Reformas para el Sector Salud en Chile”. Serie Financiamiento del Desarrollo. CEPAL. 1997. Pág. 9

⁵² Aedo, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 21

⁵³ Libedinsky Moscovich, Gabriel. El Sistema Público de Salud en Chile. Universidad Diego Portales. Facultad de Derecho. Santiago, 1998. Pág. 30.

⁵⁴ Libedinsky Moscovich, Gabriel. El Sistema Público de Salud en Chile. Universidad Diego Portales. Facultad de Derecho. Santiago, 1998. Pág. 31

de vacunación de la población, controlar los agentes medioambientales que afecten a la salud, controlar la atención médica preventiva de los alumnos en los establecimientos, revisar y evaluar las incapacidades producidas por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.⁵⁵

De los Servicios de Salud dependen los 188 hospitales del país encargados de la atención secundaria y terciaria, es decir, atención especializada, urgencia, odontología, laboratorio, cirugía, parto, hospitalización, entre otras.

Por su parte, los Centros de Atención Primaria, conformados por 329 consultorios y 329 postas, y a cargo de las municipalidades se preocupan de entregar atención primaria a la población, es decir, la atención básica que necesita el ser humano: atención al recién nacido y a niños hasta los 14 años, control de salud de adultos y adolescentes, control de embarazo y planificación familiar.

FONASA: Dos Modalidades de Atención

Sin embargo, la principal institución financiera del sector público de la salud en Chile es FONASA.

Esta entidad, como se dijo anteriormente, es responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del área.

FONASA cuenta con dos modalidades de atención (Ver en Anexo figura 2) a la que pueden acceder sus afiliados mediante la cotización mensual del 7% de su renta imponible, con un límite de 60 unidades de fomento (UF).

Una es la atención *institucional* o atención cerrada, en la cual los cotizantes se atienden en hospitales o centros de atención primaria, es decir, sólo pueden utilizar la red pública de prestadores. Los afiliados deben cancelar un copago, excepto la atención primaria, en la que están incluidos los indigentes y no cotizantes.

El valor que deben pagar por la atención dependerá del grupo de ingreso en el que se encuentre clasificado el beneficiario:

⁵⁵ Libedinsky Moscovich, Gabriel. El Sistema Público de Salud en Chile. Universidad Diego Portales. Facultad de Derecho. Santiago, 1998. Pág. 32

Grupo A: Atención Gratuita. (Beneficiarios no cotizantes carentes de recursos como los indigentes o que poseen pensión asistencial)

Grupo B: Atención Gratuita. (Cotizante con ingreso imponible mensual menor o igual a \$115.648)

Grupo C: Paga el 10% de la Atención. (Cotizante con ingreso imponible mensual mayor a \$115.648 y menor o igual a \$168.846. Si las cargas son 3 o más se concederán en el grupo B)

Grupo D: Paga el 20% de la Atención. (Cotizante con ingreso imponible mensual mayor a \$168.846. Si las cargas son 3 o más se considerarán en el grupo C)

La otra modalidad es la de *libre elección* o atención abierta, donde los cotizantes eligen a médicos y prestadores privados que estén adscritos a FONASA para que los atiendan. Los usuarios cancelan a través de un copago que depende del nivel en que se encuentre inscrito el profesional o el establecimiento de salud donde se atienda. Estos niveles son 1, 2 y 3; el nivel 1 es el más barato y el 3 el más caro.

A esta modalidad de atención también pueden acceder todos los beneficiarios de FONASA clasificados en los grupos B, C y D.⁵⁶

Además del copago que cancelan los afiliados, el sector público se financia con las cotizaciones de los mismos y con el aporte fiscal directo.

La administración financiera de este sector se puede describir de la siguiente forma: FONASA recibe los recursos fiscales (MINSAL) y el aporte de las familias (cotizaciones y co-pagos), posteriormente lo distribuye entre los Servicios de Salud y los oferentes privados adscritos al sistema de libre elección. A su vez los Servicios de Salud distribuyen estos recursos entre los Centros de Atención Primaria, los hospitales públicos y en subsidios diversos.⁵⁷

Según Osvaldo Artaza “los recursos asignados a este sector han aumentado sostenidamente desde 1990 a fin de mejorar la cobertura y la calidad de la atención de los servicios de salud. En respuesta al severo deterioro en que se encontraba el sector, el gasto fiscal en

⁵⁶ www.fonasa.cl

⁵⁷ Aedo, Cristián. “La Competencia Manejada y Reformas para el Sector Salud en Chile”. Serie Financiamiento del Desarrollo. CEPAL. 1997. Pág. 10

salud se ha incrementado en 226,4% entre 1989 y 2000, lo que ha permitido un aumento del gasto público de 135,4% en el periodo”.⁵⁸ Sin embargo, este fuerte incremento monetario, lamentablemente, no se traduce en una mejora sustancial en la atención y en el acceso, lo que demuestra el grave problema de gestión que hay en la administración de los recursos, asegura Patricio Melero, integrante de la Comisión de Salud de la Cámara Diputados y representante del partido por la Unión Demócrata Independiente (UDI).*

Los expertos coinciden en que el problema del sistema público, entre otros que serán analizados más adelante, no corresponde al presupuesto asignado al sector -al parecer suficiente de acuerdo a la demanda- sino que a la administración que se hace de éste. Debido a esto, las propuestas están orientadas a cambiar el modelo de gestión y generar un sistema que sea más eficiente.

El Sector Privado

El sector privado de salud en Chile está formado por las ISAPREs (23 operando en el año 2000⁵⁹), que son compañías aseguradoras de salud que agrupan a trabajadores activos y pasivos, los que cotizan obligatoriamente el 7% de su renta mensual y que obviamente opten por el sistema privado.⁶⁰

Estas compañías continúan siendo fiscalizadas por la Superintendencia de ISAPREs (SISP), un organismo público que se encarga de registrar y supervisar. Asimismo, “dicta normas que puntualizan aspectos definidos en la Ley de ISAPREs (Ley 18.933), tales como condiciones de afiliación, contenido de los contratos de salud, características y forma de expresar los precios de los planes de salud y los aranceles de las prestaciones”,⁶¹ explica

⁵⁸ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 45

El Diputado Patricio Melero (UDI), actualmente integra la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. Por ello ha estado permanente involucrado en la discusión de la actual Reforma de Salud, representando a un partido de oposición al gobierno y a su propuesta.

⁵⁹ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 42

⁶⁰ Aedo, Cristián. “La Competencia Manejada y Reformas para el Sector Salud en Chile”. Serie Financiamiento del Desarrollo. CEPAL. 1997. Pág. 10

⁶¹ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 43

Artaza, quien además agrega que la SISP, lamentablemente, no tiene atribuciones para regular las coberturas ofrecidas en los planes de salud.⁶²

Actualmente, las ISAPREs tienen la cobertura del 25% de la población y aproximadamente el 35% de la fuerza laboral.

Sin embargo, “existe otro seguro específico para accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que es administrado por Mutualidades de Empleadores y financiado por los empleadores mediante un porcentaje de las remuneraciones (0,9%), el que puede aumentar según el riesgo de la empresa”,⁶³ explica Artaza en su libro.

Como se explicó antes los afiliados a una ISAPRE acceden a un plan dependiendo de su cotización (nivel de ingresos), edad, sexo y número de sus beneficiarios. Sin embargo, las ISAPREs pueden acordar con sus clientes primas complementarias para mejorar los planes de salud,⁶⁴ como lo que han hecho recientemente, implementando un sistema voluntario de Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas, el que se financia con aportes adicionales de los cotizantes.⁶⁵ Esto da cuenta de lo incompleto que es el aseguramiento que proporcionan las ISAPREs y de por qué debe ser modificado su funcionamiento.

Con el tiempo y como se dijo en el capítulo anterior, estas aseguradoras fueron ampliando su red de atención dotándose de clínicas, consultorios, laboratorios y farmacias, y comenzaron a entregar servicios de atención a sus afiliados, ellos, sin embargo, tienen la posibilidad de optar por otros prestadores privados para atenderse, e incluso los del sector público que, por supuesto, tengan convenio con dicha ISAPRE.

Cualquiera sea el caso, los usuarios deben cancelar un copago al momento de recibir la atención, que depende del plan al que se haya adscrito, que actualmente sobrepasan los 47

⁶² Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 44

⁶³ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 42

⁶⁴ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 42

⁶⁵ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 48

mil vigentes y 11 mil en comercialización.⁶⁶ “Las ISAPREs no pueden proponer planes de salud con una cobertura inferior a un 50% del nivel 1 de FONASA”, afirma el ex Ministro de Salud, Osvaldo Artaza.

Las ISAPREs pueden ser cerradas o abiertas.⁶⁷ Si son cerradas, la inscripción es limitada a un grupo de personas, como una empresa, un determinado sector económico, etc. Y si son abiertas la población en general se puede inscribir, mientras tenga una renta que le permita afiliarse.

Artaza explica que durante la década de los '80 se creó un subsidio de 2% para incentivar el traspaso de los afiliados de FONASA hacia las ISAPREs. Sin embargo, a partir de 1999 se definió que desde julio del 2004 este subsidio, que actualmente beneficia a los trabajadores de rentas más bajas afiliados a las ISAPREs, se eliminaría.

Evaluación Preliminar del Sistema Actual

Ambos sectores, público y privado, tienen un funcionamiento y una lógica completamente diferentes, sin embargo hay casos en los que existe complementariedad. Como por ejemplo cuando un afiliado de ISAPRE debe recurrir al “pensionado” de un hospital público, asimismo, éstos últimos tienen la obligatoriedad de dar atención de urgencia y cuidados intensivos a cualquier beneficiario de ISAPRE. Y por otra parte, muchas veces, los consultorios municipales deben comprar servicios a entes privados, así como también lo debe hacer, en algunos casos, el FONASA por no tener una oferta suficiente.⁶⁸

Pero, de qué da cuenta todo esto: de la forma encubierta de reaseguro con que actúa el FONASA frente a las ISAPREs.

⁶⁶ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 47

⁶⁷ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 47

⁶⁸ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 44 y 48

FONASA esta obligado a recibir a cualquier beneficiario de ISAPRE, mientras que estos seguros privados sólo reciben a quienes tienen la renta suficiente o no presentan riesgo alguno. De esta forma, las ISAPREs concentran a la población joven, masculina y con los ingresos más altos, dejando al FONASA a las personas de más alto riesgo y con más bajo ingreso, y que es la mayor cantidad de la población (83%), lo que produce un desequilibrio en el sistema, y graves problemas de inequidad que serán analizados a continuación, dando la principal justificación para la existencia de una reforma a la salud.

Desigualdad en el Sistema: Urgente una Reforma

El modelo instaurado durante el régimen militar -y que sigue vigente hasta hoy con sólo algunas modificaciones- transformó y modernizó el sector salud. Fue exitoso en muchos aspectos, pero generó graves anomalías y vicios en el sistema.

Según Osvaldo Artaza, a fines de los '80, cuando el país volvía a la democracia, se generó un intenso debate en las fuerzas políticas para cambiar dicho modelo 'impuesto por el neoliberalismo'. Las razones eran, por una parte, sanitarias, por los cambios que había experimentado el país en cuanto a lo epidemiológico y demográfico, y por otra parte, las razones del cambio se basaban en problemas de tipo financiero, de insatisfacción ciudadana y por razones políticas.

El problema es que el sistema de salud creado durante el gobierno militar fue construido con una lógica neoliberal. Lo que hizo el Estado fue entregar una responsabilidad que les compete frente a la población a manos privadas. Por lo tanto, en el sector salud coexisten, según Artaza, dos visiones tradicionales: Una "burocrática y estatista, y otra neoliberal o de mercado."⁶⁹ Lo que ha traído como consecuencia un desequilibrio total en el sistema. Los expertos coinciden en que las ISAPREs se han transformado en las 'empresas más rentables' del país: son un negocio.

⁶⁹ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la salud. 2003. Pág. 24

Deficiencia en FONASA e ISAPREs

En el estudio *La Competencia Manejada y Reformas para el Sector Salud de Chile*,⁷⁰ Cristián Aedo dice que si bien Chile presenta excelentes resultados en niveles de mortalidad infantil y esperanza de vida, similares a los de países desarrollados, la desigualdad entre los sectores de salud existentes es abismante.

“La población de ingresos altos y medios-altos, adscrita al sistema privado, cuenta con acceso a tecnología moderna, cómoda hotelería y atención expedita. En cambio, la mayoría de la población que accede al sector público, enfrenta una situación de deteriorada infraestructura, rechazos en la atención, largas colas de espera, insuficiencias de farmacia y un trato, en general, inadecuado”,⁷¹ señala Aedo. La razón es que durante la década de los '80 el Estado dejó de entregar el mismo aporte financiero al sector.

La inequidad y desigualdad son las principales características del sistema actual. Para Aedo el problema del sistema chileno radica tanto en FONASA como en las ISAPREs, porque ambas sufren de imperfecciones.⁷²

Por una parte, FONASA –que concentra el 83% de la población, según estadísticas del 2000– es un sistema “redistributivo desigual”, ya que los beneficiarios cotizan el 7% e independientemente al ingreso que posean reciben la misma atención que una persona de menos recursos. Esto, según Aedo, desincentiva la declaración de rentas reales, ya que los beneficiarios tienen la mentalidad de “por qué van a ayudar a otros que cotizan menos que ellos, y por qué acceden a la misma ‘mala’ atención que otros, si ellos ganan más dinero”. Pero además, el sector público, como se explicó anteriormente, debe cargar como reaseguro de las ISAPREs, porque tienen la obligación de atender a sus beneficiarios, mientras que

⁷⁰ Aedo, Cristián. “La Competencia Manejada y Reformas para el Sector Salud en Chile”. Serie Financiamiento del Desarrollo. CEPAL. 1997

⁷¹ Aedo, Cristián. “La Competencia Manejada y Reformas para el Sector Salud en Chile”. Serie Financiamiento del Desarrollo. CEPAL. 1997. Pág. 11

⁷² Aedo, Cristián. “La Competencia Manejada y Reformas para el Sector Salud en Chile”. Serie Financiamiento del Desarrollo. CEPAL. 1997. Pág. 12

las ISAPREs sólo aceptan a sus afiliados. Por lo tanto, se convierte en un sistema ‘injusto’.⁷³

Pero si esta situación se analiza desde otro punto de vista, y se observa positivamente, el sistema financiero redistributivo de FONASA, según Aedo, es un modelo solidario, porque otorga salud a todos por igual. En este sentido, está bien pensado, pero lamentablemente no es eficiente por la calidad de la atención que ofrece, por los problemas de oportunidad y acceso, por las largas listas de espera, y como dice Artaza, por todo lo que rodea a la entrega de un servicio y no al servicio en sí. Es decir, lo que se critica no es la calidad de la medicina, sino el entorno de una atención de salud.

Por otra parte, Aedo explica que las ISAPREs, a diferencia del sector público, son un sistema individualista, es decir, se van al otro extremo, ya que cada cual puede acceder a un plan mejor dependiendo de sus ingresos.

Este sistema rechaza beneficiar a individuos de alto riesgo,⁷⁴ lo que no hace FONASA, es decir, a los adultos mayores (tercera edad) y enfermos crónicos. Los expertos interpretan este rechazo como discriminación, ya que a estas instituciones no les conviene económicamente y por eso los precios de los planes van subiendo a medida que una persona envejece o presenta más riesgo.

Por lo tanto, según diversos análisis y estudios de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), las ISAPREs han terminado concentrado a un pequeño porcentaje de la población, pero el que tiene los ingresos más altos, los que son de menor riesgo, en preferencia la población joven y masculina. Si bien las ISAPREs son las que brindan mayor acceso, mejor atención y más calidad, no ofrecen protección financiera. Y esto sucede porque como dice el Secretario Ejecutivo del Comité Interministerial para la Reforma de la Salud, Hernán Sandoval, la lógica del actual sistema de salud “no es una lógica sanitaria, sino que es una lógica comercial”.

⁷³ Aedo, Cristián. “La Competencia Manejada y Reformas para el Sector Salud en Chile”. Serie Financiamiento del Desarrollo. CEPAL.1997. Pág. 12

⁷⁴ Aedo, Cristián. “La Competencia Manejada y Reformas para el Sector Salud en Chile”. Serie Financiamiento del Desarrollo. CEPAL.1997. Pág. 11 y 12

En el estudio *Las reformas al sistema de salud: desafíos pendientes*⁷⁵, Daniel Titelman concuerda con lo planteado por Aedo, es decir, afirma que el principal problema de las ISAPREs es la discriminación a la tercera edad y a los enfermos crónicos. Asimismo, añade que el sistema de salud chileno está condicionado por el ingreso de las personas y las posibilidades de las enfermedades riesgosas, es decir, es un sistema injusto, desigual e inequitativo en cuanto acceso y calidad. Para Titelman, el principal problema del sistema de salud chileno es la segmentación en la oferta de servicios lo que ha generado incentivos incorrectos en las instituciones prestadoras.

Aunque no presenta cifras al respecto, Titelman asegura que este desequilibrio provoca profundas deficiencias en el sistema, generando un sistema cruzado: muchas veces, beneficiarios más acomodados de FONASA emigran a las ISAPRE porque el acceso, oportunidad, calidad de atención, entre otras cosas, es mejor; mientras que, en ocasiones, beneficiarios del sector privado se ven obligados a recurrir al sistema público, porque el sistema les encarece los planes y económicamente se les hace imposible permanecer en la institución.

Según Titelman, como ninguno de los dos sectores entrega un servicio completo, es decir, calidad de atención más protección financiera, se puede decir que el sistema de salud en general es ineficiente, ya que los usuarios deben cambiar de sistema cuando uno de ellos no les satisface una de sus necesidades.

Lo Bueno y lo Malo

Oswaldo Artaza, sin embargo, explica que lo bueno que tiene el actual sistema de salud es que “se han logrado buenos resultados con recursos insuficientes. Lo malo es que hay insuficiente gestión en el lado público y hay fallas de diseño en los seguros privados. Ambos sistemas, público y privado, no están preparados para los nuevos problemas de salud que están aquejando a la población chilena”. Es decir, el sistema de salud es ineficiente para la actual realidad sanitaria del país.

⁷⁵ Titelman, Daniel. *Las Reformas al Sistema de Salud: Desafíos Pendientes*. Santiago. CEPAL / LOM Ediciones. 2001.

Según Héctor Sánchez, y como lo señalan muchos de los expertos entrevistados para esta investigación, Chile se encuentra dentro de los treinta primeros lugares entre 188 países que fueron evaluados por la Organización Mundial de la salud (OMS)*. El estudio realizado al sector salud incluía variables claves como el desempeño, efectividad, eficiencia, satisfacción, equidad, lo que según el experto “es bastante bueno considerando que nuestro país no es uno de los países que tiene más alto gasto en salud”.

Sánchez asegura que, actualmente, Chile gasta al año alrededor de US\$300 per cápita, una cifra que, según el experto, está muy por debajo de lo que gastan otros países, porque por ejemplo, Europa actualmente gasta sobre los US\$2000 per cápita, mientras que Estados Unidos ya superó los US\$3500 al año. Incluso varios países de América Latina ya han superado la barrera de los US\$300 per cápita.⁷⁶

Entonces, considerando la evaluación de la OMS, Chile tiene muy buenos resultados en general, y los mejores de Latinoamérica. Y también buenos resultados epidemiológicos, porque Chile –en las décadas pasadas- fue capaz de controlar los grandes problemas que ha sufrido su población, especialmente en el área infecto-contagiosa: diarreas, enfermedades broncopulmonares, que generaban altas tasas de mortalidad infantil.⁷⁷ Héctor Sánchez explica que Chile ha resuelto el tema de la mortalidad materna; por otra parte, la tasa de mortalidad infantil está por debajo del 8 por mil, una de las más bajas del mundo; ha aumentado la esperanza de vida de la población de 58,1 años en la década del '60 a los 75,66 años el 2000, y se estima que para el período 2010-2020 la esperanza de vida va a ser de 77,3 años.⁷⁸ Entonces, “si uno lo mira desde el punto de vista de indicadores, el desempeño del sistema no ha sido malo, ha sido más bien bueno”, asegura Sánchez.

* La Organización Mundial de la Salud, dependiente de las Naciones Unidas, es un organismo especializado en salud, que desde 1948 tiene como objetivo que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. La Constitución de la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

⁷⁶ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio 2003.

⁷⁷ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio 2003.

⁷⁸ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 30

El experto señala, sin embargo, que el problema radica, entre otras cosas, en la equidad en el acceso: “cuando la gente tiene ingresos altos y bajo riesgo le conviene quedarse en el sector privado, porque obtiene muy buenos planes, muy buenas coberturas”, pero cuando sus niveles de riesgo son muy altos, y tienen bajos ingresos, les conviene quedarse en el sector público, afirma Sánchez. A las ISAPREs no les conviene tener a personas de alto riesgo, porque eso lleva a que los costos en el sector privado suban lo que les hace perder dinero.⁷⁹

En segundo lugar, Sánchez afirma que el problema es el de la insatisfacción de los usuarios. “La gente en Chile no está satisfecha con el sistema de salud y por razones distintas.” Según el experto en el caso del sector público la gente no está satisfecha porque la oportunidad de la atención es mala y porque la calidad de los servicios de salud es mala, (no se refiere a la calidad de los servicios técnico profesional, sino a la calidad de los servicios que rodean a una atención médica). “Entonces cuando la gente tiene que pronunciarse sobre cómo siente que la atienden el sistema público, la respuesta normalmente es que la atienden mal. Y cuando le preguntan si acaso el sistema público le resolvió el problema, la gente dice sí, me resolvió el problema bien”, explica Sánchez, punto en el que concuerda con el actual Ministro de Salud, Pedro García.

“En el caso del sector privado la razón de desazón es otra. La gente siente que los costos de los planes de salud se incrementan en forma muy importante. Y segundo, sienten que las ISAPREs no le dan una protección financiera adecuada. Entonces eso les genera un estado de riesgo y de inestabilidad en el largo plazo”, afirma Héctor Sánchez, porque la gente no tiene certeza de qué va a pasar con ella cuando envejezca o cuando su nivel de riesgo aumente. Entonces personas que optaron por el sistema privado ven que a medida que pasan los años la posibilidad de mantenerse en ese sector se reduce sustancialmente.⁸⁰

⁷⁹ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio 2003.

⁸⁰ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio 2003.

Sin embargo, según Sánchez, el problema más importante “es el tema de la explosión de costos de la salud. El sistema de salud chileno ha estado sometido a un incremento del costo en forma muy importante”. Según un estudio realizado por la fundación Salud y Futuro, entre 1995 y 2000, tanto el sector público como el sector privado están sometidos a una explosión de costos. La investigación muestra que en el caso del sector privado el aumento de costo técnico está entre un 8 y un 10% al año en términos reales. Este incremento no lo puede soportar un país que está creciendo a una tasa del 3% anual y que las remuneraciones no crecen más allá del 1 o 1,5 %.⁸¹

En otras palabras, esto significa que cada año se va encareciendo el plan de salud o se van reduciendo los beneficios: la cobertura, hasta que se llega a la expulsión del sistema privado, razón por la cual se ha reducido el sector de las ISAPREs en los últimos años.

En el caso del sector público el problema se manifiesta en el aumento del gasto fiscal; y el gasto fiscal en los últimos años, según Sánchez, aumentó en más de 160% en términos reales. Los estudios de la fundación Salud y Futuro muestran que hasta el año 2002 el incremento del gasto subió más de un 225%, y lamentablemente las deficiencias en el sistema, a pesar de este incremento, no han tenido mejoría.⁸²

Entonces, el experto asegura que nos encontramos frente a un serio problema de “sustentabilidad financiera del sistema de salud en el largo plazo”, lo que en definitiva obliga “a introducirle cambios al sistema” para poder controlar las variables de inequidad, satisfacción y control de los costos, es decir, la eficiencia y eficacia del sistema de salud.⁸³

Una Reforma Necesaria

La única solución es una reforma. Una reforma que según Aedo debe contemplar un cambio en el marco regulatorio para permitir seguros colectivos de salud; desarrollo de un Plan Básico de Salud; iniciativas que promuevan una elección más informada por parte del

⁸¹ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio 2003.

⁸² Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio 2003.

⁸³ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio 2003.

consumidor; y el desarrollo de mecanismos de participación de costos entre aseguradoras y prestadores de servicio.

Oswaldo Artaza afirma que hay que crear un sistema con “más eficacia y mejor trato en el sistema público (mejorar acceso y calidad) y mejorar la protección financiera en el lado privado (rediseño de los seguros privados), y ajustar ambos sectores a los problemas sanitarios emergentes”, y agrega que el actual sistema es muy inequitativo: “hay que hacer que el sistema sanitario chileno sea uno sólo, con un brazo público y otro privado, pero que remen para el mismo lado, con reglas del juego más comunes y con objetivos similares.”

Para Héctor Sánchez, deben haber algunas líneas de reformas importantes. En primer lugar, según el experto, “deben generarse todos los inventivos para cambiar el modelo de atención en este país. Hoy día tenemos un modelo de atención de salud muy orientado al cuidado de la enfermedad. Pero no está orientado al cuidado de la salud. (...) Eso se refiere a toda el área de prevención”. Es decir, al cambio de orientación en el sistema de lo curativo hacia lo preventivo, que a largo plazo trae mejores resultados sanitarios en la población.

Las enfermedades que afectan a la población chilena tienen, por una parte, un origen genético, y por otra un origen en las costumbres y modos de vida de las personas.⁸⁴ Es decir, el sedentarismo, mala alimentación, estrés. Estas condiciones generan, principalmente, enfermedades cardiovasculares, las cuales se pueden prevenir con una alimentación adecuada, ejercicio, etc. Y así existen muchos ejemplos de enfermedades que son evitables con la prevención, entonces la lógica sanitaria es la que debe cambiar.⁸⁵

En segundo lugar, Sánchez explica que debe haber una reforma financiera, en la cual se deberían romper los “compartimientos estancos FONASA e ISAPRE”. En vez de esto, dice el experto, se debe crear un ‘sistema nacional de seguros’, con múltiples operadores públicos y privados.⁸⁶ Es decir, generar un fondo de salud al cual puedan acceder todas las

⁸⁴ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio 2003.

⁸⁵ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio 2003.

⁸⁶ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio 2003.

personas independiente del riesgo, de la edad y del sexo, “y posteriormente tienen que salir primas compensadas por riesgo, para que en definitiva las personas puedan ingresar a cualquier seguro, público o privado”, explica Sánchez.

Según el experto esto se debería hacer mediante la “portabilidad de subsidios”. Lo que permitiría romper con el problema de inequidad que aqueja al sector.

En tercer lugar, el profesional explica que se debe “generar un marco de incentivos y un marco de organización del sistema público que permita cambiar absolutamente la lógica con que hoy día se gestiona el sistema público”. Un sistema que actualmente cuenta con una administración rígida, inflexible y burocrática. En este sentido, un cambio es necesario para que el sistema sea más eficiente, descentralizándolo, otorgando, entre otras cosas, mayor autonomía a los hospitales, todo con el fin de modernizar el sistema.

Muchos de los problemas del sector público de salud son producto de una mala gestión. Según Patricio Melero (UDI), integrante de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados,^{*} el cuoteo político ha sido determinante en este problema, porque la designación de los cargos es manejada, lo que ha traído como consecuencia que el sistema no esté administrado por gente idónea.⁸⁷ De hecho, todas las estrategias y toma de decisiones han sido elaboradas en un contexto político que determina dicha decisión, lo que hace que el consenso sea más difícil. Esto es lo que ha sucedido a lo largo de toda la evolución del sector salud en nuestro país y lo que sucede actualmente con la reforma y el Plan Auge.

Por último, en cuarto lugar, Sánchez dice que se debe reformar el sector privado: las ISAPREs. Actualmente, estas instituciones son seguros individuales de corte clásico, y deben ser transformados en agentes privados de seguridad social.⁸⁸ Un ejemplo de esto son las AFP, que sobre la base de un marco regulatorio, garantizan a los trabajadores que van a tener una pensión cuando jubilen. En salud tiene que pasar algo similar.

* El Diputado Patricio Melero (UDI), actualmente integra la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. Por ello ha estado permanente involucrado en la discusión de la actual Reforma de Salud, representando a un partido de oposición al gobierno y a su propuesta.

⁸⁷ Entrevista a Patricio Melero, Diputado UDI. 11 de agosto 2003.

⁸⁸ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio 2003.

Según Sánchez, estos ‘agentes privados de la seguridad social’ deberían tener, primero, una visión a largo plazo; segundo, incentivos para incorporarse con fuerza al área del fomento y la protección de la salud, o sea, a la salud preventiva; tercero, incentivos fuertes para que las soluciones que compren al prestador sean efectivas, es decir, que resuelvan efectivamente a menor precio los problemas de salud; y cuatro que tengan incentivos para poder desarrollar sistemas para atender a los crónicos y a la tercera edad, que son modelos de atención distinta.⁸⁹ “Situación que en el país es muy importante cuando ya hemos pasado el 9% de personas mayores de 60 años, y luego el año 2005 vamos a estar llegando al 11%. (...). Entonces estamos frente a un problema importante y los seguros se tienen que empezar a preparar y los prestadores también”, asegura Héctor Sánchez.

Entonces, la reforma debe estar orientada principalmente a guiar el sistema a la equidad e igualdad en el acceso a los beneficios. A la eficiencia y a la justicia, no a la discriminación y desinformación. A un sistema completo, donde no se produzcan círculos viciosos. Un sistema que piense en los usuarios y en su salud. Difícil, pero no imposible.

⁸⁹ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio 2003.

CAPÍTULO III

LA REFORMA DE LA SALUD: ‘EL PLAN AUGE’

Durante diez años la reforma a la salud tuvo que esperar. Los años del régimen militar marcaron profundamente a la sociedad chilena, provocando que a principios de los '90, cuando volvió la democracia, las prioridades fueran otras, como por ejemplo los Derechos Humanos.

Sólo más tarde, otros temas básicos que aquejan a la sociedad, como educación y justicia fueron retomados. El Presidente Ricardo Lagos se ha comprometido a realizar profundas reformas en el país. Entre las más importantes figura la del sector salud.

En las páginas siguientes se describe y analiza el complejo proceso que ha sido instalar la reforma de la salud, tanto en la agenda pública como en la sociedad chilena. También se explican los cinco proyectos que la componen y sus complejos contenidos.

Año 2000: “Crecer con Equidad”

“Por eso aquí hoy lo digo sin estridencia, pero con firmeza: EL NUESTRO SERÁ EL GOBIERNO DE LAS REFORMAS para llevar a Chile a ser un país desarrollado el 2010”, aseguró el Presidente Lagos el 21 de mayo del 2000, a sólo casi tres meses de asumir la presidencia de Chile. Un discurso marcado de promesas y proyecciones para la nación, bajo el lema “Crecer con Equidad”.

Dentro de las siete nuevas reformas que anunció Lagos en este discurso y que se propone realizar durante sus 6 años de mandato (2000-2006), entre ellas las de justicia y educación, el Mandatario nombró en primer lugar la de salud. Era el comienzo de una larga batalla política.

“Amigos y amigas: Una de las tareas principales de mi gobierno será llevar adelante una profunda reforma de la salud, centrada en los derechos y garantías de los pacientes y con un esquema de financiamiento solidario. Queremos que todas las familias puedan acceder a una atención digna y satisfactoria. Chile puede y debe proponerse ahora este objetivo”, afirmó Lagos.

Asimismo, el Presidente prometió una serie de garantías que poco a poco irían conformando las bases y objetivos fundamentales de la reforma: “el próximo año

garantizaremos atención primaria en 48 horas para todos los grupos de mayor riesgo, como los adultos mayores y los menores de un año. Para el fin del sexenio, esta garantía se habrá extendido a todo tipo de pacientes. Ese es mi compromiso”.⁹⁰ Lagos mencionó como prueba y símbolo de que su discurso no eran sólo palabras, que terminaría con las ‘colas’ en los consultorios.

La idea ya estaba. El gobierno había ‘puesto en la mesa’ el tema de que era extremadamente necesario un cambio en el sistema de salud chileno, demostró estar consciente de que Chile necesita urgente la reforma y así lo posicionó ante la sociedad. Ricardo Lagos se comprometió a dar salud a todos los chilenos.

Cuando el Presidente dijo que “el próximo año pondremos a vuestra consideración una ley de reforma integral al sistema de salud, en la cual estamos trabajando concienzudamente”⁹¹, sabía que no iba a ser una tarea fácil, estaba consciente de que éste iba a ser un cambio “profundo en un sector complejo”. Afirmó incluso que “haremos la reforma con los trabajadores de la salud y no contra ellos”.⁹² Lamentablemente el consenso no se logró y no se ha logrado hasta hoy.

En ese discurso se avistaban aires de esperanza en todos los sectores de la sociedad. Sin embargo, llegar a esta instancia no fue tan sencillo.

Un largo Preámbulo

Diez años post régimen militar tuvieron que pasar para que el gobierno se decidiera a reformar el sistema de salud en Chile.

Según el ex Ministro, Osvaldo Artaza, hacia fines de los '80, y como se mencionó en el capítulo anterior, ya se había generado un debate dentro de las fuerzas políticas democráticas acerca de la necesidad fundamental de cambiar el modelo de salud heredado de la dictadura apenas se conquistara la democracia.⁹³ Básicamente por razones sanitarias, financieras, políticas y de insatisfacción ciudadana. El sector público y privado eran mal

⁹⁰ Discurso Presidente Ricardo Lagos 21 de mayo 2000. Fuente: www.gobiernodechile.cl

⁹¹ Discurso Presidente Ricardo Lagos 21 de mayo 2000. Fuente: www.gobiernodechile.cl

⁹² Discurso Presidente Ricardo Lagos 21 de mayo 2000. Fuente: www.gobiernodechile.cl

⁹³ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 24

evaluados por la opinión pública, la población no estaba conforme con el acceso y trato que les brindaba el FONASA, mientras que la crítica hacia las ISAPREs era que no les otorgaba protección financiera.

No era suficiente para la opinión pública que los resultados sanitarios presentaran mejorías debido al desarrollo económico del país, en comparación con otros países de Latinoamérica y en relación con el gasto per cápita, como se detalló en el segundo capítulo.

Sin embargo, cuando las ‘condiciones políticas’ fueron favorables para realizar un cambio en el sistema, no se logró consenso para revertir el modelo instaurado dentro de la coalición de gobierno, conformada por demócratas cristianos, socialdemócratas y socialistas.⁹⁴

Artaza explica que este desacuerdo se debe en primer lugar, a que los privados no estaban de acuerdo en reformar el sistema. Posteriormente, cuando se creó conciencia de la necesidad de una reforma, el problema fue la coexistencia de dos visiones frente al cambio: una planteaba la desaparición de las ISAPREs y la vuelta al Servicio Nacional de Salud; y la otra era una visión amparada bajo el punto de vista del mercado, la que señalaba la necesidad de rectificar y completar lo iniciado en el gobierno militar. Esto implicaba generar un escenario de seguros y prestadores en competencia donde las personas pudieran escoger su seguro y aquellos sin recursos recibieran un subsidio del Estado, de tal forma que pudieran escoger un seguro que administrara su paquete básico de prestaciones.⁹⁵

Con estas dos visiones tan distintas y opuestas, una burocrática y la otra neoliberal, fue muy difícil llegar a algún tipo de consenso.

“Al existir visiones tan contrapuestas y al haber otras urgencias –tal como consolidar la naciente democracia– se decidió postergar una reforma del modelo dejado por la dictadura”,⁹⁶ explica Artaza. De esta forma, sólo se intentó mejorar la regulación de las ISAPREs, la cobertura, eficacia, eficiencia y calidad del sector público en la medida de lo posible y sobre las bases del sistema preexistente.

⁹⁴ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 24

⁹⁵ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 24

⁹⁶ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 24

El debate que se había generado a fines del gobierno militar, a principio de los '90 quedó en nada debido a las razones antes mencionadas. Al no existir ningún tipo de discusión sobre la necesidad de cambiar el modelo y menos de establecer nuevos objetivos sanitarios, la esperanza de una reforma se estancó y el modelo se mantuvo. En vista de esto, se decidió incrementar el gasto en salud, pensando que de esa forma los problemas en el sistema se iban a solucionar.

El gobierno de Patricio Aylwin Azócar tuvo como eje central el fortalecimiento de la democracia y los derechos humanos. En cuanto al sector salud, el Ministro de la cartera en ese entonces, Dr. Jorge Jiménez de la Jara, enfatizó en recuperar el sistema público.⁹⁷

Posteriormente, el gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle puso acento en las reformas de educación, justicia e infraestructura. En este periodo continuaron los problemas de consenso entre los distintos grupos involucrados en el sector salud, de tal forma que el Presidente decidió nombrar como Ministro de Salud a una persona externa al sector: el economista Carlos Massad.⁹⁸

Según el ex Ministro de esa misma cartera, Osvaldo Artaza, Massad puso énfasis en el fortalecimiento del sistema público. En principio su gestión fue interpretada como “una señal de repriorización social del sector y de voluntad política presidencial para acometer los desafíos pendientes”.⁹⁹ Durante su periodo ministerial se consensuó la aprobación de una Ley inicial que modificaría el sistema de las ISAPREs y de esa forma comenzar con un diagnóstico y propuestas para mejorar la Seguridad Social de Salud en el país.

Massad –dice Artaza- estaba consciente de que los problemas del sistema de salud en Chile, como la equidad y eficiencia, se debían a una estructura que debía ser modificada. De hecho, durante este periodo se encargaron diversos estudios que permitieron definir objetivos sanitarios lo que sentó las bases de la discusión de la actual reforma. Sin

⁹⁷ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 25

⁹⁸ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 25

⁹⁹ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 25

embargo, surgió la resistencia de diversos sectores gremiales advirtiendo en dichos cambios, como la reforma financiera del FONASA y diversas propuestas como la antes mencionada, un afán “privatizador”, tal como sucede en la actual reforma, y cuyos detalles serán explicados posteriormente.

La tensión provocada fue tal que Frei, hacia finales de su gobierno, decidió poner en el cargo al Dr. Alex Figueroa, disminuyendo el ritmo de los cambios, logrando negociar la ley médica con el Colegio Médico y eliminar el subsidio del 2% a las ISAPREs.

El debate en torno a la necesidad de una reforma volvía paulatinamente. La opinión pública continuaba evaluando en forma negativa ambos sistemas, demostrando claramente su insatisfacción. Los problemas sanitarios eran distintos a los de 50 años atrás, por lo que se necesitaba un cambio de prioridades, un cambio en el sistema, porque el actual no era capaz de satisfacer las necesidades.

Si bien se reconocía que el antiguo modelo había sido exitoso en su tiempo, comenzó a generarse un creciente consenso respecto a que no iba a ser igualmente exitoso en las actuales condiciones sanitarias.¹⁰⁰

Reforma de la Salud: Prioridad en la Agenda

“El Presidente Ricardo Lagos asumió el tercer período presidencial post dictadura, con el apoyo del mismo conglomerado de partidos, habiendo colocado muy alto en su programa de gobierno una reforma a la salud”,¹⁰¹ afirma Artaza.

Lo primero que hizo Lagos para demostrar que efectivamente el tema salud era prioridad en su agenda, fue crear una comisión interministerial conformada por cuatro Ministros: Salud, Trabajo, Hacienda y Secretaría General de la Presidencia; la subsecretaría de salud; el

¹⁰⁰ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 62

¹⁰¹ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 25

Director de Presupuesto, además de un equipo técnico dirigido por el Dr. Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo de este comité.

La comisión quedó a cargo de diseñar el contenido de la reforma, los cambios que era necesario efectuar en el actual sistema y, de esta forma, impulsar los distintos proyectos de ley, además de medidas administrativas y financieras, que darían cuerpo a la actual reforma de la salud, todo bajo supervisión constante y directa del propio Presidente Lagos.

Hernán Sandoval explica que primero existe un compromiso presidencial de realizar una reforma, en segundo lugar se forma este comité con su secretaría ejecutiva y, en tercer lugar, “hay una propuesta que se hace en el seno de este comité interministerial sobre los contenidos que debería tener la reforma”.¹⁰²

Esta propuesta fue creada de acuerdo al diagnóstico realizado al actual sistema, basado en las deficiencias de los dos sectores y se entregó en octubre del 2000.¹⁰³

Sandoval da a entender que las personas que conforman la comisión interministerial no tienen experiencia en lo que se refiere a reformas de salud, pero argumenta irónicamente que Martín Lutero no había hecho ninguna reforma antes de la protestante.

Michelle Bachelet fue la primera Ministra de Salud del gobierno de Ricardo Lagos. Bachelet intentó generar el consenso que nunca se había logrado crear entre los gremios, entre ellos el Colegio Médico, y sectores políticos involucrados, ligados a los partidos de gobierno. Nuevamente fue imposible, por lo que se decidió ‘tomar las cosas con calma’ por temor a la controversia y resistencia que cualquier decisión pudiera generar.¹⁰⁴

Según Artaza, paralelamente, no se quería abrir este debate “a la opinión pública para no exponer las desavenencias que surgían al interior del propio gobierno”. Lo que generaba un

¹⁰² Entrevista a Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo del Comité Interministerial para la Reforma de la Salud. 24 de julio del 2003.

¹⁰³ Entrevista a Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo del Comité Interministerial para la Reforma de la Salud. 24 de julio del 2003.

¹⁰⁴ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 25

conflicto mayor, ya que el Presidente Lagos y la comisión interministerial tenían como opositores a políticos de la misma Concertación y la burocracia ministerial.

No obstante, durante este periodo se trató de posicionar en la mente de la población la existencia de “una reforma en marcha” y la urgente necesidad de un cambio profundo en el sector, para generar apoyo popular. Lo que no fue difícil, ya que la insatisfacción frente al sistema de salud ya existía.

Las estrategias para lograr el apoyo consistieron en reuniones, actos masivos, metas específicas como eliminar las colas en los consultorios y disminuir los tiempos de espera a menos de 48 horas para todos los menores de un año y para todos los mayores de 65 años, quienes además se los benefició con atención gratuita en FONASA. Para esto se tuvo que extender la jornada de atención hasta las 20:00 horas en todos los consultorios, además de aumentar el presupuesto del sector salud, lo que permitió la construcción y renovación en la infraestructura hospitalaria.¹⁰⁵

Este trabajo comunicacional colaboró positivamente con la adhesión de la ciudadanía al compromiso que Lagos había asumido con la reforma a la salud.

Hasta el año 2001 el gobierno ‘marchaba lento’ en materia de salud por las razones de resistencia gremial y política anteriormente descritas. Sin embargo, se tenían más o menos claras las deficiencias del sistema y las ideas básicas de las modificaciones que se debían hacer.

Los contenidos generales se basaban en que se iba a crear un plan Garantizado de Salud, que comprometería tanto al FONASA como a las ISAPREs, y que tendría como respaldo financiero un fondo solidario conformado por aporte fiscal y el 3% de las cotizaciones. “Este Plan establece garantías de atención eficiente y oportuna para todas las chilenas y chilenos frente a las enfermedades más frecuentes, más graves y de mayor costo”, señaló el Presidente Ricardo Lagos el 21 de mayo del 2001.¹⁰⁶

¹⁰⁵ Discurso Presidente Ricardo Lagos. 21 de Mayo 2002. Fuente: www.gobiernodechile.cl

¹⁰⁶ Discurso Presidente Ricardo Lagos. 21 de Mayo 2002. Fuente: www.gobiernodechile.cl

Cuando ya habían pasado dos años de su gobierno en que no se llegaba a ningún consenso, y aprovechando el periodo entre el 2002 y el 2003 donde no había elecciones parlamentarias, Lagos decidió apresurar la reforma y ponerla en marcha definitivamente. Para ello decidió nombrar como Ministro de Salud al Dr. Osvaldo Artaza (militante DC) - aprovechando sus habilidades comunicacionales y credibilidad- para explicitar la decisión del gobierno respecto a la reforma y “traducir la propuesta en proyectos de ley, tomar las medidas administrativas de corto plazo que fuera menester y contrarrestar la resistencia que se iba a desencadenar, aún a sabiendas del costo que esto iba a implicar”¹⁰⁷, señala Artaza.

Para evitar la resistencia y la falta de consenso que marcaron la década de los noventa respecto de qué hacer en el sector salud, se escogió como escenario de negociación el Congreso Nacional, entendido como un espacio transparente de debate abierto hacia la opinión pública. “La experiencia señalaba que mientras el espacio de negociación estuviera reducido a los actores del sistema y de los grupos de interés no habría avance”, explica Artaza.

Esta decisión descolocó a los gremios, lo que implicó que el gobierno, con el liderazgo que había adquirido, diera a conocer la propuesta, respaldada por una fuerte campaña comunicacional, tema que será analizado en el quinto capítulo, obligando a presentar rápidamente los proyectos de ley al Congreso sin previa discusión con los actores.¹⁰⁸

Sin embargo, antes de que los proyectos fueran enviados, se firmó un acuerdo de protocolo en La Moneda, en el cuál se dio a conocer a los distintos gremios en qué consistía la propuesta. Pero cuando finalmente los proyectos ingresaron a la Cámara Baja, los gremios insistieron en que la propuesta no correspondía a lo acordado y en su acusación de que el sistema se iba a privatizar.¹⁰⁹

¹⁰⁷ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 26

¹⁰⁸ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 65

¹⁰⁹ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 65

Hernán Sandoval coincide en esta postura de las dos visiones encontradas, y explica que lograr un diagnóstico común y llegar a un acuerdo para diseñar en conjunto la reforma fue imposible, porque siempre se vieron enfrentados a una barrera que contenía dos discursos distintos, generando una fuerte polarización que no llegaba a la discusión de qué es lo mejor para Chile.

Artaza, por su parte, afirma que lo ideal hubiese sido crear el consenso necesario, para que este proceso de decisión se hubiese realizado en forma democrática y consecuente con los tiempos, pero debido a la existencia de visiones contrapuestas que no estaban dispuestas a ceder, se tuvo que imponer una propuesta.

El Anuncio

“Para el Gobierno, la salud es un derecho de las personas. Para resguardar el derecho a la salud no basta con la declaración de ese derecho, sino que se hace necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, y generar los instrumentos para el efectivo ejercicio de éstas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles”, señaló Ricardo Lagos en su cuenta anual del 21 de mayo del 2002. Además anunció que “la reforma de la salud tiene un solo norte: dar mejor atención de salud a todos los chilenos a través del Plan AUGE, evitando las desigualdades de hoy. Estoy enviando, en consecuencia, a este Congreso Nacional, los proyectos de ley que constituyen la esencia de la reforma. La reforma es ante todo prevención. Este es el componente básico de la salud pública del Plan AUGE. Aspiramos, en primer lugar, a que los chilenos y chilenas sean cada vez más sanos, con mejores hábitos alimenticios, menos sedentarios, capaces de llevar un estilo de vida que favorezca la salud, que evite la obesidad y las enfermedades”.

De esta forma, en dos meses ya se había abierto a la opinión pública el contenido de la actual reforma y apenas se inició el período legislativo comenzó -con grado de urgencia- la discusión de los proyectos.

Paralelamente, comenzó a funcionar un Plan Piloto de cobertura universal, con tiempo garantizado y cobertura financiera en temas prioritarios, con el fin, según Artaza, de que la opinión pública pudiera ver en la práctica el significado de la reforma.

Los gremios, en especial el Colegio Médico, además de las ISAPREs y los partidos de derecha mostraron resistencia a dicha propuesta, cuyos argumentos serán descritos y analizados en el cuarto capítulo. Las movilizaciones y paralizaciones de los gremios en contra de la reforma fueron su arma de negociación para lograr el retiro de los proyectos de ley. Lo que no han podido lograr hasta hoy, incluso con el amplio apoyo de los medios de comunicación y una fuerte campaña comunicacional, la contra-estrategia, que será explicada en el último capítulo.

No obstante, los seis meses de paralizaciones, según el ex Ministro Artaza, tuvieron algo de positivo, ya que se logró concordar la incorporación de importantes modificaciones a los estatutos funcionarios.

El Presidente debió adoptar un rol de liderazgo permanente, lo que junto a una estrategia política y comunicacional que fue clave en el proceso, permitió que el paquete legislativo se aprobara con amplia mayoría en la Cámara de Diputados, para pasar al siguiente proceso legislativo en la Cámara Alta.

Pero la siguiente etapa no fue tan fácil. La resistencia de los gremios, aumentada por la polémica generada por el escándalo de los spots del Plan AUGE -en los que se gastaron \$600 millones (tema del quinto capítulo)- agravó mucho más la situación y originó un clima aún más tenso, el que terminó sacando a Osvaldo Artaza del Ministerio, un año después de haber asumido.

En su lugar, Ricardo Lagos nombró al Dr. Pedro García, que adoptó un bajo perfil para calmar el ambiente. García llegó con una sola meta: sacar como fuese la reforma adelante.

Como señala Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de la Fundación Salud y Futuro, “éste no es un proyecto que cayó del cielo, sino que hay toda una cultura, un conjunto de esfuerzos y procesos” de los equipos que lo estructuraron.

La Propuesta

Debido al contexto político marcado por las discrepancias respecto a las opciones de reforma, el gobierno decidió establecer, en términos generales, que la meta fundamental era consolidar un sistema mixto, complementario, que superara las deficiencias de cada uno de los sectores: público y privado, y que en el capítulo anterior fueron analizadas.

Según el propio Presidente, “no se trata aquí de favorecer o perjudicar al sector público o privado, o a los gremios. La reforma de la salud se concibe sólo desde y para los usuarios”.¹¹⁰

La Base de la Reforma: Cómo se definieron sus contenidos

i) Objetivos Sanitarios, Metas y Modelo de Atención

Antes de diseñar la reforma fue necesario definir los *objetivos sanitarios* de la población desde el 2000 hasta el 2010, para ver de qué forma tenían que enfrentarse los desafíos pendientes. Según Artaza, fue una tarea difícil, pero necesaria porque sería el referente principal para, posteriormente, establecer prioridades sanitarias.

El comité, según Hernán Sandoval, tuvo que “fijar metas claras, tanto sectoriales como intersectoriales, para que el resultado sea el mejoramiento de la salud de la población”, de tal forma “orientar el sistema hacia las necesidades reales de la población actual”.

Definir los objetivos sanitarios es primordial porque el perfil epidemiológico de la población chilena ha cambiado, junto con su envejecimiento y cambio demográfico.

¹¹⁰ Discurso Presidente Ricardo Lagos. 21 de Mayo 2002

Las enfermedades que antiguamente aquejaban a las personas eran controladas por un sistema creado especialmente para ello, como lo eran el tífus, el cólera, la viruela, el sarampión. Sin embargo, hoy la carga de enfermedades es diferente; por lo mismo deben enfrentarse de otra forma, y a eso se debe que el antiguo modelo ya no funcione.

Ahora las enfermedades son crónicas y degenerativas como por ejemplo el cáncer, o son orgánicas o mentales. Enfermedades que son producto de los cambios culturales y nuevos estilos de vida de la población: sedentarismo, mala alimentación, consumo de tabaco, alcohol, etc. Como también de las condiciones ambientales: contaminación, hacinamiento, falta de áreas verdes, etc.; y socioeconómicas: violencia, estrés, desprotección social, entre otras. En definitiva, enfermedades que se pueden prevenir educando a la población.

De acuerdo a estos antecedentes, se fijaron cuatro desafíos sanitarios fundamentales: i) Enfrentar el impacto progresivo que generará el envejecimiento de la población, lo que a futuro creará patologías de alto costo; ii) Revertir la inequidad en el sistema de salud, que repercute en la integración social y en la credibilidad de las instituciones políticas, sociales y económicas del sector; iii) Enfrentar las nuevas tendencias de mortalidad y morbilidad; iv) Mejorar los logros sanitarios del siglo XX.¹¹¹

Sobre la base de esos objetivos, se fijaron las siguientes metas: continuar con el descenso de la mortalidad infantil y maternal; enfrentar desafíos derivados del envejecimiento de la población, para esto se deben reducir factores determinantes de las enfermedades más importantes que aquejan a la población chilena y se estableció frenar el consumo de tabaco, contener el aumento de la obesidad, promover conductas sexuales seguras, contribuir a crear un ambiente saludable, ayudar a mejorar las condiciones de trabajo y mejorar la calidad de vida a través de la preocupación por las enfermedades mentales y las osteoarticulares. Otras metas fueron disminuir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cánceres (centrando los esfuerzos en cuello uterino, mama y vesícula), enfermedades respiratorias, traumatismos (centrando los esfuerzos en accidentes de tránsito), envenenamientos y VIH/Sida.¹¹²

¹¹¹ www.minsal.cl

¹¹² www.minsal.cl

Dado el origen de las enfermedades de este tipo, la entrega de servicios debe tener una orientación distinta. En consecuencia, para cumplir con los objetivos sanitarios antes planteados debe formularse un nuevo *modelo de atención*¹¹³, “un nuevo enfoque de la forma de entregar los servicios de salud”, asegura Artaza. Porque el actual modelo es “ineficiente respecto a las necesidades del tipo de patologías que dominan: depresión, diabetes, hipertensión, etc.”, como también respecto a las “expectativas que tiene la gente”, señala Hernán Sandoval.

El modelo de atención debe orientarse entonces hacia la prevención, mediante la eliminación de los factores de riesgo ya mencionados (estilos de vida, condiciones ambientales, etc.).

El nuevo modelo está fuertemente vinculado con la organización del sistema. Por ello, explica Sandoval, es necesario reemplazar “el modelo tecnológico, basado fundamentalmente en la acción médica directa, hacia un modelo fundamentalmente preventivo promocional (...) o sea, cambiemos un modelo basado fundamentalmente en los hospitales como objetivo, hacia un modelo basado en cómo mantenemos a la población sana”.

Según esta visión existen dos polos, que en salud deberían funcionar en completa armonía. Uno es la complejidad técnica, que tiene directa relación con la medicina curativa, y es donde está orientado el modelo actual; y el otro polo es la complejidad social, que se relaciona con lo preventivo.¹¹⁴

De acuerdo a este punto de vista, Sandoval describe el caso de una persona diabética. Lo que la complejidad técnica le garantiza a este paciente es que cuando llegue al punto de que le tengan que amputar una extremidad, le van a poner otra que sea ortopédica. A diferencia del polo de complejidad social que tiene el deber de captar al diabético cuando aún su

¹¹³ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 67

¹¹⁴ Entrevista a Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo del Comité Interministerial para la Reforma de la Salud. 24 de julio 2003.

enfermedad no es compleja, para tratarlo oportunamente de tal forma que nunca llegue a la extremidad ortopédica.

Para lograr este objetivo el comité propuso reorganizar la estructura, es decir, “reforzar la atención primaria municipalizada en su capacidad resolutive, mejorando su capacidad de gestión y su integración a redes de servicio”, asegura Artaza. Durante el año 2003 el gobierno aumentó en 18% el presupuesto de atención primaria.¹¹⁵ Asimismo, se requiere generar autonomía de administración en la atención hospitalaria, que permita una gestión eficiente de los recursos: “Reivindicar una autoridad sanitaria fuerte y con capacidad regulatoria”, explica Artaza. De aquí nace uno de los cinco proyectos que conforman la reforma: *Autoridad Sanitaria y Gestión*, y que será explicado en detalle más adelante.

Este cambio en el modelo de atención va de la mano con un elemento fundamental en la entrega de servicios de salud y de una reforma: el recurso humano. Es por eso que es importante el compromiso con los trabajadores del sector, el incentivo, motivación, entorno laboral confortable, crecimiento profesional, actualización, remuneraciones acordes a sus responsabilidades y desempeño, espacio de participación, etc. Para lograrlo se requiere del desarrollo de políticas al interior del sector público.¹¹⁶

ii) **Plan de Salud Garantizado y Derechos de las personas**

Artaza sostiene que no era suficiente definir los objetivos sanitarios para garantizar la equidad en acceso y en resultados para toda la población. Por ello fue necesario establecer un plan de salud garantizado que definiera los derechos de las personas y prioridades sanitarias.¹¹⁷ “Se postulaba que el derecho a la salud, señalado como elemento esencial de la política de gobierno, deberá ser garantizado a la población mediante un conjunto de disposiciones legales y reglamentarias que permitan el ejercicio del mismo, con respaldo de una institucionalidad adecuada”, explica el ex Ministro.

¹¹⁵ Discurso Presidente Ricardo Lagos. 21 de mayo 2003. Fuente: El Mercurio, 22 de mayo 2003.

¹¹⁶ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 70

¹¹⁷ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 68

El plan de salud surge de esta forma, como la estrategia o el instrumento para cumplir con los objetivos sanitarios planteados. La idea de ‘garantizar’, proviene del reconocimiento de los derechos de salud de las personas en términos de oportunidad, acceso, calidad y protección financiera. El gobierno se hace responsable de un tema fundamental y básico de la población, asumiendo que las personas tienen derechos sociales en salud que deben ser garantizados por el Estado. Este es el origen del *Plan AUGE* (Acceso Universal de Garantías Explícitas), uno de los cinco proyectos enviados al Congreso y que dan cuerpo a la actual reforma a la salud.

Los Ejes transversales

Conscientes de los problemas fundamentales que aquejan al actual sistema de salud, el equipo técnico encargado de diseñar la reforma, en conjunto con los ministerios que conforman la comisión interministerial, definieron una serie de valores subyacentes a los proyectos de ley que dan cuerpo a la reforma.

El eje fundamental, para romper con el paradigma de las dos visiones opuestas de “estatistas” y “privatizadores”,¹¹⁸ fue poner los aspectos sanitarios como objetivo prioritario para “avanzar hacia un acceso universal a través de la solución integral de los problemas de salud más prioritarios”, afirma Osvaldo Artaza. A pesar de que se corría el riesgo de que no se generara consenso, se creaba un espacio de negociación.¹¹⁹

La reforma está sobre la base de los siguientes valores: i) *Equidad*, como un esfuerzo en “identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades evitables”.¹²⁰ ii) *Solidaridad*, entendida como un aporte desde la población que tiene más recursos hacia la que tiene menos, y en resumen de todo aquel que tenga más posibilidades

¹¹⁸ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 64

¹¹⁹ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 64

¹²⁰ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. Pág. 64

y condiciones que otro, de tal forma que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos.¹²¹ iii) *Efectividad y la Eficiencia* en el uso de los recursos, de esta manera obtener mejores resultados para la mayor cantidad de personas, para esto es fundamental mejorar la gestión. iv) *Participación Social*, desde el punto de vista de la toma de conciencia por parte de la gente del cuidado de su salud, y de reconocer a las personas como responsables de contribuir en la implementación de políticas públicas, mediante el conocimiento de sus derechos, entre los cuales deben exigir que el sistema de salud les debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad en el servicio.¹²²

Los Proyectos

Como se ha dicho, los proyectos que conforman la reforma a la salud son cinco y recogen los contenidos y orientaciones antes explicados.

Según Artaza, hubiese sido ideal haber creado un solo proyecto que reuniera todos los planteamientos y áreas de reforma, pero por cuestión de tiempo se vieron obligados a fragmentarlo en cinco cuerpos legislativos. Posteriormente, han sido modificados en el Congreso.

Los proyectos son los siguientes:

1. Autoridad Sanitaria y Gestión

El proyecto de ley sobre Autoridad Sanitaria y Gestión pretende modificar el antiguo sistema, debido a su ineficiente desempeño, el cual obstaculiza el desarrollo efectivo del sector salud.

¹²¹ Contenidos del conjunto Legislativo para la Reforma de la Salud. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Junio 2002. Pág. 2 / Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. Pág. 64

¹²² Contenidos del conjunto Legislativo para la Reforma de la Salud. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Junio 2002. Pág. 2 / Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. Pág. 64

Este proyecto deriva de los nuevos objetivos sanitarios, y como consecuencia de la necesidad urgente de un cambio del modelo de atención. De esta forma, es uno de los instrumentos que ayudarán a cumplir las metas sanitarias propuestas.

Lo que se quiere lograr principalmente es el desempeño eficiente del sistema. Para ello se propone aumentar las atribuciones del Estado en su responsabilidad de guiar el desarrollo del sistema de salud (público y privado), a fin de satisfacer las necesidades sanitarias de la población.¹²³

Este cambio de diseño propone modificar el Decreto Ley 2763 del año 1979, con el propósito de fortalecer el carácter de Autoridad Sanitaria del Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, además de introducir cambios en la gestión sanitaria para lograr una eficiente asignación de recursos.

Los cambios más importantes, según Osvaldo Artaza, se encuentran en el aumento de las competencias rectoras y regulatorias del Ministerio de Salud y sus órganos desconcentrados; en el establecimiento de dos subsecretarías de salud, es decir, la separación de funciones: una de Redes Públicas (encargada de la atención de las personas), y otra de Salud Pública (encargada de aplicación del Código Sanitario y regulación); asimismo, en la separación entre las funciones rectoras y de prestación de servicios que estaban integradas a nivel de los 26 servicios de salud. Las funciones rectoras y reguladoras se concentrarán en un representante regional del Ministro de Salud y, por su parte, los servicios de salud tendrán el rol de administrar redes. Otro punto importante de cambio es que se crearán por ley redes prestadoras de servicios que integran los distintos niveles de atención y a prestadores estatales, municipales y privados; también se crearán “hospitales autogestionados en red”, lo que da plena autonomía de administración a los hospitales públicos (específicamente a 56 establecimientos en todo el país), manteniéndolos al mismo

¹²³ Contenidos del conjunto Legislativo para la Reforma de la Salud. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Junio 2002. Pág. 4

tiempo coordinados a la red asistencial y su actividad sujeta a los requerimientos sanitarios del FONASA.¹²⁴

El hecho de que la autoridad sanitaria se fortalezca; que los hospitales tengan mayor autonomía; que los servicios de salud tengan la facultad de administrar las redes asistenciales, entre otros cambios, trae como consecuencia que la gestión sanitaria sea más eficiente y efectiva, alejándose de la burocracia. Ello permitirá disminuir la deuda hospitalaria, al mismo tiempo que fortalecerá el nuevo modelo centrado en la atención primaria altamente resolutive, capacitada para solucionar gran parte de las emergencias, incluyendo equipos de salud familiar y comunitaria “de cabecera”, con una determinada cantidad de familias a cargo, coordinados con la atención de especialidad.¹²⁵ Asimismo, un sistema orientado hacia la prevención de la salud, que es lo que busca el nuevo modelo.

2. Régimen de Garantías en Salud, Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE)

Como se explicó antes, el Plan AUGE es el instrumento creado por el gobierno para cumplir con la responsabilidad de entregar a toda la población acceso a la salud sobre la base de ciertas prioridades sanitarias preestablecidas. Es también un instrumento que promueve la equidad y permite materializar los objetivos sanitarios propuestos.¹²⁶

El Plan AUGE se convirtió en el proyecto ‘estrella’ del gobierno. Debido a que, junto con el de ‘autoridad sanitaria’ son el cuerpo troncal de la reforma. Los otros son proyectos complementarios. Pero más importante aún, fue la estrategia comunicacional que posicionó, desde el principio, al Plan AUGE como ‘la reforma’. Sin embargo, la resistencia y la polémica generadas obligaron al gobierno a centrar el foco en todos los proyectos y no

¹²⁴ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. Pág. 77

¹²⁵ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud.

Pág. 68

¹²⁶ Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas AUGE. Conceptos esenciales de objetivos y de diseño del Plan de Salud. Documento de Trabajo. Propuesta al País. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Enero 2002. Pág. 5

sólo en uno que creaba un clima mucho más tenso, ya que sus contenidos son muy controversiales.

Técnicamente el plan AUGE es un plan que garantiza, en términos de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, salud a todos los chilenos. Es decir, los ciudadanos, por ley, tienen derecho a exigir atención.

En cuanto a acceso, el plan AUGE garantiza que todas las personas recibirán atención y que serán parte de una red de salud en su lugar de residencia. En cuanto a calidad, garantiza que las prestaciones seguirán patrones de exigencia técnica preestablecidos. En cuanto a oportunidad, el plan garantiza que habrá un límite máximo en tiempos de espera también preestablecido, de esta manera asegurar la primera atención de las personas y la atención post diagnóstico. Y en cuanto a la protección financiera, el AUGE garantiza que el pago de las prestaciones no será un obstáculo para ser atendido. El copago máximo del beneficiario no superará el 20% del costo de la atención. Se establece que el precio del paquete de servicios no puede variar con relación al riesgo que presente cada individuo (situación frecuente en el sector privado); de esta forma se colectiviza el riesgo, como lo ha sido siempre en FONASA.

Las personas que no puedan pagar el costo del plan, como por ejemplo indigentes, serán beneficiadas mediante la creación de un Fondo Solidario, cuya estructura y forma de funcionamiento serán descritas más adelante.¹²⁷

El plan AUGE fue concebido como *Universal*, ya que se beneficia a todos los no cotizantes o cotizantes, independientemente de si pertenecen a FONASA o a una ISAPRE, si se es indigente, o extranjero (mientras tenga residencia en el país), sin discriminación por sexo, edad, condición socio-económica o algún otro motivo.¹²⁸

Asimismo, es *Integral*¹²⁹ porque garantiza las acciones de salud pública para toda la población, es decir, acciones de salud destinadas a proteger la salud de las personas, por

¹²⁷ www.minsal.cl

¹²⁸ Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas AUGE. Conceptos esenciales de objetivos y de diseño del Plan de Salud. Documento de Trabajo. Propuesta al País. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Enero 2002. Pág. 6

¹²⁹ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. Pág. 69

ejemplo, de los riesgos ambientales (a través de vacunas), y a promover comportamientos que mantengan sana a la población; y las acciones de salud sobre las personas, mediante la priorización de enfermedades según su importancia sanitaria y a las expectativas de las personas.

Prioridades Sanitarias

Los objetivos sanitarios definidos permiten establecer prioridades sanitarias, de acuerdo al cambio epidemiológico de la población, las cuales el gobierno se compromete a garantizar.

Para establecer estas prioridades, según el Dr. Hernán Sandoval, se realizó un estudio llamado ‘Evaluación del peso de la enfermedad o carga de la enfermedad’. Esta compleja técnica utilizada a nivel mundial, mide cuántos años de vida saludable tiene la gente en promedio.¹³⁰ Sandoval explica que para realizar esta medición se utiliza como indicador la esperanza de vida, que actualmente en Chile es de 78 años. “Si una chilena muere a los 65, tiene menos 13 años de esperanza de vida, respecto a la edad promedio que podría haber alcanzado. (...) Pero igual si a los 65 años una mujer que venía de una diabetes pasa a depender de la diálisis, porque está con un riñón diabético y con insuficiencia renal, también pierde 13 años, entonces nosotros sumamos tanto los años de muerte prematura como los de discapacidad, y la suma de todos estos años nos dice cuáles son las patologías que más daño, medido en años de vida perdido o en años de vida con discapacidad, produce la población chilena”, explica el experto.

A partir de esas patologías se hizo un ordenamiento, y de esa forma se priorizó cuáles eran las enfermedades que tenían mayor impacto en la población. Así se decide garantizar atención a 56 patologías iniciales, que fueron las que el estudio arrojó como las que producían mayor daño en los chilenos.

¹³⁰ Entrevista a Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo del Comité Interministerial para la Reforma de la Salud. 24 de julio del 2003.

En vista de que el perfil epidemiológico del país puede cambiar, se creó un Consejo que cada tres años tiene la responsabilidad de redefinir dichas prioridades y garantías dependiendo de las necesidades de salud de la población y de los recursos existentes. El hecho de que se prioricen 56 enfermedades no quiere decir que las demás enfermedades van a quedar en segundo plano, todo lo contrario seguirán siendo atendidas de igual forma.¹³¹

Las 56 patologías iniciales son las siguientes:

1. Atención del parto con analgesia;
2. Todos los cánceres infantiles;
3. Cáncer cérvicouterino;
4. Cáncer de mama;
5. Leucemia (adultos);
6. Linfoma (adultos);
7. Cáncer de testículo;
8. Cáncer de próstata;
9. Cáncer gástrico;
10. Cáncer de vesícula y vías biliares;
11. Cánceres terminales (cuidados paliativos);
12. Enfermedad isquémica (infarto miocardio);
13. Trastornos de conducción;
14. Cardiopatía congénita operable;
15. Defectos del tubo neural;
16. Labio leporino y fisura palatina;
17. Insuficiencia renal crónica;
18. VIH / Sida;
19. Cataratas;
20. Gran quemado;
21. Politraumatizado con y sin lesión medular;
22. Hernia núcleo pulposo;
23. Tumores y quistes SNC;
24. Aneurismas;
25. Retinopatía diabética;
26. Vicios de refracción;
27. Pérdida de dientes en el adulto mayor;
28. Cirugía que requiere prótesis;
29. Hipoacusia;
30. Hiperplasia benigna de la próstata;
31. Neumonías en el adulto mayor;
32. Ortesis adulto mayor (bastones, silla de rueda, otros);
33. Hemofilia;
34. Fibrosis quística;
35. Escoliosis;
36. Depresión;
37. Dependencia al alcohol y drogas;
38. Psicosis (trastornos psiquiátricos severos);
39. Asma bronquial;
40. EPOC;
41. Hipertensión arterial;
42. Accidente vascular encefálico;
43. Diabetes Mellitus tipo I y II;
44. Prematurez;
45. Retinopatía del prematuro;
46. Dificultad respiratoria del recién nacido;
47. Accidentes que requieren UTI;
48. Artritis reumatoidea;
49. Artrosis;
50. Epilepsia;
51. Trauma ocular;
52. Desprendimiento de retina;
53. Estrabismo (menores de nueve años);
54. IRA (menores de 15 años);
55. Salud oral integral;
56. Urgencias odontológicas.

¹³¹ Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas AUGE. Conceptos esenciales de objetivos y de diseño del Plan de Salud. Documento de Trabajo. Propuesta al País. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Enero 2002. Pág. 8

El Fondo Solidario

El gobierno, tomando consciencia de la injusticia que caracteriza al actual sistema de salud, decidió crear un ‘fondo solidario’ para el financiamiento del Plan AUGE, con el fin de que todas las personas tengan la misma oportunidad de acceso a las garantías que se ofrecen.

Por una parte, el gobierno propone aumentar el gasto fiscal en salud para que los indigentes¹³² puedan acceder al plan garantizado gratuitamente. En principio se presupuestaron \$153.000 millones anuales, sin embargo, el Ministerio cometió un ‘error de cálculo’, y la suma ascendería cinco veces lo presupuestado.¹³³

Por otra parte, se obliga a cotizar a las personas independientes que tienen recursos suficientes (se estima que corresponden a un 10% de la población, según estadísticas de Impuestos Internos).¹³⁴

El ‘fondo’ también está orientado a terminar con la discriminación que se produce entre los beneficiarios del FONASA e ISAPREs y compensar las diferencias existentes entre ambos sectores. Para esto se crea un ‘fondo solidario de compensación de riesgos’.¹³⁵

Su funcionamiento se basa en que las garantías de salud tendrán un costo promedio, lo que se llamó una ‘prima universal’ –que será determinada cada tres años-, la cual todos los afiliados, tanto de las ISAPREs como del FONASA, tendrán que aportar a este ‘fondo solidario’ y así poder ayudar a las personas carentes de recursos, adultos mayores y mujeres en edad fértil (‘fondo maternal’) –cuya atención es más costosa- y de esta forma financiar las garantías del AUGE.¹³⁶ Es decir, los afiliados deberán aportar el 3% del 7% obligatorio de sus cotizaciones.

¹³² Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud.

Pág. 69

¹³³ El Mercurio. 8 de junio 2003. Cuerpo C. Pág. 1 y 8

¹³⁴ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud.

Pág. 70

¹³⁵ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en los Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud.

Pág. 70

¹³⁶ Contenidos del conjunto Legislativo para la Reforma de la Salud. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Junio 2002. Pág. 7

Las personas, cuyo 7% es inferior al valor de la ‘prima universal’ de su familia, recibirá un subsidio del Estado.

La propuesta, sin embargo, generó una fuerte resistencia, que terminó en una forma de financiamiento vía impuestos, que será explicada más adelante. Aunque en el Congreso aún se discute su viabilidad, convirtiéndose en uno de los puntos de mayor conflicto.

La idea de este ‘fondo’ desincentiva a las ISAPREs a discriminar y a quedarse con la población más joven y con mayores recursos, derivándolos al sistema público cuando envejecen o incrementan su riesgo. Porque en el sector privado las personas deben pagar sobre la base de su riesgo efectivo: personas que a los 50 años pagan \$100.000 por un plan deben pagar a los 60 años \$350.000 por el mismo plan.¹³⁷

Con la creación del ‘fondo solidario’ FONASA recibirá dinero desde las ISAPREs si continúa teniendo a las personas de más riesgo, lo que no ocurrirá si el sector privado concentra a este grupo de personas, porque su financiamiento provendrá de las cotizaciones de los mismos afiliados.

Lo que persigue este fondo es equilibrar el sistema y “materializar la solidaridad entre sanos y enfermos, jóvenes y viejos, ricos y pobres, hombres y mujeres”, afirma Artaza.

Por otra parte, se crea un ‘fondo maternal’, para focalizar a las mujeres embarazadas de menores recursos en este fondo. Actualmente el Estado otorga un subsidio a todas las mujeres embarazadas que cotizan en la seguridad social. Este subsidio consiste en la mantención del salario durante el prenatal y postnatal.¹³⁸

Sin embargo, aquellas que poseen recursos suficientes generan un gasto enorme en el Estado. Por esta razón, se decidió reasignar el subsidio y resolver el problema otorgándolo a las de menos recursos.

Inicialmente la reforma proponía además que, para evitar discriminaciones que pudiesen sufrir las mujeres de edad fértil en las ISAPREs, el financiamiento del subsidio se realice

¹³⁷ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de la Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de julio de 2003.

¹³⁸ Contenidos del conjunto Legislativo para la Reforma de la Salud. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Junio 2002. Pág. 7

solidariamente por la vía de las cotizaciones de todos los afiliados, como se explicó antes. De esta forma, se introduce un elemento de equidad entre beneficios y contribuciones.¹³⁹ Según la propuesta, esta cotización solidaria permitirá mantener inalterados los beneficios que hoy tienen las “mujeres trabajadoras”.¹⁴⁰ Sin embargo, a mediados del 2003 el gobierno anunció que esta medida llegaría a su fin debido a la entrada del IVA como factor de financiamiento.

3. Regulación de ISAPREs

El proyecto que modifica a la ley de ISAPREs (Ley 18.933) está destinado a generar el contexto adecuado para que la reforma pueda funcionar coherentemente con los cambios efectuados en el sector privado.

La propuesta fue orientada, en primer lugar, a que todas las ISAPREs garanticen, al igual que en el sistema público, la atención a las prioridades establecidas en el Plan AUGE. También pretende que las prestaciones y bonificaciones que el FONASA otorga en su modalidad de libre elección sean sin diferencia de precios según sexo y edad, es decir, a un mismo precio para todos los beneficiarios. De esta forma, se propone evitar la discriminación existente en las ISAPREs, por el alza de precios de los planes, especialmente a la tercera edad. El problema de la discriminación también se evitará a través de la creación del Fondo Solidario y de mecanismo de Compensación de Riesgos.

En segundo lugar, la ley obliga a que las ISAPREs mantengan el contrato por un mínimo de tres años (regulado por la Superintendencia). Esto significa que el precio del plan de salud (AUGE) sólo podrá cambiarse cada tres años. Este valor será único y lo fijará el Estado, tanto para FONASA como para las ISAPREs. Asimismo, contarán con otro precio para las demás prestaciones, bajo las mismas condiciones antes mencionadas.

¹³⁹ Contenidos del Conjunto Legislativo para la Reforma de la Salud, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Junio 2002. Pág. 7. Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organización Andina de la Salud. Pág. 78

¹⁴⁰ Contenidos del conjunto Legislativo para la Reforma de la Salud. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Junio 2002. Pág. 7

En tercer lugar, las ISAPREs deberán asegurar acceso y permanencia en el sistema como derecho de los cotizantes. Y por último, el proyecto propone otorgar mayores facultades de supervisión y control a la Superintendencia de ISAPREs, para que se preocupen de regular cualquier anomalía respecto a alzas de precios, discriminación, problemas con el contrato, etc.¹⁴¹

4. Derechos y Deberes de las Personas en Salud

Este proyecto, el primero que se presentó en el Congreso, plantea el resguardo por ley de los derechos de las personas, independientemente si se trata de beneficiarios del sector público o del privado.

Estos derechos tienen relación con todo lo que rodea a la entrega de un servicio, sobre la base de normas existentes en la relación entre el usuario–prestador.

Dentro de estas normas se establece que las personas deben ser tratadas con dignidad y respeto; ser informado de los riesgos de las intervenciones a que fuera sometido; a que se le solicitara formalmente el consentimiento antes de ser sometido a tratamientos o procedimientos; a que la información clínica se mantenga en forma confidencial y sea propiedad de la ficha clínica, a la privacidad y resguardo de su intimidad; a ser acompañado por familiares durante la hospitalización; respetar las creencias religiosas a la hora de efectuar o no un tratamiento, por ejemplo: los testigos de Jehová no aceptan transfusiones sanguíneas, entre otros.¹⁴²

Lo anterior corresponde al reconocimiento de los derechos personales de los pacientes. La actual reforma, como se ha dicho antes, propone también el resguardo de los derechos sociales en salud, los cuales deben ser garantizados por el Estado, y exigibles por ley. De esta forma se les entrega poder a las personas y se las hace responsables de ejercer control

¹⁴¹ Contenidos del Conjunto Legislativo para la Reforma de la Salud, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Junio 2002. Pág. 9

¹⁴² Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organización Andina de la Salud. Pág. 68

social sobre estos derechos.¹⁴³ A la autoridad sanitaria también le corresponde su cuota de responsabilidad, al velar porque estos derechos se cumplan.

La propuesta inicial estaba orientada únicamente al resguardo de los derechos de las personas, lo que generó la oposición de los trabajadores de la salud, porque, según Artaza, temían a un usuario con mayor poder en una relación más horizontal, cambiando la antigua relación vertical y paternalista entre el paciente y el equipo de salud.

Debido a esto se buscó compensar ‘derechos’ con ‘deberes’. Así los pacientes tendrán deberes como el cuidado de los establecimientos, cumplir con la entrega de la información requerida, cumplimiento de tratamientos y con el deber de tomar conciencia del cuidado de su salud y contribuir en la implementación de políticas públicas, para poder exigirle al sistema la entrega adecuada y efectiva de los servicios.¹⁴⁴

5. Financiamiento

La propuesta del gobierno para financiar la reforma de la salud proviene, por una parte, de la creación de un ‘fondo solidario’, como se explicó antes. Esta idea –aún discutida en el Congreso- postula que un porcentaje de las cotizaciones (3 del 7% obligatorio) tanto del sector público como del privado serían reasignadas a un ‘fondo’ para financiar un plan garantizado. Sin embargo, esta propuesta generó un intenso debate en el Congreso.

Por esta razón, se planteó como fuente de financiamiento: del aporte fiscal directo, correspondiente al gasto gubernamental del presupuesto asignado al sector salud; y a los ajustes en el sistema tributario.¹⁴⁵ Según la propuesta inicial, esta última fuente permitiría no sólo financiar parte importante de las iniciativas sociales prioritarias, sino que además mejoraría el esquema de incentivos microeconómicos, subiendo los precios de productos

¹⁴³ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organización Andina de la Salud. Pág.

68

¹⁴⁴ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organización Andina de la Salud. Pág.

74

¹⁴⁵ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organización Andina de la Salud. Pág.

80

que causan daño a la salud.¹⁴⁶ Para ello, se realizaría un ajuste impositivo al tabaco, los alcoholes, combustibles (diesel) y juegos de azar.

Como se explicó antes, la propuesta fue rechazada, debido a la oposición de los dueños de las empresas involucradas quienes, por una parte, presionaron a los parlamentarios para que votaran el proyecto en contra, y por otra, generaron un fuerte debate en los medios de comunicación.

“Lo concreto es que los parlamentarios de oposición sumaron votos de algunos parlamentarios de la coalición de gobierno haciendo inviable la propuesta original. La única forma de obtener consenso a nivel parlamentario fue a través de subir un punto el impuesto al valor agregado. Sin duda la elevación del IVA es mucho más impopular y regresiva que la fórmula anterior, pero la posición de los parlamentarios no dejó opción que permitiera financiar la reforma a la salud”, explica Osvaldo Artaza.

Plan Piloto

Paralelamente al anuncio de la propuesta definitiva de reforma, específicamente en agosto del 2002, cuando se enviaron al Congreso la mayor parte de los proyectos, se decidió implementar un ‘piloto’ del Plan AUGE para los beneficiarios del FONASA.

Este ‘piloto’ ‘pretendió darle rostro humano a la reforma’, dice Artaza, con el fin de que la opinión pública viera en la práctica la forma en que operaría el Plan AUGE y el sistema reformado en general, una vez que los proyectos fueran aprobados.

Se escogieron tres problemas de salud de alta importancia sanitaria y alto impacto social: cánceres infantiles, cardiopatías congénitas e insuficiencia renal crónica en adultos y niños.

A los cinco meses de su implementación, el ‘Plan Piloto’ ya había beneficiado a más de 2 mil personas. Tanto fue el éxito que en abril del 2003 se incorporaron dos nuevas patologías: cáncer cérvicouterino y cuidados paliativos para enfermos terminales. De esta

¹⁴⁶ Contenidos del conjunto legislativo para la reforma de la Salud, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Junio 2002. Pág. 11.

forma, tras un año y medio de iniciado el programa, más de 23 mil personas se han beneficiado.¹⁴⁷

Así como la implementación del 'Plan Piloto' fue de gran importancia para la viabilidad del proceso, según Osvaldo Artaza, también lo fue intentar frenar la deuda hospitalaria.

Desde la mitad de la década de los '90 los hospitales entraron en una línea creciente de endeudamiento insostenible, especialmente para el gobierno, que se veía obligado a responsabilizarse de ello cada fin de año. Sin embargo, los hospitales se comprometieron a disminuir su endeudamiento a través de una mejor gestión, sin que esto afecte la calidad y la cantidad de la atención, es decir, su productividad. De esta manera, en vez de pagarle a los endeudados se incentivaría a los que mayor esfuerzo hicieran.

Como resultado el gobierno logró la meta que se había propuesto para fines del 2003: disminuir la deuda considerablemente.¹⁴⁸

Sin embargo, el Colegio Médico asegura que la restricción de los gastos para evitar el endeudamiento afecta directamente a los enfermos, ya que para ello se están reduciendo las prestaciones.

Una Reforma Compleja

Varios expertos entrevistados para esta investigación, entre ellos Héctor Sánchez y Osvaldo Artaza, coinciden en que los contenidos de esta reforma son complejos y difíciles de entender. Reconocen que el contexto político, la falta de consenso y la fuerte resistencia, fueron un factor crucial en su proceso de instalación en la agenda pública y en su desarrollo.

Después de un largo debate el gobierno decidió reformar el sistema. Así el compromiso del Presidente Lagos se materializa en estos cinco proyectos, que intentan mejorar la salud del país, eliminando la desigualdad y aportando mayor equidad.

¹⁴⁷ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organización Andina de la Salud. Pág. 76 / www.minsal.cl / El Mercurio. 24 de enero 2003. Cuerpo C. Pág. 9

¹⁴⁸ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organización Andina de la Salud. Pág. 76. / El Mercurio. 12 enero 2004. Cuerpo C. Pág. 7

Si bien el Plan AUGE es uno de los proyectos más importantes de la propuesta, no es el único. Los otros cuatro son fundamentales en su funcionamiento y en el fortalecimiento de un sistema más eficiente.

El debate posterior al anuncio, las razones de la resistencia y la evaluación de los expertos – que serán explicados en el siguiente capítulo- permitirán comprender por qué se generó tanta polémica entorno a la reforma si la propuesta responde a las deficiencias del sistema, como estima Héctor Sánchez.

CAPÍTULO IV

DEBATE EN TORNO AL AUGE

El proceso que ha experimentado la reforma de la salud ha sido complejo. Su desarrollo está marcado profundamente por la política, por los intereses corporativos, por el debate y la polémica.

Este capítulo describe y analiza el contexto y ambiente político de la reforma, su discusión, los puntos conflictivos de cada proyecto y la evaluación de los principales actores del sector. Es necesario comprender y reflexionar sobre este proceso antes de analizar una de las aristas más importantes y cruciales en esta reforma: la estrategia comunicacional.

La Discusión en el Congreso

El primer proyecto de reforma despachado fue el de *'Derechos y Deberes de las Personas en Salud'* en agosto del 2001. Según el ex Ministro de Salud, Osvaldo Artaza, esta primera propuesta no generó un debate importante, ya que no contemplaba los puntos más controversiales de la reforma como lo fueron el Plan AUGE y el proyecto sobre el financiamiento.

Los temas de discusión se centraron en el problema de la 'muerte digna', es decir, el grado de autonomía de una persona para decidir hasta cuándo continuar con la asistencia médica; y la posibilidad de 'testamento vital', donde la persona no sólo tenga el derecho de rehusarse a un determinado tratamiento, sino también a ser sometido a "ensañamiento terapéutico", es decir, que la persona deje por escrito su rechazo a un procedimiento que pudiera prolongar su vida, una vez que se determina que la persona necesariamente va a morir.

A pesar de que este proyecto fue el primero en discutirse en la Cámara de Diputados, a comienzos del 2004 aún no había sido despachado al Senado, debido a pequeñas discusiones que han atrasado su aprobación.¹⁴⁹ Los dirigentes médicos aseguran que a pesar

¹⁴⁹ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organización Andina de la Salud. Pág. 75 y 77

de que lo que propone este proyecto es “una idea aceptable”, el proyecto en sí está mal estructurado y esa es la razón de su retraso.

El resto de los proyectos fue enviado el 2002 a la Cámara de Diputados. En ese momento el gobierno materializó la propuesta, y nombró a Osvaldo Artaza como Ministro de Salud.

Todos fueron aprobados por la Cámara Baja y enviados en un corto plazo –principios del 2003- al Senado, pese a la alta complejidad de sus contenidos.

El proyecto más avanzado de los cinco es el de ‘*Autoridad Sanitaria y Gestión*’, aprobado recién en enero del 2004, antes del receso parlamentario. Se evitó así que se fuera a comisiones mixtas y se dilatara su aprobación hasta después de marzo. De este modo quedó listo para que sea promulgado por el Presidente.

La aprobación de esta ley se realizó en medio de violentos incidentes entre carabineros y dirigentes gremiales, trabajadores de la salud y pacientes que acudieron hasta el Congreso en señal de protesta.

Uno de los temas que produjo mayor debate entre los médicos y el gobierno era la posibilidad de que el sector privado utilice las salas comunes de los hospitales. Propuesta que, finalmente fue rechazada.

A partir de ese momento el gobierno espera que se apruebe el resto de los proyectos. Deberían estar vigentes desde del segundo semestre del 2004. Antes debería comenzar la discusión del proyecto que contempla el Plan AUGE, uno de los más complicados.

Para entonces, los gremios amenazan con nuevas movilizaciones contra la reforma. Su estrategia sería un paro prologando. El gobierno, sin embargo, cree que puede anunciar en mayo la aprobación de todas las leyes o gran parte de ellas.

Artaza explica que la rápida aprobación de los proyectos se debe al carácter de ‘urgente’ que les otorgó el Presidente Lagos. Habría influido la alta aprobación popular que tuvo la reforma y en parte la iniciativa de lanzar un ‘piloto’ del Plan AUGE .

Posteriormente, el apoyo logrado disminuyó debido a la confusión que creó en la población la estrategia de los gremios, en especial el Colegio Médico, a través de paros, movilizaciones y con el respaldo de los medios de comunicación afines a la oposición.

Controversias Puntuales y Modificaciones

A pesar de la corta duración de los trámites en la Cámara de Diputados, se generaron ciertas disputas en torno a ellos.

Dónde Radica la ‘Autoridad’

En cuanto al proyecto de *‘Autoridad Sanitaria y Gestión’*, el debate más importante se centró dónde debía radicar la ‘autoridad sanitaria’ de la región.

La mayoría de los diputados opinaban que debía estar en un organismo diferente y autónomo al gobierno regional, dirigido por un Intendente que es nombrado por el Presidente de la República. La propuesta inicial proponía un representante del Ministerio de Salud (Secretario Regional Ministerial, SEREMI).

Los argumentos de la oposición se referían a la desconfianza que existe respecto a la adecuada toma de decisiones por parte de una ‘autoridad política’ en temas sanitarios ligados a las personas y especialmente con relación al medio ambiente, además de las presiones políticas que el Intendente pueda ejercer. Se modificó el proyecto creando un organismo autónomo en cada región que cumpliera el rol de ‘autoridad sanitaria’. Sin embargo, cuando el proyecto entró a la Cámara Alta, los senadores revirtieron la decisión a la idea inicial, que le otorgaba más poder a los SEREMIs.

Según Artaza, lo que ayudó a que este proyecto se aprobará rápidamente –el primero de todos- fue que dentro de él se anexaron las modificaciones a los ‘estatutos funcionarios’. Es decir, artículos que beneficiarán a determinados grupos de funcionarios “no médicos” del sistema público. Por ejemplo, se establece el retiro voluntario anticipado (que favorecerá a cerca de 4 mil 500 trabajadores); terminará con el sistema de turnos no imponibles; y, al

parecer, el gobierno negoció un ‘bono de fin de conflicto’. En otras palabras, se generaron las normas administrativas y legales para hacer efectivo un bono de aproximadamente \$60 mil para trabajadores de la Federación de Profesionales Universitarios de la Salud (Frenpruss) y de la Federación de Trabajadores de la Salud (Fenats).¹⁵⁰

El resultado fue que “los trabajadores en lo público estuvieran en contra de todos los proyectos de la reforma, pero que en lo privado hicieran lobby por la tramitación urgente de este proyecto”, asegura el ex Ministro de Salud.

Garantías ‘Duras y Blandas’

Respecto al proyecto que contempla el *Plan AUGE*, la discusión se centró en cómo definir las garantías en salud (las 56 patologías).¹⁵¹

Se generó un extenso debate sobre la posibilidad de que existieran ‘garantías duras’ exigibles por ley, y otras ‘blandas’ que sólo se dieran en la medida de disponibilidad de la oferta con limitaciones máximas en los tiempos de espera. El tema no ha sido resuelto al momento de escribir estas líneas (marzo de 2004).

Otro tema que generó debate fue en torno a lo ‘cualitativo’,¹⁵² es decir, qué es lo que contempla el plan de salud garantizado. La discusión provenía desde el sector privado que prefería ‘canastas de prestaciones’ (un paquete que contempla un determinado número de días cama, cuidados intensivos, etc.), y un copago cuando la atención superaba la ‘canasta’. La propuesta del gobierno estaba orientada a otorgar un plan de salud integral desde la prevención, y que además fuera garantizado.

Por otra parte, la polémica giró en torno a la ‘compensación de riesgos’. Se generó una fuerte discusión debido a que varios parlamentarios, especialmente médicos, argumentaban que la compensación se podría realizar sólo desde las ISAPREs hacia el FONASA, pero no viceversa si es que, hipotéticamente, las ISAPREs concentraran a la población de mayor

¹⁵⁰ El Mercurio. 25 de enero 2004. Cuerpo Reportajes.

¹⁵¹ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organización Andina de la Salud. Pág.

⁷⁹
¹⁵² Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organización Andina de la Salud. Pág.

riesgo. Sin embargo, como en otros casos anteriores, en el Senado se vuelve a la idea original, apelando a que no existe la ‘portabilidad del subsidio’. Esto quiere decir que las personas que reciben subsidio del Estado y que son de escasos recursos no pueden emigrar al privado mientras reciban el subsidio, porque si lo hacen, pierden el beneficio.

La focalización en embarazadas carentes de recursos por parte del subsidio maternal fue otra fuente de conflicto. Este tema fue muy resistido por la oposición y la Democracia Cristiana -que decía defender a la ‘clase media’- ya que se dejaba sin subsidio al resto de las embarazadas, las que si tienen recursos. Sin embargo, el proyecto no recibió reparos, ya que, según Artaza, la DC se vio obligada a votar a favor, para no verse públicamente votando en contra junto a la derecha.

Superintendencia de Salud

La discusión también estuvo en el tema de la fiscalización de las garantías, ya que un grupo importante de parlamentarios no confiaba en la existencia de un solo ente fiscalizador, sino que dos. Finalmente, la Cámara de Diputados aprobó el proyecto con una ‘Superintendencia de Salud’ que reemplaza a la Superintendencia de ISAPREs.

El argumento fue que si las garantías son las mismas para ambos sectores, las normas y criterios no pueden ser distintos. En el Senado se le incorporó además a esta superintendencia la tarea de fiscalizar la calidad de los prestadores públicos y privados, responsabilidad que antiguamente radicaba en los SEREMIs, pero se decidió ponerla bajo un mismo cuerpo fiscalizador. Para esto se creará la ‘Intendencia de Fondos de Seguros Previsionales de Salud y de Prestadores de Salud’. Todas estas modificaciones sobre marco regulatorio fueron, finalmente, incorporadas al proyecto de ‘autoridad sanitaria’.

ISAPREs, Obligadas a Adaptarse

En cuanto al proyecto que regula a las ISAPREs el debate se centró en la lucha frente a frente entre parlamentarios de gobierno y oposición. Los primeros estaban de acuerdo con todos los cambios efectuados, incluso querían ser más exigentes, a diferencia de los segundos que pretendían que existieran las menores reglas posibles.

Sin embargo, la mala opinión que tiene la ciudadanía respecto a estas instituciones ayudó a que el proyecto fuera aprobado. Sin embargo, cuando entró en trámite al Senado, una ISAPRE (Vida Plena) quebró en medio de un fuerte escándalo de corrupción. La legislación actual no protegía al afiliado en dichos casos, por lo que se decidió dividir el proyecto y crear una ‘ley corta’ con relación a los temas más urgentes, y el resto sería articulado. La ‘ley corta’ ya fue tramitada y aprobada por ambas cámaras.¹⁵³

Un complejo tema de debate para las ISAPREs fue el de la ‘portabilidad de los subsidios’. Su origen proviene de la creación del ‘fondo de compensación’, que fue explicado anteriormente. Este fondo deja ‘cautivos’ en el FONASA a los beneficiarios carentes de recursos por poseer un subsidio desde el Estado. Por lo tanto, si estas personas deciden emigrar al sistema privado, pierden dicho subsidio.

Según Rafael Caviedes, Director Ejecutivo de la Asociación de ISAPRE, la ‘portabilidad de los subsidios’ significa que pobres y ricos puedan escoger libremente el sistema de salud de su preferencia. Sin embargo, el gobierno no puede hacer eso porque les estaría pagando a ‘algunos’ salud privada.

Caviedes reconoce que la actual reforma “es, en general, un paso adelante en la atención de salud de la población, (...) pero que no se van a resolver los problemas de fondo”, ya que, según el profesional, un sistema de salud no va a mejorar sustantivamente sin ‘portabilidad de subsidios’, sin un cambio real en la gestión de los hospitales públicos y sin un cambio profundo en el sistema de licencias médicas, entre otros puntos.

Asegura además que la reforma, tal como está planteada, afecta negativamente a los afiliados de las ISAPREs, en el sentido de que van a tener que destinar parte de su cotización (0,6%) al ‘fondo maternal’. Lo que el gobierno lo ve como una ayuda solidaria, que es uno de los conceptos fundamentales de la reforma.

Según Artaza, la resistencia de las ISAPREs fue muy fuerte al principio, pero que después, cuando vieron que los cambios eran irreversibles, se vieron obligados a adaptarse.

¹⁵³ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organización Andina de la Salud. Pág. 80

Un Problema de ‘Fondo’

Otra compleja área de resistencia fue el tema del financiamiento de la reforma. La primera propuesta, como se explicó antes, establecía un ‘fondo solidario’ al cual sería reasignado el 3% de las cotizaciones de los beneficiarios, tanto de FONASA como de las ISAPREs. Según Artaza, esto se convirtió en el “eje de la controversia” y en la excusa para frenar la reforma.

Por una parte, los grupos de derecha argumentaban que esta iniciativa atentaba contra el ‘derecho de propiedad’ sobre las cotizaciones y que pasaría a ser una ‘expropiación inconstitucional’. La Concertación, por su parte, se resguardaba en la defensa de la ‘clase media’, y que el financiamiento debía provenir del aporte fiscal e impuestos generales.¹⁵⁴ Producto de esta discusión es que se acordó realizar un ajuste impositivo a productos nocivos para la salud. Propuesta a la que también se opusieron. Finalmente, se acordó que los recursos provendrían del alza del IVA.

La polémica aumentó aún más cuando se supo que el presupuesto estimado por el gobierno para financiar la reforma no correspondía a la cifra inicial de \$153 mil millones, sino que a \$750 mil millones. Este ‘error de cálculos’ provocó una gigantesca avalancha de críticas que acusaron al gobierno de engañar al país. Finalmente, el ‘pequeño error’ terminó en el recorte de las patologías iniciales, y el convencimiento de que la implementación de la reforma debía ser en forma gradual.

Una Resistencia Esperada

Como se pudo analizar en el primer capítulo, y como se ha observado en continuas ocasiones en este capítulo, los trabajadores de la salud, los gremios y en especial el Colegio Médico, siempre han discrepado inicialmente de las reformas que ha impulsado el gobierno

¹⁵⁴ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organización Andina de la Salud. Pág. 74

en el sector salud. Posteriormente, se han tenido que adaptar, e incluso han aceptado muchas de las modificaciones.

Como coinciden varios entrevistados para este reportaje, como Héctor Sánchez y Osvaldo Artaza, los médicos constituyen un grupo muy conservador, que nunca ha estado dispuesto a cambiar ni a ceder. Son un grupo que tiene mucho poder en el país, no sólo económico, sino también político.

Con estos antecedentes, era de esperar que también se iba a oponer a los actuales cambios. Para el equipo que está detrás de la reforma no ha sido extraña la resistencia mediante movilizaciones y paros, sumergidos en una elaborada estrategia comunicacional, que se ha convertido en un potente elemento para lograr disminuir la credibilidad de la reforma, provocando la confusión en la opinión pública.

Sin duda, dicha resistencia ha sido una ‘gran piedra en el camino’ para la propuesta del gobierno en el sector salud, sumado a la falta de apoyo del mismo oficialismo.

Fortalecidos por la ‘bancada médica’ del parlamento; los medios de comunicación, cuyos dueños son empresarios de derecha; la oposición en general; los gremios y el Colegio Médico se han empeñado en obstaculizar la tramitación de los proyectos en el Congreso e instalar en la opinión pública una suerte de desconfianza frente a la reforma.

Aunque, hay que reconocer que quizás los expertos que están detrás de su implementación han cometido errores en el proceso, errores de los cuales no cabe duda que la oposición y los gremios han aprovechado en contra de la reforma.

Es una guerra, una polémica guerra que no es nueva. Los argumentos de fondo, normalmente, siguen siendo los mismos desde hace 50 años¹⁵⁵: riesgos en la pérdida de la autonomía profesional y disminución de ingresos, que son amparados bajo la protección de los pacientes y disfrazados bajo frases como que la reforma va a ‘privatizar’ la salud o que se va a perder la libre elección, etc.

¹⁵⁵ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organización Andina de la Salud. Pág. 23

El Debate sin Consenso

El debate en torno a la actual reforma de la salud comenzó incluso antes de que el gobierno presentara la propuesta al país. Desde el momento en que el Presidente Lagos anunció que su gobierno estaría marcado por una profunda reforma al sistema de salud, “se percibió una rotunda polarización de los actores políticos y sociales”, explica el ex Ministro de Salud, Osvaldo Artaza.

La discusión nunca llegó a un punto en común. Las dos visiones contrapuestas ‘estatal’ versus ‘privada’ generaron pugna.

Según Artaza, por una parte, se insistía en mantener el sistema actual sin cambios,¹⁵⁶ porque sólo bastaba con aumentar los recursos destinados al sector para solucionar los problemas. A esto se sumó el argumento de que los resultados en salud eran buenos, en comparación al presupuesto per cápita que se destinaba anualmente en salud, y que ponía a Chile en el puesto 31 del ranking de la Organización Mundial de la Salud (OMS),* en cuanto al desempeño global del sistema, por lo tanto no era necesaria una reforma. Esta idea era apoyada por los gremios de la salud, colegios profesionales e incluso por políticos cercanos al gobierno: dirigente de los partidos de la Concertación que contaban con el apoyo de la burocracia del sector público. Es decir, el mismo ‘ministerio’, en parte, estaba en contra de una reforma.

Las ISAPREs, por su parte, con el apoyo de la oposición (derecha) y los medios de comunicación, argumentaban que para solucionar los problemas, bastaba con mejorar la gestión del sector público y aumentar los recursos fiscales, sin tocar al sector privado que, según ellos, hasta entonces había funcionado a la perfección.

¹⁵⁶ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organización Andina de la Salud. Pág. 72

* La Organización Mundial de la Salud, dependiente de las Naciones Unidas, es un organismo especializado en salud, que desde 1948 tiene como objetivo que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. La Constitución de la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Cuando Ricardo Lagos instaló en la agenda pública la necesidad de una reforma en el sector salud y que no había vuelta atrás, comenzó un conflicto mayor. La incertidumbre era pensar ‘cómo va a ser esta reforma’. Y se inició el debate.

Como se dijo antes, la falta de consenso y el temor a la resistencia fueron las razones por las cuales el gobierno tardó tanto tiempo en definir los contenidos y el diseño de su propuesta.

Según Artaza, el contexto era de temor por parte de los actores con más poder. Temor a la privatización, estatización, aumento de los impuestos, expropiación de las cotizaciones, pérdida de poder adquirido, etc. Y por otra parte de incredulidad por parte de los usuarios y el personal de salud que perciben que ningún cambio anterior ha logrado mejorar el sistema, respecto a sus necesidades cotidianas.

Frente a esta falta de consenso, y al ‘apuro’ del gobierno por cumplir con su compromiso, se decide dejar fuera a los actores y que la comisión encargada estableciera a ‘puertas cerradas’ los contenidos de la reforma para posteriormente diseñarla y enviar los proyectos al Congreso.

Los Puntos de Controversia

La oposición a la reforma por parte de los distintos actores se debe a varias razones. Según Ramón Osés, Vicepresidente del Colegio Médico, el principal problema de la reforma es que no es una reforma sanitaria, sino un modelo de reforma económica.

Osés asegura que el Ministerio de Salud es un actor secundario en todos los cambios que se están efectuando en el sistema, y que los actores fundamentales son “Hacienda y Economía”.

Los médicos aseguran que no los habrían considerado para diseñar la reforma, aunque habrían tenido ‘un par’ de reuniones en las que se consiguieron algunas modificaciones no muy significativas con respecto al modelo central.¹⁵⁷ Afirman que nunca hubo un diálogo

¹⁵⁷ Entrevista a Ramón Osés, Vicepresidente del Colegio Médico. 1 de agosto de 2003.

de verdad donde sus opiniones fueran realmente consideradas y que ellos tenían todas las intenciones de participar.¹⁵⁸ Su opinión se contrapone con la del Ministerio de salud que asegura que la reforma se diseñó a ‘puertas cerradas’ por la falta de consenso entre los actores.

Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo del Comité Interministerial para la reforma de la salud, afirma que los médicos no se consideraron en el diseño de la reforma por ser un grupo de interés. Sandoval explica que la visión de salud de los médicos es a partir de la enfermedad, o sea, una visión contraria al nuevo modelo propuesto que está orientado a la prevención.

Según ‘el padre del Plan AUGE’, como llaman a Sandoval, la reforma está orientada a proteger la salud del paciente a través de la prevención, dando origen a un modelo de atención basado en objetivos sanitarios “bastante claros”.

Sin embargo, Osés afirma que “el Plan AUGE a nosotros nos parece malo porque no es otra cosa que la construcción de una canasta para cada patología que se prioriza en términos epidemiológicos, se le anexa todas las prestaciones que ella requiere y se financia, supuestamente, de acuerdo a valores de mercado o a costo real”. A partir de esto, según el Vicepresidente de dicha entidad, se produce un problema de discriminación no menor, porque se va a privilegiar la atención de 56 enfermedades, que seguirán siendo cubiertas del modo tradicional, es decir, se genera el problema de las enfermedades AUGE y 'no-AUGE', o sea, que existan pacientes de “primera y segunda categoría”.¹⁵⁹

Héctor Sánchez afirma que la reforma le genera a los médicos un dilema ético frente a los pacientes, ya que serán ellos los que deberán informar al paciente si su enfermedad es AUGE y si tiene atención inmediata, o por el contrario, si no es AUGE y deberá esperar 3 meses o más. Y eso es lo que complica a los médicos.

¹⁵⁸ Entrevista a Ramón Osés, Vicepresidente del Colegio Médico. 1 de agosto de 2003.

¹⁵⁹ Vida Médica. Publicación Oficial del Colegio Médico de Chile. Volumen 54, N°3, Septiembre-Noviembre 2002. Pág. 21

Según el Colegio Médico, el Plan AUGE deja afuera 3.944 enfermedades que no tendrán el debido financiamiento y donde los pacientes serán rechazados o postergados por los consultorios y hospitales porque no serán ‘rentables’. Además afirman que las 56 patologías escogidas en la reforma, no corresponden al 80 ó 70% de las causas de mortalidad de la población chilena. Los médicos aseguran que hay enfermedades que no son prioritarias y que están dentro de las 56 y otras que sí lo son pero que no están.

Los médicos sostienen que el ‘modelo es regresivo’, es decir, que muchos de los compromisos del Ministerio respecto a los cambios en salud, el actual sistema ya los ofrece, o que muchos de esos compromisos no se van a poder cumplir por un problema de oferta y falta de recursos, por lo que se trata de un ‘engaño’.¹⁶⁰

En resumen, Osés afirma que su posición contraria se debe a todos estos defectos antes nombrados, a la mala construcción de la reforma, al mal cálculo que se ha hecho de su financiamiento y a que les parece que el trabajo efectuado es ‘poco serio’.¹⁶¹

Argumenta que todas las patologías debieran ser financiados a costo real y no sólo 56. Una vez establecido esto, mantener el criterio de priorizaciones epidemiológicas, evitando de esta forma la discriminación.

El Colegio Médico asegura, al contrario de lo que señala Artaza, que hace más de ocho años que ellos le están pidiendo una reforma al gobierno. Y como el Plan AUGE ‘no es un buen producto’, tienen su propia propuesta: PAIS (Plan de Atención Integral de Salud), la cual, según ellos, contempla un financiamiento adecuado, un fortalecimiento del sector público de salud, un reconocimiento de que existe un subsector privado, pero que debe ser extraordinariamente bien regulado, que debe ser transparente, etc.¹⁶² “Entonces lo que proponemos en el fondo es una reforma verdadera: modificar para mejorar”, asegura Osés. Artaza afirma que esta propuesta se basa en que a través de incrementar los recursos, se podrían solucionar los problemas de salud. Idea opuesta a la actual reforma.

¹⁶⁰ Entrevista a Ramón Osés, Vicepresidente del Colegio Médico. 1 de agosto de 2003.

¹⁶¹ Entrevista a Ramón Osés, Vicepresidente del Colegio Médico. 1 de agosto de 2003.

¹⁶² Entrevista a Ramón Osés, Vicepresidente del Colegio Médico. 1 de agosto de 2003.

Los Motivos Ocultos

Otra modificación que generó alta resistencia fue la descentralización de la gestión de los hospitales y la apertura de los establecimientos a la atención privada (este último tema finalmente fue rechazado); además de la adecuación del marco contractual y productivo de los recursos humanos.

Artaza opina que la resistencia por parte de los médicos a la modificación del modelo de autoridad y gestión, se debe a que su naturaleza es muy conservadora respecto al modelo de práctica asistencial.

Según el ex Ministro se da la paradoja de que “muchos médicos tienen jornadas de trabajo por la mañana en hospitales públicos y en la tarde ejercen libremente su profesión (en el sector privado). Por la mañana defienden la ‘salud pública’ resistiéndose a cualquier medida que implique la introducción de criterios de gerencia, de disminución de la varianza en la práctica médica, de mayor empoderamiento del usuario”. A todas estas medidas las catalogan bajo el concepto de “privatización de la salud”.

Sin embargo, en la tarde el discurso cambia completamente. Aquí va por la defensa de la libre elección del médico y de la autonomía profesional en cuanto a fijación de tarifas. Por lo tanto, para los médicos es ideal que exista la menor regulación posible.¹⁶³

La Defensa por la Libre Elección

El Colegio Médico no se cansa de decir que el Plan AUGE termina con la libre elección. Según Juan Luis Castro, presidente del Colegio Médico, la libre elección “obliga a los pacientes a acceder al Plan AUGE a través de la atención primaria y sólo con los médicos que integran la red.”¹⁶⁴

Héctor Sánchez, Director de la Fundación Salud y Futuro,^{*} asegura que el Plan AUGE afecta a la libre elección pero que no la termina. Lo que hace es generar un sistema que conduce a

¹⁶³ Artaza, Osvaldo. Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organización Andina de la Salud. Pág.

²⁴
¹⁶⁴ Vida Médica. Publicación Oficial del Colegio Médico de Chile. Volumen 54, N°3, Septiembre-Noviembre 2002. Pág. 1

* Fundación Salud y Futuro es un centro pluralista de reflexión, pensamiento y análisis de la realidad del sector salud destinado a formular opiniones, plantear ideas y proposiciones que contribuyan al desarrollo

los pacientes por determinados canales, de acuerdo a su necesidad, lo que ayuda a ordenar el sistema de acuerdo al nuevo modelo de atención basado en los objetivos sanitarios.¹⁶⁵

Sánchez afirma que siempre va a haber un segmento de la población que tiene libre elección, “ahora, ojo con eso, hoy el 70% de la población en Chile no tiene libre elección, entonces, de qué libre elección estamos hablando, del 30%”. La reforma, añade, afecta fuertemente los intereses económicos de los médicos, y por eso han puesto tanta resistencia. No les conviene. Por ejemplo, en la autonomía para fijar precios, ya que el precio de los planes los va a fijar el Estado tanto para el sector público como privado y por el periodo, inamovible, de tres años.

El experto en salud pública asegura que con el nuevo modelo, parte importante de los problemas de salud se van a resolver con médicos de familia (atención primaria), por lo que va a disminuir la demanda por especialista, y qué pasa con esto: sus ingresos bajan, porque el 80% de los médicos de Chile son especialistas, “justamente los que tienen el poder”.¹⁶⁶

Según Hernán Sandoval, ‘padre del Plan AUGE’, el hecho de que el modelo asistencial fortalezca la atención primaria, se le transfiere poder al médico general y se le quita poder a los especialistas, lo que genera un nuevo equilibrio. Los médicos tienen temor de trabajar de una manera distinta, en un medio más restrictivo, lo que amenaza su nivel de ingresos, pero el cambio del modelo va a lograr la eficiencia del sistema.¹⁶⁷

Coincide con Sánchez y Sandoval, la diputada por el partido de la Unión Demócrata Independiente (UDI), María Angélica Cristi, integrante de la Comisión de Salud de la Cámara Baja, quien señala que “lamentablemente” ha confirmado que “en general las organizaciones gremiales tienden a poner sus intereses particulares por sobre los intereses de los usuarios”.

futuro de los sistemas de salud, tanto público como privado en nuestro país, en cuanto al cuidado de la salud, su protección y la prevención de enfermedades.

¹⁶⁵ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio de 2003.

¹⁶⁶ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio de 2003.

¹⁶⁷ Entrevista a Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo del Comité Interministerial para la Reforma de la Salud. 24 de julio de 2003.

Según las estimaciones de los propios médicos -que han sido poco difundidas- con los cambios que generaría la reforma en el sistema, cada médico perdería aproximadamente \$1.200.000 mensuales.

Esto demuestra que los médicos disfrazan la protección de sus intereses en la defensa de los pacientes. Ellos dicen defender el derecho de los usuarios frente a la libre elección, mientras que lo que realmente defienden es su bolsillo.

Protocolos no definidos

Según Héctor Sánchez, otro tema que podría generar controversia en el futuro son los 'protocolos'. Instancias donde se establece cuáles son las etapas que deben seguir los profesionales para brindar una prestación determinada.¹⁶⁸ Es decir, qué tipo de atención se brindará en el AUGE, a qué pacientes, bajo qué condiciones, con qué medicamentos y personal. En otras palabras, los protocolos serán la pauta que establecerá cómo deben trabajar de los médicos, qué procedimientos deben seguir, y qué solución se debe dar a cada caso. Cada patología debe tener un determinado protocolo, que va a ser diseñado por universidades y organismos técnicos. Esto permitirá ordenar el proceso y garantizar una atención homogénea para toda la población.¹⁶⁹

Sánchez explica que la resistencia se puede provocar porque los médicos están acostumbrados a trabajar de una determinada forma. Los médicos se opondrán porque ellos no podrán tomar, lo que consideran, las mejores decisiones en beneficio de sus pacientes.¹⁷⁰ Como se dijo antes son conservadores y por lo mismo reticentes al cambio.

Según Osvaldo Artaza, los gremios se oponen principalmente a la reforma porque en el sector público se les exigirá aumento de productividad y calidad; mientras que en el sector privado se regulará fuertemente el ejercicio liberal de las profesiones. Por lo tanto, la actual reforma afectaría a sus intereses.

¹⁶⁸ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio de 2003.

¹⁶⁹ La Tercera. 8 de febrero de 2004. Pág. 16

¹⁷⁰ Vida Médica. Publicación Oficial del Colegio Médico de Chile. Volumen 55, N°3, Septiembre-Diciembre 2003. Pág. 1

Artaza explica que, en definitiva, a los gremios no les conviene que el Estado intervenga en el sistema y que entre a regularlo como lo está haciendo a través de esta reforma. A los dirigentes gremiales, colegios profesionales, etc. les conviene un sistema desregulado como el que se creó en la década del '80.

Sin embargo, el Colegio Médico desmiente las acusaciones. “La mejor forma, a mi juicio, de defenderse de un infundio es ignorándolo, porque en realidad el Colegio Médico lo que ha hecho es siempre estar al lado de la salud pública fundamentalmente; y a nosotros como entidad gremial, en estricto rigor, no nos corresponde defender eso, para qué. Sin embargo, en este tema nosotros asumimos un rol directamente profesional y técnico”, afirma Ramón Oses.

Evaluación de los Expertos: Lo Bueno y lo Malo

Héctor Sánchez, experto en Salud Pública, califica a la actual reforma como la más importante desde 1952. “Yo diría que es una reforma radical, porque pone énfasis en cambiar los modelos de atención que es clave para controlar costos. Segundo, porque modifica totalmente el modelo de financiamiento del sistema de salud chileno. Tercero, porque establece garantías explícitas a las personas. Y cuarto, porque moderniza la gestión pública”, afirma.

Añade que coincide en gran parte con los planteamientos de la reforma. La califica como una “buena reforma” y que está bien orientada: “yo creo que los objetivos de la reforma los comparto todos, sin embargo, discrepo de algunos instrumentos que el gobierno presentó a los proyectos originales”.¹⁷¹

Sánchez asegura que el principal problema de la reforma no está en las leyes, sino en cómo se va a llevar a cabo. Porque es un cambio no menor, que transforma el sistema completamente. Los cambios son tremendamente complejos: se van a crear nuevas

¹⁷¹ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio de 2003.

instituciones, se van a separar funciones, se van a traspasar responsabilidades, se va a implementar un nuevo modelo de atención, etc. Lo que por supuesto va a crear repercusiones políticas, y un impacto profundo en la ‘cultura de las organizaciones públicas’.¹⁷² Por eso, según el experto, el detalle de cómo se va a llevar adelante la reforma es clave para el éxito.

A su parecer la reforma debe ser implementada gradualmente, “y no por un problema de financiamiento, sino porque la dificultad de aplicarla es tan alta que hay que hacer mucho cambio, mucha transformación. Yo soy de la idea que esta reforma no se debe implementar en un plazo menor de diez años, desde el momento en que se aprueben las leyes”.¹⁷³

Pedro García, actual Ministro de Salud, coincide con Sánchez respecto a que el principal problema de la reforma es el cambio cultural que conlleva, tanto para los actores, como para la ciudadanía en general.

No obstante, García dice que ésta es una reforma con una óptica extremadamente sanitaria, y es ‘buena’ porque le entrega “al sistema y a todos los actores de la salud una visión de desarrollo sanitario que permita que efectivamente se puedan hacer las cosas de una buena forma”.¹⁷⁴

García asegura que la reforma marca una gran diferencia con el sistema actual, porque “obliga a que los prestadores se hagan cargo de los dilemas y los problemas de las personas, resolviendo estos problemas en cuanto acceso, a oportunidades y a garantías en determinados plazos y en determinadas formas y calidades y protecciones financieras que hagan que las personas efectivamente se sientan respaldadas por su sistema sanitario”.¹⁷⁵

En cuanto a los proyectos, el Ministro señala que “siempre se puede buscar más cosas que hacer”, pero que son “extremadamente complementarios unos con otros y dan cuenta de los aspectos más vitales de hoy”.

¹⁷² Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio de 2003.

¹⁷³ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio de 2003.

¹⁷⁴ Entrevista a Pedro García, Ministro de Salud. 3 de noviembre 2003.

¹⁷⁵ Entrevista a Pedro García, Ministro de Salud. 3 de noviembre 2003.

Los diputados de la Unión Demócrata Independiente (UDI), Patricio Melero y María Angélica Cristi, integrantes de la Comisión de Salud de la Cámara Baja y que han estado permanentemente involucrados en el tema de la reforma, también opinan al respecto. Ambos señalan que a pesar de que la actual reforma no se acerca a lo que su sector político hubiese propuesto, rescatan el hecho de “llegar al consenso de que el país necesita una reforma”.

Puntualmente, Melero está de acuerdo con el concepto de focalización en determinadas enfermedades que son las más comunes dentro de los chilenos, y que representan el 70% de las consultas de la gente.

Sin embargo, le preocupa el tema de las garantías explícitas, porque según Melero, Chile actualmente, no está capacitado para garantizarle a la población los tiempos de espera con los que se ha comprometido, principalmente debido a la abultada deuda que tiene, a la carencia de especialistas, etc., entonces, según el diputado, se va a generar una espiral de demandas contra el Estado por incumplimiento de los periodos de tiempo en las garantías.

El parlamentario añade que el principal error que cometió el gobierno fue no ‘poner la casa en orden’ antes de implementar la reforma que trae consigo una serie de cambios importantes en el sistema. Y por esta razón el diputado UDI cree que la reforma “parte mal”, porque antes de otorgar garantías explícitas, se debió haber trabajado intensamente en el tema de la gestión, la descentralización de los servicios, la administración, la eficiencia del sistema, etc., por eso, el gobierno se está poniendo “la carreta delante de los bueyes”.¹⁷⁶

Para la diputada Cristi, el principal problema del proceso de reforma es que no se convocó a todos los actores del mundo de la salud, lo que generó la resistencia de los gremios, una actitud que, según la parlamentaria, se debe a que se sienten excluidos de la elaboración de los proyectos y por otra parte, tienen miedo al cambio.

¹⁷⁶ Entrevista a Patricio Melero, diputado (UDI) integrante de la Comisión de Salud de la Cámara Baja. 11 de agosto de 2003.

Muchos son los problemas que puede tener la reforma de la salud, pero para Osvaldo Artaza el único problema de la reforma es superar los conflictos políticos y los intereses corporativos en juego, uno de los principales obstáculos de la propuesta gubernamental.

Elogios de la OMS

A pesar de las críticas, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Lee Jong-wook, elogió las características del Plan AUGE y alabó el modelo de atención de los consultorios municipales de nuestro país en una publicación realizada a fines del 2003 en la revista médica británica “The Lancet”.¹⁷⁷

La OMS, dependiente de las Naciones Unidas, es un organismo internacional que se preocupa por la salud de toda la población, por los estándares de calidad, por la entrega de servicios, etc. Constantemente realiza estudios e investigaciones, los cuales sirven de referente para la situación de la salud en cada país.

El artículo aludido se refería a los desafíos de la salud mundial y de la OMS, los cuales se acercan a retomar los principios establecidos en el congreso de ‘Alma Ata’ (1978), en el que se hablaba del concepto de “salud para todos” a través de modelos basados en la atención primaria. Jong-wook resalta la reforma en proceso: “Chile en estos momentos está desarrollando una promisorio reforma a la salud con un foco en salud primaria y con estrategias específicas para mejorar la equidad. Éstas podrían ser aplicables en otros países de desarrollo intermedio”, señaló el Director General de la OMS. Resaltó otros aspectos contemplados en la reforma como la reducción de tiempos de espera en consultorios, que trajo como consecuencia el aumento de la cobertura. También valoró la idea de establecer garantías para 56 patologías que causan, aproximadamente, el 80% de la mortalidad en el país, y además que ningún paciente pagará más del 20% del valor de la prestación.¹⁷⁸

¹⁷⁷ El Mercurio. 7 de enero 2004. Cuerpo C.

¹⁷⁸ El Mercurio. 7 de enero 2004. Cuerpo C.

Los Proyectos uno a uno

Para Héctor Sánchez, el proyecto de *Autoridad Sanitaria y Gestión*, “el más malo de todos”, era bastante confuso cuando se presentó en el Congreso. Aunque los objetivos eran bastante claros, los instrumentos no eran los adecuados.¹⁷⁹

En este proyecto se hablaba de una descentralización de los hospitales públicos, pero se creaba una subsecretaría de red para manejarlos. Por otra parte, se decía que había que regular la calidad, tarea que se dejaba en manos de la ‘autoridad sanitaria’, además de la acreditación de los prestadores públicos. En consecuencia, se iba a regular con doble criterio a públicos y privados.¹⁸⁰

Otras ‘contradicciones’ son el establecimiento de redes público-privadas, pero con base territorial, cuando las redes se construyen en función de la demanda; o que se hablara de que se facilitaría el intercambio público-privado, no obstante, había fuertes restricciones para que el sector privado participara como proveedor en el ámbito de seguros.

Sin embargo, Sánchez explica que estos problemas instrumentales han ido cambiando de acuerdo a las modificaciones sucesivas que el gobierno ha presentado.

A pesar de los defectos del proyecto, el experto asegura que con su aprobación se logró un gran cambio, porque se crea una nueva estructura en el sector y se regula por igual a los seguros y prestadores, lo que aumentará la competencia.

En cuanto a la creación de hospitales autogestionados, Sánchez opina que es un aspecto que revoluciona el sector con flexibilidad y autonomía.¹⁸¹

Por el contrario, los presidentes del Colegio Médico, Juan Luis Castro, y de los trabajadores de los consultorios municipalizados, Esteban Maturana, señalan que “es riesgoso e inconstitucional que se permita a organismos privados realizar la fiscalización”, como por ejemplo a las universidades. Las autoridades gremiales aseguran que con la aprobación de

¹⁷⁹ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio de 2003.

¹⁸⁰ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio de 2003.

¹⁸¹ El Mercurio. 22 de enero 2004. Cuerpo C. Pág. 7

este proyecto los más pobres se ven considerablemente afectados, ya que los privados podrán utilizar la infraestructura del sistema público para realizarse exámenes. Además señalan que no se resolverá la deuda hospitalaria y que se obligará a los pacientes a inscribirse en centros de atención de su comuna.¹⁸²

Patricio Melero (UDI), integrante de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados señala que, a su juicio, este proyecto “es solamente una aproximación tibia a una mayor descentralización y autonomía del sistema hospitalario, a la priorización de los problemas, a la forma cómo se administran los recursos, a terminar con los cuoteos políticos en los nombramientos de los directores de los hospitales y de los SEREMIs de Salud, a buscar una forma de mayor capacidad de resolver los problemas de salud que se presenten”. El diputado UDI afirma que lo ideal habría sido realizar una reforma más radical en el concepto de ‘autoridad sanitaria’, porque el problema del actual sistema es más de gestión que de recursos.¹⁸³

En el caso del proyecto del *Plan Auge*, Héctor Sánchez señala que ésta es una ley que crea un ‘sistema AUGE’, es decir, que se van a “definir periódicamente prioridades sanitarias y garantías explícitas de las personas”. Respecto a las garantías explícitas, el experto opina que es “espectacular, desde el punto de vista del efecto que puede tener, no sólo en la población, sino que en el sistema de salud como incentivo para producir una serie de cambios”.

No obstante, Sánchez califica al Plan AUGE como un Plan dicotómico, o sea, que califica a unas enfermedades como AUGE y a otras como ‘no-AUGE’, lo que genera un “gran riesgo”, ya que la atención de todos va a estar en las AUGE y se van a despreocupar las otras. Esto podría provocar que las colas de las ‘no-AUGE’ aumenten considerablemente. Precisamente a esta dinámica es a la que le temen los médicos, y por eso se oponen a que sólo se garanticen algunas enfermedades y que otras queden fuera.

¹⁸² El Mercurio. 22 de enero 2004. Cuerpo C. Pág. 7

¹⁸³ Entrevista a Patricio Melero, diputado (UDI) integrante de la Comisión de Salud de la Cámara Baja. 11 de agosto de 2003.

Por el contrario, Hernán Sandoval sostiene que el hecho de dar prioridad a las patologías AUGE y que existan las 'no-AUGE' es un 'defecto deseado', ya que el objetivo es impactar en las enfermedades que son más importantes. Lo que se hace no es desatender una enfermedad, sino que darle prioridad a las que tienen mayor impacto en la población chilena en cuanto a respaldo financiero, resolución de listas de espera, etc.¹⁸⁴

Debido a este tipo de problemas es que Sánchez cree que lo óptimo sería ofrecer un AUGE Integral, donde todas "las prestaciones entren al plan de salud y que tengan garantías explícitas diferentes, por grupos de patologías y grupos de prestaciones, de tal manera que algunas tengan plazo inmediato, otras tengan 48 horas, otras tengan tres meses, pero todas tengan un marco de garantía". Además agrega que el financiamiento debería otorgarse tanto para las AUGE como para las no-AUGE.

Otro problema que se genera a partir de esto, es la definición de las prioridades cada tres años. Lo que puede provocar una serie de presiones provenientes de intereses corporativos, que pueden influir fuertemente en la definición del AUGE.¹⁸⁵

Por otra parte, a Héctor Sánchez le parece que el proyecto que modifica la *ley de ISAPREs* está bien formulado. Afirma, sin embargo, que le agregaría 'libre modalidad de toda la gente' dentro de las ISAPREs, y entre éstas últimas y el FONASA; de esta manera se rompería con el problema que tiene el sistema de seleccionar a los beneficiarios por el ingreso. Para que esto suceda, los subsidios que el Estado aporta al sector público deben ser 'portables', para que la gente pueda escoger si quiere atenderse en el sector público o en el privado, sobre la base de un sistema garantizado.¹⁸⁶ Idea a la cual el gobierno se opone tajantemente.

¹⁸⁴ Entrevista a Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo del Comité Interministerial para la Reforma de la Salud. 24 de julio de 2003.

¹⁸⁵ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio de 2003.

¹⁸⁶ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio de 2003.

Por su parte, Pedro García señala que las modificaciones a la ley de ISAPREs ayudarán a que el sector privado se haga cargo del ‘nuevo desafío’ sanitario, de la misma forma que lo va a hacer el sector público, y que “efectivamente este sistema que tiende mucho a la entropía, tienda a tener una visión global sanitaria”.

Respecto al proyecto de ley de *Derechos y Deberes de los Pacientes*, el actual Ministro de Salud opina que es muy importante porque genera un marco valórico a todo este concepto, donde los pacientes son los actores.

Sin embargo, el diputado Melero señala que este proyecto hay que “rehacerlo, prácticamente entero”, aunque considera que desde el punto de vista del concepto de otorgar derechos y deberes de los pacientes, es un buen proyecto, pero la forma en que está planteado no es la más adecuada.

El proyecto original enviado al Congreso ha sido rediseñado por el propio gobierno. A pesar de fue el primero en llegar a la Cámara de Diputados, continúa estancado sin lograr acuerdo alguno para su aprobación. Héctor Sánchez opina el segundo proyecto “es mucho mejor que el anterior”, pero sigue detenido porque se ha dado prioridad a los otros proyectos de la reforma y “porque no hay convencimiento en las autoridades políticas de gobierno y parlamento sobre la verdadera necesidad de legislar al respecto, con los grandes conflictos que esto significa por oposición frontal del Colegio Médico”.

Según Sánchez, efectivamente, en Chile existe un vacío respecto a este tema. Los únicos derechos que tienen protección son en ‘relación a la compra del acto médico’ en que el Servicio Nacional al Consumidor (SERNAC) actúa: fijación de precios, formulas de pago cheques en garantía, etc.¹⁸⁷ Los derechos en cuanto pacientes, sin embargo, “sólo están protegidos por la ley cuando se producen actos médicos que generan consecuencias negativas y se producen juicios de mala práctica o por negligencia médica”, asegura Sánchez. Agrega que existen ocasiones en que “hay reclamos por fallas a la ética que se presentan al Colegio respectivo, pero con efectos muy limitados”.

El experto cree necesario explicitar los derechos de los pacientes mediante ‘una carta de derechos del pacientes’, y no a través de una ley como lo propone el gobierno, porque en

¹⁸⁷ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de julio de 2003.

Chile no existe una cultura al respecto y, en una primera etapa hay que observar como evolucionan la población y los prestadores.¹⁸⁸ De lo contrario, se corre el riesgo de inflexibilizar estos derechos para que varíen en función de las necesidades reales.¹⁸⁹ Además Sánchez sostiene que es necesario diseñar e implementar un sistema que mejore la calidad de los servicios (sistema acreditación). Es decir, crear sistemas en cada institución de calidad de la atención al paciente: sistemas de auditoría internas en los prestadores, mejorar los actuales sistemas de control ético, sistemas de arbitraje de conflictos y perfeccionar el actual sistema judicial, mejorando los sistemas de peritaje, según Sánchez, actualmente esa labor la cumple el Instituto Médico Legal, que es ineficiente e insuficiente en el cumplimiento de su objetivo.

Finalmente, respecto al tema del *financiamiento*, Melero afirma que él habría optado por “la vía del crecimiento y del desarrollo económico, de la enajenación de algunos activos del Estado, y a un mejoramiento de la gestión, antes que aumentar los impuestos”.

La postura de Héctor Sánchez proviene desde otro punto de vista. Opina que lo más novedoso es la formación de un ‘fondo de compensación nacional de riesgos en salud’, que aunque no está contemplado dentro del proyecto mismo de financiamiento, se relaciona directamente con la materia.

Sánchez cree que la propuesta resuelve, en parte, el problema de la inequidad del sistema, sin embargo, no soluciona dos ‘grandes’ dificultades: la primera, se refiere a la ‘portabilidad’ de los subsidios, es decir, que “una persona pobre que recibe subsidio del Estado para pagar el Plan AUGE no puede llevarse el subsidio a una ISAPRE. Lo anterior no elimina el problema de que sólo la gente con recursos puede optar entre sistema público y privado, y entre diferentes ISAPREs; los pobres sólo deben irse al FONASA, entonces tenemos que los pobres están todos en FONASA y la clase media y ricos en ISAPREs”.

La segunda, se refiere al envejecimiento de la población: “dado a que el país está envejeciendo en forma muy rápida, cada vez habrá más ‘viejos’, con relación a los adultos cotizantes y niños. Dado a que son mucho más caros (3,5 veces el costo de un adulto joven)

¹⁸⁸ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de julio de 2003.

¹⁸⁹ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de julio de 2003.

provocará un creciente encarecimiento de los costos del Plan AUGE para los hombres jóvenes y niños, por lo tanto creemos que habrá que diseñar un sistema que permita resolver este problema en el mediano plazo”.¹⁹⁰

Evaluación en la Práctica

El Plan Piloto implementado a partir del 2002 en el sector público, ha servido de gran ayuda, ya que según expertos entrevistados para esta investigación, ha demostrado qué se está haciendo bien y qué cosas hay que corregir.

“Es evidente que para nosotros ha sido una manera de probar la capacidad y la disposición del sistema público para enfrentar estas patologías. Yo creo que hasta el momento ha sido bastante satisfactorio”, afirma Hernán Sandoval, ‘padre del Plan AUGE’.

En agosto del 2002, o sea, después de un año de su implementación, ya se habían beneficiado 9 mil personas. Según estadísticas del Ministerio de Salud, en un año y medio de funcionamiento del ‘piloto’ las personas atendidas superan las 23 mil. El balance es positivo, aunque evidencia problemas que se deben corregir.

Con el ‘Plan Piloto’ se mostró a la gente qué es el Plan AUGE, y aunque no entiendan muy bien de qué se trata, sí tienen claro que existe y que los puede beneficiar.

Según el Ministro García, el 79% de los atendidos corresponden a los afiliados en los grupos A y B del FONASA, es decir, indigentes o personas carente de recursos, lo que demuestra la focalización a los grupos que se dirigía la iniciativa.

Por otra parte, el 63% de las atenciones se realizó en regiones y el 37% en Santiago. Estas cifras confirman la falta de acceso a salud que existe en provincia.¹⁹¹

Sin embargo, y a pesar de su éxito, Pedro García reconoce que el Plan AUGE tiene problemas que se deben resolver. “Si bien se mejoró el rendimiento en el sistema, la calidad y la oportunidad de atención; se debe mejorar la coordinación entre hospitales y

¹⁹⁰ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de julio de 2003.

¹⁹¹ El Mercurio. 24 de enero 2004. Cuerpo C. Pág. 7

consultorios, así como adaptar la oferta pública a una demanda que era mayor de la esperada”, afirma.¹⁹²

Existe temor por la posible migración que pueda existir, y que ya se ha observado, desde las ISAPREs hacia el FONASA, porque el ‘piloto’ AUGE, hasta marzo de 2004, sólo se ha ofrecido en el sector público. Por esta razón, según el Subsecretario de Salud, Antonio Infante, es necesario que la reforma se implemente en ambos sectores por igual, para no generar este tipo de defectos. A pesar del llamado que les ha hecho el gobierno, las ISAPREs no han querido aplicar el modelo en forma voluntaria, argumentando que las cubren a través del seguro catastrófico.¹⁹³ Sin embargo, cuando los todos los proyectos sean aprobados y la reforma funcione oficialmente, el gobierno exigirá que las ISAPREs ofrezcan obligatoriamente el Plan AUGE, y así evitar que beneficiarios del sector privado se trasladen al FONASA, agravando aún más este problema de oferta en el sector público.

A partir del 1 abril del 2004 las autoridades aseguran que se incorporarán 12 nuevas patologías, sumando 17 en total.

Las enfermedades que se incorporarán son: 1. Cataratas; 2. Cirugías de prótesis de caderas; 3. Cáncer de mamas; 4. Infarto agudo al miocardio. 5. Manejo de diabetes insulino dependiente; 6. SIDA; 7. Esquizofrenia; 8. Linfoma; 9. Cáncer de testículos; 10. Escoliosis; 11. Defectos del tubo neural; 12. Fisura palatina y labio leporino.

De esta forma, y sumadas a las 5 patologías iniciales, el ‘piloto’ solucionaría el 28% de las principales causas de muerte en Chile. Con la incorporación de estas nuevas enfermedades se estima que la demanda aumentará en 42% durante el 2004.¹⁹⁴

Por otra parte, un estudio realizado por el Hospital del Salvador a mediados del 2003 indicó que los pacientes ‘no-AUGE’ sí se habían visto perjudicados por los mayores tiempos de espera y por una evidente discriminación a favor a los que presentaban alguna patología garantizada en el plan.¹⁹⁵ El Ministerio deberá estudiar esta situación y usar un mecanismo

¹⁹² El Mercurio. 1 de Agosto 2003. Cuerpo C. Pág. 7

¹⁹³ El Mercurio. 3 de Junio 2003. Cuerpo C. Pág. 9

¹⁹⁴ El Mercurio. 8 de Octubre 2003. Cuerpo C. Pág. 7

¹⁹⁵ El Mercurio. 1 de Agosto 2003. Cuerpo C. Pág. 7

para que este defecto –previsto por los médicos- disminuya, porque la propuesta asegura que este tipo de desequilibrios no se iba a presentar.

Otro de los problemas que quedó en evidencia, y que fue mencionado anteriormente, es que la oferta del sistema público fue insuficiente frente a la demanda, por esta razón se requiere de mayor tecnología, infraestructura, insumos, y personal calificado.¹⁹⁶

Por estas razones, incorporar 12 nuevas patologías al ‘piloto’ a partir del 2004 debe ser un tema estudiado minuciosamente, aseguran los expertos.

La implementación del AUGE debe ser un proceso gradual.¹⁹⁷ Según Héctor Sánchez, primero se debe transformar administrativamente el sistema. Paralelamente se debe comenzar a aplicar el nuevo modelo de atención, además de avanzar en la relación del sistema público con el privado.

De lo contrario, se puede generar la dificultad de incumplimiento de las garantías, ya que cuando se aprueben los proyectos y estén disponibles en el sistema las 56 patologías iniciales, los pacientes van a exigir atención, y lamentablemente, no se va a poder cumplir con lo prometido. Para que esto no ocurra, el Ministro García asegura que su cartera tendrá un aumento presupuestario de 6,6% para el 2004.¹⁹⁸

Sánchez sostiene que si el gobierno no aplica la reforma paulatinamente, se puede producir una ‘debacle económica’, porque no se sabe cuál será la demanda real de atención cuando se ofrezcan las 56 prioridades. Lo más probable es que aumente la demanda, los recursos no alcancen, aumenten las ‘colas’ y se deberá aumentar el aporte fiscal, poniendo en riesgo la efectividad del AUGE.¹⁹⁹

A principios de marzo de 2004 el Presidente Lagos admitió que el Plan AUGE sería aplicado gradualmente. Los médicos comenzaron a hablar de un retraso de la reforma. Lagos, sin embargo, dijo que no se puede hablar de un retraso, porque la reforma se implementará dentro de su gobierno, pero ‘paso a paso’. “Lo haremos con seriedad. Si

¹⁹⁶ El Mercurio. 1 de agosto 2003. Cuerpo C. Pág. 7

¹⁹⁷ El Mercurio. 11 de marzo 2004. Cuerpo C. Pág. 1

¹⁹⁸ El Mercurio. 8 de octubre 2003. Cuerpo C. Pág. 7

¹⁹⁹ El Mercurio. 11 de marzo 2004. Cuerpo C. Pág. 1

resultado del análisis vemos que 2, 3 ó 5 patologías quedan para después, para un año después, cuál es la diferencia. Mucho peor estamos hoy, sin ninguna patología garantizada”,²⁰⁰ aseguró el Presidente de la República enfáticamente.

Según Hernán Sandoval, ‘padre del Plan AUGE’, la reforma estaría vigente a partir del 2007. Aunque otros hablan del 2008.²⁰¹

El gobierno se encontraba ‘entre la espada y la pared’. Por una parte, podía optar por una implementación gradual, pero con la presión de pagar el costo político de no cumplir con una promesa al país. La otra opción era aplicar la reforma tal como estaba prevista –a partir del 2006- pero se planteaba el riesgo de que el sistema podría colapsar y el Plan AUGE se mostraría como un fracaso.

La decisión estaba entre partir con 25 prioridades en 2005 y completar los 31 restantes en tres años o más; o partir con las 56 sin garantizar los tiempos de espera o la cobertura financiera previstos inicialmente.²⁰²

Finalmente, el gobierno optó por la gradualidad y reconoció la postergación del Plan AUGE. A partir del 2005 estarían vigentes 22 de las 56 prioridades prometidas, mientras que las 34 restantes se incluirán paulatinamente en 2006 y 2007. Esto será materia de un artículo transitorio que se incluirá en la ley sobre Régimen de Garantías en Salud y que se está analizando en la Comisión de Salud del Senado.²⁰³

El Gobierno firme con su Compromiso

A pesar de la fuerte resistencia gremial y de que a principios del 2003 se decía que la reforma había ‘muerto’, que había sido un fracaso, tanto del Presidente de la República como de Hernán Sandoval, porque el modelo era inaplicable, porque poseía fallas técnicas, porque el presupuesto calculado no era de \$153 mil millones, sino que de \$750 mil millones, porque el equipo inicial que respaldaba la reforma se disolvió, y a pesar de muchas otras críticas y del intenso debate, la reforma siguió en pie.

²⁰⁰ El Mercurio. 13 de marzo. Cuerpo C. Pág. 1

²⁰¹ El Mercurio. 13 de marzo. Cuerpo C. Pág. 9

²⁰² El Mercurio. 13 de marzo. Cuerpo C. Pág. 9

²⁰³ El Mercurio. 26 de marzo. Cuerpo A. Pág. 1

En diciembre del 2003 el gobierno decidió, una vez más, no ceder frente a la presión de los médicos para detener la reforma. El paro de 48 horas realizado por los trabajadores de la salud, gremios y colegios profesionales, respaldado por una fuerte campaña comunicacional, rompió el diálogo con el gobierno, que indicó como el lugar adecuado para ello al Congreso, y no reuniones paralelas. El mismo Presidente Lagos calificó la actitud de los médicos, como una “falta de respeto a todos los poderes del Estado”.

Según las estadísticas de los médicos, el apoyo al paro fue del 90%. En oposición a las cifras que dio el gobierno, que informó que sólo el 3% de los trabajadores de la salud y el 40% de los médicos se movilizó en contra de la reforma. Todo un ‘fracaso’ desde este punto de vista.

En esa oportunidad, además de las mismas críticas y exigencias de siempre, los médicos pedían la renuncia del Ministro de Salud, Pedro García, a quien acusaban de negociar ‘en secreto’ con la derecha el uso de hospitales públicos por las ISAPREs, a cambio de que los parlamentarios votaran a favor del Plan AUGE en el Congreso. La medida estaba contemplada en el proyecto de ‘autoridad sanitaria’, que los médicos acusan como ‘privatización’ del sistema.

A pesar de la polémica generada, el Senado aprobó la ley que, finalmente, restringe al sector privado del uso de las salas comunes de los hospitales.

Nunca se supo si el acuerdo entre el gobierno y la derecha existió realmente, pero sí que el Ministerio de Salud había hecho un estudio en 1999 que justificaba dicha medida con el argumento de que los hospitales ocupaban sólo el 75% de las camas, y que con la nueva propuesta los hospitales obtendrían recursos propios para mejorar su infraestructura.

Héctor Sánchez, que coincide con la senadora, Evelyn Matthei, presidenta de la Comisión de Salud del Senado, afirma que a los médicos no les convendría que las salas comunes se abran al sector privado, porque la demanda en las clínicas privadas disminuiría y afectaría sus ‘bolsillos’.

Por el contrario, los dirigentes gremiales aseguran que las listas de espera aumentarán, ya que se privilegiará a los privados, y desmienten las acusaciones argumentando que los que

se ahorrarán dinero serán las ISAPREs, debido a que los hospitales públicos tienen un costo menor que las clínicas privadas.²⁰⁴

Después del paro de diciembre, los gremios amenazaron con nuevas movilizaciones para enero, pero decidieron postergarlas para marzo cuando se discuta en el Senado el proyecto del Plan AUGE. Los gremios no dudan en retomar la batalla.

Según el presidente del Colegio Médico, Juan Luis Castro, el problema se verá cuando se intente que funcione una ley impracticable. Esto demostrará que lo prometido el 2001 por el gobierno no se va a cumplir.²⁰⁵

Los médicos saben que aunque hagan paralizaciones no van a detener la reforma. La estrategia utilizada en el paro de diciembre, además de mostrar que la propuesta del gobierno es inadecuada, iba dirigida a tratar de efectuar cambios en los proyectos, como lo hicieron con las salas comunes de los hospitales públicos.

Los médicos están conscientes de que los proyectos se van a aprobar, pero sus movilizaciones estarán dirigidas a dejar constancia en la historia de que ellos hicieron todo lo posible para detener la reforma y que los problemas que tenga el sistema de salud en el futuro, no son por culpa de ellos.

El gobierno espera que el resto de los proyectos se aprueben durante el 2004. Sin embargo, hay problemas de consenso dentro de la misma concertación. Esto se transforma en un gran obstáculo para la reforma.

El Presidente Lagos ha puesto 'mano dura'. Según Osvaldo Artaza, si no hubiese sido por el intenso liderazgo y su preocupación permanente y directa, la reforma no habría superado las barreras que hasta ahora ha tenido que enfrentar.

Cambios a medio Camino

²⁰⁴ El Mercurio. 11 de diciembre 2003. Cuerpo C. Pág. 3

²⁰⁵ El Mercurio. 19 enero 2004. Cuerpo C. Pág. 8

Para el 2004 el camino se ve difícil. Los cambios de último minuto que el gobierno le ha hecho al Plan AUGE revelan problemas de diseño. Se habla de que el plan de salud garantizado establecerá un sistema de co-pagos asociados a la renta de cada persona, es decir, los beneficiarios que tienen las rentas más altas, recibirán menos cobertura.

La propuesta inicial planteaba que el criterio de cobertura dependía de la enfermedad, es decir, había enfermedades como el cáncer infantil que tenían cobertura del 100%, independientemente del nivel socioeconómico, sexo, edad, o si se pertenecía a ISAPRE o FONASA. Y había otras enfermedades como el caso de la diabetes en que el paciente debía cancelar un copago que podía llegar hasta el 20% del costo real de la prestación, dependiendo de su renta y si pertenecía al grupo C y D en el caso de FONASA (grupos A y B tienen atención gratuita siempre).

El problema surgió con el cuestionamiento de que si era justo subsidiar de igual manera a una persona con un ingreso de \$350.000 y a otra con una renta que superara los \$12 millones. Según Evelyn Matthei, presidenta de la Comisión de Salud del Senado, la propuesta inicial, donde se hablaba de los co-pagos, no estaba del todo clara, y por eso se exigió una explicación más concreta sobre el tema.

Esta discusión llevó a las autoridades a reestudiar el tema y plantear la posibilidad de un pago gradual según el nivel de rentas y al número de cargas familiares. Por lo tanto, se estudiará un salario tope, por ejemplo, que bajo los \$500.000 de renta se pueda gozar de gratuidad en las patologías que gozan de 100% de cobertura, pero si sobrepasa ese nivel, deberá cancelar un copago. Evidentemente, los que se verán afectados con esta medida son los afiliados al sector privado.²⁰⁶

Según Matthei, este beneficio va dirigido a las personas de menos recursos, pero quienes pueden pagar, deberán costear parte de la prestación para evitar abusos.

Pedro García, señala que no es justo que la gente que gana más tenga cobertura del 100% si pueden pagar, pero que también es importante respetar el 'espíritu' original de la ley, que establece que el Plan AUGE es universal.

²⁰⁶ La Tercera. 28 de diciembre 2003. Pág. 14

El Colegio Médico, por su parte, asegura que esta medida se debe a que el gobierno tiene serios problemas económicos para financiar todas las patologías, y por eso se han visto obligados a reducir las garantías financieras. Los médicos acusaron al gobierno de no cumplir con su promesa, especialmente con la clase media.²⁰⁷

Por otra parte, y como se explicó anteriormente, el gobierno reconoció que la reforma requiere implementarse gradualmente. En vista de las dificultades y los problemas de oferta que presenta el sector público, el Plan AUGE no ofrecerá las 56 prioridades de aquí al 2006. Para que su aplicación sea exitosa el sistema necesita tiempo para adaptarse a los cambios administrativos que generará la reforma. Además de mejorar su infraestructura y corregir la insuficiencia de insumos y recursos humanos.

Como consecuencia de esto, el gobierno evalúa un nuevo modelo de concesiones para la construcción de establecimientos hospitalarios nuevos y reposición de los antiguos. En él no estaría contemplada la gestión clínica, sino que sólo las áreas de servicios anexos como lavandería, alimentación, seguridad y estacionamientos.²⁰⁸

Un Duro Panorama

“Este será el año más difícil para la reforma de la salud”, señala Héctor Sánchez, refiriéndose a las proyecciones que se auguran para el 2004.

Y así será. Porque, a pesar de que el año no comenzó tan mal –se aprobó la ley de ‘Autoridad Sanitaria y Gestión’ - para marzo se espera que vuelvan las movilizaciones de los médicos quienes amenazan con paralizar las urgencias.

En tema de plazos, el gobierno se ha puesto una meta alta: quieren que los proyectos sean despachados por el Congreso a más tardar el 21 de mayo, para que el Presidente Lagos anuncie que la reforma empieza oficialmente. Esta necesidad de apurar el proceso, se debe a que después de mayo se vienen las elecciones parlamentarias y existe el riesgo de que la

²⁰⁷ La Tercera. 28 de diciembre 2003. Pág. 14 / El Mercurio. 30 de diciembre 2003. Cuerpo C.

²⁰⁸ El Mercurio. 23 de marzo de 2004. Cuerpo C. Pág. 7

discusión se pueda prolongar más allá del 2004 con un costo político muy fuerte. Además, es una ocasión ‘ideal’ para anunciarle al país que su gobierno logró transformar la salud pública.

Además, en lo que respecta a ‘autoridad sanitaria’, comenzarán los cambios internos en los hospitales. Un cambio no menor, porque implica una transformación ‘cultural’ en la manera de ‘hacer las cosas’ en las instituciones públicas (gestión, administración, asignación de recursos, creación de nuevas entidades, separación de funciones, etc.).²⁰⁹

En cuanto al AUGE, el gobierno deberá nombrar al Consejo que establecerá las patologías que se van a entregar. Instancia en la que se puede generar un conflicto de presiones, como fue mencionado antes.

El cambio no sólo lo va a vivir el sector público, sino que también el privado, porque una vez que los proyectos sean aprobados, las ISAPREs estarán obligadas a ofrecer el nuevo plan de salud.

Finalmente, el gobierno tendrá el deber de explicar. Porque aunque la mayoría de los chilenos han escuchado hablar de la reforma y del Plan AUGE, nadie entiende a cabalidad lo que contempla y qué cambios genera en el actual sistema, cuáles son los nuevos derechos de la sociedad, etc.

Si el gobierno está implementando una reforma en la cual los principales actores son las personas, éstas personas tienen el derecho a entender cuáles son sus nuevos beneficios. Este es un gran problema que el gobierno no ha sabido enfrentar. Como consecuencia, se generó la polémica, lo que creó confusión frente a la ignorancia.

La comunicación es un tema clave en cualquier proyecto que se quiera emprender, ante cualquier situación, incluso de la vida cotidiana. Por no saber como manejarla, una buena reforma, que puede tener errores, pero que es buena, se convirtió en un caos.

²⁰⁹ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio de 2003.

Más allá del contexto político, los errores en el proceso de la reforma que generaron el conflicto, se deben a un problema de planificación y estrategia.

Jorge Jiménez de la Jara, Ministro de Salud durante el gobierno de Patricio Aylwin, expresa las palabras adecuadas que resumen la idea anterior:

“Los procesos de reforma de salud son complejos, lentos y difíciles. Los actores son poderosos y muchas veces hacen descarrilar las mejores iniciativas. Si la reforma es aprobada, queda su posterior construcción, evaluación y permanente corrección. No hay milagros ni soluciones instantáneas.

Sería una lástima que se perdiera esta ocasión, primera en varias décadas en que un gobierno democrático se ha empeñado en buscar el consenso para mejorar el sistema chileno de salud. El Presidente Lagos ha dado pruebas de su compromiso profundo, pero las estrategias parecen inadecuadas para sacar adelante un paquete de reformas muy bien pensadas pero a las cuales les falta mucho diseño de detalle”.²¹⁰

²¹⁰ Jorge Jiménez de la Jara, ex Ministro de Salud. Magíster en Salud Pública. Artículo “Política de Salud”: ¿La carreta delante de los bueyes?”, 6 de Junio 2002.

CAPÍTULO V

LA ESTRATEGIA COMUNICACIONAL:

LA MARCA 'AUGE'

“Es mucho más fácil tener éxito en alcanzar unos objetivos concretos, con el apoyo y comprensión del público que contando sólo con la oposición o indiferencia públicas”.²¹¹

Sam Black, ABC de las Relaciones Públicas.

Para que un plan estratégico sea exitoso es necesario alcanzar el apoyo, confianza y credibilidad del público.²¹² La clave, según los expertos en el tema, es una adecuada administración de la comunicación. De esta forma, se crea, en la mente de los públicos, un concepto, una imagen y una opinión respecto de algo.²¹³ A largo plazo, y bajo una determinada estrategia, permitirá el logro de las metas propuestas, no sólo en el campo de los negocios o el comercio, sino que también en el gobierno y la política en general.²¹⁴ Esto explica la importancia de la comunicación y su adecuada gestión en la actualidad.

Éste es el interés que ofrece el análisis de la reforma a la salud, porque muestra decisiones estratégico-políticas que encausan un complejo proceso comunicacional.

Asimismo, muestra la importancia y la influencia de la comunicación para lograr un determinado objetivo y cómo a través de su buena administración se puede lograr cualquier cosa.

En un determinado momento, las encuestas mostraban que la reforma tenía el apoyo de la mayoría de la población. Al mismo tiempo, sin embargo, se reflejaba una falta de información y contenido que desembocó en la confusión, falta de credibilidad y en que la gente no entendiera el ‘Plan AUGE’, tal como el gobierno posicionó la reforma.

Este capítulo describe y analiza la estrategia comunicacional que utilizó el gobierno para la reforma de la salud. Una estrategia que va ligada al proceso político que vivió el gobierno y

²¹¹ Black, Sam. ABC de las Relaciones Públicas. Ediciones Gestión 2000 S.A. Barcelona. 1994. Pág. 15.

²¹² Black, Sam. ABC de las Relaciones Públicas. Ediciones Gestión 2000 S.A. Barcelona. 1994. Pág. 15.

²¹³ Eyzaguirre Chadwick, Pablo. Manual de Relaciones Públicas. Editorial Los Andes. Santiago. 1993.

Pág. 132

²¹⁴ Black, Sam. ABC de las Relaciones Públicas. Ediciones Gestión 2000 S.A. Barcelona. 1994. Pág. 15.

que tuvo que enfrentar el desacuerdo y la falta de consenso del sector, generando reacciones en todos los actores.

El análisis y evaluación de la estrategia, permitirá ver y entender por qué existió y continúa existiendo esa falta de entendimiento y comprensión respecto a la reforma. Además, permitirá comprender las razones se hizo de una determinada forma provocando las consecuencias que tuvo y la polémica que se generó en torno al Plan AUGE. Y como afirma el ex Ministro de salud, Jorge Jiménez de la Jara, comprobar que el problema es más de la estrategia que de la reforma.

La Reforma en la Mente de Chile

“Crecer con Equidad”, así bautizó el Presidente, Ricardo Lagos, el objetivo central de su gobierno, definiéndolo como ‘el gobierno de las reformas’, en su discurso del 21 de mayo del 2000. Un discurso con una intención que pretendía ir más allá de anunciar y prometer, lo que quería en realidad era ‘posicionar’²¹⁵ su proyecto para el país.

Las palabras del Presidente ya traían adheridas una estrategia que pretendía, no sólo informar que en su gobierno se concretarían reformas importantes en diversos sectores, sino que la gente entendiera que la reforma a la salud era necesaria y que por fin, en su gobierno, iba a ser una realidad. Asimismo, afirmó que el sistema de salud iba a ser justo, que se iba a terminar con las inequidades y discriminaciones, y que el Estado reconocía la salud como un derecho y que se comprometía a garantizarla. Así obtener, poco a poco, el apoyo de la gente.

Aquí comienza el posicionamiento de la reforma a la salud en la mente de todos los chilenos. Un proceso que continúa con el trabajo de Michelle Bachelet a la cabeza del Ministerio.

²¹⁵ Ries, Al; Trout, Jack. Posicionamiento. Editorial McGraw-Hill. México, 1990.

Oswaldo Artaza, ex Ministro de Salud, sostiene que el principal objetivo en esa etapa era conseguir la adhesión de la gente al compromiso de Lagos. Por eso, aunque todavía no se definían los contenidos de la reforma, y menos aún su diseño, se comenzaron a implementar una serie de tácticas para mantener latente en la opinión pública la existencia de ‘una reforma en marcha’.

Como se mencionó en el tercer capítulo, esto se concretó a través de reuniones y actos masivos, pero las tácticas más simbólicas fueron la fijación de metas como eliminar los tiempos de espera y las colas en los consultorios en un plazo determinado.

Artaza explica que durante ese periodo se invirtieron dos años en tratar de llegar a un ‘acuerdo de reforma’ entre los distintos sectores. Lo que fue imposible. “Hubo una cantidad enorme de seminarios, jornadas y talleres donde participaban los actores: el Colegio Médico, las ISAPREs, los partidos políticos, las sociedades científicas, las universidades, las Facultades de Medicina, y en ese tiempo el único producto concreto de acuerdo fueron los ‘objetivos sanitarios del país hasta el 2010’, hasta el bicentenario”, señala el ex Ministro de Salud.

Paralelamente el gobierno se esforzaba para que esta discusión no saliera a la ‘luz pública’ y se mostraran las discrepancias existentes dentro de la misma Concertación.

Como se explicó en los capítulos anteriores, nunca se llegó a un acuerdo. La falta de consenso, explican las autoridades, obligó al gobierno a definir los proyectos a ‘puertas cerradas’ y trasladar la discusión “al Parlamento”.

Una Estrategia Política

Cuando el gobierno decide concretar su compromiso y hacer efectiva la reforma a la salud, elige al pediatra y militante de la Democracia Cristiana (DC) Oswaldo Artaza, como Ministro de la cartera.

Artaza era muy querido por la ciudadanía. Gozaba de una credibilidad obtenida en 1993 cuando fue subdirector del Hospital Calvo Mackenna y tomó la vocería de los médicos que

separaron a los siameses José Patricio y Marcelo Antonio Fuentes. Este hecho lo convirtió en uno de los personajes mejor evaluados por la opinión pública, a pesar de que su participación en la cirugía fue menor. Incluso, sus habilidades comunicacionales permitieron mantener casi intacta su imagen al verse involucrado en un escándalo de malversación de fondos en ese mismo recinto asistencial en 1998, mientras era su director. Finalmente, la Contraloría General de la República lo absolvió de los cargos que se le habían imputado.

Cuando Artaza llegó al Ministerio inmediatamente comenzó a trabajar en la reforma. Una reforma que no consideraba la opinión de los actores del sector salud, por lo que se esperaba una fuerte resistencia, la que también provenía desde el interior del mismo Ministerio. La experiencia histórica señalaba que era muy difícil llegar a un acuerdo, especialmente con los médicos, por lo tanto, se asumía que la reforma iba a estar acompañada de una fuerte oposición. Como se analizó en el capítulo anterior, la decisión presidencial fue seguir adelante con su compromiso.

Artaza dio inicio a “un plan estratégico desde el punto de vista comunicacional, que fue fundamentalmente político”, asegura él mismo.

Un ejemplo de que la estrategia y las decisiones que se tomaron en este ámbito fueron netamente políticas, es el hecho de que la única persona capaz de explicar el plan comunicacional para la reforma fue Osvaldo Artaza.

Varios profesionales del Departamento de Comunicaciones fueron consultados, pero se evidenció que el equipo comunicacional ha sido muy fragmentado. Durante el periodo en que Artaza fue Ministro hubo por lo menos cuatro Jefes de Comunicaciones.

María Elina Barrera, ex Jefa de Comunicaciones del Ministerio, a quien todos los consultados indicaban como la más apropiada para referirse al tema, prefirió no opinar y aseguró que su experiencia no aportaría mucho a la investigación. Esta periodista recomendó a Clara Pérez, quien estuvo a cargo del Ministerio posteriormente, y que sí accedió a una entrevista, pero describe un trabajo enfocado a la revisión de prensa, monitoreo y seguimiento permanente de la información, redacción de comunicados, etc., pero no un trabajo directo con los públicos y con la imagen de la reforma, porque esas

decisiones, explica Pérez, eran de gobierno. Su equipo tenía que acomodarse a las condiciones existentes.

Ambas periodistas, sugirieron que la persona indicada para analizar la estrategia de la reforma era Osvaldo Artaza.

El ex Ministro de Salud explica que trabajó en conjunto con “un par de consultoras, entre ellas ‘Creces’ y la agencia de publicidad ‘Veritas’”, además del apoyo del Departamento de Comunicaciones.

Cinco reuniones bastaron para que Artaza se formara una opinión de lo que se debía hacer y traspasó las ideas en dos páginas, que posteriormente se las mostró al Presidente Lagos y a Heraldo Muñoz, en ese entonces Secretario General de Gobierno.

El pediatra explica que el contexto en que se inició el proceso requirió poner en la opinión pública que la reforma venía y que era inevitable, que era una decisión de gobierno, que se iba a traducir en proyecto de ley y que iba a ser el Congreso el que lo iba a discutir y no entre las ISAPREs, el Colegio Médico y los partidos políticos. Artaza explica además que había que lograr una fuerte percepción de apoyo en la ciudadanía a la propuesta, de tal forma que los parlamentarios se vieran presionados a votar positivamente. Es decir, una estrategia enfocada en lograr un efecto político determinado: llegar a los legisladores a través de la gente.

“Entonces la estrategia era sacarla (la reforma) de un tema de expertos y transformarla en un tema ciudadano de manera que los parlamentarios se vieran motivados a terminarla y hacerla como un tema de ellos y no de los actores clásicos donde esto se había quedado atrapado por mucho tiempo”, asegura Osvaldo Artaza.

Todas estas decisiones se tomaron en un corto periodo. El Presidente ya había perdido dos años entre discusiones sin salida, y estaba ‘apurado’. La orden de Ricardo Lagos a Artaza fue: “Mire, quiero proyectos de ley en dos meses más, quiero que estos problemas los saque del nivel de los expertos, los traslade al Parlamento y consiga tramitarlos rápidamente”, recuerda el ex Ministro.

El apuro, como se explicó en el tercer capítulo, además del tiempo transcurrido, se debía a que entre el 2002 y 2003 no había elecciones parlamentarias.

Una Nueva Marca: AUGE

Considerando este escenario, la primera decisión que se tomó fue posicionar en la mente del público una marca.²¹⁶ A diferencia de las reformas de educación y justicia, que llevaban mucho más tiempo y que se habían realizado en etapas, la de salud era diferente, “venía de un solo sopetón”. “Había que colocar una idea con que la gente la asociara”, señala el ex Ministro. Para lograr esto era importante “meterla en un contexto mediático, y por otro lado hacerla práctica para que la gente viera y midiera una cosa con la otra”.

Se comenzó con los spots “para que la gente supiera que había una palabra nueva: AUGE”. Así, se posicionó el proyecto del Plan de Salud Garantizado como la reforma. (Ver en Anexo figura 3)

En uno de los spots, el más polémico de todos, aparecía el mismo Artaza con una ‘guagua’ en sus brazos y diciendo “con el AUGE todos ganamos, incluso tú” (señalando al recién nacido). El slogan oficial: ‘Porque la salud es un derecho, Chile quiere la reforma’.

Según el ex Ministro, como la idea era “concitar confianza en la opinión pública” tuvieron que apelar a las emociones. “Entonces ‘Veritas’ me mostró las alternativas y en ese cómo llegar a la emoción y a la credibilidad hubo un tema muy discutido que fue si se usaba o no mi imagen, que para mí... yo no tenía ningún interés, y mis asesores tampoco... me dieron muchos argumentos de que para mí era muy costoso, pero ‘Veritas’ usó un argumento que al final fue muy decisivo y que también fue considerado así por La Moneda. Fue que en ese momento yo tenía una credibilidad muy alta, credibilidad que bajó...”, señala Artaza.

²¹⁶ Entrevista a Osvaldo Artaza, ex Ministro de Salud. 10 de noviembre de 2003.

El otro ‘pie’ de la estrategia fue el ‘Plan Piloto’, que partió inmediatamente después de que los proyectos fueron enviados al Congreso, así la gente pudiera ver concretamente cómo iba a funcionar la reforma y los beneficios que iba a traer el Plan AUGE.

Y eso fue la estrategia: “el nombre y después qué era ese nombre en términos prácticos (...). Pegar un puñete inicial con los spots; partir inmediatamente después de los spots con el Piloto AUGE... y que me iba a dedicar a recorrer el país tratando de hablar con la mayor cantidad de personas”, afirma el ex Ministro que se refiere a los ‘puerta a puerta’ que se realizaron junto al Presidente Lagos como forma de difusión y así conseguir más apoyo.

El gobierno estaba consciente de que no iban a tener a los medios de comunicación de su parte, debido a que los dueños son casi todos de oposición, por lo tanto se trató de buscar la mayor cantidad de tácticas posibles para llegar a la gente.²¹⁷

Entre marzo del 2002, cuando se empezó a desarrollar la estrategia, y julio de ese mismo año, la campaña tuvo mucho éxito. Fue un periodo clave. El apoyo popular fue fundamental para que los proyectos, con carácter de urgencia por orden del Presidente, fueran aprobados rápidamente en la Cámara de Diputados.²¹⁸

Sin embargo, el declive comenzó a producirse cuando la oposición política y los actores reaccionaron, especialmente el Colegio Médico que lanzó una potente estrategia que será analizada más adelante.

Artaza reconoce que esto provocó confusión en la ciudadanía, porque la estrategia del Colegio Médico, que atacaba al Plan AUGE mostrando sus debilidades, alcanzó un posicionamiento muy fuerte.

Según Artaza lo que aquí se usó en contra es que nadie entendía el Plan AUGE. Y así era, porque los spots, afiches, entre otros elementos de difusión, presentaban a este plan de salud como ‘la reforma que el país necesitaba’, pero no explicaba en qué consistía.

²¹⁷ Entrevista a Osvaldo Artaza, ex Ministro de Salud. 10 de noviembre de 2003.

²¹⁸ Entrevista a Osvaldo Artaza, ex Ministro de Salud. 10 de noviembre de 2003.

“El Empuje Inicial”

Artaza explica que esta estrategia logró el objetivo político que se esperaba: conseguir el ‘empuje inicial’ para que fuera muy difícil que ‘alguien’ se opusiera en la Cámara de Diputados.

El temor estaba en la Cámara Baja y no en el Senado, ya que muchos parlamentarios de la Concertación no estaban muy convencidos con los proyectos, especialmente los diputados médicos,²¹⁹ “por lo tanto el análisis que se hacía era que si nosotros teníamos a la oposición política votando en contra de la reforma y los médicos de la Concertación votando en contra, no íbamos a tener ni un voto”, señala Artaza.

En definitiva, el apoyo popular ayudó a que los parlamentarios estuvieran obligados a votar a favor, y de hecho así fue, la mayoría de los artículos se aprobaron por unanimidad.

“Por eso necesitábamos que la estrategia comunicacional fuera exitosa los primeros meses, ahora no tuvimos fuerzas para mantenerla, pero sí nos dio el ‘cuero’ para conseguir el objetivo”, afirma Artaza, riéndose.

Desde este punto de vista, el ex Ministro dice que la estrategia comunicacional fue buena. Reconoce, sin embargo, que fue un fracaso desde la perspectiva de convencer a los doctores, a los trabajadores de la salud, a las ISAPREs o para que la gente entendiera qué es el Plan AUGE.

La estrategia fue completamente funcional de acuerdo al objetivo político propuesto.²²⁰ Si bien se logró este objetivo, a Osvaldo Artaza le costó el cargo. La resistencia fue tal, que el Colegio Médico y la oposición terminaron sacándolo del Ministerio.

Esta estrategia se mantuvo con fuerza los primeros meses y después decayó.²²¹ En la etapa posterior, según explica Clara Pérez, ex Jefa de Comunicaciones del Ministerio de Salud, no hubo una estrategia comunicacional permanente, sino que siempre se fue adaptando al contexto y a las situaciones que se presentaban. Tampoco hubo tiempo para planificar una

²¹⁹ Entrevista a Osvaldo Artaza, ex Ministro de Salud. 10 de noviembre de 2003.

²²⁰ Entrevista a Osvaldo Artaza, ex Ministro de Sa lud. 10 de noviembre de 2003.

²²¹ Entrevista a Osvaldo Artaza, ex Ministro de Salud. 10 de noviembre de 2003.

estrategia y traspasarla al papel por un asunto de tiempo, “fue subirse al caballo y no bajarse más”, señala Pérez.

En ese entonces, no tenían presupuesto para difusión, y por lo tanto, mientras ella estuvo a cargo del departamento de comunicaciones, el trabajo se centró en reducir el ‘ruido comunicacional’.²²² Es decir, “tratar de controlar, minimizar o aligerar un poco la resistencia, el daño y en la medida de lo posible, cuando bajaba un poco la tensión tratar de poner algún contenido, pero la mayor tarea yo creo que fue reducir el ruido”, asegura la profesional, y agrega que el equipo se convirtió en un verdadero ‘cuerpo de bomberos’ dedicado a apagar incendios.

Este periodo se caracterizó por la alta conflictividad, de movilizaciones, paros y ‘ataques’ en la prensa a la reforma, como parte de la estrategia del Colegio Médico.²²³ Según Clara Pérez, y con quien coinciden otros expertos, cualquier cosa o error que se cometiera era utilizado en contra de la reforma, en el fondo se aprovechaba cualquier oportunidad para atacar el Plan AUGE y manchar su imagen, como por ejemplo la acusación del gasto irregular de \$600 millones en la publicidad de la reforma, caso que será analizado más adelante.

Pérez sostiene que para mantener el apoyo de la ciudadanía continuó el contacto con la gente, los ‘puerta a puerta’ y conversaciones con diferentes medios de comunicación, además de las conferencias de prensa, para explicarles a los periodistas en qué consistían los ‘complejos proyectos’. De la misma forma, y debido a los escasos recursos, lo que se hizo fue que las campañas sanitarias del Ministerio iban firmadas por la reforma de la salud, y así continuó vigente.

Por otra parte, Clara Pérez afirma que el Ministerio no reaccionó a la ‘contra-estrategia’ de los médicos, porque decidieron no comenzar con una pugna de “dimes y diretes”, que no

²²² Entrevista a Clara Pérez, ex Jefa del departamento de Comunicaciones del Ministerio de Salud durante el ministerio de Osvaldo Artaza. 31 de octubre de 2003.

²²³ Entrevista a Clara Pérez, ex Jefa del departamento de Comunicaciones del Ministerio de Salud durante el ministerio de Osvaldo Artaza. 31 de octubre de 2003.

iban a llegar a ninguna parte y que no iban a tener fin. “Si nosotros entrábamos en la lógica de contestar cada cosa que nos dijeran, ¿qué ruido íbamos a reducir?”.²²⁴

Pedro García: Bajo Perfil

El actual Ministro de Salud, Pedro García, llegó al Ministerio en marzo del 2003 con una actitud completamente distinta a la de Artaza. La polémica fue tal durante el periodo del ex Ministro, que la reforma estaba perdiendo credibilidad. En consecuencia, fue necesario bajarle el perfil. Se decidió centrar el foco en la reforma en general y no sólo en el Plan AUGE.

Héctor Sánchez, Director de la Fundación Salud y Futuro,^{*} define al Ministro García como una persona muy tímida, modesta y de bajo perfil, “entonces ha desarrollado una estrategia comunicacional con ese enfoque”.

Para Artaza, la estrategia de Pedro García es “súper acertada, porque ya no tiene que conseguir nuevos votos, ya los tiene. Si él se sube el perfil de alguna manera obliga al Colegio Médico a subirle el perfil, y no tiene ningún sentido”. El ex Ministro dice que lo que García tiene que hacer ahora es preparar la implementación, y que para eso no necesita hacer ninguna propaganda.

De la misma forma, Sánchez cree que la actual estrategia “ha sido muy exitosa, porque ha dado credibilidad y ha permitido que los distintos actores se sienten a conversar y a ponerse de acuerdo. Y creo que Artaza avanzó mucho en instalar el tema de la reforma en este país, pero Pedro García está logrando los acuerdos necesarios para aprobar la reforma”.

²²⁴ Entrevista a Clara Pérez, ex Jefa del departamento de Comunicaciones del Ministerio de Salud durante el ministerio de Osvaldo Artaza. 31 de octubre de 2003.

Fundación Salud y Futuro es un centro pluralista de reflexión, pensamiento y análisis de la realidad del sector salud destinado a formular opiniones, plantear ideas y proposiciones que contribuyan al desarrollo futuro de los sistemas de salud, tanto público como privado en nuestro país, en cuanto al cuidado de la salud, su protección y la prevención de enfermedades.

Sin embargo, la ‘buena relación’ que en principio se generó entre García y los médicos fue efímera. Cuando los gremios y el Colegio Médico se dieron cuenta de que los proyectos iban a continuar en el Congreso hasta ser aprobados, se produjo un quiebre en las conversaciones y comenzaron con la programación de nuevas movilizaciones a fines del 2003, descritas en el capítulo anterior.

Una postura diferente tiene el periodista de la Universidad Diego Portales Carlos Araos, quien cree que durante el periodo de Pedro García no ha existido ninguna estrategia.

La Resistencia Estratégica

Como se ha explicado en reiteradas ocasiones, la resistencia a la reforma de la salud por los distintos actores ha sido alta y compleja.

Con cinco proyectos en el Congreso y con una potente estrategia comunicacional, el Ministerio había logrado el apoyo de la gente, independientemente de que no entendieran de qué se trataba la reforma y qué cambios generaba.

Frente a una propuesta en la cual no habían participado, y que en muchos aspectos estaban en contra por diversas razones, los actores decidieron reaccionar.

Por una parte, la derecha y las ISAPREs comenzaron a señalar, a través de los medios de comunicación las dificultades que iba a tener la reforma en su implementación.²²⁵ “Usaron una estrategia diciendo: la reforma es tan popular -la idea de cambiar y mejorar la salud- que atacemos las debilidades, por lo tanto atacemos al Ministro, atacemos a los hospitales públicos y su ineficiencia, etc.”, afirma Osvaldo Artaza.

Paralelamente, el Colegio Médico inició una campaña comunicacional. Glenda Valdés, asesora de comunicaciones del gremio, señala que hasta mediados del 2002 se había mantenido la discusión de la reforma a nivel técnico con los médicos y las sociedades científicas.

²²⁵ Entrevista a Osvaldo Artaza, ex Ministro de Salud. 10 de noviembre de 2003.

El problema comenzó cuando “el colegio se dio cuenta que esta reforma que estaba haciendo el gobierno no era la que precisamente se había previsto que era buena para el país, y se rompieron las negociaciones con el ministerio y hubo problemas graves de interrelación, cuando definitivamente dejaron fuera al mundo médico y el gobierno siguió haciendo su reforma absolutamente solo”, explica Valdés. Agrega que “nos dimos cuenta de que era todo un show no más, mientras nosotros teníamos mesas de diálogo, en la oficina de al lado estaban escribiendo los proyectos de ley de acuerdo a su criterio, sin considerar las opiniones de los expertos ni de las sociedades científicas ni de nadie, entonces obviamente nos percatamos de que había toda una idea de dar una imagen de que se estaba haciendo una reforma con participación y la verdad es que no era así”.

La periodista señala que en ese minuto llegaron a la conclusión de que había que ‘alertar’ a la gente y explicar por qué no siguieron participando en la reforma. Y entre octubre y noviembre del 2002 lanzaron su campaña comunicacional.

Inicialmente el objetivo era frenar la reforma, y sacar los proyectos del congreso, o que los parlamentarios los rechazaran, para esto necesitaban que el Plan AUGE fuera impopular entre la ciudadanía. La estrategia: mostrar sus debilidades.

“El AUGE es puro cuento”

Glenda Valdés sostiene que “se trabajó internamente para ver qué era lo que queríamos transmitir”. Posteriormente, se recurrió a una agencia de publicidad para que el mensaje fuera “atractivo y simple”.²²⁶

A pesar de que la gente no entendía el Plan AUGE, porque existía un vacío en cuanto a contenidos de la reforma, el Colegio Médico no se sentía en ventaja. Valdés explica que esto se debe a que en ese entonces Artaza era “muy bien evaluado” y la opinión respecto del AUGE era positiva. “Se le decía a la gente más o menos: ‘No importa lo que diga el AUGE, pero es bueno’, y esta ‘Guagüita’ va a recibir los beneficios del AUGE’, y la gente decía: ‘No tengo idea lo que es el AUGE, pero parece que es bueno’. Entonces, en ese

²²⁶ Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

sentido, lo que nosotros tratamos fue de decirle a la gente: ‘Ojo si el AUGE usted lo averigua bien, no es tan bueno’”, afirma Valdés.

Para el Colegio Médico lo que el gobierno estaba vendiendo como reforma era un engaño, era ‘puro cuento’. Para esto, se quiso utilizar en la primera etapa de la campaña, una imagen lúdica que simbolizara el concepto de la mentira.²²⁷ Por esta razón, se eligió a ‘Pinocho’, que es un personaje de cuentos y que se caracteriza por mentir.²²⁸ Resultado: ‘El AUGE es puro cuento’. (Ver en Anexo figura 4)

Pero no bastaba con hacer esta afirmación, era necesario explicarle a la gente por qué el AUGE era ‘puro cuento’ y ahí se utilizaron argumentos como que la reforma dejaba fuera a 3.433 enfermedades o que la gente no podría escoger a su médico libremente.²²⁹

Según Valdés era primera vez que el Colegio Médico hacía una campaña de este tipo. Sin embargo, reconoce que su éxito fue relativo, principalmente porque, debido a los escasos recursos con que contaban, no pudieron financiar un spot televisivo o en todas las radios que les hubiese gustado cubrir, y así llegar a un público más masivo.²³⁰

Además de panfletos y afiches, recurrieron a las ‘lunetas’ de las micros, focalizándose en las que pasaran, al menos una vez al día, por la Alameda. Y así llegar a la mayor cantidad de gente posible.

Valdés asegura que lo que los ayudó a hacer la campaña más conocida fue la prensa, que mostraba en sus páginas fotografías de los afiches, o las micros.

²²⁷ Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

²²⁸ Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

²²⁹ Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

²³⁰ Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

“Hagamos una Reforma de Verdad”

En una segunda etapa, y para evitar las posibles críticas de que el Colegio Médico ‘siempre se opone a todo y nunca propone nada’, decidieron dar a conocer su propuesta.²³¹

El Colegio Médico sí tenía propuestas, pero antes de dar a conocerlas era importante decir “por qué el producto del gobierno era malo”, explica Valdés.

Una vez que dejaron instalada esa idea comenzó una campaña más ‘propositiva’, respaldada por el Plan Integral de Salud (PAIS), que entre otras cosas sugiere garantías para todas las enfermedades y no sólo para 56, financiamiento adecuado, mayor regulación de las ISAPREs, libre elección, etc.

El objetivo: hacerle un llamado de conciencia al gobierno por su compromiso de hacer una ‘reforma de verdad’, una reforma que corrigiera los problemas de fondo del sistema de salud.²³²

El personaje escogido en esa ocasión fue ‘Pepe Grillo’, que intentaba decir: ‘Ojo, ustedes (el gobierno) se comprometieron a esto, hagámoslo de verdad’. El slogan: ‘Porque el AUGE es puro cuento: Hagamos una Reforma de Verdad’.²³³ (Ver en Anexo figura 5)

Sin embargo, “el gobierno insistía siempre en que ellos estaban dispuestos a escucharnos, pero a la larga nunca se organizaron de verdad equipos de trabajo técnico o serios. Una cosa es que te inviten a La Moneda para que digas algo y otra cosa es que llegues y digas: ‘Conversemos este tema de verdad y sentémonos’”, asegura Valdés.

La Polémica por los spots de \$600 millones

A la estrategia del Colegio Médico que apuntaba los dardos directamente al Plan AUGE, se sumó la denuncia, por parte de la derecha -que en ese entonces veía al sector privado amenazado por la reforma- y los mismos médicos, de que el Ministerio había gastado

²³¹ Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

²³² Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

²³³ Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

ilegalmente \$551 millones 694 mil en 52 contratos publicitarios en radio y televisión que difundían la reforma, en abril del 2002.

La derecha y los médicos exigían un ‘juicio de cuentas’. Durante el 2003 se recurrió a la Contraloría General de la República que consideró ‘irregular’ e ‘improcedente’ el gasto, ya que se estimó que al promocionar un producto que aún no existía en la época –porque el piloto del AUGE comenzó en agosto- se vulneraba el artículo 16 de la Ley de Presupuesto.²³⁴

Para la derecha (UDI) y el Colegio Médico, los responsables de autorizar el gasto no sólo eran Artaza y el subsecretario de Salud de ese entonces, Gonzalo Navarrete, sino que se quería involucrar al propio Presidente Lagos, ya que él habría autorizado el gasto, y el Ministerio habría actuado bajo las órdenes expresas del Mandatario. El gobierno brindó apoyo a los dos funcionarios, justificó y defendió el gasto.

La Contraloría, responsabilizó a Navarrete, quien debía pagar los \$551 millones, ya que la investigación no pudo demostrar la necesidad del gasto.

La derecha, sin embargo, no descartaba una acusación constitucional si se demostraba que realmente hubo malversación de fondos, ya que se decía que Lagos había sobrepasado el Estado de Derecho. El fallo de la Corte de Apelaciones continúa pendiente.

Según la diputada UDI, María Angélica Cristi, integrante de la Comisión de Salud de la Cámara Baja, con los spots del Plan AUGE “se indujo a un engaño en la población”, por hacer publicidad de ‘algo’ que aún no existía. “Se gastó casi un millón de dólares en un spot caro y malo. Porque la imagen del Ministro de la época con una guagua en brazos no dice nada, es proselitismo puro”. Por estas razones, la diputada afirma que la UDI hizo la denuncia a dos días de que el spot estuviera al aire.

Para el diputado UDI, Patricio Melero, también integrante de la Comisión de Salud de la Cámara Baja, el gasto en los spots fue “una falta de honestidad gigantesca de parte del

²³⁴ El Mercurio. 19 de Agosto 2003. Cuerpo C.

Presidente Lagos y el Ministro Artaza, pero no le echemos la culpa a Artaza, detrás de esto estuvo Lagos directamente y fue él que incentivo y propició e incluso atacó al contralor general de la República cuando la Contraloría estableció la ilegalidad del gasto diciéndole que el contralor no tenía por qué meterse en el mérito de las políticas de gobierno”. Según Melero, lo único que hizo el contralor fue reparar el gasto, de tal forma que el error no fue sólo administrativo y financiero, sino que también “un error del punto de vista de haber generado expectativas muy grandes en el resto de la gente, eso es jugar con el sufrimiento de la gente para acceder a la salud, y generó una expectativa muy alta, entonces puede ser un efecto bumeran si es que esas necesidades no son debidamente satisfechas”.²³⁵

Parte de la contra - estrategia

Artaza, al igual que el gobierno, defiende el gasto y explica que el problema radica en cómo sea interpretada la ley. “Porque la interpretación que hizo el gobierno era que la ley de presupuestos, que es lo que se cuestiona, te da a ti la facultad de hacer publicidad frente a dos situaciones: 1. Para dar a conocer un servicio y 2. Cuando tú consideres que eso es vital para tú función de gobierno”, explica el ex Ministro de Salud.

El problema surge porque la situación se está analizando desde el primer punto, es decir, dar a conocer un servicio, ya que cuando comenzó la publicidad todavía no partía el Plan Piloto, por lo tanto no se podía dar a conocer un servicio que aún no existía.²³⁶ Artaza reconoce que si lo hubiesen hecho en forma paralela: publicidad y Plan Piloto, no habrían tenido problemas. Asegura que si el caso se analiza desde el segundo punto, o sea, que la difusión se puede realizar cuando se considere que es algo fundamental para la función de gobierno, no se puede decir que el gasto fue irregular en ningún caso. Y por eso es un tema de interpretación.²³⁷

Según Artaza, la polémica generada por el gasto en publicidad es parte del juego político generado en contra de la reforma.

²³⁵ Entrevista a Patricio Melero, diputado UDI, integrante de la Comisión de Salud de la Cámara Baja. 11 de agosto de 2003.

²³⁶ Entrevista a Osvaldo Artaza, ex Ministro de Salud. 10 de noviembre de 2003.

²³⁷ Entrevista a Osvaldo Artaza, ex Ministro de Salud. 10 de noviembre de 2003.

De hecho, la asesora comunicacional del Colegio Médico, Glenda Valdés, asegura que la denuncia del gasto irregular de \$600 millones en la publicidad del Plan AUGE, sumado a los excesivos gastos realizados por el Ministerio en una fiesta interna del Servicio Nacional de Salud, ayudaron a complementar su estrategia contraria a la de la reforma. Debido a esto, la credibilidad del ex Ministro Artaza empezó a decaer y la polémica creó aún más confusión en la ciudadanía.

Artaza sostiene que para la contra – estrategia “el colegio médico se centró en las posibles debilidades que tendría el proyecto en sí”, mientras que la derecha económica se dedicó a mostrar las incapacidades, y dentro de esas incapacidades estaba “todo lo que pudiera ser ver a un ministro y a un ministerio con problemas o con debilidad”, por lo tanto, dar a conocer lo que haya costado el spot o las debilidades del sistema público.²³⁸

Clara Pérez, por su parte, también afirma que la oposición y los médicos usaron el tema del gasto en publicidad en contra de la reforma. En un momento “se dijo que con la difusión del AUGE se habían confiscado la alimentación para los niños, las vacunas para los abuelitos...”, lo que es completamente falso, asegura Pérez.

La periodista explica que los presupuestos de los ministerios e instituciones públicas son aprobados según ítems. En el caso de salud está el ítem de difusión, alimentación, arriendo, etc. De acuerdo a este orden, no se debe “llegar y pasar de un tema de difusión a uno de vacuna y de uno de vacuna a uno de difusión, aquí no se cambió de ítem, eso no fue así y eso es imposible de hacerlo”, afirma Pérez. Es decir, es imposible que se haya utilizado para difundir el AUGE parte del presupuesto de alimentación, que corresponde a otro ítem. Los parlamentarios, los diputados y diferentes sectores políticos conocen de antemano cuáles son los presupuestos aprobados, ya que ellos mismos son quienes los votan,²³⁹ “ellos todos los años votan los presupuestos de los ministerios, institución por institución, ellos sabían cuánta plata había para difusión, entonces a mí me extraña que los representantes políticos se declaren sorprendidos, que la plata para difusión se ocupe para difusión. (...)Pero la plata de difusión se usó para difusión porque eso manda la ley, y la plata de

²³⁸ Entrevista a Osvaldo Artaza, ex Ministro de Salud. 10 de noviembre de 2003.

²³⁹ Entrevista a Clara Pérez, ex Jefa del departamento de Comunicaciones del Ministerio de Salud durante el Ministerio de Osvaldo Artaza.

vacunas se ocupó para vacunas (...), lo que no podía hacer y que es ilegal que la plata para vacunas se use para difusión y eso no fue así”, asegura Clara Pérez.

Para Héctor Sánchez, Director de la Fundación Salud y futuro,^{*} los problemas legales por la publicidad de la reforma han sido “provocados”. “Yo creo que fue más allá del deseo de fiscalizar (por parte de los parlamentarios), sino que se buscó un efecto político, y un efecto político en torno a una serie de otros problemas confluyentes: sobresueldos, coimas, entonces ya, pongamos otro”.

Los medios de comunicación cumplieron un rol fundamental en la estrategia y en su resultado. Los medios, que en su mayoría son propiedad de la oposición, y que por lo tanto responden a un sector político,²⁴⁰ jugaron, según Artaza, en contra de la reforma, involucrando otros temas que perjudicaban al gobierno. En el caso del Ministerio de Salud, además del Plan AUGE, lo fue el tema de la leche rancia repartida en los consultorios, posteriormente el tema de las licencias médicas. Lo que en su conjunto formó parte de una gran estrategia mediática, no sólo en contra de la reforma, sino que directamente en contra del gobierno.

Sánchez define estos problemas como parte de la lucha política que se está dando, y que en el caso de la reforma está dirigida a darle una u otra dirección.

El contra – ataque del Colegio Médico

La salida de Osvaldo Artaza del Ministerio de salud, provocada por la polémica antes descrita, se convirtió en una pequeña victoria por parte del Colegio Médico.

Según Glenda Valdés, el nuevo Ministro, Pedro García, llegó con una postura de acercamiento y diálogo, por lo que decidieron realizar una pausa en su estrategia contra la reforma.

* Fundación Salud y Futuro es un centro pluralista de reflexión, pensamiento y análisis de la realidad del sector salud destinado a formular opiniones, plantear ideas y proposiciones que contribuyan al desarrollo futuro de los sistemas de salud, tanto público como privado en nuestro país, en cuanto al cuidado de la salud, su protección y la prevención de enfermedades.

²⁴⁰ Entrevista a Osvaldo Artaza, ex Ministro de Salud. 10 de noviembre de 2003.

A mediados del 2003 la crisis comenzó nuevamente,²⁴¹ “porque las comisiones de trabajo no llegaban a buen puerto”, asegura Glenda Valdés, asesora comunicacional del Colegio Médico. Asegura que en ese momento quedó claro que el Presidente lo único que quería era sacar la reforma lo antes posible, por esta razón comienza la presión sobre el poder legislativo para que los proyectos sean aprobados cuanto antes sin importar lo que estuviera pasando dentro de las comisiones de trabajo.

“La orden era: los proyectos se van así como están al Congreso y si ustedes tienen algún problema vayan a hablarlo al Congreso”, afirma Valdés. Asegura que el problema era que los organismos técnicos, el colegio o las sociedades científicas no tienen cabida en el Congreso para discutir los temas.²⁴² “Tu te sientas arriba y no tienes derecho a hablar, los legisladores conversan entre ellos. Por lo tanto empezó todo un tema de hacer lobby con los parlamentarios y la cosa ya se puso grave de nuevo en septiembre-octubre y ahí definimos que había que relanzar, con los pocos recursos que tenemos, alguna campaña de nuevo para tratar de alertar a la gente”, señala la periodista.²⁴³

‘Urge cambiar el AUGE’

En diciembre del 2003 el Colegio Médico anunció que el 17 y 18 de ese mes se realizaría un paro, el cual fue respaldado por la campaña comunicacional ‘Urge cambiar el AUGE’. El objetivo de esta campaña era dar a conocer que quedaba poco tiempo y que era algo urgente porque los proyectos ya estaban en el Congreso.²⁴⁴ “Nunca hablamos de detener la reforma, sino de cambiarla, de hacerla bien, sobre la base del esqueleto que había, modificarla. Esa es la idea de cambiar el AUGE, no estamos hablando de sacarlo”, afirma Valdés.

La periodista explica, que a diferencia de la campaña anterior, que tenía como objetivo detener la reforma restándole credibilidad, lo que se pretendía ahora era modificarla, ya que el escenario era distinto: los proyectos estaban en el Congreso en segundo trámite legislativo, es decir, en una etapa bastante avanzada (habían sido aprobados por la Cámara

²⁴¹ Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

²⁴² Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

²⁴³ Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

²⁴⁴ Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

de Diputados), además que tenían la presión política del ejecutivo. En consecuencia, su propuesta se basó en que “lo que hay tratemos de mejorarlo: ‘Urge cambiar el AUGE’, y como primera pieza de esa campaña está: el ‘AUGE es tapar el sol con un dedo’”, afirma Valdés. En esa pieza aparece una mano con un dedo índice tapando el sol, detrás un desierto agrietado por la sequedad. (Ver en Anexo figura 6)

Además de definir que el Plan AUGE apenas va a solucionar una pequeña parte del problema de la salud, la periodista explica que la campaña tiene una segunda lectura que es “un poco el mensaje interno que le queremos mandar también al gobierno: el mismo Presidente Lagos que en algún minuto usó su dedo para ser súper drástico (con el ex Presidente Augusto Pinochet durante el régimen militar), nosotros le estamos diciendo que ese mismo dedo lo único que está haciendo, Presidente, es ‘tapar el sol con un dedo’, con ese mismo dedo suyo está poniendo un parche”.²⁴⁵ Agrega que “yo quedé reconforme, además que representa la sequedad que representa el estado en que está la salud en Chile en este minuto”.

Se utilizaron los mismos recursos que en la campaña anterior: piezas comunicacionales en las micros y frases radiales en tres radios: Duna, Cooperativa y Bío-bío, focalizando sus públicos objetivos.

Valdés explica, que se escogió el programa ‘Hablemos en Off’, de la radio Duna, conducido por Mauricio Hoffman y Nicolás Vergara, con el fin de llegar a un segmento más alto de la sociedad, porque les interesaba llegar a los líderes de opinión. Para llegar a un segmento más popular, pero que también le gusta estar informado, pusieron avisos en las radios Cooperativa y Bio-Bío.

Además, realizaron varias ‘inserciones’ en diarios, especialmente en El Mercurio, que según Valdés, “ha sido nuestra gran forma de tratar de explicarle a la gente lo que queremos, (...) porque por más que hacemos conferencias de prensa tratamos de entregar nuestro mensaje a los periodistas, muchas veces el periodista lo pasa por cedazo y pone solamente una frase. Entonces, la única manera de explicar todos nuestros puntos de vista

²⁴⁵ Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

ha sido a través de inserciones”. El sitio web del Colegio Médico ha cumplido la misma función.

También los ayudaron las dos invitaciones al programa ‘El Termómetro’, de Chilevisión durante el mes de diciembre, en los cuales se realizó una encuesta a través de llamados telefónicos y vía e-mail. Una de las preguntas decía: “¿Quién tiene la razón en el paro: los médicos o el gobierno?. El 61% contestó que los médicos, mientras que el 39% contestó que el gobierno. También se preguntó: ¿Mejorará la salud chilena con el Plan AUGE?. El 74,8% respondió que no, y sólo el 25,2% contestó que sí”. (Ver en Anexo figura 7)

Valdés sostiene que a pesar de lo impopular que es un paro, la gente logró entender las motivaciones y por eso habrían ganado en la encuesta.

Sin embargo, un mes después la prensa mostraba lo contrario. Luego de que se aprobara en el senado el proyecto de ‘autoridad sanitaria’ en enero del 2004, se decía que el Colegio Médico ‘pasaba por su peor momento’.²⁴⁶ Críticas internas y externas en el Colegio Médico decían que en la última campaña se había ‘gastado mucho y no se había conseguido nada’. Además de fuertes críticas por el ‘uso y aprovechamiento’ de pacientes: enfermos terminales y obesos mórbidos fueron trasladados hasta el Congreso para protestar en contra de la reforma. El Colegio Médico niega las acusaciones, y asegura que los pacientes habrían pedido ayuda al Colegio para ser trasladados hasta Valparaíso.

Por esta situación, varios médicos están preocupados por la deteriorada imagen con la que quedó el Colegio después de esos episodios. Algunos culpan al propio presidente de la institución, Juan Luis Castro, quien, al parecer ‘no supo controlar la situación’.²⁴⁷

Pronóstico 2004

La situación es bastante compleja, asegura Glenda Valdés. El Colegio Médico nunca pensó que el proyecto de ‘autoridad sanitaria’ se iba a aprobar tan rápido. La situación es preocupante para el gremio, porque ese proyecto es una de las columnas vertebrales de la reforma.

²⁴⁶ El Mercurio. 31 de Enero de 2004. Cuerpo C. 1 y 8

²⁴⁷ El Mercurio. 31 de Enero de 2004. Cuerpo C. 1 y 8

Lo que quedó para marzo es la otra columna: el proyecto que contempla el Plan AUGE. Y nada más que eso, porque los proyectos que quedan son complementarios y fueron creados en función de los dos más importantes.

“Yo creo que ya nos queda poco tiempo y creo que en abril, lo más probable es que el proyecto AUGE esté aprobado en el Congreso. Entonces nos queda prácticamente marzo y parte de abril para tratar de concentrarnos en lo que viene, en lo que vamos a hacer y justamente estamos definiendo en estos últimos días de enero las propuestas y qué medidas vamos a tomar”, afirma Valdés.

La periodista reconoce que están conscientes de que en un mes y medio va a ser imposible convencer a la opinión pública de que la reforma no beneficia a los pacientes. “El poco tiempo que tenemos lo vamos a tratar de centrar en una campaña un poco más selectiva”, asegura. El objetivo será dejar constancia de que la reforma no está apoyada por los médicos y que la destrucción del sistema público no va a ser responsabilidad de ellos, sino que de una ‘mala reforma’.²⁴⁸ “El tiempo que queda lo vamos a usar para dejar claro que esta reforma es mala, que va a causar problemas al sistema”.²⁴⁹

Posteriormente, cuando la reforma se comience a aplicar, comenzará ‘un segundo frente de batalla’.²⁵⁰ Los médicos han dicho reiteradas veces que no están dispuestos a discriminar a un paciente porque sea AUGE o no lo sea; ellos lo van a atender igual y eso va a generar un conflicto no menor. Valdés señala que el gobierno está consciente de que pasar las leyes a la práctica va a ser “un desafío súper grande, y el gobierno está apostando a que en ese momento va tener como aliados a los médicos; el problema es que los médicos están chatos y si ya no los pescaron, en el fondo, durante la fase de realización de la reforma, va a ser muy difícil que lo logren entender como aliados al momento de implementarla”.²⁵¹

²⁴⁸ Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

²⁴⁹ Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

²⁵⁰ Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

²⁵¹ Entrevista a Glenda Valdés, Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004.

Valdés dice que los cambios que generará la reforma son tan importantes que provocarán un fuerte impacto en el sistema. Además cree que Ricardo Lagos, dejará sólo el legado de la reforma, pero que las fases definitivas se definirán en los próximos gobierno.

“Si el gobierno quiere que una reforma resulte tiene que aliarse con quienes la tienen que aplicar. Quienes tienen que aplicarla en el día a día son los médicos. Entonces en vez de aliarse con ellos los tienen como enemigos, entonces viene un problema grave ahí”, asegura Valdés.

El Juicio de los Expertos

Varios expertos y actores involucrados -que fueron entrevistados para esta investigación- defienden la estrategia comunicacional que se utilizó para reforma de la salud. Incluso niegan que haya sido un problema real, señalando que las dificultades que han tenido que enfrentar responden a otros temas. Algunos, ni siquiera le dan la importancia que posee. Sin embargo, otros aseguran que la comunicación es fundamental en todo proceso y que las estrategias, no sólo vistas como mera publicidad y difusión, pueden definir resultados sociales, políticos y gubernamentales.

En *ABC de las Relaciones Públicas* el profesor inglés Sam Black afirma que “la dirección o gestión estratégica se ocupa de una organización como un todo y también de cómo puede adaptarse eficazmente a las circunstancias, siempre cambiantes”. Agrega que “las decisiones estratégicas son aquellas que determinan la dirección de un proyecto y su viabilidad final a la luz de los cambios previsibles y desconocidos que pueden darse en el entorno de la misma”.²⁵²

Las estrategias tienen responsabilidad de las consecuencias y resultados de los procesos a los cuales sean aplicadas. Por esta razón, la estrategia de la reforma no se puede aislar del conflicto y afirmar que no fue importante en el desarrollo de los hechos o que no tuvo nada que ver con la polémica generada en torno al Plan AUGE y a las reacciones de los grupos opositores.

²⁵² Black Sam. *ABC de las Relaciones Públicas*. Ediciones Gestión 2000 S.A. Barcelona. 1994. Pág. 23.

Del Éxito, al Vacío y a la Confusión

Para Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de la Fundación Salud y Futuro,^{*} hubo una primera etapa en la estrategia comunicacional del Ministerio que duró cuatro meses, cuando recién asumió Artaza que, a su juicio, fue espectacular.

Recuerda que, en ese entonces, Artaza gozaba de más popularidad que el mismo Presidente de la República. “Fue el personaje mejor evaluado durante varios meses. Artaza era... es un muy buen comunicador, es histriónico, pero resulta que el discurso, que al comienzo era muy general, muy genérico, le permitió sostener una estrategia comunicacional durante cuatro meses, pero cuando te falta contenido y tú prolongas tu estrategia comunicacional, tú te quemas”, afirma el experto en salud pública.

Artaza concuerda: “Nosotros teníamos el más alto apoyo popular justo cuando necesitábamos y estábamos disponiendo de las mayores urgencias (legislativas). Eso permitió que los proyectos salieran rápidamente”.

Sin embargo, después de lanzar la estrategia se produjo un error comunicacional: se siguió contando lo mismo, el mensaje no se renovaba y no se profundizaba, “no se avanzaba”.²⁵³ La falta de contenido provocó un vacío en ‘la mente del público’²⁵⁴ respecto a la reforma, el que se llenó de confusión con la contra – estrategia impulsada por la oposición y el Colegio Médico.

Oswaldo Artaza reconoce que “una vez que el Colegio Médico empezó a atacar muy fuerte con la campaña, al igual que los medios de oposición, comenzó a producirse un declive y una especie de confusión en la ciudadanía, porque la estrategia del Colegio Médico alcanzó mucho posicionamiento: esta idea de que el Auge tiene tantos problemas qué sé yo”.

^{*} Fundación Salud y Futuro es un centro pluralista de reflexión, pensamiento y análisis de la realidad del sector salud destinado a formular opiniones, plantear ideas y proposiciones que contribuyan al desarrollo futuro de los sistemas de salud, tanto público como privado en nuestro país, en cuanto al cuidado de la salud, su protección y la prevención de enfermedades.

²⁵³ Entrevista a Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de julio de 2003.

²⁵⁴ Ries, Al; Trout, Jack. Posicionamiento. Editorial McGraw-Hill. México, 1990.

Ello es explicable. Según el autor Pablo Eyzaguirre “todo vacío de información será llenado y es muy posible que no se lo haga con elogios, sino que –muy por el contrario- con críticas que perjudican su posición en la sociedad. (...) Toda ausencia de comunicación no es ‘no-comunicación’, sino comunicación negativa”.²⁵⁵ Y esto fue precisamente lo que pasó con la estrategia de la reforma.

“Entonces llegó un momento en el cual la estrategia comunicacional de Artaza se le fue en contra, se le dio vuelta (dejando el cargo); tanto es así que cuando llega el nuevo Ministro, llega con una estrategia comunicacional absolutamente contraria a la de Artaza”, opina Sánchez.

El Colegio Médico logró restarle credibilidad a la reforma por la confusión que provocó en el público en torno al Plan AUGE. Sin embargo, el periodista y profesor de relaciones públicas de la Universidad Diego Portales Juan Manuel Martínez, cree que la estrategia que usaron los médicos no fue la adecuada, ya que se mostró la imagen del “médico-comerciante”, y eso no le hace bien a su profesión.

Una Estrategia enfocada en el AUGE

Si bien la reforma está compuesta por cinco proyectos, el gobierno decidió enfocarse en el del Plan AUGE. Como Artaza explicó, el objetivo era político: obtener apoyo para presionar a los parlamentarios a votar favorablemente. Por esta razón, en ningún momento el Ministerio, dentro de su estrategia, pensó en explicar qué es el AUGE, qué contempla, además de decir que ‘era la reforma’. Se posicionó AUGE, pero no se explicó y eso generó un vacío.

“La estrategia comunicacional del gobierno ha estado destinada fundamentalmente a insertar una marca que es AUGE y no a explicar sus contenidos, y desde ese punto de vista ha sido un fracaso, o sea hoy día si tú le preguntas a la gente nadie tiene idea de qué

²⁵⁵ Eyzaguirre, Pablo. Manual de Relaciones Públicas. Editorial Los Andes. Santiago. 1993. Pág. 130.

significa o mayoritariamente no saben lo que significa”, afirma el vicepresidente del Colegio Médico, Ramón Osés.

Para Carlos Araos, periodista de la Universidad Diego Portales, una de las falencias más visibles de la estrategia del gobierno fue, precisamente, “colocar la idea del Plan AUGE sobre la base de la noción de producto”. Aquí, según Araos, se cometió un error que es más común de lo que parece: en la mayor parte de las instituciones del Estado y muchas privadas, existe una confusión entre el concepto de estrategia comunicacional, con la de estrategia de marketing. Esto produce, en muchas ocasiones, que lo que se asume no esté a la altura de lo que se quiere comunicar.²⁵⁶

“Este fenómeno de disociación se da en este caso al presentarse la idea de la reforma, personificada en quien se suponía popular (Osvaldo Artaza) y no en la Reforma, como un paso de desarrollo del país”, asegura Araos. Es decir, se recurrió a una ‘figura popular’ que gozaba de credibilidad para ‘vender’ un producto.²⁵⁷ Este tipo de estrategia no se justifica en este caso, porque la necesidad de mejorar la salud ya está instalada en la mente de las personas.²⁵⁸

El ex Ministro de Salud durante la presidencia de Patricio Aylwin y Magíster en Salud Pública, Jorge Jiménez de la Jara, coincide con los señalado anteriormente por los expertos. Afirma que ‘AUGE’ resultó ser un “afortunado nombre” para el Plan de Salud en lo publicitario, pero riesgoso en las expectativas. Jiménez sostiene que debido a ese nombre - uno de los proyectos de la reforma, que a su juicio si bien es importante, es secundario en un cambio de salud- pasó a ser “sinónimo de toda la reforma. La cola del proceso pasó a ser el cuerpo y del cuerpo poco se sabe”.²⁵⁹

²⁵⁶ Entrevista a Carlos Araos, periodista de la Universidad Diego Portales. 23 de marzo de 2004.

²⁵⁷ Entrevista a Carlos Araos, periodista de la Universidad Diego Portales. 23 de marzo de 2004.

²⁵⁸ Entrevista a Carlos Araos, periodista de la Universidad Diego Portales. 23 de marzo de 2004.

²⁵⁹ Jorge Jiménez de la Jara, ex Ministro de Salud. Magíster en Salud Pública. Artículo “Política de Salud”: ¿La carreta delante de los bueyes?”, 6 de Junio 2002.

Oswaldo Artaza reconoce que se insertó la marca AUGE y que la estrategia fue un fracaso si es que el objetivo hubiese apuntado a que la gente entendiera. “Era obvio que jamás nunca las personas iban a entender los proyectos”.²⁶⁰

Sin embargo, el actual Ministro, Pedro García, afirma que la gente no entiende el Plan AUGE porque “les cuesta creer que vaya a ser posible que lo que se está diciendo se haga”.

Carlos Araos crítica duramente a los estrategias comunicacionales del gobierno. Asegura que ellos “no entienden que cuando se tiene que comunicar algo que ya es una necesidad, sólo basta con –valga la redundancia- comunicarlo con claridad”. El caso de la reforma a la salud no se trata de la ‘venta’ de una idea, sino de informar las razones y consecuencias de una acción importante para el país.²⁶¹ Es decir, se ‘vendió’ el AUGE, pero no se informó y por eso la gente no lo entiende.

Héctor Sánchez tiene otra posición: “La gente no entiende el Plan AUGE primero porque no existe. Segundo, porque el Plan AUGE, tal como está diseñado es complejo, entonces no es fácil entenderlo, y la gente entiende cosas muy sencillas, en general, la masa. ¿Me van a atender o no me van a atender?, y ¿Cuándo?, no me cuenten cuentos, díganme ¿Cuándo me van a atender?. Cuando yo recurro a un consultorio, ¿Cuánto voy a tener que esperar?. ¿Cuánto me van a cobrar?, y eso es lo que entiende la gente”.

La opinión de la diputada UDI María Angélica Cristi,^{*} concuerda con la del experto en comunicación Carlos Araos. Asegura que la gente no entiende el Plan AUGE, porque no ha sido explicado correctamente. “Para empezar, comunicacionalmente se ha confundido reforma con AUGE, que son cosas distintas. Luego, no se le ha explicado a la ciudadanía que el AUGE es la cobertura de determinadas enfermedades y no la cobertura de cualquier requerimiento en salud. En tercer lugar, creo que el tema ha estado contaminado políticamente, y esos elementos confunden”, asegura la parlamentaria.

²⁶⁰ Entrevista a Oswaldo Artaza, ex Ministro de Salud. 10 de noviembre de 2003.

²⁶¹ Entrevista a Carlos Araos, periodista de la Universidad Diego Portales. 23 de marzo de 2004.

* María Angélica Cristi, integrante de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

La contra – estrategia habría tenido éxito, en consecuencia, por la falta de contenido del AUGE y no porque haya sido ‘buena’ o ‘adecuada’.²⁶² Para Glenda Valdés, la estrategia del Colegio Médico ayudó a crear la duda en la gente, y a que se cuestionara sobre la veracidad de la reforma y lo que decía el gobierno sobre ésta.

El ex Ministro Artaza sostiene que mostrar en encuestas que la gente no entendía de qué se trataba el AUGE también fue parte de la contra – estrategia para que la reforma y el Ministerio perdieran credibilidad.

También lo fueron los medios de comunicación que, respondiendo a sectores económicos opositores al gobierno, crearon ruido, aumentando la polémica. La polémica de los spots de Plan AUGE, son un ejemplo de ello.

Para Carlos Araos, en ambas estrategias –Plan AUGE y Colegio Médico- existió una inoperancia increíble desde el punto de vista comunicacional. En la primera, se ‘vende’ como si se tratara de zapatos y no se informa. En la contra-estrategia, si bien se informa, lo hacen en un modo indirecto, desde la crítica: informan negativamente. Y esto lógicamente hace que la gente se complique.²⁶³

Si la gente hubiese tenido claro lo que era el Plan AUGE, la confusión no habría existido. Probablemente algunos iban a cuestionar su veracidad, pero teniendo claras las dos posturas, es decir, entendiendo la propuesta del gobierno y por qué los médicos, los gremios, etc. se oponen, el ‘caos’ se pudo haber evitado.

“Muchos Errores”

El periodista Juan Manuel Martínez tiene un juicio lapidario: considera que la estrategia de la reforma a la salud es “mediocre, mediocre para mala”.

En su opinión se cometieron “muchos errores, (...) sin embargo, en este momento creo que se está utilizando una estrategia un poquito mejor. El problema es que la imagen que ya se

²⁶² Entrevista a Juan Manuel Martínez, Periodista y profesor de Relaciones Públicas de la Universidad Diego Portales. 24 de noviembre de 2003.

²⁶³ Entrevista a Carlos Araos, periodista de la Universidad Diego Portales. 23 de marzo de 2004.

formó el público con el plan AUGE es muy difícil de revertir a estas alturas con todo lo que ha pasado entre medio”.

Martínez señala que el primer error que se cometió y el que desencadena todo fue “iniciar una campaña comunicacional sobre un producto que no existe”. Éste fue el argumento que utilizaron los grupos de oposición para denunciar el gasto ilegal de los spots ante la Contraloría. Lo que en definitiva creó polémica y confusión en la ciudadanía.

Se debió haber empezado con una explicación, dice Martínez: qué es el plan AUGE, cómo va a ser el sistema de salud ahora, qué va a recibir la gente, etc. Por supuesto, que a través de un mensaje sencillo, porque el contenido es complejo.

En cuanto, a los spots que difundieron la reforma, Martínez opina que no fueron apropiados. Asegura que además de hacer propaganda de un producto que no existe (el Plan AUGE) y de no explicarlo, Artaza, en su calidad de Ministro, “no puede estar metido en ese tipo de cosas”. El hecho de que haya salido en el spot involucró directamente su imagen, que en principio quizás fue beneficioso por la popularidad con que contaba el ex Ministro, pero cuando se lanza la contra-estrategia, no sólo la reforma perdió credibilidad, sino que el propio Artaza fue quien se vio perjudicado.

Martínez señala que, si bien el objetivo político planteado por el Ministerio (tratar de influir en los parlamentarios para votar a favor de los proyectos) cumplió con lo requerido, no es válido comunicacionalmente. Fue un objetivo a corto plazo y que por ser así la estrategia se vino en contra. Según el experto, “ahí se mezclaron cosas”, porque una cosa es que el gobierno o cualquier grupo haga el lobby necesario con los parlamentarios para obtener la aprobación o reprobación de los proyectos, pero otra es utilizar la campaña como una forma de influir o de hacer un lobby frente a los parlamentarios, y esa es “una equivocación”.²⁶⁴

²⁶⁴ Entrevista a Juan Manuel Martínez, Periodista y profesor de Relaciones Públicas de la Universidad Diego Portales. 24 de noviembre de 2003.

Además cree que una reforma no debió haberse “impuesto por arriba, (...) hay demasiados actores comprometidos y son grupos de presión muy importantes, porque los médicos son un grupo importante”. Martínez sostiene que ése es un gran problema, porque se debió haber considerado a los médicos y haber tratado de llegar a algún tipo de consenso, porque de lo contrario, hiciera lo que se hiciera se iba a generar polémica y resistencia. Lo que no quiere decir que el gobierno tenga que “pedirle permiso al Colegio Médico”; aunque no se llegue a un acuerdo total, se debe conversar y mantenerlo informado.²⁶⁵

También cree que hubo falta de transparencia, porque “una reforma a la salud no puede estudiarse entre cuatro paredes en un Ministerio, es demasiado importante, involucra demasiado a la gente”. La reforma debió haber sido más abierta con los actores involucrados para discutir y decidir qué se iba a hacer.²⁶⁶

Héctor Sánchez concuerda: se tiene “que desarrollar un proyecto en el cual logres los máximos acuerdos y una vez que tu tienes esos acuerdos los das a conocer a través de los proyectos de ley y los proyectos de indicaciones que se mandan al congreso”, pero mantener cierta distancia con la prensa. Según el experto, por experiencia propia los procesos de reforma no deben manejarse con la prensa, porque la apertura a los medios resta privacidad a la política, e inevitablemente empieza a influir y a tener consecuencias no deseadas.

Jorge Jiménez de la Jara, ex Ministro de Salud, cree que los problemas de la reforma no pasan por la reforma en sí, sino que en la planificación y en la estrategia que se usó, es decir, ‘en la manera de hacer las cosas’. Según él, la propuesta de la comisión de reforma es la “continuación de la modernización pragmática de un sector público entrampado en estructuras y procedimientos arcaicos, junto al reconocimiento inevitable de la necesaria

²⁶⁵ Entrevista a Juan Manuel Martínez, Periodista y profesor de Relaciones Públicas de la Universidad Diego Portales. 24 de noviembre de 2003.

²⁶⁶ Entrevista a Juan Manuel Martínez, Periodista y profesor de Relaciones Públicas de la Universidad Diego Portales. 24 de noviembre de 2003.

integración real con los diversos prestadores y a la corrección de las deficiencias de los seguros previsionales privados”.²⁶⁷

Jiménez afirma que el principal problema de la reforma y la polémica generada en torno al Plan AUGE se debe a que el gobierno puso “la carreta delante de los bueyes”.²⁶⁸ Con esta metáfora, el ex Ministro quiere explicar que el financiamiento pasó a ser lo único importante en el debate y eso generó aún más conflicto, y esto tiene que ver con un problema de planificación estratégica.

En buenas cuentas, Jiménez de la Jara, cree que existió “exceso de comunicación”, porque el privilegio a lo comunicacional, no generó un proceso de discusión deseado: sereno y objetivo, sino que provocó caos y confusión, alejándose del consenso necesario.²⁶⁹ Asegura que al abrirse los espacios mediáticos, se involucraron actores oportunistas que en su mayoría desconocen los elementos técnicos y que poseen prejuicios en desuso.²⁷⁰

Juan Manuel Martínez, Carlos Araos y Jorge Jiménez de la Jara, concuerdan en que la propuesta del gobierno en general es ‘buena’ –a pesar de los errores de diseño- y que Chile necesita urgente una reforma, pero que la estrategia comunicacional utilizada fue inadecuada.

Según Martínez, esto y posteriormente la contra-estrategia de la oposición, sumado a la discrepancia entre los actores influyeron en el proceso y en que la opinión del público sea confusa, en algunos casos negativa, respecto a la reforma de la salud.

Martínez se atreve a afirmar que el problema de la reforma, no es la reforma en sí - a pesar de que puede tener algunos detalles- sino que es un problema de estrategia. Agrega que más allá de la reforma hay un problema comunicacional dentro del Ministerio, porque el Ministro y el subsecretario de Salud tienen discursos completamente distintos.

²⁶⁷ Jorge Jiménez de la Jara, ex Ministro de Salud. Magíster en Salud Pública. Artículo “Política de Salud”: “¿La carreta delante de los bueyes?”, 6 de Junio 2002.

²⁶⁸ Jorge Jiménez de la Jara, ex Ministro de Salud. Magíster en Salud Pública. Artículo “Política de Salud”: “¿La carreta delante de los bueyes?”, 6 de Junio 2002.

²⁶⁹ Jorge Jiménez de la Jara, ex Ministro de Salud. Magíster en Salud Pública. Artículo “Política de Salud”: “¿La carreta delante de los bueyes?”, 6 de Junio 2002.

²⁷⁰ Jorge Jiménez de la Jara, ex Ministro de Salud. Magíster en Salud Pública. Artículo “Política de Salud”: “¿La carreta delante de los bueyes?”, 6 de Junio 2002.

Según Carlos Araos, para que la estrategia comunicacional hubiese sido exitosa, se debió haber optado por una noción bien trabajada de la información en un contexto de credibilidad. Esto habría sido mucho más útil que “maquillar a Artaza y poner música de fondo”. Lo que es asimilable a la Reforma en su conjunto. “Reitero, a veces, como en este caso, es mejor informar que ‘vender’”.²⁷¹

Una postura distinta tiene el ex Ministro Osvaldo Artaza, quien defiende la estrategia y afirma que fue la mejor que se pudo haber hecho. Asegura que el objetivo planteado se cumplió, y que eso era lo que a ellos les interesaba.

Una opinión similar tiene Clara Pérez, ex Jefa de Comunicaciones del Ministerio de Salud, porque hace un balance positivo respecto al trabajo comunicacional y señala que a pesar de todo el ‘ruido’ (comunicacional) que hubo, la gente sigue creyendo en que la salud en Chile va a mejorar.

La posición del actual Ministro, Pedro García, respecto a la estrategia es neutra. Señala que “uno siempre quisiera que las cosas fueran de mejor forma”, pero que a pesar de eso está seguro de que la mayoría de los chilenos saben que “hay un proceso de reforma en marcha”, aunque no lo entiendan. Asegura que todos tienen las matrices básicas de lo que se está haciendo, y que lo que queda por hacer es “demostrar que todo lo que se dijo se hace”.

Consecuencias Estratégicas que podrían continuar

En cuanto a los obstáculos que la reforma deberá enfrentar a partir del 2004, varios de los expertos –entrevistados para este reportaje- coinciden en que uno de ellos será el tema de la implementación. Aseguran que éste es un problema de estrategia y planificación que terminará perjudicando a la reforma.

Héctor Sánchez con quien coincide Glenda Valdés, asegura que la reforma deberá enfrentar el impacto que provocarán los cambios en el sistema y que por esta razón la implementación de la reforma debería ser gradual, por lo menos en diez años. Con la

²⁷¹ Entrevista a Carlos Araos, periodista de la Universidad Diego Portales. 23 de marzo de 2004.

implementación del ‘piloto’ se comprobó que, por el momento, en el sector público no existe la oferta necesaria para garantizar todas las enfermedades contempladas en el Plan AUGE. Esto demuestra que la reforma debe ser aplicada paso a paso.

Artaza reconoce que “lo ideal en este proceso de reforma es que lo hubiésemos hecho como en educación o justicia, en 6 ó 7 años, eso hubiera sido ideal, no de golpe y porrazo”, pero la urgencia a los proyectos se la ha dado el Presidente Lagos. El ex Ministro asegura que la rapidez de la aprobación de los proyectos y de la implementación de la reforma, es un tema presidencial. Según Artaza, Lagos “estaba casado con su campaña”.

Valdés agrega que la implementación gradual de la reforma también tiene que ver con la estrategia, porque una reforma no se puede instalar de un día para otro y menos con los médicos en contra.

Sin embargo, el ‘plan piloto’ ha ido demostrando esta necesidad de gradualidad y el Ministerio se ha dado cuenta de eso, por lo que ya se anunció que durante el primer año el Plan AUGE se aplicará en forma parcial, mientras se estudia una táctica para su aplicación definitiva, como se explicó en el cuarto capítulo. No obstante, los médicos aseguran que esto es un retroceso y que el gobierno no va a poder cumplir con lo prometido.

Por esta razón, los expertos coinciden en que lo que debería hacer el gobierno es impulsar una estrategia que esté destinada a crear conciencia de que la reforma beneficia a todas las personas, especialmente a la de escasos recursos. De esta forma, recuperar la credibilidad perdida. De lo contrario, cuando los problemas que se presenten a futuro sean utilizados en contra de la reforma, su imagen en el público se va a seguir deteriorando.

El gobierno espera que los proyectos se aprueben en abril o mayo del 2004. Si no es en esa fecha, entre las autoridades existe certeza de que se van a aprobar todos y que la reforma va a salir adelante, pero con consecuencias que se pudieron haber evitado. Las secuelas de la estrategia en el proceso de la reforma no terminan aquí, los efectos podrían continuar.

Conclusiones

La salud es un tema complejo, no sólo porque involucra a toda la gente, sino porque hay muchos actores políticos en juego y porque existen grupos que tienen intereses que cuidar. Por esta razón, el proceso de reforma ha sido tan complicado y difícil de realizar. Es sabido que todo cambio, ya sea social, cultural, político, institucional, etc. crea conflicto, porque es algo nuevo, y siempre van a existir sectores reticentes que no van a estar de acuerdo. Más aún si el proceso es tan político como lo ha sido el de la reforma a la salud.

Este reportaje muestra, efectivamente, un sector complejo y ‘difícil de llevar’. La investigación permite conocer ‘el escenario de la acción’ con todos sus actores, defensores y detractores, víctimas y victimarios. ¿Quién tiene la razón? En muchas ocasiones es fácil darse cuenta quién quiere lo mejor para el país o quien tiene una postura correcta. Hay otras, sin embargo, en que las opiniones son tan opuestas que lo único que queda pensar es que alguien, una de las dos posturas, está mintiendo o está protegiendo intereses propios.

Y en definitiva, ése es el límite de este estudio. La salud es un tema técnico, su administración también, por lo tanto, los expertos son los únicos que entienden el contenido de la reforma, lo que deja fuera de la discusión al resto de la sociedad, quienes están obligados a escuchar y a creer. Sin embargo, en la medida en que todas las personas están involucradas, como es en salud, la ciudadanía no puede quedar fuera de la discusión. Las autoridades tienen la obligación de explicar y considerar la opinión del ‘público’.

Por ser un tema complejo y porque fue manejado de la forma descrita anteriormente, esta investigación está restringida a las posturas de los expertos, porque en el proceso no se han considerado los intereses de las personas, quienes tienen el derecho a saber en qué consisten los cambios de la reforma. Los intereses de los sectores son tan grandes que incluso la información entregada puede estar restringida o puede ser manejada. En consecuencia, este trabajo pierde objetividad, por estar sujeto a la información entregada por los distintos sectores. De acuerdo a esa información se interpretaron los hechos.

Esta investigación, comprueba una hipótesis que da a conocer un complejo proceso político y comunicacional, el cual permite observar el contexto completo en el que ocurren los

hechos y se toman las decisiones. El hecho de que la gente no entienda el Plan AUGE es una de las tantas consecuencias de la estrategia de la reforma, pero no la única. Producto de los errores de planificación, se generaron efectos negativos en la imagen de la reforma.

Una Reforma que Mejorará el Sistema

La primera parte de este reportaje describe un sistema de salud con muchos defectos. Tanto el sector público como el privado, resultan inadecuados e ineficientes para satisfacer las necesidades sanitarias de la población actual.

Si bien FONASA no discrimina a sus pacientes por ingreso, la calidad de la atención, la oportunidad, el acceso, los tiempos de espera, etc. no permiten que el sistema público sea eficiente en la entrega de sus servicios; por lo tanto, la enfermedad de una persona puede ser postergada meses, aumentando su riesgo vital. Esto, según los expertos, no es un problema de recursos, sino un problema del sistema.

El sector privado, concebido desde una lógica netamente neoliberal, ha hecho de la salud un negocio. Entonces, para obtener calidad de atención, tiempos de espera óptimos, acceso etc. –que no ofrece FONASA– las personas tienen que pagar. El que no tiene el ingreso suficiente no puede acceder a este sistema, o el que se convierte en un paciente económicamente no rentable es expulsado, ‘diplomáticamente’, mediante el alza del costo de su plan. Y así ha funcionado la salud en Chile por más de 20 años.

El problema radica en que la salud no es vista como un derecho, esto ha provocado un desequilibrio, generando un sistema injusto y desigual.

Estos antecedentes indican que el sector salud necesita con urgencia una reforma. De acuerdo a los objetivos planteados por la actual propuesta del gobierno para cambiar el sistema, descritos en el tercer capítulo, los principales defectos serían corregidos.

Si bien los cinco proyectos tienen errores de diseño, como aseguran expertos entrevistados para este reportaje, se adecuan a la realidad sanitaria del país. El nuevo modelo de atención destinado a la prevención apunta a mejorar la salud de los chilenos. Y sobre esta base se reformará el sistema en la entrega oportuna y adecuada de los servicios, su gestión,

administración y forma de financiamiento. Se busca transformar el sector y convertirlo en un sistema más justo, equitativo, solidario y eficiente.

Un Problema de Estrategia

¿Dónde surgen los problemas? En gran parte, por la estrategia seguida. Todo proceso de cambio crea conflicto, el cual debe ser enfrentado estratégicamente para poder cumplir con los objetivos planteados. ¿Por qué se crea el conflicto? Porque hay actores o grupos que se oponen al cambio. Pero, como se dijo en el capítulo V, el apoyo del público es fundamental para el logro de las metas.

El primer error que cometió el gobierno fue no contar con un plan estratégico de relaciones públicas para la reforma de la salud, que se preocupara del desarrollo del proceso como un todo. De aquí parten todos los problemas.

Para Carlos Araos, periodista de la Universidad Diego Portales, los principales errores de la estrategia fueron: la incapacidad del gobierno de exponer las razones de las medidas, el contexto en que han sido seleccionadas las prestaciones del AUGE y, en general, interponer un modelo publicitario a una necesidad que requiere de un contexto informativo. El error de la estrategia fue hacerla tipo campaña, pero éstas sirven para que la gente tome una posición ‘actitudinal’ sobre ‘algo’ (comprar la idea), y en este caso, lo que era necesario era informar para comunicar eficientemente (apelar a la comprensión).

Es decir, no fueron capaces de ubicar correctamente el tema en su dimensión comunicacional.²⁷²

Un error común en relaciones públicas, según los expertos en el tema, es confundir esta disciplina con publicidad. Si bien, ambas trabajan con el concepto de la comunicación y tienen objetivos similares como cambiar actitudes o influir en la opinión pública, son métodos utilizados para conseguir resultados diferentes.²⁷³ Mientras la publicidad intenta

²⁷² Entrevista a Carlos Araos, periodista de la Universidad Diego Portales. 23 de marzo de 2004.

²⁷³ Black, Sam. ABC de las Relaciones Públicas. Ediciones Gestión 2000 S.A. Barcelona. 1994. Pág. 47.

fomentar la venta de bienes y servicios, la estrategia de las relaciones públicas está basada en la confianza y en la comprensión mutua.²⁷⁴

Este fue, precisamente, el error que cometió el gobierno: plantearon objetivos políticos, a corto plazo, que se pretendía lograr mediante una estrategia basada en difusión. Como puntal de la campaña se quiso aprovechar la buena imagen del doctor Osvaldo Artaza, sin profundizar mayormente en el contenido de la reforma.

Las estrategias comunicacionales deben ocuparse de las organizaciones como un todo.²⁷⁵

La publicidad puede ser parte de la estrategia, pero no es su base.

El problema de la reforma es que el conflicto político que la rodeaba era muy fuerte; por esta razón se optó por una estrategia política con un claro objetivo de la misma índole. Esto llevó a que el mismo Artaza y el equipo de la reforma planificaran la estrategia, pensando sólo en cumplir un objetivo a corto plazo que les permitió sustentarla por cuatro meses. Mientras que el departamento de comunicaciones cumplía órdenes, sin la capacidad de participar en la campaña tomando decisiones. Por esto se cometió el error instalar la publicidad como una de las columnas vertebrales de la estrategia, sin una concordancia con relaciones públicas, porque todas las decisiones tenían una base política;²⁷⁶ y pensando que la imagen de un 'líder de opinión' como Artaza iba a convencer a la gente para siempre.

Por otra parte, un plan estratégico debe ser planteado desde el contexto que lo rodea. Es decir, primero definiendo a sus públicos, y luego, enfrentándolos estratégicamente.²⁷⁷

Teniendo a tantos actores en contra y sabiendo la resistencia que una reforma iba a provocar, el gobierno debió haber diseñado una estrategia que enfrentara a los políticos, parlamentarios, médicos, gremios, medios de comunicación, ciudadanía en general, etc. Pero lo que hizo el gobierno fue utilizar una estrategia que generara apoyo, por parte de la ciudadanía, hacia el Plan AUGE, y así presionar a los parlamentarios a que votaran a favor de la reforma.

²⁷⁴ Black, Sam. ABC de las Relaciones Públicas. Ediciones Gestión 2000 S.A. Barcelona. 1994. Pág. 47.

²⁷⁵ Black, Sam. ABC de las Relaciones Públicas. Ediciones Gestión 2000 S.A. Barcelona. 1994. Pág. 23.

²⁷⁶ Black, Sam. ABC de las Relaciones Públicas. Ediciones Gestión 2000 S.A. Barcelona. 1994. Pág. 56

²⁷⁷ Eyzaguirre, Pablo. Manual de Relaciones Públicas. Editorial Los Andes. Santiago. 1993. Pág. 205

Según el periodista y profesor de Relaciones Públicas de la Universidad Diego Portales, Juan Manuel Martínez, el gobierno no debió utilizar la estrategia como medio de presión política, ni menos haber pasado por encima de los médicos; porque fuera de las discusiones ya existentes, no involucrarlos en el proceso generó aún más conflicto, lo que hizo que los médicos reaccionaran con una estrategia comunicacional propia.

La reforma debió haber considerado a los médicos, porque son actores importantes dentro del sistema, “tienen mucho poder”, y son quienes tendrán que aplicar todos los cambios.²⁷⁸

El gobierno, sin embargo, decidió hacer la reforma a ‘puertas cerradas’ porque siempre supo que no iban a lograr consenso con los médicos y que éstos se iban a oponer a cualquier propuesta.

Con mayor razón la estrategia debió estar dirigida hacia ellos: para tratar de convencerlos o para evitar su polémica resistencia. Con una estrategia, a largo plazo, que se fuera adaptando a las circunstancias del contexto, se habrían evitado consecuencias posteriores.

La estrategia de la reforma no se realizó desde el público. Fue totalmente contraria a las teorías de comunicación actuales; como el objetivo era político se pensó de ‘adentro hacia fuera’ y no de ‘afuera hacia adentro’.²⁷⁹ Todas las decisiones fueron pensadas desde el punto de vista de un propósito político y de los resultados y efectos políticos que se podían lograr. Y eso no está mal. Pero en comunicación se deben tomar en cuenta los conceptos básicos de los modelos comunicacionales: emisor – mensaje – receptor, y qué incidencia tiene cada uno de ellos en el proceso.

La estrategia de la reforma fue concebida desde el emisor (el gobierno) con su objetivo político (conseguir apoyo para presionar a los parlamentarios a que aprueben los proyectos), y no desde el receptor, sus necesidades y qué se debe hacer como emisor para lograr esas necesidades y lograr el objetivo propuesto. El apoyo del público es el que permite el logro de los objetivos.²⁸⁰

²⁷⁸ Entrevista a Juan Manuel Martínez, periodista y profesor de Relaciones Públicas de la Universidad Diego Portales. 24 de noviembre de 2003.

²⁷⁹ Ries, Al; Trout, Jack. Posicionamiento. Editorial McGraw-Hill. México, 1990. xiv contenido.

²⁸⁰ Black, Sam. ABC de las Relaciones Públicas. Ediciones Gestión 2000 S.A. Barcelona. 1994. Pág. 15

Luego de identificar y estudiar a los públicos se debe ‘poner la propia casa en orden’, y posteriormente se debe planificar el desarrollo de un plan estratégico.²⁸¹ Cuando el gobierno anuncia la reforma, el mismo Ministerio de Salud se le vino en contra: un sector más burocrático y conservador del sistema público se oponía a los cambios. El gobierno no hizo nada y decidió continuar con su propuesta, no se molestó en generar un consenso mínimo en el interior de la misma institución que estaba difundiendo los cambios. Esto agrandó aún más el conflicto, proyectando desconfianza hacia la ciudadanía y aumentando la confusión en sus mentes.

Efecto Bumeran

Uno de los graves errores de la estrategia de la reforma fue su posicionamiento.²⁸² La marca AUGE se convirtió en ‘la reforma de la salud’. Y ese era el objetivo. Pero fue mal planteado, porque el Plan AUGE es sólo uno de los proyectos que componen la reforma, uno de los más importantes, pero no la reforma en sí. Después el gobierno se convenció de esto y se centró en ‘la reforma en general’, pero el daño ya estaba hecho.

Comenzaron a difundirse los spots. Artaza salía con la ‘Guagüa’ en brazos y a la gente ‘le cayó muy bien’ la idea de la reforma. No entendían de qué se trataba, pero creían que iba a mejorar el sistema actual.

Y ahora, la pregunta de fondo: ¿Por qué la gente no entiende el Plan AUGE? Si bien la reforma es un tema complejo y difícil de comprender, la estrategia comunicacional presenta errores y fallas que generan la incompreensión por parte del público.

La estrategia nunca tuvo como objetivo que la gente entendiera lo que es el Plan AUGE, o en qué va a cambiar al actual sistema, o cuáles son sus nuevos beneficios. Por esta razón, la gente no sabe lo que es.

Artaza reconoce que la estrategia no estaba destinada a que el público comprendiera el AUGE, porque el objetivo era otro. En este aspecto, el ex Ministro también reconoce que la estrategia fue un fracaso, pero que el objetivo planteado se logró. ¿Es válido que el único

²⁸¹ Eyzaguirre, Pablo. Manual de Relaciones Públicas. Editorial Los Andes. Santiago. 1993. Pág. 205

²⁸² Ries, Al; Trout, Jack. Posicionamiento. Editorial McGraw-Hill. México, 1990.

objetivo planteado haya sido político? ¿No es un derecho de las personas saber qué es lo que propone el gobierno, más aún si ellos están involucrados?

Es legítimo que uno de los objetivos de la estrategia haya sido que los proyectos sean aprobados en el Congreso, pero simultáneamente se debió pensar que la ciudadanía, los más afectados, tienen derecho a conocer los contenidos de la propuesta (estrategia de 'afuera hacia adentro'). Está claro que los mensajes deben ser simples y que la reforma es compleja, pero debió ser explicada. Se debió pensar en que si se estaba haciendo publicidad de un producto se tenía que explicar qué era ese producto, en qué consistía. Es así como el AUGE se convirtió en una excelente marca, pero un paquete vacío.

La gente no entendía y no entiende el Plan AUGE porque hubo un vacío comunicacional. La falta de contenido ayudó a que la estrategia impulsada por el Colegio Médico y el ruido de los medios crearan confusión. Si la reforma hubiese tenido un buen posicionamiento, la contra-estrategia no hubiese provocado la polémica que repercutió en la credibilidad de la propuesta del gobierno.

Según los expertos en comunicación, es necesario mantener al público informado y no dejar vacíos en su mente, porque esos vacíos son llenados con prejuicios o con opiniones que no siempre son favorables.²⁸³

El gobierno perdió la oportunidad de llegar primero a la mente del público²⁸⁴ y generar en ella una opinión favorable, estable y duradera sobre la reforma. Porque en principio la opinión del público estaba a favor, pero el posicionamiento fue débil.

La estrategia, que inicialmente tuvo éxito, al no ser la adecuada se fue en contra del Ministro Artaza y de la reforma, quien fue incapaz de controlar la confusión y la polémica.

²⁸³ Eyzaguirre, Pablo. Manual de Relaciones Públicas. Editorial Los Andes. Santiago. 1993. Pág. 130

²⁸⁴ Ries, Al; Trout, Jack. Posicionamiento. Editorial McGraw-Hill. México, 1990. Pág. 25

Error de Planificación

La urgencia del gobierno por lograr los objetivos planteados, lo llevó a cometer errores en la planificación estratégica de la reforma.

Errores como el hecho de pensar primero en publicidad, esto los condujo a ‘hacer publicidad de un producto que no existe’. Aunque, posteriormente fue lanzado el ‘Plan Piloto’, no es la reforma oficial, porque la mayoría de los proyectos aún no han sido aprobados por el Congreso en su totalidad. Se abrió así un nuevo frente, ya que la oposición aprovechó este error como argumento para que la reforma perdiera credibilidad, y lo logró. La polémica por los spots de \$600 millones, explicada en el quinto capítulo, fue parte de la contra-estrategia que le restó veracidad a la propuesta y al mismo gobierno.

Los medios de comunicación jugaron un rol fundamental. Cualquier error del gobierno era aprovechado en su contra. En ese momento fue el AUGE, después vino el ‘Caso Coimas’, ‘GATE’, ‘Inverlink’, ‘Spiniak’, etc. Sin estar a favor o en contra de alguno de estos conflictos, estos temas se convirtieron en toda una estrategia política, donde la mayoría de los medios maximizaba la información contraria al gobierno. Las noticias positivas sobre la reforma, como por ejemplo la excelente evaluación de la OMS sobre el Plan AUGE, se publicó en un pequeño espacio, casi imperceptible, de los diarios. Mientras tanto, en portada salía que el gasto de los \$600 millones era ilegal y que Artaza debía pagarlos, o que el Plan AUGE deja fuera una serie de enfermedades, etc.

Surge entonces, el problema de lo que es realmente el Plan AUGE y la reforma de la salud, y lo que el público percibe.

El poder de los medios es tan fuerte que la imagen que se crean los públicos de un determinado producto o situación depende en parte de lo que ellos informan. Los medios son constructores de realidad y al estar limitados por una ideología política y un sector económico dejan de ser objetivos, y muestran una realidad sesgada. Por lo tanto, la opinión del público se construye influenciada por lo que digan los medios, una opinión que está determinada por el emisor.

Por esta razón, el gobierno debió definir a sus públicos y enfrentarlos estratégicamente a todos ellos para evitar el conflicto y la polémica.

La necesidad del gobierno por cumplir con su compromiso a toda costa desembocó en un problema de planificación de la misma reforma, que va desde los constantes cambios en el contenido de la propuesta, hasta su implementación misma.

Varios expertos entrevistados para esta investigación coinciden en que los cambios efectuados en el sistema deben ser paulatinos. El 'Plan Piloto' ha demostrado serios problemas de oferta en el sector público, en cuanto a las garantías que ofrece el AUGE. Por eso la reforma debe implementarse en forma gradual. Las dificultades que se presenten en el futuro no se deberán a que la reforma sea inadecuada, sino porque no se planificó correctamente cómo debía realizarse.

Éste es un problema de estrategia, porque el gobierno debió hacer estudios del impacto que ocasionarían los cambios. En consecuencia, planificar estratégicamente. Si el gobierno lo hubiese hecho, la reforma, desde un principio habría sido concebida como un cambio paulatino y a largo plazo, y no se hablaría del retraso de la reforma y del incumplimiento de las promesas por parte del gobierno.

Estos inconvenientes se deben a que la estrategia se basó en un objetivo a corto plazo, un objetivo político, que si bien se cumplió, no permitió proyectar la reforma en el tiempo. "Para hacer frente al cambio, hay que adoptar un punto de vista de largo alcance", dice Al Ries, autor de *El Posicionamiento*.²⁸⁵

El ex Ministro de Salud Jorge Jiménez de la Jara, asegura que otro de los problemas de estrategia fue poner el financiamiento de la reforma como uno de los temas centrales. Esto generó una fuerte polémica entre los principales opositores, lo que aumentó el conflicto. Primero se decía una cosa, después otra: que se financiaría con el aumento del impuesto a los alcoholes y el tabaco, que no, que se iba a aumentar el IVA. Esto generó mayor confusión entre la gente. El problema es que con la mayoría de los proyectos ocurrió lo mismo.

²⁸⁵ Ries, Al; Trout, Jack. Posicionamiento. Editorial McGraw-Hill. México, 1990. Pág. 250

Otro error de planificación evidente fue el problema con el presupuesto para el Fondo Solidario. Primero el gobierno dijo que se necesitaban \$153 mil millones anuales. Posteriormente, se descubrió que había un ‘error de cálculo’, como se explicó en el capítulo IV, y que el Plan AUGE costaba cinco veces lo presupuestado.

Otro caso es el de la cobertura en el Plan AUGE. Primero se informó que las prioridades estaban garantizadas para todos los chilenos y que por eso era ‘universal’. Sin embargo, e independientemente de que el cambio sea justo o injusto, se informó que la cobertura dependería del nivel de ingreso de las personas.

Ese constante cambio, mostrado en los medios hizo crear una suerte de desconfianza en torno a la reforma. Errores que, evidentemente, se pudieron evitar con una adecuada planificación estratégica.

La inadecuada programación de la reforma, como se ha explicado reiteradamente, ha provocado que la estrategia se vuelva en contra, y que sus opositores se aprovechen de los errores.

Un ejemplo de esta situación es el estudio realizado por la Corporación de Médicos para Chile, publicado en marzo del 2004.²⁸⁶ La investigación prevé una crisis financiera en el sector público para el año 2010 si el Plan AUGE no se aplica gradualmente. Según el análisis realizado no se consideraron factores clave como el ‘IPC de la salud’, un indicador elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas que es mucho más alto que el índice general de precios al consumidor. Esto provocaría que el valor de la ‘prima universal’ –que todos los chilenos pagarán por el AUGE (ver capítulo III)- en cinco años sería más alto que lo presupuestado para el 2005. En consecuencia, el AUGE costaría más.

A esto se suman factores de oferta del sistema público y déficit de infraestructura y equipamientos. Por estas razones, el estudio concluye que el 2010 el Plan AUGE sería inviable y que dejaría un “hoyo financiero de US\$1200 millones”.²⁸⁷

El ‘padre del Plan AUGE’ Hernán Sandoval, descarta estos pronósticos y sostiene que los cálculos financieros del AUGE, hasta ahora, han sido los adecuados.²⁸⁸

²⁸⁶ El Mercurio. 23 de marzo de 2004. Cuerpo C. Pág. 7

²⁸⁷ El Mercurio. 23 de marzo de 2004. Cuerpo C. Pág. 7

²⁸⁸ El Mercurio. 26 de marzo de 2004. Cuerpo C. Pág. 10

En el futuro queda tratar de remediar el daño e impedir que la imagen de la reforma se siga deteriorando. Primero, aunque exista el costo político de no cumplir con lo prometido, el gobierno debe asumir la gradualidad del AUGE, como lo hizo en marzo del 2004. Es decir, paulatinamente ir agregando nuevas enfermedades de acuerdo a la oferta del sector público. La decisión de las autoridades es positiva para la reforma, los ‘buenos’ resultados se verán en el largo plazo. Héctor Sánchez, sin embargo, asegura que por ahora no se puede ser tajante con el plazo de los tres años.²⁸⁹ Es decir, si la reforma requiere de más tiempo, el gobierno va a tener que ser flexible y asumir una nueva postergación.

Segundo, el Ministerio debe preocuparse de que las enfermedades se garanticen, por igual y al mismo tiempo, en el sector público y en el sector privado. De lo contrario, y como aseguran los expertos, se generará una masiva migración desde las ISAPREs hacia el FONASA, lo que podría hacer colapsar al sistema público.

En tercer lugar, se deberá controlar que las enfermedades ‘no-AUGE’ queden postergadas, como lo ha demostrado el ‘Plan Piloto’.

En cuarto lugar, el gobierno deberá enfrentar a los médicos, quienes deberán aplicar la reforma, y ahí se puede generar un fuerte conflicto. Y en definitiva, todo lo que tenga que ver con su aplicación, porque como afirma Héctor Sánchez, el principal problema de la reforma no está en las leyes, sino en como se va a llevar a cabo. En consecuencia, aún no se enfrentan los mayores obstáculos.

Todos los efectos de la inadecuada planificación, sino son corregidos, podrían causar graves problemas, no sólo en la imagen de la reforma, sino que en la del gobierno y en la del mismo Presidente Lagos.

De los Errores se Aprende

Actualmente no se ha realizado ningún estudio estadístico ‘oficial’ que muestre si la opinión de la mayoría de las personas es positiva o negativa respecto a la reforma.

Sin embargo, según el Colegio Médico, en diciembre del 2003, cuando se realizó el paro nacional de la salud, en el diario La Tercera y en el programa El Termómetro de

²⁸⁹ El Mercurio. 26 de marzo de 2004. Cuerpo C. Pág. 10

Chilevisión efectuaron diferentes encuestas que mostraban que la mayoría de las personas le encontraba la razón a los médicos y que no creían que el Plan AUGE iba a mejorar la salud en Chile. (Ver en Anexo figura 7)

Esto no demuestra que la estrategia del Colegio Médico sea la mejor o la más adecuada, ni tampoco que la reforma no vaya a mejorar el sistema de salud.

Si es que los resultados de estas encuestas son reales, lo que representan es que la estrategia del gobierno para la reforma tuvo corto éxito por tener un objetivo político a corto plazo, y que la contra- estrategia logró restarle credibilidad porque existía un vacío comunicacional: no había contenido que sustentara y le diera sentido a la reforma; en consecuencia cualquier cosa que se dijera del Plan AUGE iba a afectar en su imagen, porque la imagen que se había creado era débil.

Supuestamente la comunicación debería ayudar en los procesos, pero en este caso, como no se supo utilizar de manera correcta, se convirtió en un caos que produjo confusión.

El problema de la estrategia no fue enfrentarse a un entorno conflictivo o a una fuerte contra-estrategia que mostrara las debilidades de la reforma, estuvo en la estrategia misma. Para eso son las estrategias, para enfrentar el conflicto, para enfrentar a los públicos, conseguir su apoyo y lograr los objetivos.

Las consecuencias de la inadecuada campaña comunicacional que utilizó el gobierno para la reforma de la salud van más allá de que la gente no entienda el plan AUGE. La estrategia tuvo efectos políticos, al determinar decisiones y generar conflictos.

Lo más probable es que la reforma salga adelante, que los proyectos sean aprobados. Pero el análisis de este caso muestra la forma en que se enfrentaron diversas situaciones, lo que pone en evidencia errores comunicacionales que se pudieron evitar y quizás existen otros que son aún imperceptibles. Errores de los cuales se puede aprender y sacar conclusiones positivas para no tener efectos irremediables en un largo plazo.

Bibliografía

- ?? **Aedo, Cristián.** La Competencia Manejada y Reformas para el Sector Salud de Chile. Serie Financiamiento del Desarrollo. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Proyecto CEPAL/GTZ. “Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe. Santiago. Junio, 1997. 37 Páginas.
- ?? **Artaza, Osvaldo.** Reformas de la Salud en Países del Pacto Andino. Organismo Andino de la Salud. 2003. 88 Páginas.
- ?? **Black, Sam.** ABC de las Relaciones Públicas. Ediciones Gestión 2000 S.A. Primera Edición 1994. Barcelona. 227 Páginas.
- ?? **Colegio Médico de Chile.** Vida Médica. Publicación Oficial. Volumen 54, N°3, Septiembre-Noviembre 2002. / Volumen 54, N°4, Diciembre 2002-Febrero 2003. / Volumen 55, N°3, Septiembre-Diciembre 2003.
- ?? **Eyzaguirre, Chadwick, Pablo.** Manual de Relaciones Públicas. Editorial Los Andes. Capítulo VI: La Dinámica de las Relaciones Públicas. Santiago. 1993. 242 Páginas.
- ?? **Gobierno de Chile.** Contenidos del conjunto Legislativo para la Reforma de la Salud. Ministerio de Salud. Junio 2002.
- ?? **Gobierno de Chile.** Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas AUGE. Conceptos esenciales de objetivos y de diseño del Plan de Salud. Documento de Trabajo. Propuesta al País. Ministerio de Salud. Enero 2002
- ?? **Libedinsky Moscovich, Gabriel.** El Sistema Público de Salud en Chile. Seminario Universidad Diego Portales. Profesor guía: Patricio Novoa Fuenzalida. Santiago, 1998. 42 Páginas.

- ?? **Miranda, Ernesto; Loyola, Verónica; Vergara, Marcos; Giaconi, Juan; Abel-Smith, Brian; Caviedes, Rafael; Oyarso, César.** La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas. **Loyola, Verónica; Vergara, Marcos.** Evolución Histórica del Sistema de Salud. Capítulo I: Perspectiva Histórica y reformas del gobierno militar. Centro de Estudios Públicos. 1994. Páginas 29-50.
- ?? **Miranda Radic, Ernesto; Vergara, Marcos.** Estructura y Comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y el Uruguay. Organización Panamericana de la Salud. Capítulo III: Evolución y Estructura del Sector Salud en Chile. Página 29-67.
- ?? **Novoa Fuenzalida, Patricio.** Derecho de la Seguridad Social. Editorial Jurídica de Chile. Santiago, 1977. 510 Pág.
- ?? **Novoa Fuenzalida, Patricio.** Nueva legislación sobre salud y previsión social. Editorial Jurídica de Chile. Santiago, 1982. 333 Páginas.
- ?? **Ries, Al; Trout, Jack.** Posicionamiento. Editorial McGraw-Hill. Primera Edición. México. 1990. 250 Páginas.
- .
- ?? **Titelman Kardonsky, Daniel.** Proyecto Crecimiento, Empleo, Equidad: América Latina en los Años Noventa. Reformas, Crecimiento y Políticas Sociales en Chile desde 1973. Capítulo 8: Las Reformas al Sistema de Salud: Desafíos Pendientes. Santiago. CEPAL / LOM Ediciones. 2001. Páginas 263-294.
- ?? Archivos de Prensa: - **El Mercurio**
- **La Tercera**
- ?? Información en Internet: - **www.minsal.cl**
- **www.gobiernodechile.cl**

Entrevistas:

1. **Araos, Carlos.** Periodista y ex profesor del área de comunicación de la Universidad Diego Portales. Doctor en las Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid. 23 de marzo de 2004.
2. **Artaza, Osvaldo.** Ex Ministro de Salud. Especialidad: Pediatra. Mayo 2003 y 10 de noviembre de 2003.
3. **Caviedes, Rafael.** Director Ejecutivo de la Asociación de ISAPRE. Julio de 2003.
4. **Cristi, María Angélica** Diputados UDI. Integrante de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. Agosto de 2003.
5. **García, Pedro.** Actual Ministro de Salud. 3 de noviembre de 2003.
6. **Martínez, Juan Manuel.** Periodista. Profesor de Relaciones Públicas de la Universidad Diego Portales. 24 de noviembre de 2003
7. **Melero, Patricio.** Diputado UDI. Integrante de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. 11 de agosto de 2003.
8. **Oses, Ramón.** Vicepresidente Colegio Médico. 1 de agosto de 2003.
9. **Pérez, Clara.** Ex Jefa de Comunicaciones Ministerio de Salud durante el Ministerio de Osvaldo Artaza. Periodista Universidad Católica. Magíster en Comunicación Universidad de Chile. 31 de octubre de 2003.
10. **Sánchez, Héctor.** Director Ejecutivo Fundación Salud y Futuro.

Fundación Salud y Futuro es un centro pluralista de reflexión, pensamiento y análisis de la realidad del sector salud destinado a formular opiniones, plantear ideas y proposiciones que contribuyan al desarrollo futuro de los sistemas de salud, tanto público como privado en nuestro país, en cuanto al cuidado de la salud, su protección y la prevención de enfermedades.

Magíster en Salud Pública/ Especialidad: Administración de Sistemas y Servicios de Salud, Financiamiento, Gestión Sistemas de Salud y Políticas de Salud. 27 junio de 2003.

11. Sandoval, Hernán. Secretario Ejecutivo del Comité Interministerial para la Reforma de la Salud. Especialidad: Epidemiólogo. 24 de julio de 2003

12. Valdés, Glenda. Periodista. Asesora de Comunicaciones del Colegio Médico. 27 de enero de 2004

ANEXO

Reseña Cronológica del sector salud en Chile

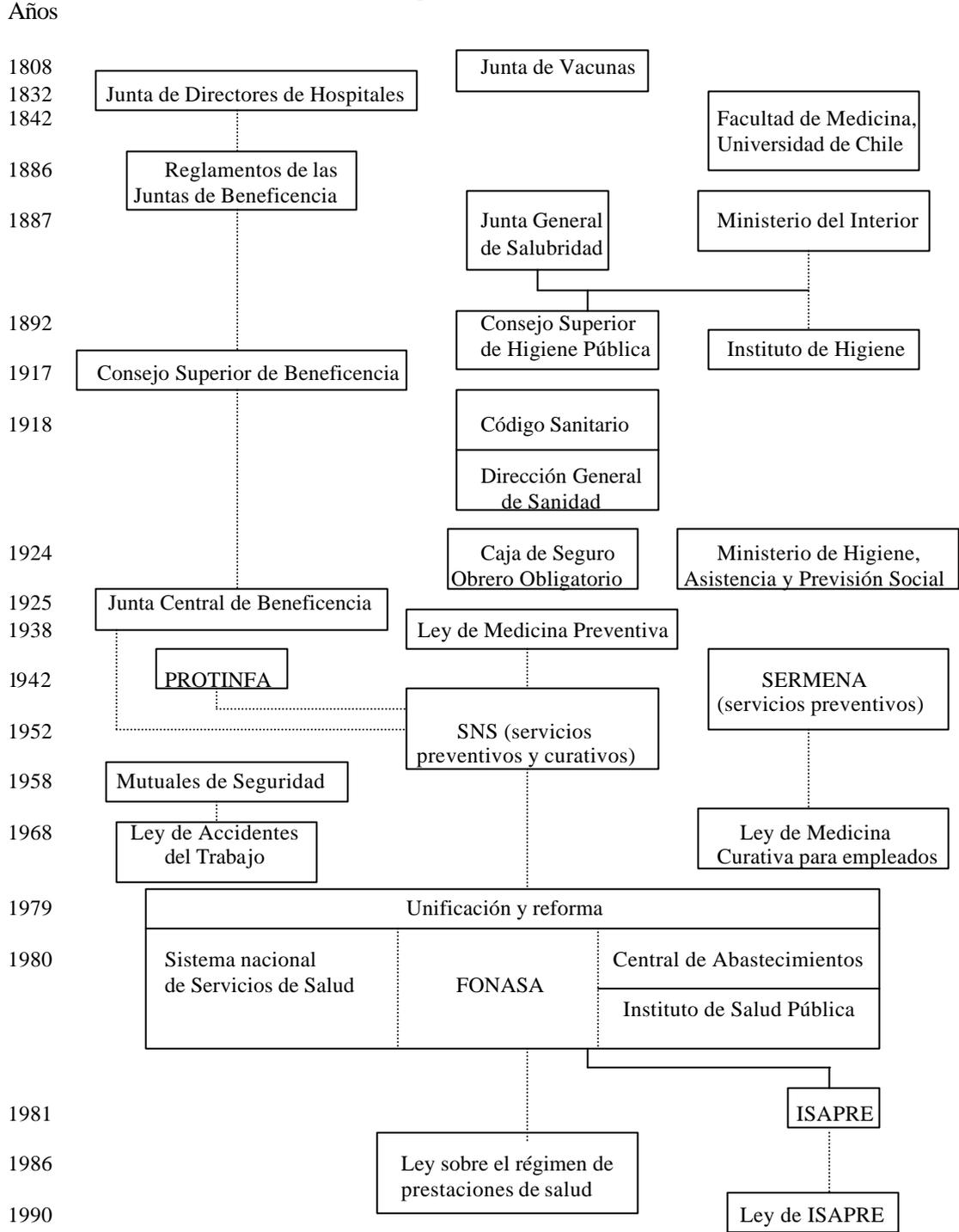


Figura 1: Cronología historia de la salud. Fuente: Ernesto Miranda Radic y Marcos Vergara. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estructura y Comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y Uruguay. Capítulo III: Evolución y Estructura del Sector Salud en Chile. Pág. 31

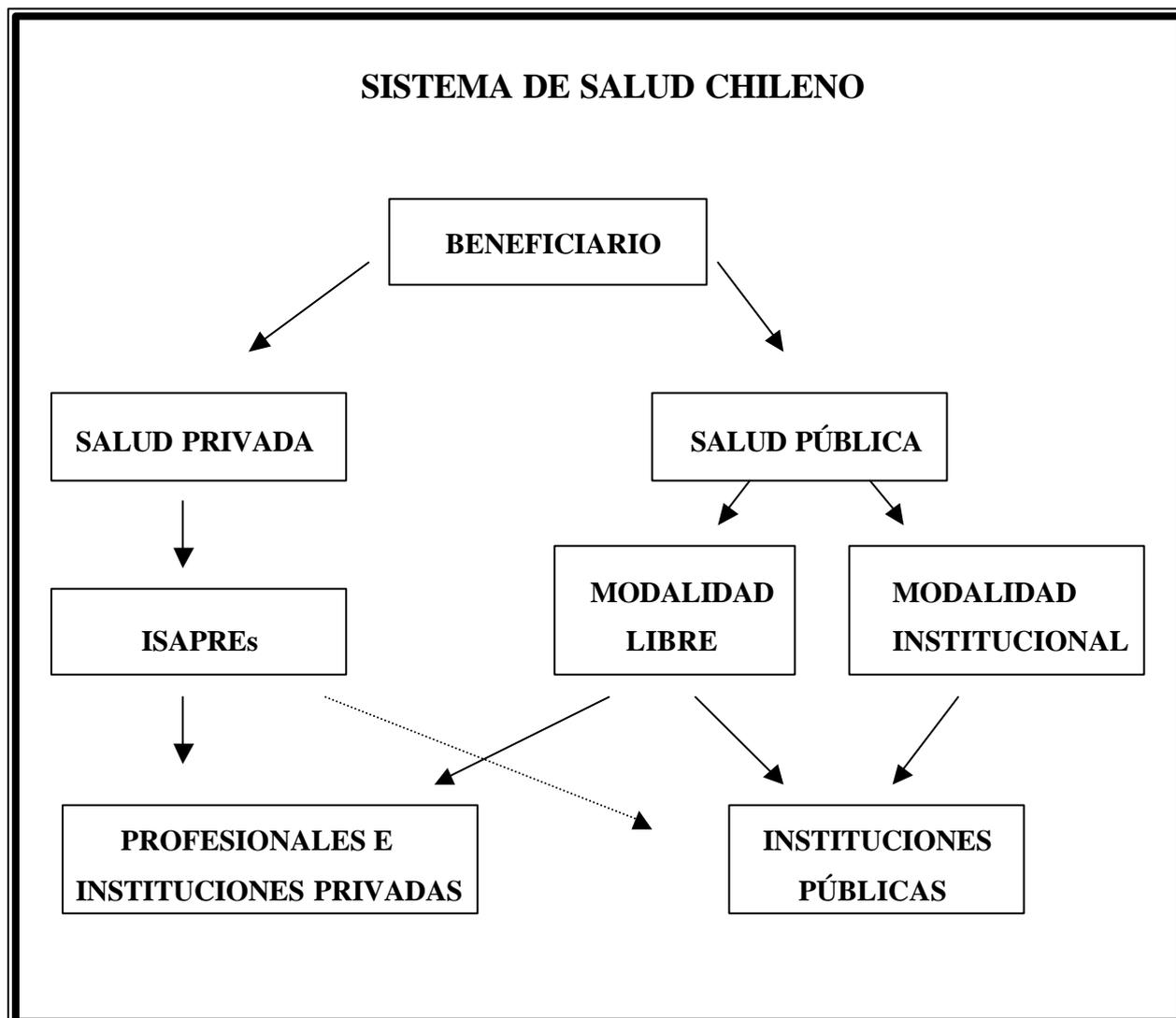


Figura 2: Esquema explicativo Ministerio de Salud.



Figura 3: Pieza comunicacional Plan AUGE.



EL AUGE ES PURO CUENTO

- Deja fuera 3.944 enfermedades
- Y las 56 que cubre no se atenderán como corresponde
- Ud. no podrá elegir su médico
- No cubre cáncer de pulmón, colon, hígado, huesos y riñón
- No cubre insuficiencia cardíaca
- No cubre lumbago y osteoporosis
- No cubre la cirrosis hepática

¡¡Defiende tu derecho a la salud!!

INFORMATE: www.colegiomedico.cl
y en UCV televisión jueves 22:00 hrs.



EL AUGE ES PURO CUENTO

- La reforma de salud que presentó el Gobierno no solucionará los problemas de salud de las personas y, peor aún, se perderá lo que hemos logrado.
- Para el Auge sólo existen 56 enfermedades. Todas las demás no tendrán el debido financiamiento y los pacientes serán rechazados o postergados por los consultorios y hospitales porque no serán "rentables".
- Si es Fonasa C y D o Isapre tendrá que pagar hasta un 20% del tratamiento y para la gran mayoría de las enfermedades, que no están en el Auge, tendrá que cotizar adicionalmente.
- La salud no es un negocio ni se puede dejar a la suerte del mercado, como pretenden los proyectos de ley que se encuentran en el Parlamento. Si no se corrigen dejarán a la gente sin protección, porque se destruirá la red pública de atención que costó años y mucha inversión construir.
- La verdadera reforma de salud debe ser solidaria, equitativa y responder a las necesidades sanitarias de la población y no al interés de ganar más dinero con la salud de las personas.
- Apoyemos las movilizaciones para detener la tramitación parlamentaria, si no ¡después no nos quejemos!

INFORMATE: www.colegiomedico.cl
y en UCV televisión jueves 22:00 hrs.

Figura 4: Pieza Comunicacional Colegio Médico.




Porque el Auge es Puro Cuento
Hagamos una Reforma de Verdad

Figura 5: Pieza Comunicacional Colegio Médico.

AUGE

ES TAPAR EL SOL CON UN DEDO



URGE CAMBIAR EL AUGE

La Reforma propuesta por el Gobierno no resolverá los problemas de salud de los chilenos.
El Auge generará pacientes de primera y segunda categoría.
La Reforma impedirá que los médicos tomen las mejores decisiones en beneficio de sus pacientes.
Médico: Defiende la profesión, tu dignidad y la de tus pacientes.
Infórmate, participa, reclama tus derechos.



COLEGIO MÉDICO DE CHILE

HAGAMOS UNA REFORMA DE VERDAD

Figura 6: Pieza Comunicacional Colegio Médico.



Figura 7: Estadísticas encuesta de El Termómetro. Fuente: www.colegiomedico.cl

Entrevistas

?? **Oswaldo Artaza**

Ex Ministro de Salud hasta marzo 2003. Mayo 2003.

1. ¿Qué le parece el sistema de salud que comenzó a funcionar a partir de 1980 (FONASA e ISAPRE)? ¿Cómo describiría ambos sectores?

Las ISAPREs y el FONASA fueron creados a partir de los cambios del año 1980. El FONASA fue creado como una tesorería del ministerio de salud y no como un seguro público con plenas competencias para responder ante sus usuarios. Las ISAPREs fueron creadas como seguros privados individuales de corto plazo (un año) y con todos los incentivos para que seleccionaran adversamente el riesgo y discriminaran por sexo y edad. Esto significa que no tenían incentivos para promover la salud y prevenir las enfermedades, ni para establecer contratos de largo plazo sin cambiar precios de planes según sexo y edad. En la práctica se quedaban con la población más joven, sana y de mayores recursos. En fin, la población estaba insatisfecha con el sistema público por los problemas de acceso (listas de espera) y mal trato. Y estaba descontenta del sistema privado por las discriminaciones de las ISAPREs y las continuas alzas de los planes. Por lo tanto correspondía una reforma que hiciera más eficiente y de mejor calidad al sistema público y que reformara a las ISAPREs para que estas funcionaran con la lógica de seguridad social cumpliendo objetivos sanitarios públicos.

2. ¿Qué tiene de bueno y de malo el actual sistema?

De bueno que se han logrado buenos resultados con recursos insuficientes. Lo malo es que hay insuficiente gestión en el lado público y hay fallas de diseño en los seguros privados. Ambos sistemas público y privado no están preparados para los nuevos problemas de salud que están aquejando a la población chilena

3. ¿Qué rescataría y que le cambiaría?

Rescataría que es un sistema mixto, que hay buenos profesionales. Cambiaría lo ya señalado: más eficiencia y mejor trato en el sistema público (mejorar acceso y calidad) y mejorar la protección financiera en el lado privado (rediseño de los seguros privados) y ajustaría ambos sectores a los problemas sanitarios emergentes.

4. ¿Qué piensa de la marcada diferencia entre el sistema de salud público y privado?

Actualmente es muy inequitativo. Hay que hacer que el sistema sanitario chileno sea uno sólo, con un brazo público y otro privado, pero que remen para el mismo lado, con reglas del juego más comunes y con objetivos similares

5. En su opinión ¿Cómo calificaría el Auge y la actual Reforma? ¿Qué tiene de bueno y qué tiene de malo?

El Auge es parte del actual proceso de reforma: (i) busca dar derechos personales a los usuarios tanto del sistema público como privado; (ii) busca reformar al ministerio de salud y sus organismos dependientes, para mejorar la coordinación del sistema, la resolutivez de la atención primaria y la eficiencia de los hospitales; (iii) busca mejorar la regulación de las ISAPREs y defender mejor a sus usuarios; (iv) busca establecer un plan de salud obligatorio y común para todos los chilenos en aquellos problemas de salud más prioritarios y establecer un sistema común de compensación de riesgo de tal forma dar accesibilidad universal ante dichos problemas prioritarios con protección financiera adecuada y; (v) busca aumentar la inversión en salud de tal forma el plan común obligatorio (AUGE) tenga sostenibilidad financiera y sea un real derecho social de cada uno de los chilenos y chilenas

6. ¿Cree que los 5 proyectos son los más adecuados? ¿Por qué?

Por que son parte de una construcción racional y técnica de lo que necesita ajustarse en el sistema sanitario para solucionar los problemas tanto del sector público como privado

7. ¿Cuál cree que es el principal problema de la Reforma?

Superar los conflictos políticos y de los intereses corporativos en juego

8. ¿Usted sabe con qué criterio se eligieron las 56 patologías que contempla el AUGE? ¿Por qué otras se dejaron fuera?

Ninguna queda afuera, obviamente que no se pueden resolver todos los problemas al mismo tiempo, lo lógico es que espere lo que puede esperar y no espere lo que no puede esperar, tan simple como eso. Hoy día el sistema sanitario chileno es discriminatorio e injusto, la gente se atiende antes por que tiene dinero, por que vive en los grandes centros urbanos, por que tiene “pitutos” o suerte. La idea es que frente a las enfermedades que tienen buen tratamiento y están matando o discapacitando a las personas pudiendo esto evitarse no tengan que esperar o supeditar su tratamiento a su capacidad de pago. Esta es la

lógica por como se construyó la priorización sanitaria del AUGE (1. que enfermedades son las que causan más mortalidad o limitación de la calidad de vida; 2. efectividad de los tratamientos; 3. capacidad del país de afrontar dichos problemas, entre algunos de los criterios usados)

9. ¿Usted cree que con el AUGE realmente se van a terminar las colas en los consultorios?

Si van a terminar las listas de espera en todas aquellas enfermedades prioritarias, seguirán habiendo listas y tiempos de espera ante aquellos problemas no urgentes, no prioritarios o que aún no tienen buen tratamiento

10. Si pudiese presentar otro proyecto, ¿Qué habría propuesto usted en vez del AUGE?

Estoy totalmente de acuerdo con los proyectos presentados

11. Según su opinión, ¿Por qué el Colegio Médico y los gremios de salud están en contra?

Por que afecta intereses. En el lado público exigirá aumento de productividad y calidad. Y en el lado privado regula fuertemente el ejercicio liberal de las profesiones

12. Los médicos dicen que con el AUGE se acabaría la ‘libre elección’ ¿es verdad?

No, no la termina, sí regula mejor dicho ejercicio para proteger al usuario

13. ¿Cree que los médicos y los distintos gremios están protegiendo intereses propios

Es evidente, ya que como señale exigirá más desempeño en el lado público y regula la práctica en el ejercicio privado, ambas cosas para proteger al usuario

14. ¿Cómo se puede implementar una reforma a la salud con los principales actores en contra?

Con paciencia, siempre ha sido así, en todas partes del mundo frente a un proceso de reforma. En Chile cuando se creó el SNS en los años 50' los médicos también estuvieron inicialmente en contra.

15. ¿Cómo considera la estrategia comunicacional que utilizó el gobierno en este ámbito?

La mejor que se nos ocurrió y pudimos hacer. De hecho la reforma tiene una alta aceptación popular aún que no la entiendan

16. ¿Por qué cree que el común de las personas no entiende el Plan AUGE?

Por que se necesitará mucho tiempo para que la gente entienda los conceptos técnicos. Además los que estaban y están en contra de la reforma hicieron y hacen muchos esfuerzos por confundir

17. ¿Cree que es uno de los grandes errores de la Reforma?

No error, sino que dificultad.

18. ¿Qué cree usted que se debió haber hecho?

Más difusión, lo que fue difícil teniendo limitaciones financieras y tantos actores en contra

19. ¿En algún momento se sintió atacado por defender una Reforma tan polémica?

Más que atacado, casi me matan

20. ¿Cree que algún día se pueda llevar a cabo tal como fue concebida?

Evidentemente, ya salió de la cámara aprobada prácticamente por unanimidad y en el Senado le están haciendo perfeccionamientos lógicos que no afectan los ejes centrales y antes de fin de año estará totalmente vigente. Además nadie ha podido desmentir que el piloto AUGE ha sido un éxito sin precedentes

21. ¿Qué opina del actual problema de financiamiento de la reforma?

Que se va a solucionar, a través del aumento del IVA o de otro mecanismo. A pesar de toda la polémica nadie duda que hay que reformar el sistema sanitario chileno y que hay que aumentar la inversión en salud, eso sí, asegurando que dichos recursos se gastaran eficientemente en aquello que es más relevante, pertinente y prioritario.

?? **Oswaldo Artaza**, 10 de noviembre 2003.

1. ¿Se desarrolló un plan de Relaciones Públicas para la reforma?

Lo que se definió fue un plan estratégico desde el punto de vista comunicacional, que fue fundamentalmente político.

2. ¿En qué se basó?

Se basó en el análisis de que ahí había estado hablando de que se necesitaban cambios en salud desde principios de los '90, pero estaba la percepción en la ciudadanía de que por alguna razón estos cambios no venían. En Chile se había instalado el concepto de reforma

en educación, en infraestructura y fuertemente en justicia, pero no se había instalado ni en concepto ni en contenido de que se iba a desencadenar un proceso de similar o mayor magnitud en salud. De hecho durante el período en que estuvo Michelle Bachelet en salud se utilizó mucho el mensaje de una reforma en marcha y se asoció con situaciones muy puntuales como por ejemplo terminar las filas en los consultorios, por lo tanto cada cosa que se hacía en salud se le unía comunicacionalmente a que esto tenía que relación con una reforma que estaba caminando.

4. O sea desde ahí ya había empezado una estrategia...

Sí, pero no se sabía qué era esa reforma y en qué iba a consistir, salvo distintos tipo de hechos que estaban como deshilvanados unos con otros. Segundo, se había instalado muy fuertemente en la clase política y en los actores que tienen que ver con salud: las ISAPREs, Colegio Médico... de que había una fuerte disputa sobre los contenidos de la reforma y que eso no se había resuelto, por lo contrario, existía la percepción de que había varias reformas y que estas eran antagónicas unas con otras y que por lo tanto el gobierno no había tomado una decisión, esa decisión se estaba postergando, se estaba pasando el tiempo, esto conspiraba con que fuera posible de verdad hacer una reforma de salud. Tercer hecho, estoy haciendo un análisis político comunicacional, tercer hecho era que el gobierno se había hecho ya la convicción de que el acuerdo con los actores del sector era imposible, porque la visión que tiene el Colegio Médico, la visión que tenían las ISAPREs, la visión que tenían los distintos grupos dentro de la concertación de gobierno eran tan distintas dentro de los distintos grupos uno con los otros que se tenía ya a la altura de fines del 2001 la convicción de que había que trasladar el lugar de la negociación del circuito interior del gobierno y de los actores interesados a un escenario distinto y el Presidente de la República intuía que ese escenario distinto tenía que ser el Parlamento.

Durante Michelle Bachelet se invirtió dos años en tratar de colocar este acuerdo a los distintos sectores. Durante el período de Michelle Bachelet hubo una cantidad enorme de seminarios, Jornadas, talleres, donde participaban los actores, el colegio médico, las ISAPREs, los partidos políticos, las sociedades científicas, las universidades, las facultades de medicina y en ese tiempo el único producto concreto de acuerdo fueron los que se llamaron después y se publicó en mi periodo, pero que se hizo antes fueron los “objetivos Sanitarios del País hasta el 2010”, hasta el bicentenario. Fue el único resultado concreto en

el que se pudo lograr un acuerdo, pero en el resto de las cosas, más que lograrse acuerdos lo único que se logró fue exponer... Entonces yo te diría es que desde el punto de vista comunicacional lo que había que hacer era: 1. Colocar en la opinión pública que la reforma venía y era inevitable. Necesaria e inevitable. 2. Que era una decisión de gobierno, que se iba a traducir en proyecto de ley y que iba a ser el parlamento el que lo iba a discutir, por lo tanto ya no se iba a discutir más ni con las ISAPREs, ni con el Colegio Médico... ni siquiera con los partidos políticos, esto se iba a ver en el parlamento y que el parlamento y que el parlamento iba a ser el encargado de perfeccionarla, mejorarla, etc. Eso era lo que había que generar como escenario, y por lo tanto había que lograr además de transmitir eso había que lograr una fuerte percepción de apoyo en la ciudadanía a la idea... de tal manera que los parlamentarios se vieran fuertemente presionados a votar positivamente. Eso era... nada más que eso. Entonces la estrategia era sacarla de un tema de expertos y transformarla en un tema ciudadano de manera que los parlamentarios se vieran motivados a tramitarla y hacerla como un tema de ellos y no de los actores clásicos donde esto se había quedado entrampado por mucho tiempo. Teníamos la percepción y el convencimiento de que esto iba a seguir entrampado.

Entonces el mandato que me dio a mí el Presidente fue “mire quiero proyectos de ley en dos meses más, quiero que estos problemas los saque del nivel de los expertos, lo traslade al parlamento y consiga tramitarlos rápidamente... yo te expliqué la otra vez que había una ventana muy precisa de tiempo, sólo del año 2002-2003, porque ahora vienen las municipales, porque ahora tu vez que cualquier tema que se coloque es un desastre... las licencias médicas... todo se cae, porque ya nada se puede ver técnicamente. Hoy día todos los partidos calculan el tema electoral y la ganancia electoral por lo tanto el sesgo de populismo que se viven en estos días entonces... ya la verdad que cualquier tema complicado es imposible meterlo, tú has visto los últimos temas: derechos humanos, el tema de licencias médicas, temas que tu puedes ver que la perspectiva de trámite es muy complicada.

Bueno entonces, visto ese escenario la primera decisión, que fue una decisión... fue colocar la marca, porque a diferencia de las reformas de educación y justicia, que eran reformas que llevaban mucho tiempo, acuérdate que la reforma de justicia y educación partieron en gobiernos anteriores. Al final de Aylwin partió la de educación, después en Frei tuvo

fuerzas, etc, etc. Entonces, por etapas, en cambio la de salud era una cosa que venía así de un solo sopetón. Entonces había que colocar una idea en que la gente asociara y meterla en el contexto mediático, y por otro lado hacerla práctica para que la gente viera y midiera una cosa con la otra. Entonces la Estrategia comunicacional tuvo dos pies:

1. Lo que comenzó con los spots, que fue en el fondo para que la gente supiera que había una palabra nueva: Auge. Y...
2. El piloto Auge, que partió inmediatamente después para que la gente viera con cosas concretas. Por lo tanto se empezaron a mostrar después los enfermos beneficiados por el Auge.

Esa fue toda la estrategia: el nombre y después qué era ese nombre, en términos prácticos con personas con nombre y apellido. Y inicialmente fue muy exitosa. Entonces qué fue lo que se utilizó desde el punto de vista de quiénes no estaban de acuerdo con la reforma para contrarrestar esa estrategia. Se utilizaron dos cosas:

1. El empezar a señalar las posibles deficiencias que podía tener la reforma, y en eso se basó la campaña del colegio médico con el pinocho, y al final podrían no estar...
2. Y del punto de vista de la derecha y de las ISAPREs, por lo tanto los medios de comunicación de la derecha, empezar a señalar las dificultades que iba a tener la reforma en su implementación, o sea, usaron una estrategia diciendo “mire la reforma están popular la idea de cambiar y mejorar la salud que atacemos las debilidades, por lo tanto atacemos al Ministro, atacemos a los hospitales públicos, volver a reinsistir en su ineficiencia, etc, etc. Entonces podríamos decir que la estrategia del Colegio Médico fue complementaria con la estrategia que utilizó la derecha económica.

5. Algo que pudo haber servido también como contra-estrategia ¿fue todo esto del gasto de plata, y para crear más polémica todavía sobre esto?

No por supuesto, eso es parte de... por eso te digo yo, el colegio médico se centró en las posibles debilidades que tendría el proyecto en sí, mientras que la derecha económica se mostró a generar las incapacidades y dentro de esas incapacidades está el tema, todo lo que pudiera ser ver a un ministro y a un ministerio con problema o con debilidad, por lo tanto lo que haya costado el spot, las debilidades del sistema público, etc.

Eso yo te diría que fue, ante la estrategia que se hizo, la estrategia que se vino en contra.

Ahora yo te diría que la estrategia comunicacional que se empezó a desarrollar en marzo tuvo un momento de mucha fuerza hasta julio, agosto, que fue el período que más necesitamos nosotros... acuérdate que en esa época el presidente decidió que los proyectos de ley se tramitaran con urgencia, por lo tanto nosotros teníamos el más alto apoyo popular justo cuando necesitábamos y estábamos disponiendo de las mayores urgencias; eso permitió que los proyectos salieran rápidamente y una vez que ya el colegio médico empezó a atacar muy fuerte con la campaña y los medios de oposición muy fuertes con la campaña, comenzó a producirse un declive en... y una especie de confusión en la ciudadanía, porque la estrategia después que el colegio médico alcanzó, yo creo que alcanzó mucho posicionamiento esta idea de que el Auge tiene tantos problemas que sé yo, y entonces la oposición política lo que intentó empezar a señalar era que..., ya todo el mundo escuchaba del Auge, tu le preguntabas y nadie decía que no sabía, no había escuchado hablar del Auge, pero lo que le preguntaban es que si usted sabe lo que es, entiende lo que es, que era obvio que jamás nunca las personas iban a entender los proyectos, también fue parte de la estrategia para contrarrestar la fuerza. Ahora por qué se utilizó tanta fuerza para contrarrestar la estrategia comunicacional de salud y el gobierno, bueno fue muy fuerte, sino hubiese sido tan fuerte no se hubiera tenido que necesitar tanto... no sé si me explico... (su estrategia fue muy buena) se utiliza mucha fuerza para contrarrestar algo en la medida que eso es, tú lo valoras como algo que logró dar un puñete muy fuerte inicial.

Resultado: mira, resultado es que se consiguió el empuje inicial que se necesitaba para que fuera muy difícil que alguien se opusiera en la cámara de diputados, nosotros calculábamos que iba a haber más oposición o más conflicto, haber por qué, por que incluso mucha gente dentro de los propios partidos de concertación no estaban muy convencidos del proyecto, eso lo sabes perfectamente y muy fuertemente todos lo que eran los diputados médicos, y por lo tanto el análisis que se hacía era que si nosotros teníamos la oposición política votando en contra de la reforma y los médicos de la concertación votando en contra, no íbamos a tener ni un voto, entonces suma, dado que estamos... la mayoría no es tan abrumadora en la cámara de diputados, tienes 15 votos de la concertación en contra, ¿más los de la derecha? No tienes como defenderte, entonces hubo que conseguir que a la derecha le fuera muy difícil votar en contra y que para los diputados o los del partido

socialista de izquierda, dado que esta reforma no es muy izquierdista, tampoco es liberal pero es un término medio, entonces íbamos a tener oposición en la derecha e íbamos a tener oposición para la parte más izquierda, e íbamos a tener oposición de parte de la democracia cristiana en algunos artículos como el tema de... la idea era que iba a ser muy difícil para que los parlamentarios votaran en contra, y de hecho fue muy difícil, la mayoría de los artículos se aprobaron por unanimidad. Porque, lo que interesaba era sacarla de la cámara de diputados, después en el Senado sabíamos que la cosa iba a ser más tranquila y menos problemas, esto es ya para salir del senado... y sin discusión, qué discusión ha habido, porque el combate se iba a ganar ahí en la cámara de diputados, porque ahí estaba la posibilidad de que se bloqueara la reforma y no en el senado, lo sabíamos perfectamente, por eso necesitábamos que la estrategia comunicacional fuera muy exitosa los primeros meses, ahora no tuvimos fuerzas para mantenerla, pero sí nos dio el cuero (riéndose) para conseguir el objetivo. Yo diría que del punto de vista del objetivo, si lo analizas desde el objetivo fue bueno, o sea, si tu me preguntas si la estrategia comunicacional era para que la gente entendiera, fue un fracaso, o para convencer a los doctores, fue un fracaso, o para convencer a los trabajadores de la salud, fue un fracaso o para que las ISAPREs quedaran felices con la reforma, también fue un fracaso. Simplemente era lograr el empujón para sacarla de la cámara de diputados, saliendo de ahí ya el conflicto después muere.

6. ¿Desde el punto de vista que usted lo plantea fue súper funcional en estos momentos?

Muy funcional, ahora si tu la analizas desde otras partes, claro...

7. Yo creo que, no sé si usted está de acuerdo conmigo, pero si la analiza teóricamente de acuerdo a teoría de estrategia comunicacional quizás... yo no sé por ejemplo quién hizo este trabajo específicamente, o por ejemplo si se hizo un trabajo primero de Relaciones Publicas y luego de publicidad, si hubo un trabajo previo para llegar al spot o cómo se creó el spot?

Mira ehehehe... fue un trabajo entre la gente que había en Relaciones Públicas en la época más un par de consultoras (Creces), y el mismo Veritas (Agencia de Publicidad) que nos hizo los spot, que se...se... habrán sido unas 5 reuniones de las cuales yo me hice una opinión que escribí en dos páginas y se la mostré al Presidente. Y después el Presidente dio sus instrucciones y me junté un par de veces con Heraldo Muñoz que era el Secretario

General de Gobierno y esa fue la estrategia. Eso fue. La estrategia fue bien simple: pegar un puñete con los spot, partir inmediatamente después de los spot con el Piloto Auge... y que me iba a dedicar a recorrer el país tratando de hablar con la mayor cantidad de personas, y sabía que los medios de comunicación no nos iban a ayudar, sobre todos los de oposición que son casi todos... y de ahí los 'puerta a puerta' y todo eso. Entonces lo que se vio fueron los 'puerta a puerta' porque estaba el Presidente ahí haciendo el 'puerta a puerta' o el ministro haciendo el 'puerta a puerta', pero mi tiempo personal, la mitad del tiempo estaba en el parlamento y la otra mitad del tiempo yo estaba recorriendo el país... y eso no tuvo trascendencia en los medios, pero sí y yo diría que conversé directamente con unas 20 mil personas, directamente... eso fue la estrategia.

8. Pero si usted por ejemplo tuviera que analizar simbólicamente el spot, porque usted participó y todo, entonces qué querían mostrar... que la reforma era necesaria, que era...?

Que había y se llamaba Auge.

9. Y causar impacto y ya...

Es el Auge y punto. Por qué, porque el Piloto Auge iba a darnos un material todo el resto del año. Terminamos ese año con 6 mil personas beneficiadas y ya ahora van como 15 mil. Y esas 15 mil tienen familia, tienen amigos y además los 'puerta a puerta' los recorridos por el país y también hablar con muchas personas y también hablar, y cada vez que iba a hablar con un grupo humano, en todas partes iba con los diputados y se generaba una dinámica muy fuerte...

Inicialmente teníamos dos objetivos: 1. llegar a los parlamentarios y por lo tanto un intermediario para llegar a los parlamentarios era la gente común y silvestre...

10. Para tener ese apoyo....

Exactamente. Y eso lo tuvimos los primeros meses que fueron los más importantes, después eso empezó a decaer, se empezó a crear confusión, el enredo. Pero lo curioso es que hoy día tu le preguntas a la opinión pública, la gente no sabe qué ha pasado...

11. Es que la estrategia de ahora es completamente distinta además, el ministro de ahora es de muy bajo perfil...

Bueno es que esa es la estrategia de él. Me parece súper acertada, porque ya no tiene que conseguir nuevos votos, ya los tiene, cualquier... si él se sube el perfil de alguna manera

obliga al colegio médico a subirle perfil y no tienen ningún sentido, el colegio médico está absolutamente inmovilizado, no tiene capacidad de hacer paro ni de oponerse a la reforma, entonces lo que él tiene que hacer ahora es preparar la implementación para eso no necesita hacer ninguna propaganda. Si dentro de una estrategia comunicacional a largo plazo, lo que hay que hacer ahora es esperar un año más dos años más empezar a mostrar lo que no resultaron.

12. ¿Qué opina usted de que se diga que se hizo publicidad de algo que no existe... esto es un proyecto de reforma...?

Bueno esto es un lío que va a pasar varios años más para que se resuelva. Depende de cómo tu interpretes la ley, porque la interpretación que hizo el gobierno era que la ley de presupuestos que es lo que se cuestiona te da a ti la facultad de hacer publicidad frente a dos situaciones: 1. para dar a conocer un servicio y 2. otro cuando tu consideres que eso es vital para tu función de gobierno. Entonces si tu lo ves sólo por el tema de dar a conocer un servicio, claro justo cuando se dieron los costos todavía no había partido el piloto del Auge, si nosotros hubiésemos hecho el spot dos semanas después, cuando ya partió el piloto Auge no hubiéramos tenido ningún problema, pero si tu te basas en la otra parte de la ley que dice que cuando tu consideres que es algo fundamental para tu función de gobierno es un tema de interpretación.

13. ¿Igual yo creo que ellos se están aprovechando de la situación?

Tema político, es un tema político, pero como le digo eso tiene para rato, si eso no digo nada pero en lo personal me tiene sin cuidado pero es parte del juego político.

14. Y para que salga en los medios y todos digan ah el plan auge de nuevo... algo debe tener...

Ahora desde el punto de vista de los medios de comunicación ahora, todos los medios de comunicación ahora dan por hecho la reforma, tu ves los medios el último tiempo y dan por hecho la reforma y ya ninguna apuesta al fracaso de la reforma... es interesante como análisis comunicacional, hasta los medios que fueron más duros con la reforma. Y las ISAPREs en un hecho muy sintomático ya están preparándose para el sistema reformado. De hecho el último ENADE que hicieron que es el encuentro que hacen todos los años las ISAPREs el título de la conferencia se llamaba 'las nuevas ISAPREs' , y el subtítulo de la

primera conferencia eran las ISAPREs con reforma, o sea ya asumieron que tienen que adaptarse.

15. Usted en la entrevista que le hice por mail yo le preguntaba qué errores encontraba usted que tenía la reforma de salud y usted dijo no dificultades y usted me decía que una de las cosas se debió haber hecho era que hubiese habido más difusión y que por plata, por presupuesto no lo habían podido hacer? ¿A qué se refería con eso?

Haber lo que pasa es que lo ideal en este proceso de reforma es que hubiésemos hecho como en educación o justicia en 6, 7 años, eso hubiera sido ideal, no de golpe y porrazo.

16. ¿Y quizás a puertas cerradas para no crear tanta polémica? ¿O igual se iba a crear?

O sea lo ideal es que... haber acuérdate que en educación hubo una comisión que logró consenso, después de ese informe se empezaron a precipitar pasos y la reforma de educación si tu me preguntas o le preguntas al ministerio de educación qué es la reforma educacional te va a decir muchas cosas, nuevos textos, la jornada extendida, no es una cosa, son muchas, porque se fue dando en etapas. En justicia pasó una cosa similar hubo toda una fase previa, después una fase de negociación con los jueces y luego... y parte gradualmente, por distintas partes del país y ahora se está discutiendo que entre a la Región Metropolitana, no queremos un año más.... En salud eso no fue posible, porque nunca se pudo lograr acuerdo... entonces llega el Presidente y me dice hágame 5 proyectos de ley o uno si es que puede, mi análisis fue que hubiese sido ideal que el Presidente me hubiese dado el tiempo para hacer un solo proyecto de ley con todo, para mí hubiese sido lo ideal hacer un solo proyecto y no este pegoteo de proyectos... Pero no había otra, la otra era haber renunciado para haber hecho la reforma de salud, el Presidente estaba muy casado con un compromiso de su campaña... Bueno y eso es, no es más tampoco desde el punto de vista por qué se hizo así, en qué se basó, qué fundamentos tuvo...

Ahora, en el spot mismo que era uno de los pilares que se utilizó... acuérdate entonces: Spot, piloto Auge, y la marcha por Chile a la que nosotros le llamamos la tercera pata, que en el fondo eran los 'puerta a puerta', recorrer el país, en el fondo tratar de llegar a la mayor cantidad posible de gente 'cara a cara'.

17. Y ahí explicar un poco más de qué se trataba esto, porque antes era posicionar... Plan Auge...

Y explicar... porque sabíamos que los medios no iban a explicar, sino que iban a tratar de confundir.

18. Y además el juego político...

La polémica, porque es lo que vende. O sea, sabíamos que los medios no iban a gastar muchas páginas en tratar de hacer pedagogía, sino en tratar de mostrar los conflictos. Eso es todo. Entonces en el spot lo que interesaba era la palabra y que llegara rápido el tema de la confianza en la reforma, dado que sabíamos que no íbamos a poder explicar el contenido en un spot. (quizás si explicaban el contenido se iba a producir más confusión aún)

19. No y además un contenido súper complicado, a mí me ha costado bastante entenderlo...

Es complejísimo. Teníamos que dar un punta pie que nos aguantara los trámites en el parlamento, que lograra concitar confianza en la opinión pública en un primer 'round' y teníamos que apelar a las emociones. Entonces Veritas me mostró las alternativas y en ese cómo llegar a la emoción y a la credibilidad... y ahí hubo un tema que fue muy discutido que fue si se usaba o no mi imagen, que para mí... yo no tenía ningún interés, y mis asesores tampoco, me dieron muchos argumentos de que para mí era muy costoso, pero Veritas usó un argumento que al final fue muy decisivo y que también fue considerado así por La Moneda. Fue que en ese momento yo tenía una credibilidad muy alta, credibilidad que bajó...

20. Claro, por las consecuencias...

Haber en ese momento mi credibilidad era muy alta, entonces si nosotros queríamos ganar credibilidad y ganar confianza utilizar mi imagen parecía importante y al final me dejé convencer. Esa es la historia. No es ni más ni menos.

21. No sé pero yo pensaba que esta estrategia no fue errónea pero quizás dificultó un poco el ambiente... pero por lo que usted me cuenta ahora y de acuerdo a los objetivos me doy cuenta de que fue súper funcional... pero a usted igual le costó el cargo...

No el spot no me costó el cargo. A mí me costó el cargo llevar adelante una reforma sin tener consenso en los grupos de interés, pero eso yo lo sabía y lo sabía el Presidente...

22. Yo creo que el que se metiera ahí iba a estar en riesgo....

Sí claro, si era parte del contrato para decirlo bien brutaemente.

23. ¿Por qué no hubo un equipo fijo en Relaciones Públicas por qué siempre estaban rotando?

Es que el ministerio en ese momento, imagínate un ministerio que está llevando adelante ese encargo con la rapidez... los equipos nunca se pudieron consolidar, fue un desgaste tremendo, entonces y además con un Ministerio en contra, o sea el propio Ministerio estaba en contra de nosotros, (...) lo más complicado de cambiar son los propios ministerios.

24 ¿Quién llevó a cabo esta estrategia... la gente del ministerio?

Lo que pasa es que desde el punto de vista de las comunicaciones... María Elina Barrera que estuvo ahí y que estuvo antes de Clara Pérez, ella recibía instrucciones, tampoco te podía hablar mucho de por qué se pensó esto o por qué se hizo esto otro... Mira lo que te decía fueron 4 o 5 reuniones donde participó Veritas, participó otra consultora (Crisis) y luego fueron análisis con el Presidente y el Ministro Secretario General de Gobierno.

25. Cambiando de tema, Ramón Osés me dijo que la reforma de los '80 fue una modificación al sistema y no una reforma... ¿Eso es correcto?

No es una reforma. Es un cambio muy grande. En Chile hay tres hitos la de los años '50, la del año '80 y ahora, entre medio hubo algunas cosas pequeñas... No imagínate, una tremenda modificación, se abre el campo a privados a los seguros y a los servicios, se entrega la atención primaria a los municipios, se acaba el Servicio Nacional de Salud y crea los 27 Servicios centralizados... cambió el mundo.

26. Tema Libre elección...

Las especialidades nunca van a terminar. Lo que sí va a terminar son las especialidades, lo que sí va a terminar es la posibilidad del médico de fijar tarifas, eso sí va a disminuirse. Hoy día nosotros tenemos en lo privado un sistema muy desregulado, muy de mercado y eso fue lo que hizo la dictadura en los años '80. Lo que hizo la dictadura fue generar espacios de mercado con una capacidad de regular del Estado muy pobre... entonces cada médico trabajaba en su consulta o agrupado en centros médicos y cobraban lo que querían. Había médicos que trabajaban por la ISAPREs, habían médicos que no trabajaban por la ISAPREs y hay médicos que además del bono de la ISAPREs te cobraban adicional o te pasaban una boleta, o sea cada cual hacía lo que quería... En cambio ahora las ISAPREs como van a estar obligadas a dar el AUGE, el AUGE tiene un precio, tiene un precio que lo

tienen que mantener independientemente de tu edad y de tu sexo... Entonces hoy día te ponen un piso que es igual para la gente de FONASA que para la gente de las ISAPREs y por lo tanto las ISAPREs como el estado les fija un piso, lo que ellos van a hacer es un contrato con clínicas o grupos médicos en las cuales se les va a fijar un arancel, eso es lo que va a pasar pues si no las ISAPREs cómo van a dar el AUGE si los médicos cobran cualquier cosa, cómo ellos mantienen un precio establecido.

27. ¿Por qué las ISAPREs no se fueron encima?

Haber a las ISAPREs les cambian las reglas del juego, por lo tanto por eso es que se opusieron, porque a nadie le gusta que les cambien las reglas del juego (...) Ahora, las ISAPREs primero patalearon muy duro, pero luego viendo que esto era irreversible, dijeron bueno, ok, aceptamos las nuevas reglas del juego y vieron la parte positiva. La parte positiva es que hoy día las ISAPREs están muy bien legisladas, todas las encuestas de opinión muestran que la ciudadanía tiene poca confianza en las ISAPREs... entonces les cambia las reglas del juego, pero a su vez el lado positivo para ellos es decir, bueno ok, en este nuevo escenario ya no vamos a tener las críticas que hoy día se nos hacen y bueno ok, adaptémonos, yo diría que ese fue el proceso que ellos vivieron. Para eso fue muy importante que una estrategia que se utilizó rápidamente de mostrar muy abiertamente los defectos de las ISAPREs (...) las consecuencias de la crisis asiática fueron terribles para las capas medias, y para las familias que ganaban entre 300 y 400 mil pesos las ISAPREs les ofrecían un planes que nos les servían para nada, eran demasiado malos... entonces se fueron juntando los hechos generando un ambiente de deslegitimidad social de las ISAPREs como empresa, entonces yo diría que eso fue lo que generó la posibilidad de que las ISAPREs, a pesar del pataleo inicial, para evitar el cambio de escenario....

28. ¿El paciente no va a pagar nada en una ISAPRE con el AUGE?

No nada, vana atener copago delimitado por ley. Que es muy pequeño, no puede ser superior al 20% del costo total y por lo tanto es un escenario distinto, pero para que ellos pudieran sobrevivir en ese escenario distinto, necesitaban que era lo que se pagaba a la clínica, lo que se le pagaba al médico no fuera infinito, porque hoy día a la ISAPRE le da lo mismo lo que cobre el médico... le da lo mismo, la clínica sube los precios, el médico sube los precios y qué hacen ellos te suben el plan o para el mismo precio de tu plan te disminuyen los beneficios y eso lo hacen año a año (...) 10% más o 20% más. Eso es lo que

estaban haciendo hasta ahora pero ahora no lo van a poder hacer más por ley. La única manera de que la ISAPRE sobreviva como empresa es controlando el costo, controlando el alza de precios, el encarecimiento de la medicina, lo que es muy bueno para el país porque el país no puede seguir soportando que la medicina cada vez sube y sube, es un país que tiene ingresos medios, nosotros no podemos aguantar... en los últimos años antes de la crisis la economía chilena estaba creciendo a un 6 % promedio, pero el costo de la salud estaba subiendo sobre un 12% todos los años, entonces se estaba agrandando la brecha entre el crecimiento del país y el encarecimiento de la salud, entonces eso si seguía así era una cuestión que no tenía remedio, entonces como las ISAPREs están obligadas a dar un paquete de beneficios estandarizado y de por vida no les queda otra que controlar los costos, lo que significa que la mayoría de los doctores, salvo el doctor famoso que la gente está dispuesta a pagar lo que sea, pero el resto de las personas que van con su bono... y eso va a estar muy controlado...

De hecho en la tercera del fin de semana salió que los médicos tienen calculado cuánto va a dejar de recibir un doctor... porque ya se sientes sin poder... los 12 pecados capitales del AUGE. Y por lo tanto cuando Oses te dice que está disminuyendo la libre elección, en el fondo lo que está disminuyendo es la capacidad del médico de fijar libremente su arancel... La ISAPRE te va a decir usted puede ir a tal parte y el arancel va a estar fijado. Lamentablemente es verdad y en eso los médicos tienen razón, la reforma afecta la utilidad y cuanto ganan los doctores y eso es cierto.

?? **Juan Manuel Martínez**

Periodista y profesor Universidad Diego Portales, 24 de noviembre de 2003.

1. Teniendo en cuenta que la estrategia comunicacional que usó el gobierno para la reforma de la salud no ha sido la misma desde su anuncio ¿Qué opinión le merece?

En general, si hubiese que ponerle una nota la considero mediocre, de mediocre para mala. Porque creo que cometieron muchos errores. Sin embargo, en este momento creo que se está utilizando una estrategia un poquito mejor. El problema es que la imagen que ya se formó el público con el plan AUGE es muy difícil de revertir a estas alturas con todo lo que ha pasado entre medio.

2. Usted mencionó errores ¿Cuáles serían a su criterio los errores que se cometieron?

Yo creo que el primero y el fundamental, donde se desencadena todo es iniciar una campaña comunicacional sobre un producto que no existe. Creo que ahí parte toda la base, porque es cierto que en algún momento hay que empezar a decirle a la gente las cosas, pero debió haberse empezado con una explicación: qué va a presentar el gobierno como reforma a la salud, esa reforma a la salud persigue tal cosa, persigue tal estrategia. Y eso va a llevar a que en definitiva, aprobada la reforma de la salud vamos a tener un plan en que el público va a tener acceso a una serie de prestaciones, porque el plan AUGE no era otra cosa que una serie de prestaciones tipo, que iba a recibir la gente y al mismo tiempo, como dijo en su oportunidad el Ministro Artaza, iba a descongestionar los consultorios y los consultorios iban a eliminar las colas y todas estas cosas que producen molestia en el público.

3. Artaza decía que ellos querían posicionar AUGE, pero ellos justificaba que no sacaban nada con explicarles a la gente porque no iban a entender, ¿Qué opina usted de esto?

No yo ahí discrepo de... Yo creo que la gente iba a entender si se entraba a explicar que aquí había una reforma al sistema de salud, eso la gente lo entiende. Si a la gente le dicen que hay una reforma al sistema educacional lo entienden, si a la gente le dicen que hay una reforma al sistema judicial lo entienden... Ahora si empezamos a hablarle de un determinado producto, la gente no lo entiende. Entonces, creo que partieron al revés, no partieron desde el principio.

4. Artaza en la entrevista justifica su estrategia diciendo que en el fondo ellos cumplieron con el objetivo principal que era buscar apoyo en público en el plan AUGE, para que los parlamentarios se vieran presionados para votar a favor, ¿Usted cree que eso es válido comunicacionalmente? O sea, si ese era su objetivo en el fondo y lo cumplieron, pero a largo plazo la estrategia igual resultó mala....

Exactamente, pero yo creo que ahí se mezclaron cosas, porque yo creo que es legítimo, tanto del punto del gobierno, como del punto de vista de la oposición o del punto de vista de los poderes fácticos o de los grupos de presión que están interviniendo, que cada uno haga el lobby necesario con los parlamentarios para obtener una aprobación o reprobación del proyecto. Pero lo que yo no creo, y creo que ahí está la equivocación, es utilizar la campaña como una forma de influir o de hacer un lobby frente a los parlamentarios, yo creo que ese fue mezclar temas, y mezclar cosas.

5. Fue como muy política quizás esta campaña, hay un juego político muy fuerte...

Yo siempre la comparo y la encuentra tan mala o con el mismo error que la campaña del divorcio, que la tuvieron que retirar, cuando estaban diciendo que los hijos de separados eran más o menos que delincuentes, que las familias separadas eran un problema de la sociedad, y empezaron a decir eso y la gente se impresionó y la gente empezó a reaccionar: yo soy separado y mi hijo no es delincuente (...) y la Iglesia Católica retiró la campaña porque se dio cuenta que había lanzado pasando por encima de la gente. Yo la comparo.... son distintas estrategias, distintas estrategias comunicacionales, pero el plan AUGE fue lo mismo, o sea partieron con algo que el público no conocía y en la medida en que empezó la campaña como coincidió con que la gente sabía en que consistía esto: Colegio Médico, sistema de salud, empezaron a reclamar y a oponerse al plan AUGE el gobierno empezó a utilizar la campaña para hacer este lobby frente a los parlamentarios, y convertirlo en una campaña del que no aprueba el plan AUGE no es compatriota, el que no aprueba el plan AUGE está en contra del gobierno, a ese nivel llevaron la situación en un momento determinado cosa que comprometió a parlamentarios, a ministros y al Presidente de la República. O sea, yo creo que ese fue el motivo de la salida de Artaza. El Presidente de la República se encontró en un callejón sin salida en un minuto.

6. Si usted tuviera que analizar el Plan AUGE y la reforma de la salud, separada de la 'historia comunicacional' que se vivió en esto. ¿Cómo percibe que es la reforma, buena, mala... independiente de lo comunicacional?

Sí, yo creo que la salud necesita una reforma urgente, y yo creo que en un país educación de salud, es lo mínimo que puede esperar la gente del gobierno, cualquiera sea el gobierno de turno. Cualquier gobierno tiene que preocuparse de que la gente tenga salud y tenga educación, por lo tanto, yo creo que la asignatura pendiente de los gobiernos post militar, de los gobiernos de Concertación y de los gobiernos que venga para adelante, sean de la Concertación o no, es que hay que pensar en el tema de la salud. Es necesario de todas maneras una reforma a la salud.

7. ¿Y como propuesta?

Yo creo que cualquier cosa que lleve a que la gente tenga una atención mínima garantizada es buena, lo considero bueno. Entonces, ese aspecto del AUGE, por lo poco que lo conozco, me parece que está bien.

8. ¿Y usted podría afirmar que uno de los principales problemas del plan AUGE es la estrategia, porque hay muchas críticas, pero quizás el problema no es de la reforma en sí, sino quizás del tratamiento comunicacional que se hizo?

Exactamente, yo me atrevería a afirmarlo. Ahora, es principal, pero no el único porque el otro problema que yo lo veo sin solución, a no ser que modifiquen toda la ley, es el hecho que los médicos consideran que se está violando el sistema o el principio de la libre atención, y en un país en que todas las políticas últimas que han sido libertad, libertad de comercio, libertad de elegir la ISAPRE que quiera, uno tiene la libertad de elegir la AFP, entonces todas las tendencias han ido a eliminar restricciones, y no podemos cambiar el sistema, que por modificar la salud, pongamos restricciones. Entonces yo creo que en ese argumento es muy fuerte para los médicos, tampoco 100% tienen la razón porque hay una cierta libertad de elección, pero los médicos están usando ese argumento, de que a ellos los privan de la libertad de atención, entonces creo que hay que tomar en cuenta eso y cualquier modificación de la salud tiene que tomar en cuenta ese punto. Yo creo que el gobierno además, yo no conozco al ministro Artaza, pero yo creo que el gobierno o el ministerio de salud, o el ministro Artaza o quien sea pecaron un poquito de arrogantes, yo creo que uno no puede imponer una reforma de salud por la fuerza y por arriba. Ninguna

reforma se ha impuesto por arriba. La reforma judicial que lleva bastante años y se ha ido aplicando paulatinamente y se ha ido aplicando a través de un consenso.

9. Es que eso hablaba Artaza, que a él le hubiese gustado que la reforma de salud hubiese sido como la de justicia, o como la de educación, pero como Lagos dice: esta fue una de mis promesas tengo que cumplirla...

Pero lo pudo haber hecho si lo hubiese planteado a su debido tiempo... Una de las leyes más importantes de este momento fue la ley de prensa que estuvo 9 años discutiéndose. Empezó con Aylwin y la promulgó Lagos. Y esa era fundamental porque modificaba todo el sistema de libertad de expresión. Y todas las leyes fundamentales se han demorado muchos años ¿por qué? Porque por un lado hay que desarmar algunas cosas que están muy amarradas y por otro lado hay que ir adaptándose a los tiempos y a las circunstancias. Tenemos un FONASA que no ha funcionado bien y se dan las circunstancias que tiene mucha plata pero que no funciona, y tenemos un sistema de ISAPRE que está brutalmente bien administrado, administrado con mucha eficiencia por expertos, pero que no está dando las prestaciones que quiere la gente. Usted, por edad por todo es de alto riesgo para las ISAPREs, porque está en edad fértil, por que es joven, por una serie de cosas entonces la ISAPRE a usted no la quiere (...) Entonces es totalmente necesaria una reforma de la salud, pero esa reforma tiene que ser con los actores sentados a la mesa. Primero hay que conversar, plantear y después hay que empezar a... es cierto que si todos los actores en la mesa plantean sus diferentes dudas y eso va al Congreso y lo empiezan a discutir en el Congreso (...) ahí el ministerio puede hacer un lobby.

10. Artaza me dijo que el problema de esta reforma es que no hubo consenso... no es una reforma como la de educación en que todos se pusieron de acuerdo...

Se le trató de imponer por arriba, y una reforma como la de salud no puede imponerse por arriba (eso crea más polémica y comunicación negativa) hay demasiados actores comprometidos y son grupos de presión muy importantes, porque los médicos... son un grupo importante, la sociedad os considera dentro de los profesionales, los de mayor jerarquía, la gente confía mucho en los médicos, la gente en general... pero acuérdense además que los médicos tienen acceso a todos los estamentos políticos y todos los estamentos de la sociedad, el ex presidente del colegio médico es diputado, Acorssi, Girardi es médico y es diputado, y así suma y sigue. Entonces, ellos también están representados, lo

quieran o no en el Congreso, mucho más que otros gremios, entonces los médicos, no les voy a pedir consenso, pero por lo menos hay que sentarse a discutir con ellos, por eso es que yo creo que fue un poquito arrogante la posición: esto lo imponemos, nos metemos por arriba, al que le guste sí y al que no le guste no.

11. ¿Cómo considera la estrategia del Colegio Médico, como contra-estrategia?

Tampoco me gusta, yo creo que no está para eso el Colegio Médico, yo creo que entramos en una discusión que no le hace bien ni al país ni a la gente. O sea, de repente había cosas que decía el Colegio Médico que a uno lo hacía pensar que solamente están pensando en su plata en su bolsillo y en atacar no más (yo: conjugar con tema de la imagen del colegio médico en diario), entonces eso tampoco le hace ningún favor al Colegio Médico, y la imagen de los médicos se cae, entonces su misma estrategia repercute en su imagen. La imagen ‘médico-comerciante’ es la peor que puede tener un médico, porque normalmente a los médicos se les ha representado como de un altruismo... o sea, los médicos, los curas y los bomberos son vocaciones que la gente hace las cosas no por ganar plata sino que porque quiere entregar algo a la sociedad, a la gente, la ayuda, entonces convertir esa cosa vocacional de un médico, esa cosa de esto me conviene, esto no me conviene, es lo peor y es lo que nos molesta a nosotros (...).

12. ¿Qué habría hecho en su caso?

Yo habría establecido una estrategia, como directiva del Colegio Médico, de tocar las puertas necesarias a nivel de gobierno, a nivel de parlamentarios para exigir que nos invitaran a sentarnos a la mesa, o sea, los médicos debían haber usado el gran argumento del consenso: ‘nosotros no nos oponemos al AUGE, no estamos en contra de que se legisle, no estamos en contra de la reforma de la salud, pero por favor oiganos y déjenos dar nuestra opinión’.

13. ¿Hay un problema quizás en ese sentido de transparencia?

Yo también creo que hay un problema de transparencia, y por los dos lados. Una reforma a la salud no puede estudiarse entre cuatro paredes en un Ministerio, es demasiado importante, involucra demasiado a la gente. La reforma procesal penal que involucra a menos gente, porque si yo no cometo un delito en mi vida, nunca voy a participar en la reforma procesal penal, en cambio yo sí me voy a enfermar en mi vida, voy a tener que

recurrir a los médicos... pero la otra fue transparente, se discutió, se habló, la gente supo, vio.

Pero aquí hay dos cosas, por una parte estamos hablando de poca transparencia, pero por otra parte también se critica a la reforma que fue muy a puertas abiertas en el sentido que se abrió a la prensa y eso creó polémica, lo que le jugó en contra a la reforma.... (yo creo que es distinto ser transparente a ser abierta al público y a la prensa / fue abierta y mal abierta en el sentido de la publicidad y propaganda que se le hizo)

Claro debería haber sido más cerrada desde el punto de vista de sus inicios, o sea, las reuniones con el Ministro y el Colegio Médico, esas tienen que ser cerradas, pero en el momento que hubiera tenido un pequeño consenso, una pequeña voluntad, en ese momento hay que abrirla, pero se fueron inmediatamente a una cosa mediática, saltándose todos los pasos intermedios.

14. ¿Y cómo evaluaría usted la relación entre Ministerio y estrategia y la prensa, porque igual es una relación súper importante en lo que es Relación Públicas?

Yo creo que curiosamente en un principio la prensa acogió bastante bien el tema. La prensa le dio acogida a Artaza, le dio acogida al ministerio, la prensa publicó mucho sin criticar, y la prensa empezó a ponerse en contra de Artaza cuando se dio cuenta que aquí, lo voy a decir como una cosa peyorativa, que aquí 'se estaba montando un circo', ahí es cuando reacciona la prensa, y ahí empezó la polémica, porque la prensa también empezó a recibir información del Colegio Médico, empezó a recibir información de otras partes y estábamos viendo la campaña, y ahí sí que hubo una reacción, la gente se empezó a interiorizar en los medios, se empezó a escribir artículos de fondo, escribieron médicos, escribieron políticos, escribió gente experta en el tema, y ahí empezó a deteriorarse la imagen del Ministerio y de Artaza. Curiosamente yo creo que se deterioró más la imagen de Artaza que la del Ministerio. Fue el gran perdedor en este tema.

15. Si uno mira como detrás de la estrategia ¿Fue mala porque quizás no hubo un equipo? De repente contrataron a una agencia de crisis por un momento y contrataron a Veritas, un par de reuniones y un par de personas que son los mandos medios. Pero no hubo nunca una estrategia y no hubo nunca un alguien que se soltara a poner por escrito 'vamos a hacer esto' no hubo.

16. Y usted respecto al spot, ¿Qué piensa? Porque Artaza dice que a él le propusieron en la agencia que apareciera en el spot, apelando a su credibilidad, pero resulta que sale con una guagua, recordando a los siameses, que él ni siquiera operó...

Y ahí tenemos todo lo contrario, el hospital Calvo Mackenna, cuando se hizo la operación de los siameses, utilizó a Artaza como el vocero, cosa que me parece muy bien utilizado. Y Artaza actuó muy bien como vocero (Artaza era subdirector de Neonología algo así). Entonces a él lo utilizaron para que fuera la vocería, ante los medios. Y él fue informando paso a paso la operación y todo. Claro, hay un grueso público que como no está al tanto de cómo funciona la medicina, los hospitales y todo que creyeron que Artaza había sido el cirujano, él no lo desmintió, o sea dejó un poco que se mantuviera la... y a él este tema de los siameses le produjo fama, y esa fama lo catapultó un poco que quedó en el Ministerio. Entonces, a lo mejor él quedó con la idea de que como era telegénico, como aparecía bien en televisión, de que podría, al aparecer a través de estos spots, convencer a la gente, pero no fue así. A mí los spot no me gustaron, ni como ejecución, ni como estrategia. Artaza con una guagua en brazos a mí no me parece, el ministro no puede estar en ese tipo de cosas, yo habría preferido al Ministro mostrando el nuevo equipamiento de una nueva clínica, o un nuevo lugar para atención de gente de escasos recursos, si esa es la función del Ministerio de salud. Si la salud privada no es problema del ministerio, la gente que tiene para pagar su salud va y la paga, el ministerio tiene que preocuparse de la gente que no puede pagar su salud (yo: discrepo en el sentido que el ministerio como la cara del gobierno en este caso, tiene el deber de regular y fiscalizar la salud privada, porque es un bien social), y que es la gente que está siendo postergada y que hace colas y que es bastante triste, es cuestión de ir a meterse (...)

17. ¿Y qué hubiese hecho usted comunicacionalmente con la reforma?

Yo no habría hecho, sino que hay que hacerlo hoy. Yo haría un plan comunicacional de gobierno para crear conciencia en la gente que hay que modificar la salud (yo: eso ya está), pero hay que hacer conciencia en qué sentido, en que la modificación de la salud es para que la gente tenga salud, que en este momento no la tiene, es eso: tenemos que darle salud a la gente; cómo se la damos, modificando por un lado todas las leyes para que nos permita implementar un plan que da lo mismo que si se llama AUGE o se llame como se llame, tenemos que, hay pasos... hay una crisis en la salud, tenemos que modificar la salud;

segundo, para eso hay que modificar las leyes; tercero, hay que crear un sistema de atención que reemplace al actual, porque el actual no sirve; cuarto, tenemos que crear conciencia de que esto va en beneficio de la gente de menores recursos, por lo tanto la gente de mayores recursos tenga conciencia de no ir a entorpecer, porque también yo encuentro inmoral, que gente teniendo los recursos, va y se atiende en un hospital, quitándole el lugar a alguien que no lo está teniendo.

18. Y por parte del Colegio Médico, porque también es parte del público del Ministerio...

Yo creo que al Colegio Médico no hay que pedirle permiso. El gobierno no puede estarle pidiendo permiso al Colegio Médico para hacer las cosas, pero sí hay que mantenerlo informado. Y manteniendo informado al Colegio Médico y teniéndolo, haciéndolo partícipe de los distintos pasos, o sea, como quien dice, que tenga un poco de grado de complicidad, nunca va a estar de acuerdo 100% el Colegio Médico, pero sí hay que tenerlo involucrado en lo que se está haciendo, yo insisto en la arrogancia, yo creo que el Colegio Médico 'le cabrió' el hecho de que un médico, un par, siendo Ministro, les trató de imponer por arriba sin haberlo conversado con ellos. No es obligación que el Ministro de salud sea médico, no siempre han sido médicos los Ministros de salud, hemos tenido, bueno... generales, pero ha habido Ministros de salud que han sido abogados, ingenieros, o sea es un cargo público que administra un sistema, por lo tanto no es necesario que sea médico, se supone que cuando sea médico va a estar más cercano a los actores, aparentemente a la Ministra Bachelet los médicos la veían bastante cercana, bueno, aparentemente también, y lo ha demostrado con el tiempo, es una característica de ella de ser empática, porque los militares también la ven cercana, y son cosas diametralmente opuestas, ser ministro de salud, ser ministro de defensa, entonces yo creo que hay un tema de manejo ahí.

19. Volviendo al tema de lo del equipo de Relaciones Públicas ¿Por qué cree usted que nunca lograron formar un equipo sólido?

Porque creo que aquí estaban actuando incluso, me da la impresión, como un ciudadano que se ha enterado de todo esto por la prensa, no tengo mayores antecedentes, a mí me da la impresión que aquí también hubo un tema político entre medio y hubo un tema político en el sentido de que Artaza y Girardi, los dos son médicos, los dos estaban involucrados y conocían la.... y quisieron hacerlo como un valuarte del PPD, o sea quitarle el mérito a los

otros partidos de la Concertación, para que el PPD tuviera un protagonismo en algún momento determinado, me da la impresión que por ahí fueron. De hecho en ese momento Girardi era Presidente del PPD, y acuérdesese que después fue una de las cosas que le sacaron en cara Girardi cuando vino el cambio. Entonces, claro hay un plan que si tiene éxito, pongámonos en primera fila para los aplausos y que de los otros partidos sean un poquito meno y eso yo veo como pone al AUGE.

20. Y la estrategia actual ¿Encuentra asertiva la estrategia de bajo perfil que ha usado Pedro García?

Pedro García se ha ido a una posición completamente distinta, él en un bajísimo perfil y ha tratado de llevar al Ministerio un perfil de una institución que trate de ser eficiente y, como dicen los huasos, 'arando con los bueyes que tiene. Pero por otro lado a mí me da la impresión que están trabajando en una reforma, pero que no sabemos en qué nivel va, yo me temo que de repente se diga mañana se junta el senado para discutir la ley o la reforma... y ahí de nuevo vamos a tener problemas. Yo creo que una cosa es tener bajo perfil, pero volvemos al tema de la transparencia, creo que tampoco ha sido transparente.

21. Y han surgido otros problemas el de la leche, las licencias médicas...

Y yo noto una cosa que 'pucha' que es delicada en el gobierno, yo noto que subsecretario y ministro tienen un discurso distinto, cuando habla Infante dice una cosa, cuando habla el Ministro dice otra y eso no puede ser. Y ha salido el tema de la leche y ha salido el tema de las licencias médicas, lo de la leche ha sido un tema reiterativo me parece, unas vacunas vencidas... Entonces el Ministerio como Ministerio tiene un problema comunicacional adentro (no hay un equipo preocupado de estrategias públicas, sino con tarea de prensa solamente)

22. O sea el problema es como ministerio....

Como ministerio, claro. Y a mí lo que más me llama la atención es este discurso totalmente distinto. No es un doble discurso, es un discurso distinto.

23. Artaza justifica los \$600 millones, su salida del Ministerio, como que valía la pena y que él sabía que así iba a ser? ¿Es válido comunicacionalmente?

No, no. Porque si una persona a priori parte haciendo algo pensando en que va a terminar mal, yo creo que le resta mucha fuerza al plan. O sea, cualquier cosa que uno emprenda,

tiene que partir por creer en lo que está haciendo. Si usted parte de la base que su tesis va a ser mal evaluada, no la hace, la cambia.

24. Y en cuanto a lo de los \$600 millones, porque eso se ha utilizado en la prensa para atacar al Ministerio, para atacar a Artaza...

Es que ahí entramos en un tema que para los que no militamos en los partidos políticos es tan difícil de evaluar, porque hasta donde los partidos están detrás y estas personas son peones dentro de esos partidos, que vemos a Artaza pero eso nos permite reforzar a este y reforzamos a este otro y esa es la parte que no conocemos y que es muy difícil conocerla, porque no cabe duda de que en algún momento en el PPD Artaza y Girardi eran fundamentales y no cabe duda que en el PPD no son fundamentales, hay otra gente que está teniendo la hegemonía, como en algún momento pasó en la democracia cristiana, como en algún momento pasó en otros partidos, entonces el tema política (intereses) y cómo se mueven los engranajes dentro de los partidos es algo que nosotros no podemos controlar. Muy complicado. A lo mejor Artaza con eso estaba mandando un mensaje al público, como diciéndoles yo no puedo seguir más allá porque el partido no me deja, puede ser un tipo de mensaje, o un tipo de mensaje a su pares a los diputados diciéndoles ustedes me boicotearon y eso no salió, entonces es tan difícil de poder evaluar eso. Ahora yo creo que el Ministerio necesita urgente una asesoría comunicacional o alguien que se haga cargo de que el Ministerio tenga una pura cara, una pura voz, una pura estrategia y que el público le crea, porque yo creo que hay una falta de credibilidad...

25. Sí porque no sólo es con el tema de la reforma, es con otros temas también...

Sí es con varios otros temas, y no es casual que haya habido una proliferación de medicina alternativa (...) esto está pasando porque la gente ha perdido credibilidad con el sistema de salud público, si es el sistema público es el que está en crisis, todo el sistema, no es la medicina chilena la que está en crisis, la gente sigue diciendo que los doctores chilenos son muy buenos, que las enfermeras chilenas son muy buenas, Chile tiene muchos recursos (...). Pero yo creo que a esto hay que ponerle ahora un dique, el desprestigio que hay hoy, frenarlo y empezar de cero con una nueva imagen, porque si seguimos con esto va a llegar un momento en que aquí no va a haber solución si a eso le sumamos que están mal pagados, que la gente reclama, que en los paros aparecen los empleados de la salud haciendo marchas, entonces es una sumatoria de cosas.

?? **Ramón Oses**

Vicepresidente Colegio Médico, 1 de agosto de 2003.

1. ¿Cómo evaluaría usted la evolución del sector de salud en Chile en comparación con otros países?

Primero decir que el sistema de salud que nosotros utilizamos hoy día tiene ya más de 50 años. Y durante este tiempo, la mejor forma de evaluar su evolución es algunos de sus resultados. El hecho de Chile haber construido una red sanitaria a través de todo el país, el que en ese momento haya quedado en manos y bajo la administración del Estado ha permitido alcanzar logros que fueron muy significativos, como por ejemplo disminuir la mortalidad infantil. Hoy día Chile se coloca al mismo nivel de los países extranjeros. Por lo tanto, en las metas que se cumplió y cómo ha llevado a cabo sus ideas ha resultado ser tremendamente eficiente, porque además el gasto de salud en este país en los últimos 20 años, un poco más, o 30 años, disminuyó en materia notoria y sostenida para empezar a recuperarse recién en la década de los '90, pero una recuperación que aún no alcanza el 50% como porcentaje del PIB, aún no alcanza al 50% de lo que se gastaba el '73, gastando 1.4% de su PIB como ha estado en salud y antes de esas cifras superaban el 3.5. El resto del gasto en salud proviene del bolsillo de cada uno de nosotros los chilenos.

2. ¿Qué le parece el sistema de salud creado a partir de 1981, o sea FONASA e ISAPRE?

Haber, no hay un sistema de salud creado a partir de 1981. Ese enfoque tienes que cambiarlo, se introducen modificaciones dentro del sistema vigente, no se crea un sistema nuevo y esas modificaciones, era por ley y de manera directa una nueva obligación a los ciudadanos que es destinar al menos el 7% de sus contribuciones para la protección en Salud. La verdad es que...

3. O sea la reforma de los '80 en el sector salud, podría decirse...

Es una reforma que haber... Lo que pasa es que cuando uno analiza la palabra reforma uno tiene que ver la, en el sentido semántico puro, es decir, yo trato de cambiar algo para mejorarlo... Por lo tanto esta no es una reforma como tal, sino que más bien es una modificación del sistema, no se hace una reforma para mejorar el funcionamiento sanitario, se hace una modificación para mejorar el funcionamiento económico.

4. ¿Y administrativo también?

Es que no hubo un... haber hubo una modificación administrativa que fue separar el Servicio Nacional de Salud en el sistema nacional de servicios de salud, eso en lo administrativo, pero eso estaba dentro de la lógica económica, porque la lógica económica que partía por el hecho de definir una cantidad porcentual de las cotizaciones de cada chileno, y entregar por ley esas cotizaciones a un número de aseguradoras que a diferencia de todos los otros seguros del mercado, tenía un nicho preestablecido y muy bien financiado con este 7% creaba ya una suerte de inequidad, por lo menos en el área de los negocios. Tanto es así que las ISAPREs crecieron económicamente de manera tal que hasta la primera mitad de la década de los '90 eran las empresas más rentables del país, con rentabilidades que superaban con creces a las que tenían los bancos que eran las segundas empresas más rentables del país. Entonces eso creó un suerte de perversión porque se produjo, como te decía, este nicho en el cual se insertaron estas instituciones con rentabilidad garantizada por ley, con un mal sistema regulatorio, con una muy poca transparencia en su funcionamiento, con un alto nivel de costos administrativos, con un quehacer muy bien delimitado y reducido.

5. ¿A qué se refiere con poca transparencia?

Son ejemplos, existen a la venta en el mercado más de 40 mil planes de salud. Tú comprenderás que ningún consumidor puede elegir entre 40 mil cosas de cualquier tipo; cuando tu tienes ese nivel de dispersión, cómo seleccionas al mejor o el que más se acomoda a tu realidad, cómo, no tienes mecanismos si no eres capaz de... o sea si no existe una institución que diga mire usted tiene que fijarse en esto, en estos... los marcos estructurales para construir planes de salud van a ser estos, si no los damos nosotros, si no los da una entidad rectora entonces se produce esto.... poca información y ahí ya no hay transparencia. Bueno en resumen, lo que ha ocurrido, es que hoy día no tenemos cómo evaluar la gestión sanitaria de las ISAPREs, no tenemos cómo evaluar sus resultados, en términos de gestión sanitaria, es decir, cómo contribuyen ellos a los indicadores. No participan de lo que es la prevención en salud porque los planes preventivos como por ejemplo el plan nacional de vacunación, el plan nacional de la alimentación complementaria, en fin, quedan en manos del Estado, y su ámbito, su quehacer, queda restringido a lo curativo, y dentro de lo curativo ellos diseñan un modelo en el cual la

restricción se hace todavía más exacta, enfocándose fundamentalmente en los individuos de baja siniestralidad, y diseñando mecanismos para producir una suerte de descreme de aquellos que sí tienen alta siniestralidad. Por lo pronto está el tema de la mujer, la mujer en edad fértil tiene planes que son muchos más caros que los del hombre, está el problema de la gente de la tercera edad, que en la medida que tu pasas los 50 años los precios de los planes van aumentando de manera casi exponencial, por lo tanto, se te hacen al corto plazo impagables, tienes que volver al FONASA. Está el tema de las carencias, que aquella persona que tiene alguna enfermedad no tiene cobertura para esa enfermedad. Entonces se diseñó la estructura de manera tal que las ISAPREs se quedan con un porcentaje de la población, la población de más altos recursos y de menos siniestralidad. Entonces cuando uno trata de evaluar el resultado y tener una opinión sobre eso, lo único que te queda decir es que es un sistema que desde el punto de vista sanitario, objetivamente, no es mesurable, porque trabaja con este grupo de población, y que por lo tanto se pudiera considerar... muy eficiente en lo económico para quienes son los accionistas, que es muy eficiente como industria, como empresa, pero muy ineficiente en lo que es su fin.

6. ¿Qué tiene de bueno y qué tiene de malo el actual sistema?

Sin la reforma... porque tiene una reforma está de por medio. Haber, debemos situarnos en el contexto de que hoy el 80% de la población chilena se atiende en el sistema público. Un sistema público que está muy mal financiado, un sistema público que producto de este mal financiamiento no cuenta con los recursos técnicos adecuados y no cuenta con los recursos humanos adecuados. Creo que aún así mantiene los niveles de cobertura básicos de salud para un país en... comparables a los de cualquier país desarrollado. La pregunta del millón es qué más podría hacer este sistema si estuviera bien financiado, técnicamente dotado y con un... por otro lado el sistema público con todas estas carencias tiene un talón de Aquiles que se manifiesta como resumen de todo esto que hablamos, se manifiesta a través de la espera. La capacidad de resolver en tiempos razonablemente acotados las patologías hoy día están limitadas. Y existen programas para dirigir el esfuerzo hacia las patologías más prevalentes y eso está recién funcionando desde el '73, casi.... en adultos... todos están bajo el amparo de lo que se llama 'los programas de oportunidades de atención' y esta gente tiene sin duda una posibilidad de atención oportuna, en cambio las patologías que no siendo banales, o que son de curso crónico o que pueden esperar en su resolución desde el punto

de vista quirúrgico están muy de lado y los tiempos de espera razonables están sobrepasados. En subsector privado, en cambio, porque no es un sector, está lo que ya dijimos respecto de lo malo y respecto de lo bueno está la oportunidad de la atención, y no podría ser de otra manera porque si yo estoy pagando, estoy comprando un producto para consumir lo que menos espero cierto, como respuesta, es que me atiendan rápido. Y quizás solamente eso, porque en el resto, con todo los defectos que tiene del tema de las licencia médicas, el 'descreme', en fin, no se puede establecer algún juicio certero, bien fundamentado que te permita encontrarle otros elementos beneficiosos, yo me quedaría hasta ahí.

7. ¿Qué piensa el Colegio Médico del Plan AUGE y por qué tiene esta postura contraria?

El Plan Auge es el elemento central de un modelo de reforma que tiene cinco proyectos de ley. El modelo de reforma no es en sí mismo un modelo de reforma sanitaria, es profundizar más en un modelo de reforma económica, eso hay que tenerlo claro, de hecho en este modelo de reforma el Ministerio de Salud es un actor secundario y los actores fundamentales son Hacienda y Economía. No es una reforma que se trate exclusivamente en el Ministerio de Salud y una vez que se haya adoptado el modelo se le dice a Hacienda: yo necesito financiamiento para esto porque creemos que es el mejor modelo, no. Es un modelo de reforma que se analiza en un comité interministerial donde el Ministerio de Salud concurre como un soporte técnico eventual y el Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Economía son los que construyen y los que dicen: miren con lo que nosotros pretendemos gastar, esto es lo que tenemos entregar ahora, dentro de esa lógica el Plan Auge a nosotros nos parece malo porque no es otra cosa de la construcción de una canasta para cada patología que se prioriza en términos epidemiológicos, se le anexa todas las prestaciones que ella requiere y se financia supuestamente de acuerdo a valores de mercado o a costo real. Se produce entonces a partir de allí varios problemas. El primero y más grosero es que tu produces una suerte de discriminación no menor, o sea, voy a atender bien a estas 56 entidades patológicas y lo que quede fuera seguirá siendo cubierto de acuerdo al modo tradicional, al modo histórico, con su financiamiento. Un segundo problema, es que como esto se diseña con un criterio económico, yo a las canastas que acompañan a cada una de las entidades patológicas, las voy a construir de la manera que me

generen el menor costo posible, por lo tanto es regresiva, y para eso hay muchos ejemplos, si uno se mete hoy día, y eso lo podemos corroborar metiéndonos a la página web del ministerio de salud. La página web del Ministerio de Salud dice qué es el Auge no cierto, y por ahí hay una serie de banners, entre ellos el Auge y la Mujer. Y si uno se mete a ese link y abre el Auge y la Mujer, el cáncer de Mamas que es mi especialidad, dice... tendrán garantizado para todas las mujeres de riesgo, entre 50 y 69 años, atención dentro de 30 días o de 60 días me parece de su patología, cosa que ya existe en los programas de oportunidad de atención. O sea hoy día toda paciente que llega con cáncer de mamas a un servicio público por norma tiene que estar resuelta ante de los 30 días en lo quirúrgico que es lo más prioritario y luego pasa al tratamiento oncológico complementario que es radioterapia y quimioterapia.... por lo tanto, aún cuando esto no está garantizado explícitamente, hoy día eso se cumple, sin la necesidad de una garantía, esto cumple para todas las mujeres que tienen cáncer de mamas no para las que están entre los 50 y 69 años. Y dice allí existirá una mamografía cada dos años para las mujeres que están en riesgo de cáncer de mamas, o que han sido tratadas de cáncer de mamas. Y hoy día toda mujer que ha sido operada por cáncer de mamas, independiente de su edad tiene derecho a una mamografía todos los años. Entonces qué te quiero decir con esto es que el modelo es regresivo. Te das cuenta? La mujer que tiene factor de riesgo, de acuerdo a los estándares internacionales, a partir de los 35 años a las mujeres se les hace una mamografía todos los años, y a la mujer que tiene cáncer de mamas independiente de la edad se les hace mamografía todos los años, que es lo que dicen las normas internacionales. Por otro lado dice, Parto con el Auge: Todas las mujeres recibirán anestesia, analgesia inhalatoria u otras de alivio de dolor, y resulta que el monto que está calculado para esta prestación está muy por de bajo del valor real y por qué te digo esto, porque para poder cumplir con esto de darle anestesia a todas las mujeres se requieren al menos unas 240 mil horas más año de anestesistas que los hay, pero que el Ministerio no tiene contemplado contratar, entonces pretenden darle anestesia con el recurso humano que hoy día existe cuando eso es imposible entonces es un engaño.

Por eso, por todos estos defectos, por lo contradictorio que resulta, por lo mal construido que está, por el mal cálculo que se ha hecho de su financiamiento es que nosotros estamos en contra, porque nos parece que este ha sido un trabajo muy poco serio, muy poco serio, y frente a eso lo que nosotros hemos estado sosteniendo , es que todas las patologías debieran

ser financiadas a costo real para no crear discriminaciones, y que una vez que este financiamiento esté establecido se mantenga el criterio de priorizaciones epidemiológicas, lo que es lógico. Si tu estás financiando todas las patologías a costo real, por cierto que tu vas a ir y van a atender a los que lo requieren más rápido, como tiene financiamiento a costo real y por lo tanto un financiamiento global mejor, vas a poder disminuir también los tiempos de espera porque a las otras patologías también les vas a dar otra forma. Ese es el resumen, en el fondo.

8. Con relación a lo anterior, ¿Podría decir usted que la discriminación es el principal problema de la Reforma, o cuál podría decir usted que es el principal problema?

A mi juicio el principal problema de la reforma es que no es una reforma sanitaria. Es una reforma económica.

9. Si bien esta reforma tiene errores, ¿Cree usted que aunque sea tiene algo positivo en esta reforma?

Haber hay aspectos que son destacables, pero que en el conjunto no funcionan. El hecho de que se establezca una ley de Derechos y Deberes de los Pacientes me parece razonable y digo razonable porque supuestamente ese proyecto de ley debiera ser construido, porque también son deberes, por los prestadores, para saber qué deber tiene cada paciente en fin... y ese proyecto de ley ha sido tan mal estructurado que siendo el primero que entró en discusión en el parlamento, hoy día está detenido, se dejó de lado y se está avanzando sobre los otros, y cuando llegue la hora de discutir sobre ese va a ver una gran discusión, pero la idea en sí parece aceptable.

10. ¿Por qué está mal estructurado ese proyecto de ley?

Porque entre otras cosas por ejemplo no resguarda la privacidad del paciente. Hoy día los datos sensibles, como es la historia clínica del paciente, es parte del secreto profesional, y eso son contadas las instituciones que lo pueden tener y solicitar, en ese proyecto se amplía el número de instituciones que pueden solicitar ficha clínica a una cantidad que hace que la información sensible y privada del paciente quede francamente expuesta al público. Un solo ejemplo. Nos parece razonable que se avance también en la idea de financiar adecuadamente prestaciones, pero eso debiera ser igual para todos. Eh... nos parece razonable que se quiera acotar y ordenar el funcionamiento de las ISAPREs pero en un proyecto ordenador global, no en determinados aspectos. Por ejemplo, hoy día es

impresentable que una institución aseguradora la vía de otras sociedades se convierta también en... (...) en el tema de la ley de ISAPREs hay un gran problema que éstas están integradas verticalmente, entonces yo soy el vendedor del seguro, vendo la prestación, y al mismo tiempo soy el contralor de toda la prestación, o sea, tengo todo el poder en mis manos. Y eso no se resuelve con la reforma de las ISAPREs, por ejemplo, no está bien resuelto el tema de las Licencias Médicas. Entonces hay ideas que son buenas si se ponen dentro del contexto adecuado, si esas ideas se recogen con un sentido económico.

11. Al Colegio Médico no lo tomaron en cuenta para diseñar el Plan Auge ¿Por qué?

Es que te vuelvo a insistir. Yo creo que no les interesaba porque esta es una reforma económica y no sanitaria. Si así hubiese sido la sociedad científica, el Colegio Médico... todos habrían sido considerados, ahora el Ministerio dice que sí, que no, que hubo participación, pero llamaban a dos reuniones donde tu entregabas tus ideas y esas ideas nunca han sido recogidas. Hoy día hay una puerta abierta donde en realidad el parlamento puede hacer ver las posturas y claro los parlamentarios no siendo todos técnicos en la materia de repente les cuesta comprender mucho la visión de los técnicos y a pesar de ellos hemos conseguido algunos cambios en estos proyectos de ley que son significativos pero que no son los centrales, o sea el modelo sigue avanzando con la misma lógica.

12. ¿Qué propone el Colegio Médico o qué hubiese propuesto?

El Colegio tiene la propuesta que tiene hace mucho tiempo, que está recogida en un documento que se llama País, que es el Plan de Atención Integral de Salud allí están todos los conceptos que yo te he advertido: financiamiento adecuado, un fortalecimiento del sector público de salud, un reconocimiento que existe un subsector privado pero que debe ser extraordinariamente bien regulado, que debe ser transparente en fin, también está recogido en ese documento. Entonces lo que proponemos en el fondo es una reforma verdadera: modificar para mejorar. Y no lo que está ocurriendo ahora con esta reforma, que es como te digo siendo económica es más bien regresiva.

13. ¿Cómo se van a ver afectadas las ISAPREs?

Yo no creo que las ISAPREs se vayan a ver afectadas. Yo creo que es más, tu ves que las ISAPREs hasta hoy día han guardado silencio, muy pocas veces han salido a la opinión pública y eso es porque el modelo es absolutamente funcional a ellas.

14. Pero la reforma de ISAPREs, que igual critica que las ISAPREs no aceptan a enfermos de alto riesgo o la tercera edad...

Pero es que eso tiene una moneda de cambio. Y cuál es la moneda de cambio que hoy día a través de los mismos proyectos de ley las ISAPREs están facultadas para cerrarse más en sus modelos de funcionamiento económico, es decir, la ley las faculta para que se constituyan en redes cerradas donde ellos tienen todo el control y de esa manera ellos manejan mucho mejor el negocio, cosa que hasta ahora no existe por ley, en cambio a partir de la reforma sí, por eso te digo, o sea aprieta un poquito por este lado pero les abre el camino por este otro lado y por eso que las ISAPREs en general están muy de acuerdo y lo único que esperan es que la reforma salga rápido, porque en general desde el punto de vista de lo que es gestión económica a ellos les favorece mucho.

15. ¿Cómo fue su relación con Artaza y cómo es ahora con el Ministro García?

Nuestra relación con el Ministro Artaza no fue, es decir, no hubo tal relación, existieron conversaciones, pero nunca encuentros. Formalidades en el fondo. El Ministro actual ha existido en un comienzo una mayor apertura, reconocimiento de algunos defectos que puede tener la reforma, intención expresada de querer avanzar en búsqueda conjunta de mejoría, pero cuando esto se trata de llevar a la práctica, las trabas están en Hacienda y en Economía.

16. ¿En la prensa y también en el ministerio acusan al Colegio Médico y a los gemios d que supuestamente ustedes se estarían en contra de la reforma porque estaría, cubriendo intereses propios. ¿Cómo usted se defendería de esa acusación?

Haber, la mejor forma a mi juicio de defenderse de un infundio es ignorándolo, porque en realidad el Colegio Médico lo que ha hecho es siempre estar al lado de la salud pública fundamentalmente y a nosotros como entidad gremial, en estricto rigor, no nos corresponde defender eso, para qué. Sin embargo, en este tema nosotros asumimos un rol directamente profesional y técnico, es por lo demás la historia que el Colegio Médico de Chile ha tenido desde su origen, el Colegio Médico de Chile participó directamente en la reforma de los años '50 y ha sido partícipe y actor en el desarrollo que el sector público ha tenido, a pesar de los bajos sueldos, siempre ha habido un compromiso del Colegio Médico, entonces cuando se dice: "defienden intereses corporativos", que me digan cuáles, que me digan dónde están esos intereses. Yo prefiero ignorarlo.

17. Respecto a la estrategia Comunicacional ¿Por qué cree que la gente no entiende el Plan AUGE y cómo considera usted la estrategia comunicacional que hasta ahora ha usado el gobierno?

La estrategia comunicacional del gobierno ha estado destinada fundamentalmente a insertar una marca que es Auge y no a explicar sus contenidos, y desde ese punto de vista ha sido un fracaso, o sea hoy día si tu le preguntas a la gente nadie tiene idea de qué significa o mayoritariamente no saben lo que significa. Y sigue siendo errada, porque en lugar de corregir este defecto han persistido en ello y ahora están apareciendo ya los errores del Plan Auge con la implementación del Plan Piloto. Entonces hay mucho mayor confusión en lo que te explico.

18. Pero, el otro día salió un artículo en el Mercurio que el Plan Piloto ha dado muy buenos resultados...

El otro día salió un artículo en toda la prensa que mostraba un trabajo que hizo la Sociedad Chilena de Nefrología que con la implementación del Piloto Auge la lista de espera en diálisis había aumentado hasta tres veces. También depende de quien lo publique o depende de los intereses que están detrás, porque en general a la prensa de este país que responde a un sector económico, porque en este país no hay prensa libre, o sea digamos las cosas como son, toda la prensa es dependiente de un determinado sector económico, y a ese sector económico le interesa que salga más rápido tal... por eso que las editoriales los gremios que se oponen nunca son objetivamente evaluados, sino que tienden a ser más bien estigmatizados, porque para el modelo económico no son funcionales.

19. ¿Cree usted que esta estrategia comunicacional es uno de los grandes errores de la reforma?

Yo estoy convencido de eso, de hecho la Contraloría a nosotros nos dio la razón La Contraloría determina que el gasto fue absolutamente ineficiente e inequívoco. (Aquí está demostrado lo que esto de los 600 millones es un juego político, yo le pregunté por la estrategia y me responde con un asunto de presupuesto para publicidad)

20. Por último, ¿Qué cree usted que se debió haber hecho?

¿Comunicacionalmente?

Sí

No habría trabajado jamás sobre una marca, jamás. Habría trabajado, si es que estoy implementando realmente una reforma, habría trabajado sobre mi propia estructura para utilizarla como base comunicacional. A qué me refiero con esto, Hospitales consultorios, hospitales de distintos tipos, el mundo médico en fin, para entregar información de contenido a los pacientes, claro y cuando este contenido hubiese estado más o menos internalizado, haber avanzado en un proceso a lo mejor de difusión por otros medios, pero siempre ... para convencer a la gente de porqué queríamos avanzar en mejorar el sistema.

?? **Héctor Sánchez**

Director Ejecutivo de Fundación Salud y Futuro. Magíster en Salud Pública. 27 de junio de 2003.

1. ¿Cómo evaluaría usted la evolución del sector salud en Chile y cómo ha sido en comparación con otros países?

Haber, eheh... yo creo que lo más objetivo es que se utilice la evaluación que acaba de hacer la Organización Mundial de la Salud de todos los sistemas de salud del mundo, en el cual nuestro país, dependiendo de la variable sobre la cual se evalúa, porque se evaluaron 5 variables importantes, aparecen distintos lugares en el mundo, pero cuando se 'pescan' el conjunto de variables y cuando se 'pesca' una variable resumen, que mide desempeño, efectividad, eficiencia, satisfacción, equidad, nuestro país está dentro de 188 países en el lugar treinta y algo...lo cual es bastante bueno considerando que nuestro país no es uno de los países que tiene más alto gasto en salud. Nosotros estamos gastando alrededor de 300 dólares... un poquito menos de 300 dólares per cápita al año y eso implica de que en definitiva estamos muy por debajo de lo que gastan otros países. Dicho sea de paso, Estados Unidos ya está gastando sobre 3.500 dólares, en Europa se están gastando sobre 2 mil dólares per cápita y en varios países de América Latina ya han superado la barrera de los 300 dólares per cápita. Entonces cuando uno mira ya la situación aparece que en general nuestro país tiene en general buenos resultados. Y buenos resultados también epidemiológicos, nuestro país ha sido capaz de controlar los grandes problemas que ha sufrido nuestra población, especialmente el área infecto- contagiosa, estoy hablando de las décadas pasadas. Todo el tema de las diarreas, las broncopulmonares, que generaban altas tasas de mortalidad infantil; ha resuelto el tema de la mortalidad materna, ha aumentado la esperanza de vida de la población a 75 años, la tasa de mortalidad infantil está por debajo del 8 por mil, una de las más bajas del mundo, y por lo tanto si uno lo mira desde el punto de vista de indicadores, el desempeño del sistema no ha sido malo, ha sido más bien bueno. ¿Cuál es el gran problema que tiene nuestro sistema de salud? Nuestro sistema tiene dos o tres grandes problemas que son importantes. El primero es un problema de equidad en el acceso. Chile está dividido en dos subsistemas: uno público y uno privado, y los dos funcionan con lógicas diferentes. El sistema público funciona con una lógica de reparto y el

privado funciona con una lógica de seguro individual de prima ajustada por riesgo. Entonces cuando tú tienes dos sistemas operando de esta manera, la gente va tomando decisiones en función de cómo va cambiando su nivel de riesgo y su nivel de ingreso. Entonces cuando la gente tiene ingresos altos y bajo riesgo le conviene quedarse en el sector privado porque obtiene muy buenos planes, muy buenas coberturas, pero cuando sus niveles de riesgo son muy altos y eso lleva a que los costos en el sector privado suban de forma muy importante y les conviene irse al sector público.

2. ¿Entonces se genera un sistema cruzado?

Cruzado, pero estas decisiones las van tomando las personas, no es que las instituciones tomen la decisión.

3. ¿Esto no hace a ambos sistemas incompletos?

Esto es lo que genera justamente lo siguiente: en el sector público se te van concentrando las personas más viejas, más enfermas y más pobres, y en el sector privado las personas de mayor ingreso, de menor edad y con menos riesgo. Entonces esta situación está generando un problema a nivel nacional de tipo político y también ha generado un problema importante de acceso a la salud, que incluso se puede demostrar entre sistemas analizando los niveles de salud promedio que tiene un grupo y otro.

Ése es un primer problema. El segundo problema es el de insatisfacción de los usuarios. La gente en Chile no está satisfecha con el sistema de salud y por razones distintas. En el caso del sector público la gente no está satisfecha básicamente por tres razones: primero porque la oportunidad de la atención es mala, y segundo porque la calidad de los servicios de salud es mala, pero no la calidad de los servicios técnico profesional, sino que es la calidad de todos los servicios que rodean a una atención médica. Entonces cuando la gente tiene que pronunciarse sobre cómo siente que la atienden el sistema público, la respuesta normalmente es que la atienden mal. Y cuando le preguntan si acaso el sistema público le resolvió el problema, la gente dice sí, me resolvió el problema bien. Entonces hay una insatisfacción en todo lo que rodea a la atención médica previo a la atención médica, quiere decir, cómo te atienden. En el caso de la hospitalización también sucede lo mismo, de tal manera que también hay una evaluación mala de cómo te atienden a nivel de los hospitales, pero no de si la intervención quirúrgica salió buena o mala, ahí no hay duda, porque la medicina en Chile es bastante buena.

Y en el caso del sector privado la razón de desazón es otra. La gente siente que los planes de salud se incrementan en forma muy importante. Y segundo, sienten que las ISAPRE no le dan una protección financiera adecuada. Entonces eso les genera un estado de riesgo y de inestabilidad en el largo plazo que la gente no tiene certeza qué va a pasar con ella cuando llegue a viejo o cuando su nivel de riesgo aumente. Entonces personas que optaron por el mundo privado ven que a medida que pasan los años la posibilidad de mantenerse en el mundo privado se reduce sustancialmente.

El tercer gran problema, que yo te diría que es lejos el más importante, y por eso lo digo al final, es el tema de la ¿explosión? de costos de la salud. El sistema de salud chileno ha estado sometido a un incremento del costo en forma muy importante. Nosotros hicimos un estudio desde el año '95 hacia adelante en el mundo privado, y Marcelo Tuckman y Rodríguez hicieron con la CEPAL otro estudio del sistema público y privado entre el '90 y el '99. El nuestro es del '95 al 2000 y proyecciones hasta el 2005. Ambos estudios coinciden en lo siguiente: de que tanto el sector público como el sector privado están sometidos a una explosión de costos, y nuestro estudio muestra que en el caso del sector privado el aumento de costo técnico es del orden de entre un 8 y un 10% al año, en términos reales y esto no lo soporta un país que está creciendo a una tasa del 3% y que las remuneraciones crecen con frecuencia no más allá del 1 o 1,5 % más. Entonces esto significa que cada año se te va encareciendo el plan o se van reduciendo los beneficios hasta que se llega a una instancia en que sales expulsado del sistema privado, lo cual incluso se ha visto cómo se ha reducido el sistema de ISAPRES en los últimos años, lo cual no ha sido producto de la cesantía, sino que también ha sido producto del aumento de los precios. Y en el caso del sector público el problema tiene otra manifestación, la manifestación que tiene el sector público es el aumento del gasto fiscal; y el gasto fiscal en los últimos años, según Tuckman, entre el '90 y el '99 subió en más de 160% en términos reales, el gasto fiscal. Y según nuestros estudios, hasta el año 2002 el incremento del gasto subió más de un 225%. Entonces cuando uno empieza a mirar estas situaciones ya uno dice aquí estamos frente a un problema serio de sustentabilidad financiera del sistema de salud en el largo plazo, y esto hace que en definitiva tu estés obligada, no cierto, a introducirle cambios al sistema para poder controlar estas 3 variables. La variable de inequidad, la

variable de satisfacción y la variable de control de costos, en el fondo de eficiencia y eficacia del sistema de salud.

4. ¿Cuál cree usted que fue el factor más importante para que el sistema de salud chileno saliera adelante?

La primera seguridad social en Chile se produce el año '25 con Don Arturo Alessandri Palma, y Don Arturo Alessandri Palma, un político de derecha liberal, se vio enfrentado a un movimiento marxista naciente, hacia los años '20, y que empezaron a plantear reivindicaciones muy importantes de tipo laboral y empiezan a ser por el norte, los mineros con las salitreras. Posteriormente empieza a llegar a la capital con los trabajadores del Estado, entonces cuando se empieza a ver este fenómeno, la respuesta que en ese minuto el gobierno liberal de Arturo Alessandri da es crear una ley de seguro social. Y se crea la ley de seguro social en Chile el año 1925 como una respuesta política a una situación que se estaba dando en ese entonces. Afortunadamente, para el país fue una buena ley, y una ley que le empezó a dar protección a los trabajadores en el ámbito de la seguridad social en general, protección de vejez, invalidez, muerte, y también protección en salud. De tal manera esto es la base de lo que en definitiva permite que posteriormente, muchos años después, se genere el sistema de seguridad social de salud más grande.

Entre el '25 y el '52 que se crea el Servicio Nacional de Salud, entre el '25 y el '52 se crean múltiples organizaciones, algunas de carácter filantrópico, otras que protegían a los niños, y otra organización del seguro social. Básicamente había tres grandes organizaciones: la protección de la infancia, el seguro social y una organización filantrópica grande. Entonces estas tres organizaciones empezaron a tratar de cubrir a la población, pero se empezó a producir cruces, o sea todos producían distintas actividades y la eficiencia con la cual estas tres instituciones manejaban el tema no era muy alta, se estaba perdiendo mucho recurso, no se tenían buenos registros, no se sabía con lo que estaba pasando con la epidemiología de la población, había distintos estándares de servicio, o sea, había una situación compleja. Y en ese minuto hubo distintos sectores políticos fundamentalmente de izquierda, que en definitiva plantearon la creación de un SNS, muy a la imagen de lo que es el sistema de salud inglés, el National Health Service inglés. Entonces en ese minuto los partidos radicales y socialistas empiezan a hacer propuestas de creación, apoyados también por los antecesores de la Democracia Cristiana, que también participaron de este debate y que

formaban parte del partido conservador. Se empieza a producir de todo un movimiento para el país, pero sin embargo, no se llegan a poner de acuerdo y discuten casi la década de los '30 casi completa. Y el año '38 se produce un gran terremoto en Chillán en el cual murió mucha gente y en el cual se tuvo que decretar Estado de Sitio. Y los militares pescaron a estas tres instituciones y las pusieron bajo un solo mando en la zona del terremoto, y eso mostró al país la capacidad que tenía el sistema de salud cuando se administraba orgánicamente y coordinadamente. Y esto entregó argumentos que permitió que posteriormente, ya en la década de los '40 se presentaran proyectos de ley más consensuados que llegaron al '52 a la creación del SNS. El SNS que el año '52 fundió estas tres instituciones: Seguro Social, Protinfa y la beneficencia pública, digamos. Entonces se crean estas tres organizaciones, se crea el SNS como un ente independiente del Ministerio de Salud, al Ministerio de Salud se lo deja fundamentalmente en el ámbito de las políticas y la regulación y el SNS se queda a cargo de toda la infraestructura. Y allí se inicia en el país un gran, un gran cambio, desde el punto de vista del desarrollo del sistema de salud chileno, donde se inicia un plan de desarrollo de infraestructura de equipamiento a lo largo de todo el país y se construyen la mayor parte de los hospitales que hay en Chile hoy día, se construye una red de centros ambulatorios y los médicos obviamente estuvieron en contra. Los médicos sistemáticamente se opusieron a esta reforma, se opusieron a la creación del SNS en forma violenta.

5. ¿Por qué?

Por varias razones. Primero porque el gremio médico es muy conservador y después te voy a contar el resto de la historia y te vas a dar cuenta de que frente a cada cambio se han opuesto. Y después se transformaron en grandes defensores del SNS. Ya, pero al comienzo se opusieron. Había razones políticas, pero fundamentalmente había razones gremiales. Gremiales, en términos de que ellos tenían diversas alternativas de empleador, y ahora pasaban a tener un solo empleador que era el Estado. Entonces para lo cual, negociaron con el gobierno un 'estatuto del médico funcionario', y este 'estatuto del médico funcionario' en su momento, para que tengas una idea de lo que hubo que hacer se llamó el 'estatuto del médico millonario'. O sea hubo por parte del Estado que pagar una cantidad de recursos muy fuerte para que, en definitiva, los médicos se allanaran a la aprobación de una ley como la del SNS. O sea ese fue el rol de los médicos en el SNS. Y posteriormente los

médicos cuando ya obtienen su estatuto, se incorporan al sistema y se empiezan a involucrar y a participar fuertemente en el desarrollo técnico del SNS (año '52).

Posteriormente, sigue avanzando la historia de este país y empieza a aumentar la clase media y empiezan a llegar al gobierno partidos políticos que de alguna manera tratan de levantar la clase media, no sólo los niveles altos o los niveles muy bajos, sino que también darle un mayor protagonismo a la clase media. Y se crea el año '68 el Servicio Médico Nacional de Empleados, el SERMENA que es el antecesor del FONASA. Y se crea fundamentalmente como una entidad en la cual sí participaron los médicos, ya, fundamentalmente porque se cautelaba la libre elección, ya, y se crea todo un sistema de aranceles en el cual ellos participaron en su definición, por lo tanto era bastante razonable, y los médicos participaron activamente en la creación del SERMENA, en el cual tenían acceso los empleados públicos y los empleados del sector privado, y bajo un esquema de libre elección.

Posteriormente, después del año '68 no pasa gran cosa hasta el año '80, porque el país vive un periodo muy difícil, no cierto. Hasta el año '80 en el cual se produce otra reforma al sistema de salud chileno y en el cual pasan básicamente tres cosas: lo primero, pasa una reestructuración del nivel político del Ministerio de Salud, en la cual se dicta el Decreto Ley 2.763, el que separa funciones, que define claramente las funciones del Ministerio, del FONASA, crea el FONASA como ente que maneja todos los recursos del sistema público y que además administra el sistema de libre elección, del antiguo SERMENA. Además crea la Central de Abastecimientos y crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Esa es una parte de la reforma que se hizo en los años '80. La segunda parte, es la municipalización de todos los consultorios. Entonces se entregan todos los consultorios a los municipios, y se quedan todos los hospitales en manos del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Y finalmente, en el año '80 se hace una tercera reforma: se crean las ISAPRE.

En el año '80, si uno sigue la historia uno encuentra que durante la década de los '80, en esto estuvo preocupado el país, en cómo se separaban funciones en el Ministerio, cómo se creaba en Sistema Nacional de Servicios de Salud, porque en el fondo es una descentralización: un servicio nacional de salud se transformó en 26 servicios, en un proceso de descentralización. Y nuevamente los médicos se oponen. Se oponen a la municipalización, se oponen a la descentralización, a la creación del Sistema Nacional de

Servicios de Salud y se oponen a la creación del FONASA, porque salen de su administración, entonces se produce ahí una confrontación, hasta que posteriormente se avanza, sigue el gobierno militar...

6. ¿Por qué no les convenía a ellos?

Porque en definitiva, nuevamente por las mismas razones, porque lo veían como una amenaza, porque son conservadores, se habían enamorado del SNS, entonces pensaban que la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud era desarticular la gran obra que se había hecho, a la que ellos se habían opuesto, y posteriormente veían que ellos perdían control sobre el FONASA, porque ya

No iban a tener ingerencia en la fijación de los precios, entonces ya entraban como proveedores a negociar con un ente que manejaba los recursos. Y además porque en definitiva en el sector salud tuvo el manejo gremial siempre, ha estado manejado por grupos que en ese minuto eran contrarios al gobierno de la época. Entonces había razones políticas, habían razones gremiales, pero yo creo que las más importantes eran las gremiales. El tema de la municipalización fue fuertemente resistido, porque se planteó que esto era el primer paso a la privatización, se planteó que era una desarticulación completa del sistema de salud, o sea fue complejo, no fue un tema sencillo.

7. ¿Cómo cree que fue concebido para la realidad de Chile, era adecuado el sistema?

Haber, yo creo que esa pregunta tiene varias respuestas. Primero, si tú la miras desde el punto de vista del modelo de desarrollo que el país estaba dando, que era una descentralización en regiones, un fortalecimiento de los municipios, aparecía como lógico todo el proceso de municipalización. Ahora uno puede discutir, lo cual se ha demostrado posteriormente, o sea la historia demuestra que esa decisión fue correcta, al punto a que hoy día a nadie se le ocurre devolver los consultorios de los municipios a un sistema centralizado, por lo tanto esa medida fue, a mí juicio, bastante correcta.

La segunda, la de generar una separación clara de funciones entre el Ministerio de Salud, el FONASA..., yo creo que fue una mirada muy visionaria de lo que debía ser el sistema. Lamentablemente, por la lógica con la cual se administraba el Estado en ese minuto que era una lógica militar, esta separación de funciones no se dio, porque había un manejo autoritario desde arriba, entonces, nunca funcionó, pero en la teoría era una cosa muy visionaria, que hoy día se está tratando de hacer con la reforma actual.

Respecto a las ISAPRE, también si uno mira desde la perspectiva del modelo de desarrollo económico – social, en el cual se estaba planteando el principio de la subsidiariedad del Estado, aparecía también como lógico que se crearan seguros privados que tendieran en el futuro a crecer y en un minuto se planteó que podría llegar a reemplazar al FONASA en su totalidad.

Esa es una parte de la respuesta. Ahora si uno lo mira desde el mundo de la salud, yo creo que el proceso de la municipalización se hizo en forma muy abrupta. Prácticamente en cuatro meses, o no menos, no un poco más, dentro de un año se trasladaron prácticamente todos los consultorios del país a los municipios, y donde teníamos un 70% de los municipios que no tenía ninguna capacidad de gestión. Entonces ahí se vivió un periodo muy complicado digamos, porque los municipios no sabían qué hacer con los consultorios, fue muy difícil, tuvo que armarse capacidad de gestión, entonces el proceso, yo creo que fue un proceso complicado.

El otro, que fue la reforma de separación de funciones, no funcionó. Y respecto a las ISAPRE, las ISAPRE se desarrollan a mi juicio en forma muy protegida, en la década de los '80. Muy protegida, porque cuando partieron con un 4% de cotización, el año '80; el año '85 suben al 5%, el año '86 al 6 y al 7%. O sea, en dos años subieron del 4 al 7% de la cotización.

El subsidio maternal se pasa al FONASA, con la cual se dio un conjunto de incentivos. Lo otro, se le colocaron pocas barreras de entrada a este negocio, por lo cual tu sabes que cuando se colocan pocas barreras de entrada, entran muchos actores y la industria se desarrolla, y también pocas barreras de salida, por lo cual es también más fácil que una industria se desarrolle. Entonces hubo muchos incentivos para que la industria se desarrollara. Sin embargo, las ISAPRE se diseñaron no desde el sector salud, se diseñaron básicamente desde Hacienda, desde el sector económico, entonces aparece como una entidad ajena a salud, situación que hasta el día de hoy le pena, porque primero tuvo problemas de diseño, que hoy día la están afectando, y segundo, porque en definitiva se incorporó sin pensar que por otro lado había un sistema público y que funcionaba con otra lógica, y que esas dos lógicas podían generar todos los problema que yo te contaba al comienzo y que ahora estamos viviendo. Pero por otro lado también hay que reconocer que a más de 3 millones de personas les han dado cobertura durante muchos años, y buena

cobertura, entonces, es de dulce y de agras, lo que hay en evaluación. Pero yendo concreto a tu pregunta, era yo creo que esa es la única solución, si uno la mira de la lógica macroeconómica, era lógica absoluta, pero mirado desde la lógica del sector salud, no respondía a las necesidades que en ese momento tenía el sector, y aparece como una cosa media rara. Quiero contarte que a mí también me toco formar la primera ISAPRE de este país, yo la formé el año 1980, entonces yo viví todo el proceso, entonces lo conozco bastante bien por dentro y el juicio que me he formado después de los años que llevo en este sistema es que efectivamente, son instituciones que tienen aspectos muy positivos otros negativos, pero que cuya lógica de funcionamiento no juega con la lógica del funcionamiento de nuestro sistema.

8. ¿Cuál fue esa primera ISAPRE?

La primera ISAPRE fue la ISAPRE del Banco BHC, del grupo de Javier Miranda. Entonces se crearon prácticamente en forma simultánea tres ISAPRE. Una que es la del Banco BHC, a través de la Compañías de Seguros BHC, otra que fue la ISAPRE Cruz Blanca, que se creó con el grupo Cruzat, como parte de Consorcio Nacional de Seguros que era una tremenda empresa que había, y la tercera es una que quebró que era la Loite, en torno a una compañía de Seguros. Pero fueron las tres ISAPRE que se crearon, las primeras, primeras. Y al año siguiente se crea Colmena, se crea Banmédica, como dos o tres años después se crea Consalud y después se crea la ISAPRE Compensación, y se van creando otras ISAPRE.

9. ¿Ese sistema, en la actualidad, independientemente de la reforma de ahora, ha tenido muchos cambios o sigue siendo el mismo?

No, haber. En el año 1990, a mí me tocó ser el primer Superintendente de ISAPRE. Entonces el año 1990 nosotros introdujimos un conjunto de cambios en la operación del sistema. De hecho el año '90 cuando nace la Superintendencia, nace con una ley distinta. Distinta al Decreto con fuerza de ley N° 3 que era el que creó las ISAPRE.

10. ¿Había muchas irregularidades en las ISAPRE y por eso crearon la Superintendencia?

No. No había regulación, no había un sistema de regulación. Y segundo, era un sistema de seguro individual de corte clásico puro, donde se negociaba absolutamente los beneficios, las ISAPRE se podían cambiar cuando quería, se podía poner término al contrato cuando

quisiera. Se cambió el marco regulatorio, el marco legal, y posteriormente también tener un ente que las regulara. Entonces se creó la superintendencia como un ente regulador, con un gran cambio, y lo segundo que sucede es que se comienza a preparar un proyecto de ley que se aprueba el año '95, que se tramita desde el año '92 hasta el año '95, y que modifica las leyes de las ISAPRE, y que posteriormente es la Ley 18.330, que es la que hoy día rige, la que hoy día está funcionando y la que hoy día se está modificando. Ahí se producen una serie de cambios. Cambios en el marco regulatorio, se define que las ISAPRE no puede poner término al contrato, se establece que no se le puede subir el precio a las personas de forma individual, sino que sólo al plan al cual pertenece, se establecen condiciones para cuando se mueren las personas, se establecen condiciones respecto a las carencias de ciertas instituciones, etc, etc. Antes de esto existían muchas restricciones al uso como carencias, que era el problema más grande que tenían las ISAPRE en la época de los '80 y que se corrigió, a través de la superintendencia, regida por la ley.

Ahora esa es la parte dura, pero cuando uno mira también la parte positiva, uno dice bueno, las ISAPRE fueron creciendo rápidamente, la gente las fue prefiriendo, frente a otras alternativas, frente a la alternativa del FONASA, y por otro lado fueron dando cobertura y permitieron el desarrollo de la infraestructura de salud privada de este país que es de lujo. Entonces en la práctica cuando uno mira han tenido grandes aciertos también, o sea, los seguros privados en Chile han generado un impulso muy fuerte al desarrollo económico del sector salud de este país. Y lo segundo que le han dado cobertura a los riesgos de salud de una población cercana a los tres millones durante no sé...

11. ¿Qué rescataría y qué le cambiaría a este sistema?

Yo creo que aquí tienen que haber algunas líneas de reformas importantes. La primera línea de reforma es que deben generarse todos los inventivos para cambiar el modelo de atención en este país. Hoy día tenemos un modelo de atención de salud muy orientado al cuidado de la enfermedad. Pero no está orientado al cuidado de la salud, entonces el sistema de salud chileno debiera estar con mucho mayor énfasis orientado al cuidado de la salud. Eso se refiere a toda el área de prevención. Lo que pasa es que hoy día todas las enfermedades que están afectando a la población chilena son todas las prácticamente... tienen origen, uno es genético, pero manejable, y otro tiene que ver con las costumbres y áreas de la población. De qué se está muriendo la gente, de enfermedades cardiovasculares, por qué se producen

las enfermedades cardiovasculares, por el sedentarismo, por el aumento de peso, fundamentalmente, y por el stress. De qué se está muriendo la gente, se está muriendo de cáncer, pero hay cánceres que son prevenibles, el cáncer uterino es prevenible, el cáncer mamario es prevenible, el cáncer pulmonar es prevenible. O sea, de qué se está muriendo la gente, de SIDA, es prevenible. De qué se está muriendo la gente, de accidentes y violencia, eso es prevenible, de alcoholismo y drogadicción, eso también es prevenible. Entonces cuando uno empieza a mirar esto, uno se da cuenta que si tu quieres enfrentar los desafíos que te genera el sistema de salud hacia el futuro y quieres controlar los costos, tu tienes que actuar fuertemente sobre las personas para que en definitiva se cuide el estado de salud de las personas. Y que cuando estas personas lleguen a enfermarse se apliquen soluciones inteligentes y eficientes para resolver ese problema de salud. Por ejemplo, si una persona, se hace todo lo posible para que no llegue a diabético, pero una vez cuando llegó a diabético hay que incorporarlo a un programa para control de diabético que lo mantenga estable a lo largo de la vida, porque si no lo mantienes estable a lo largo de la vida, a ese diabético lo más probable es que le va a amputar las piernas... entonces tiene que haber un cambio en el modelo de atención. El segundo gran eje de la reforma, es que tiene que haber una reforma financiera, en la cual tu tienes que romper estos compartimientos estancos FONASA e ISAPRE. Y tienes que crear un 'sistema nacional de seguros', un 'sistema nacional de seguros' con múltiples operadores públicos y privados. Es decir, tu tienes que generar un fondo de salud y en ese fondo de salud, sobre la base de un plan garantizado que se defina, cualquiera que este sea, todas las personas independiente del riesgo, de la edad y del sexo tienen que entrar a este fondo, y posteriormente tienen que salir primas compensadas por riesgo, para que en definitiva las personas puedan ingresar al cualquier seguro público o privado. Cómo. Según mis planteamientos, con portabilidad de subsidios. Entonces esa es como un segundo nivel de reforma, una reforma financiera que permita romper este tema de la inequidad del sector. Y tercero, hay que generar un marco de incentivos y un marco de organización del sistema público que permita cambiar absolutamente la lógica con que hoy día se gestiona el sistema público. El sistema público se gestiona con la lógica de instituciones públicas, y lo que tenemos en el sector salud no son instituciones públicas, son empresas que producen servicios y tienen que tener una organización de empresas, una organización de institución pública, es distinto administrar

un Ministerio de Educación que administrar un colegio, es distinto administrar un Ministerio de Salud que un hospital, y ambos se administran con la misma lógica, con la lógica de instituciones públicas. Entonces son instituciones muy rígidas, inflexibles, etc. Y en esto hay que avanzar con distintos mecanismos y distintos medios hacia descentralización, autonomía de los hospitales, cambios en los modelos de gestión a nivel de los consultorios, concesiones a privados, o sea hay que avanzar en varias líneas para modernizar la... Este es el tercer eje de la reforma.

Y el cuarto eje de la reforma es la Ley de ISAPRE. En la cual si yo voy a incorporar a las ISAPRE en este sistema y las voy a hacer competir con FONASA, yo tengo que transformar a las ISAPRE, desde lo que son hoy día: Seguros individuales de corte clásico, a agentes privados de la seguridad social. El mejor ejemplo de esto son las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Las AFP son agentes privados de la seguridad social, pero que funcionan sobre la base de un marco regulatorio, no cierto, que garantiza que los trabajadores van a tener una pensión a lo largo del año.... Bueno en salud tiene que pasar un poco lo mismo. Las ISAPRES tienen que transformarse en agentes privados de la seguridad social que tengan las siguientes características: primero que tengan una visión de largo plazo; dos que tengan incentivos para incorporarse con fuerza al área del fomento y la protección de la salud, o sea, a la salud preventiva; tres que tengan incentivos fuertes para que las soluciones que compren al prestador sean efectivas, es decir, que resuelvan efectivamente a menor precio los problemas de salud; y cuatro que tengan incentivos para poder desarrollar sistemas para atender a los crónicos y a la tercera edad, que son modelos de atención distinta. Situación que en el país es muy importante cuando ya hemos pasado el 9% de personas mayores de 60 años, y luego el año 2005 vamos a estar llegando al 11%. Entonces, cuando uno empieza a mirar esta situación y dice 'pucha' tenemos que pensar que el año 2025 vamos a tener al 18% de personas mayores de 60 años. Entonces estamos frente a un problema importante y los seguros se tienen que empezar a preparar y los prestadores también.

12. ¿Qué opina usted de la actual reforma?

La actual reforma está muy en la línea de lo que yo te he planteado, o sea, yo comparto bastante los lineamientos de la reforma. De hecho nosotros hicimos un estudio el año 1998, '99, donde todas estas cosas que te estoy contando nosotros lo hemos desarrollado,

entonces ha habido una gran coincidencia con los equipos técnicos que han planteado esta reforma.

13. ¿Quiénes diseñaron la reforma?

Ha habido muchos aportes, yo te diría que en este país ha habido aportes desde los '90, hubo un primer esfuerzo que se hizo para rediseñar el sistema de salud a comienzo de los '90, en el gobierno de Patricio Aylwin, después en el gobierno de Eduardo Frei hubo un esfuerzo también muy serio también con Carlos Massad de formular un proyecto de reforma sectorial, que también es un insumo en esto, y posteriormente el tercer esfuerzo lo ha hecho Hernán Laruan. Entonces este no es un proyecto que cayó del cielo así de un iluminado, sino que hay toda una cultura, no una cultura, hay un conjunto de esfuerzos y procesos. A mí me tocó participar en el de los '90 y el '95. En el de los '90 en forma muy intensa, me tocó dirigir los equipos que estructuraron el proyecto de reforma en este país. El año '95 me tocó participar desde afuera y también en este proceso hemos participado en la discusión desde Salud y Futuro como entidad privada.

¿Qué opino? Yo creo que los objetivos de la reforma los comparto todos, sin embargo discrepo de algunos instrumentos que el gobierno presentó a los proyectos originales.

14. ¿Cuáles?

Por ejemplo la concepción del Plan Auge. Partamos por lo más malo. Primero la Ley de Autoridad Sanitaria, ya el proyecto que se presentó al congreso era bastante confuso, bastante confuso respecto de... los objetivos eran muy claros, pero los instrumentos no conversaban con los objetivos.

15. ¿Cómo se iba a aplicar esto?

Claro, cómo se iba a aplicar. Entonces había por ejemplo, se hablaba de una descentralización de los hospitales públicos, pero se creaba una subsecretaría de red para manejar a los hospitales públicos. Se hablaba de que había que regular la calidad, y se dejaba en manos de la autoridad sanitaria el control de la calidad y la acreditación de los prestadores públicos, entonces se iba a regular con doble criterio los públicos y los privados. En la Ley de la Autoridad Sanitaria se hablaba del establecimiento de redes público-privadas, pero con base territorial, y las redes se construyen con... en función de la demanda; se hablaba de que en definitiva se iba a facilitar el intercambio público privado, y había fuertes restricciones para que el sector privado participara como proveedor en el

ámbito de los seguros. Estos eran los temas instrumentales que han ido cambiando, porque con las indicaciones sucesivas que el gobierno ha ido presentando han ido cambiando y se han ido acercando mucho más a los planteamientos que yo te mencionaba.

Y lo segundo, en el caso del proyecto de Auge, la ley hay que tener claro que lo que crea es un sistema Auge. ¿Qué es lo que es un sistema? Es una forma, bajo la cual en Chile se van a definir periódicamente prioridades sanitarias y garantías explícitas de las personas. El principio de establecer garantías explícitas de las personas es espectacular desde el punto de vista del efecto que puede tener, no sólo la población, sino que el sistema de salud como incentivo para producir una serie de cambios. Pero, el Plan Auge tal como estaba concebido, tal como está concebido todavía, porque todavía está concebido así, como un Plan dicotómico, es decir, esto es Auge y esto es no Auge. Entonces este Plan dicotómico: Auge no Auge, te genera un gran riesgo, el riesgo que todo el mundo va a estar preocupado del Auge y se van a despreocupar de no Auge, entonces lo más probable es que aumenten las colas de los no Auge, en beneficio de las prestaciones... y esto va a ser mayor mientras mayor es la ineficiencia de los establecimientos para enfrentar este tipo de desafíos. Ese es un primer tema.

Y la propuesta que nosotros hemos hecho como Salud y Futuro es la creación de un Auge Integral, que en el fondo implica que todas las prestaciones entren al plan de salud, y que tengan garantías explícitas diferentes, por grupos de patologías y grupos de prestaciones, de tal manera que algunas tengan plazo inmediato, otras tengan 48 horas, otras tengan tres meses, otras tengan seis meses, pero todas tengan un marco de garantía, de manera que todo el mundo sepa a qué atenderse.

Y lo segundo, que el financiamiento que se otorgue sea un financiamiento para el Auge asegurado, sino que el financiamiento que se otorgue para el Auge y para lo que no es Auge.

El segundo tema de la ley Auge es que es muy importante la institucionalidad que se determina en la ley para la definición del Auge. Porque dado que se va a definir cada 3 años, las presiones de los intereses corporativos va a ser muy grande para influir sobre el AUGE, por una razón muy simple, porque si tu estableces por ejemplo que una determinada patología está o no está, depende el destino económico de las instituciones privadas y de los profesionales que tienen esas especialidades, entonces si está se

desarrolla, si no está... entonces van a haber presiones muy fuertes de grupos de interés corporativo, privado, de los gremios. Entonces en ese sentido, la institucionalidad es muy fuerte, y ahí ha habido indicaciones del gobierno que están fortaleciendo la institucionalidad del Auge, de manera de generar comisiones mucho más fuertes que tengan capacidad técnica, etc. Eso de la Ley de Auge.

Y respecto a la Ley de ISAPREs, yo creo que la ley de ISAPREs es el proyecto de ley que más comparto. Creo que está bastante bien formulado, sin embargo yo le agregaría un par de cosas.

16. ¿Cómo cuáles?

Yo le agregaría dos cosas específicamente. La primera, la libre movilidad de toda la gente, o sea hoy día la gente no se puede mover libremente dentro de las ISAPREs y entre las ISAPREs y el FONASA. Y no se puede mover dentro de las ISAPREs por el tema de los cautivos, es decir, por el tema que tu tienes preexistencia y cuando tienes preexistencia no te puedes mover. Pero si tu pudieras moverte dentro de las ISAPREs y entre las ISAPREs y FONASA, tú romperías un gran problema que tiene el sistema, de que hoy día te selecciona el ingreso... y si tu tuvieras libertad de moverte y las ISAPREs tuvieran la obligación de aceptarte, se acaba este problema. Pero para que eso pase tiene que hacerse una segunda reforma, que es que los subsidios que el sector público aporta al sector tienen que hacerse 'portables', es decir, que las personas reciban el subsidio del estado para que puedan optar por las ISAPREs o por el FONASA.

17. O sea que vaya directamente a las personas...

Sí a las personas. Te fijas, entonces de tal manera que las personas sean las que tomen las decisiones de irse de un lado a otro, sobre la base de un sistema garantizado. Entonces ese es un poco... yo te diría los dos cambios que yo le incorporaría a ley, que no son menores si tu te das cuenta, pero te cambiarían absolutamente la naturaleza del sistema de salud chileno.

18. ¿Qué opina del proyecto de ley de los Derechos y Deberes de los Pacientes?

1. El proyecto que envió originalmente el ejecutivo (Ministra Bachelet) ha sido totalmente rediseñado vía una indicación del propio ejecutivo 2. El segundo proyecto es mucho mejor que el anterior, sin embargo, actualmente está detenido en el parlamento por dos razones: la primera, porque se ha dado prioridad a los otros proyectos de reforma más importantes, la

segunda porque no hay convencimiento en las autoridades políticas de gobierno y parlamento sobre la verdadera necesidad de legislar al respecto con los grandes conflictos que esto significa por oposición frontal del Colegio Médico. La opinión de Salud y Futuro:

3. Chile efectivamente hay un gran vacío respecto de los derechos de los pacientes cuando reciben una prestación de salud ya sea por un profesional o una institución de salud pública o privada. Actualmente los únicos derechos que tienen protección son en la "relación de compra del acto médico" en que el SERNAC actúa (fijación de precios, formulas de pago cheques en garantía, etc.) Sin embargo, cuando se trata de los derechos en cuanto pacientes, éstos sólo están protegidos por la ley cuando se producen actos médicos que generan consecuencias negativas y se producen juicios de mala práctica o por negligencia médica. Asimismo, suele ocurrir que hay reclamos por fallas a la ética que se presentan al Colegio respectivo, pero con efectos muy limitados.

4. Los derechos de los pacientes tiene n que ver con diversas materias que es relevante resaltar, los siguientes son los más importantes, sin ser todos: Derecho al consentimiento informado de un procedimiento o tratamiento, esto implica que un paciente tiene el derecho de no aceptar un determinado tratamiento, Derecho a un trato digno, Derecho a que la información clínica se mantenga en forma confidencial y propiedad de la ficha clínica, Respeto a las creencias religiosas a la hora de hacer o no un tratamiento. Ejemplo: los testigos de Jehová no aceptan transfusiones sanguíneas. Respeto y derecho de los familiares del paciente etc.

5. Creemos que es necesario que estos derechos se expliciten **NO MEDIANTE UNA LEY SI NO QUE MEDIANTE UNA CARTA DE DERECHOS DEL PACIENTE**, porque no existe en Chile cultura de derechos de los pacientes y en una primera etapa hay que ver como evolucionan la población y los prestadores. En caso contrario, se corre el gran riesgo de rigidizar estos derechos y hay poca flexibilidad para que éstos varíen en función de las reales necesidades.

6. Finalmente creemos que junto con explicitar los derechos de los pacientes, "carta de derechos de los pacientes", hay que establecer mecanismos que impidan que se produzcan muchos conflictos y que éstos se judicialicen, para lo cual es necesario diseñar e implementar un sistema de mejoría de la calidad de los servicios (sistema acreditación), crear sistemas en cada institución de calidad de la atención al paciente, sistemas de auditorias internas en los prestadores, mejorar los actuales sistemas de control ético, sistemas de arbitraje de conflictos y finalmente perfeccionar el actual sistema judicial por la

vía de mejorar los sistemas de peritaje (hoy es sólo el instituto médico legal, el cual no es muy eficiente y además es totalmente insuficiente)

19. ¿Qué opina del proyecto de Financiamiento?

El proyecto de financiamiento enviado... lo más novedoso es la formación de un fondo de compensación nacional de riesgos en salud. Esto implica que en torno al Plan AUGE las personas deberán en forma independiente de su riesgo (niños, mujeres hombres y viejos) pagar un mismo precio (Prima Única de Salud: PUS). Las personas, cuyo 7% es inferior al valor de la PUS de su familia, es subsidiada por el estado al igual que los indigentes, a estos últimos el estado paga el 100% de la PUS. El fondo compensa riesgos y devuelve a los seguros una prima sobre la base del riesgo esperado de las personas es decir los niños reciben menos y las mujeres y los viejos más. Esta reforma mejora en parte la actual inequidad en el financiamiento de la salud en la cual en el sistema privado las personas deben pagar sobre la base del riesgo efectivo que tienen (costo esperado) y se da el caso de que personas que a los 50 años pagan por un plan \$100 deben pagar a los 60 años por el mismo plan \$350. Lo anterior provoca que las personas de mayores riesgos se van al estado (que cobra sólo el 7% en forma independiente de su nivel de riesgo) y las personas de menor nivel de riesgo y con mas plata se van al sistema privado y cuando cambian su nivel de riesgo emigran al sistema público.

Sin embargo esta reforma no resuelve dos grandes problemas: a) El primero es que no establece que los subsidios públicos a las personas para pagar la PUS puedan ser 'portables', es decir que una persona pobre que recibe subsidio del Estado para pagar el Plan AUGE no puede llevarse el subsidio a una ISAPRE. Lo anterior no elimina el problema de que sólo la gente con recursos puede optar entre sistema público y privado y entre diferentes ISAPREs, los pobres sólo deben irse al FONASA (entonces tenemos que los pobres están todos en FONASA y la clase media y ricos en ISAPRE) b) El segundo problema es que dado a que el país está envejeciendo en forma muy rápida cada vez habrá más viejos en el fondo con relación a los adultos cotizantes y niños y dado que son mucho más caros (3,5 veces el costo de un adulto joven) provocará un creciente encarecimiento de los costos del plan AUGE para los hombres jóvenes y niños, por lo tanto creemos que habrá que diseñar un sistema que permita resolver este problema en el mediano plazo.

20. ¿Qué novedad trae el AUGE y la reforma y qué diferencia marcará el AUGE respecto del sistema actual?

El Auge como gran novedad trae dos... tres. La primera, el establecimiento de garantías explícitas, en términos de protección financiera, oportunidad y calidad para todos los chilenos. Segundo, el establecimiento de un Plan garantizado de salud para todos los chilenos. Y tercero, el establecimiento de un fondo compensatorio por riesgo, al cual contribuyen todos los chilenos, para que posteriormente salgan las cotizaciones y puedan entrar a los distintos operadores públicos o privados, o sea, en el fondo con este fondo compensatorio se crea un sistema nacional de seguros con operadores públicos y privados. Esas son las tres grandes novedades.

¿Y qué es distinto de lo que hay hoy día? Exactamente eso. Que hoy día tenemos un sistema que no tiene garantías para la gente, a la gente se la atiende cuando hay... Segundo, en el sector privado no hay plan mínimo. Tercero, tenemos un sistema dicotómico de seguros con lógicas distintas, y lo que te explicaba antes. Y eso, o sea es bastante distinto.

21. En general, ¿cómo calificaría la reforma y el plan Auge como eje de toda la reforma?

Haber. Yo creo que esta es la reforma más importante desde el año '52.

22. ¿Más importante que la del '81?

Sí, mucho más. Yo te diría que es una reforma radical, porque pone énfasis en cambiar los modelos de atención que es clave, para controlar costos. Segundo, porque modifica totalmente el modelo de financiamiento del sistema de salud chileno. Tercero, porque establece garantías explícitas a las personas. Y cuarto, porque moderniza la gestión pública, creando... Yo creo que lejos es una reforma que yo la comparto, la califico como una buena reforma, está bien orientada. Uno puede tener discrepancias respecto a los instrumentos, como te decía, pero la reforma está muy bien orientada, yo la comparto...

23. ¿Cuál cree que es el principal problema de la reforma?

El principal problema de la reforma no está hoy día en las leyes. El principal problema de la reforma está en cómo se va a llevar a marcha.

24. ¿Por qué, cómo se va a llevar a cabo?

Lo que pasa es que cuando uno analiza los proyectos de ley que están establecidos, los proyectos de ley plantean el nacimiento o creación de sistemas e instituciones siguientes, se

está planteando la creación de una superintendencia de salud que no existe, que va a regular a prestadores y a se plantea la creación de un sistema de acreditación de prestadores, es decir, controlar la calidad, que tampoco existe en este país; se plantea la creación de una subsecretaría de calidad, tampoco existe; se plantea una separación completa de funciones y una transformación del Sistema Nacional del Servicios de Salud en redes, y traspaso de toda la autoridad sanitaria a los Secretarios Generales Ministeriales (SEREMIS), estamos hablando de una transformación mayor; se plantea la autogestión de los principales hospitales del país. O sea, todos estos cambios son muy importantes y estos cambios van a despertar resistencia en los distintos actores. Se plantea que la medicina en el mundo público y en el mundo privado se haga sobre la base de modelos de atención corto-efectivos, esto significa que la medicina especialista que hoy día conocemos, que cuando te duele la guata vas al gastroenterólogo, o que cuando te duele la cabeza vas al neurólogo, eso va a tender a cambiar por la vía de entrar por un médico general o un médico de familia e ir progresando y entendiendo el problema. Entonces, todas estas cosas hacen que en definitiva el cambio no sea menor, y va a tener repercusiones políticas, va a tener repercusiones en las culturas de las organizaciones públicas, y yo creo que van a cruzir las instituciones. Entonces el diseño de detalle de cómo se lleva adelante la reforma, a mi juicio es la clave del éxito. Esta es la razón por la cual hemos planteado desde hace mucho tiempo nosotros, que esta reforma hay que plantearla y entenderla muy gradualmente. Y no por un problema de financiamiento, sino que porque la dificultad de aplicarla es tan alta, que hay que hacer mucho cambio, mucha transformación. Yo soy de la idea que esta reforma no se debe implementar en un plazo menor de 10 años. Desde el momento de que se aprueban las leyes.

25. En cuanto a infraestructura, el Plan AUGE va a poder cumplir con todos sus objetivos. Porque garantizar a la gente salud...

Espérate. El Plan Auge, no te olvides que fue una propuesta que hizo un equipo ministerial que ya no existe. Segundo, no se está aprobando el Plan AUGE por ley, se está aprobando un sistema AUGE. Y el Plan AUGE que este país va a tener, el primer Plan AUGE, todavía no está escrito y lo van a escribir una vez que se apruebe la ley, y lo va a tener que aprobar el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y una Comisión Nacional del Plan Auge,

que va a estar integrada por un grupo de caballeros que vana a ser entre 9 y 11, que lo va a designar el Presidente de la República y recién ahí vamos a saber cuál es el Plan Auge.

26. ¿Por qué todavía honesta escrito?

Porque la ley todavía no se sabe.... pero si todavía no tenemos un marco legal, cuál es el Auge. Lo que se tiene es una idea en la cabeza, y yo lo que te digo es que estamos discutiendo incluso cuál es la concepción del AUGE, vamos a tener una concepción de Auge: Auge no Auge, o vamos a tener una concepción de Auge integral. Mientras esos temas no se decidan en el parlamento ¿cuál es el Plan AUGE?. Entonces no se puede escribir. Y una vez que el parlamento decida ya: la ley de Auge va por este lado ahí los equipos técnicos se van a atener que poner a trabajar y a hacer una propuesta al país.

27. Entonces ¿qué es lo que se está haciendo con el Plan Piloto?

Lo que pasa es que con el Plan Piloto lo que se está haciendo es lo siguiente: se seleccionan algunas patologías y algunos protocolos que se habían identificado por este equipo técnico que hizo la propuesta, y se están aplicando algunas de estas patologías... FONASA lo está haciendo en forma piloto digamos, para poder ver cómo funciona, cómo opera, qué sé yo. Me parece bien, yo creo que es bueno lo que están haciendo porque de todas maneras permite básicamente mirar cuales son los problemas que tiene, un instrumento como el que se está planteando. Me parece súper bueno. Ahora lo lógico sería es que este fuera un proyecto piloto que se hiciera en el sector público y en el sector privado, porque o sino también se producen situaciones complicadas. Porque si yo en el sector público como piloto, estoy cubriendo la diálisis al 100% y en el sector privado estoy cobrando, lo que va a pasar es que todos los dializados se van a ir al sector público. Si yo ofrezco en el sector público oportunidad inmediata para atender el cáncer y gratis, todos los enfermos de cáncer se van a ir al sector público. O sea, el cambio si tú lo aplicas a los dos lados te fijas que son dos sistemas que son vasos comunicantes. Entonces, cuando tú reformas un sector, tienes que reformar el otro.

28. ¿Por qué no se sabe que no está escrito?

O sea, hay un Plan AUGE escrito, te lo puedo mostrar y está publicado y todo, no si está, está en Internet. Te fijas, ahí está el Plan AUGE y está completo, están las patologías y están los protocolos, pero ese Plan Auge no es el que se va a aplicar. O sea el Plan AUGE, lo que te quiero decir, es que una vez que se apruebe la ley, ahí el Plan AUGE verdadero es

el que va a proponer el Ministerio de Salud, lo va a tener que aprobar el Ministerio de Hacienda en función del marco presupuestario, y se va a tener que llevar a un consejo que todavía no está nombrado.

29. ¿Como va esto, para cuándo tienen...?

Haber, yo lo que creo es que la ley de Autoridad Sanitaria se va a probar antes de Agosto. La ley de ISAPRE se va a aprobar por ahí también, porque la ley de ISAPRE partió por la Cámara de Diputados, entonces... Una ley partió por la Cámara de Diputados y otra partió por el Senado. La ley de ISAPRE, la ley corta de ISAPRE, que se llama, se va a aprobar casi simultáneamente con la otra, entre julio y agosto, porque tiene trámite de suma urgencia. La otra ley de ISAPRE, la larga se va a aprobar por ahí por octubre, noviembre. Y la ley del Auge, que es la que va más atrasada, yo creo que se va a aprobar en enero o marzo de este otro año. Ese es más o menos el horizonte. A pesar de que el gobierno quiere aprobarla este año, para poder contar con los recursos para poder implementarla este otro año. Pero yo no creo. Y aunque se apruebe la ley Auge, tu vas a necesitar un tiempo para que los sistemas se adapten, antes de aplicar la ley. Si tu me preguntas, así con la mano bien puesta aquí, yo creo que el Auge se va a implementar el 2004, perdón el 2005.

30. ¿Usted sabe con qué criterio se escogieron las 56 patologías? Porque según los gremios se dejaron muchas enfermedades graves afuera...

Sí. Lo que pasa es lo siguiente: hay hoy día en el mundo una técnica que se usa en epidemiología para identificar cuál es el peso de una enfermedad en un país. Cuando te dijo el peso no sólo es el peso económico, sino que el peso, el costo social, el daño que producen en las personas. Y se llama justamente 'Evaluación del peso de la enfermedad o carga de la enfermedad'. Y éste es más o menos un sistema complejo que se ha desarrollado y se ha probado en varios países. Y en este país se hizo un estudio, por ahí por el año '93, '94, un estudio de carga de la enfermedad en Chile y se diagnosticaron cuáles eran las patologías más pesadas, las que daban cuenta de aproximadamente el... creo que el 65% del total del peso de las enfermedades de este país. Esta es la mejor tecnología que existe hoy día, ahora yo no sé en detalle si la tecnología se aplicó bien, regular o mal. Por los profesionales que estuvieron me tinca que bien, porque son gente muy seria. Por lo tanto desde esa perspectiva yo no crea que haya una mala priorización de problemas, y a lo mejor si cambia la prioridad a lo mejor la que está en la 56 debería estar en la 52, o la que

quedó en la 58 por lo tanto quedó fuera, debiera estar en la 56. Pero son muy marginales los cambios que debieran haber. Sin embargo, para cada una de estas patologías se seleccionaron lo que se llaman las soluciones costo-efectivas, los que se llaman los protocolos y allí si que yo creo que falta mucho trabajo; yo creo que ahí si que lo que se hizo fue un ejercicio muy preliminar, que tiene que ser perfeccionado al punto de que el Ministerio hoy día está llamando a licitación a universidad a que participen en este proceso de diseñar los protocolos, para que en definitiva puedan ser utilizados...

31. Pero hasta hace poco se les fueron agregando enfermedades, como por ejemplo la hipertensión...

Haber te vuelvo a repetir... El peso de una enfermedad en un país... tu tienes... el peso de una enfermedad son 100, entonces se seleccionó 66 y si la hipertensión no estaba es porque estaba más... perdón 66% del peso de la enfermedad y esto representaba 56 patologías. Si esto es así significa que, desconozco el caso en particular, pero estoy aplicando el criterio general; si esto es así la única explicación que hay es que la hipertensión debe, por razones de método de análisis con el cual se estima el peso, debe tener un peso de enfermedad que la coloca más a la cola no más. Entonces, siempre van a haber patologías relevantes que van a quedar a la cola, pero cuando tu tienes que priorizar de eso se trata, tu tienes que priorizar con algún criterio que priorizar.

32. Una pregunta que hace un rato debía hacer..., ¿Qué pasa con las ISAPRE que no cubren a los enfermos de alto riesgo y a la tercera edad... cuando ellos jubilan, ellos siguen perteneciendo a esa ISAPRE o ellos no aceptan a la gente de la tercera edad que viene de afuera y que se quiere incorporar nuevamente a una ISAPRE?

Las personas de edad que vienen de afuera y quieren incorporarse no las aceptan, pero las personas de edad que están dentro de una ISAPRE si es que pagan el precio. El problema es cuánto es lo que les cobran, y a las personas mayores de 60 años les cobran entre tres veces el valor del precio hasta seis veces.

33. Es por eso que se quiere establecer un precio...

Es por eso que se quiere establecer un orden.

32. Respecto al Colegio Médico, ¿A qué se opone el Colegio Médico, por qué está en contra, por qué el Ministerio dice una cosa, el Colegio dice otra, los gremios dicen otra...?

Haber, primero hay una razón de la naturaleza del Colegio Médico.

33. Lo que hablábamos anteriormente...

Lo que hablábamos anteriormente... o sea, es la naturaleza de los médicos. Los médicos se oponen normalmente a todos los cambios, es un gremio muy conservador. Segundo, son los brujos de la tribu, y si los brujos de la tribu no se hace lo que ellos quieren, se oponen. Tercero, la reforma afecta los intereses de los médicos, fuertemente.

34. ¿Intereses económicos...?

Muy fuertemente, muy fuerte. Porque si tu cambias el modelo de atención en este país, significa que una parte importante de los problemas los van a resolver en el mundo público y privado, con médicos de familia, con lo cual va a disminuir la demanda por especialista. Entonces al disminuir la demanda por especialista, qué pasa con los ingresos: el 80% de los médicos de este país son especialistas, y que son justamente los que tienen el poder, se afecta. Cuarto, en Chile...

35. Pero ellos dicen que no...

Aaaaahhhh... bueno pero eso es pues. Lo que pasa es que en el fondo esa, esa es la razón de fondo. Y después tu tienes otro tema: en este país no existe la cultura de uso de protocolo...

36. ¿A qué se refiere con eso?

Lo que pasa es que los protocolos son días clínicas que te licitan a ti como profesional lo que tu tienes que hacer. Es lo mismo que te entregaran y te dijeran mire aquí hay un librito y usted una entrevista tiene que hacerla de tal manera: etapa 1, etapa 2, etapa 3, etapa 4. Y como tu, claro te enseñaron en la universidad cómo hacerlo, pero no te obligan a usar un manual. El hecho que tú te equivoques, tiene implicancias, pero no son tan graves como las implicancias que tiene un médico cuando se equivoca con un paciente. Segundo, cuando un médico atiende a un paciente, hoy día hay más de 5, 6 ó 7 soluciones para cada problema, y todas tiene costos distintos y efectividad distinta; y hay uno que tiene el menor costo y un mayor efecto, y si el protocolo dice que esto es lo que hay que hacer, todos los que están acostumbrados a hacer esto otro se van a ver afectados. Cuarto, cuando tu estableces un protocolo y optas por una determinada solución y dejas de mano otras soluciones, también afectas intereses, porque en estas otras soluciones los propios médicos probablemente han hecho inversiones. O sea, hay un tema económico muy importante. Después, eh... el

Auge no Auge, tal como está planteado, a los médicos les genera un problema muy complicado de tipo ético, con sus pacientes directos. (...) Entonces ahí generas a los... a los médicos les generas un problema muy grande, porque tú eres paciente de un médico y el médico te dice mira sabes lo que pasa, yo, María Eugenia, sabes María Eugenia, claro te acabo de diagnosticar que tienes no sé tal enfermedad, pero resulta que no te la voy a poder tratar porque no está dentro del Auge, así que tenís que volver en seis meses más. Esa cuestión a los médicos les complica mucho. Te fijás, porque les están traspasando a ellos una... un tema complicado. Eeehhhh... la separación de funciones va a cambiar absolutamente la lógica con la cual se van a administrar los hospitales y hoy día los médicos en los hospitales hacen lo que quieren, hacen lo que quieren. Lo cual no significa que lo hagan mal, ah, pero hacen lo que quieren, o sea, estrictamente eso, hacen lo que quieren. O sea, el que quiere trabajar mucho, trabaja mucho, el que quiere trabajar poco, trabaja poco, el que no quiere trabajar, no trabaja, el que quiere aprender, aprende, el que no quiere aprender, no aprende.

37. Los médicos dicen que con el Auge se acabaría la libre elección, como una de las cosas que reclaman, ¿es verdad?

Eeehhhh... afecta a la libre elección, pero no la termina. La afecta en términos de que cuando tu defines una puerta de entrada, tu puedes tener libre elección aquí abajo (ING), pero al afectar una puerta de entrada, tú de alguna manera estás generando un sistema en el cual estás conduciendo a la gente por determinados canales; en ese sentido la libre elección se afecta, pero siempre va a haber un segmento de población que tiene libre elección. Ahora ojo con una cosa, hoy día el 70% de la población en Chile no tiene libre elección. Entonces, de qué libre elección estamos hablando, del 30%.

38. ¿Cómo se puede implementar una reforma de salud con los principales actores en contra?

Bueno, hay una ciencia que se llama economía política, y que se aplica en los procesos de cambio, en la cual tu tienes que identificar quienes son los actores relevantes, cuál es el posicionamiento de esos actores, quiénes están a favor, quiénes están en contra, qué gana y qué pierde cada actor relevante. Y a continuación tienes que diseñar un proceso técnico-político, que te permita reducir al máximo las oposiciones y sacarle provecho a... y fortalecer a todos aquellos que te apoyan. Eeehhhh... si eso tú lo aplicas como gobiernos, tu

empiezas a armar consenso, empiezas a armar acuerdo sobre distintas materias, e ir armando acuerdo sobre distintas materias, y negociando ciertas cosas, tu vas logrando ciertas cosas... ciertas cosas que vayan pasando. Por ejemplo, hoy día el proyecto de ley de ISAPRE cuando uno lee en la prensa, se deduce que es un proyecto que está absolutamente consensuado, o sea nadie está disparando contra el proyecto de ley de ISAPRE; te fijas, entonces ahí qué es lo que se hizo, se hizo un muy buen proceso a mi juicio de negociación, de conversación con las ISAPRE, con los parlamentarios, con el Colegio Médico, dentro del gobierno, con actores independientes, actores relevantes, que hoy día en el fondo nadie dice, mira esta ley está mal hecha, entonces te fijas, es como un consenso, se construye el consenso, lo cual no es fácil.... Yo creo que ahí hemos perdido un poco de tiempo en algunas áreas, en el tema de la ley del Auge hemos perdido tiempo, porque hubo mucho tiempo en buscar consenso, pero... (cambio cassette)

39. ¿Por qué la gente no entiende el Plan AUGE?

La gente no entiende el Plan Auge primero porque no existe. Segundo, porque el Plan Auge, tal como está diseñado es complejo, entonces no es fácil entenderlo, y la gente entiende cosas muy sencillas, en general, la masa. ¿Me van a atender o no me van a atender?, y cuándo?, no me cuenten cuentos, díganme ¿cuándo me van a atender?. Cuando yo recurro a un consultorio, ¿cuánto voy a tener que esperar?. Segundo, cuando yo vaya a un hospital, ¿Cuánto voy a tener que esperar?.

40. O cuánto me van a cobrar...

O cuánto me van a cobrar... esa es la segunda pregunta que hacen, cuánto me van a cobrar. Y son las dos cuestiones que la gente entiende, y dónde me van a atender, y cómo me van a atender, son los temas que la gente entiende. Si a la gente tu le empiezas a mostrar: señora, en todas estas enfermedades la vamos atender a los 30 días, en todas estas otras la vamos a atender a los 3 meses, y en todas estas otras a los 6 meses. Listo, ahí te lo va a entender la gente. Y en esta usted no va a pagar nada, en esta usted va a pagar el 10%, si es que gana una renta de aquí pa' arriba, y en esta otra va a tener que pagar un 30%, si gana de aquí pa' arriba. Eso la gente lo entiende así. Y es una cartilla de tres columnas, simplecita.

41. ¿Cómo considera la estrategia comunicacional que usó el gobierno en la reforma?

Haber, hay etapas. Hubo una primera etapa, yo diría que cuando recién asume Osvaldo Artaza. Una Etapa que duró como cuatro meses, en la cual yo creo que hubo una estrategia

comunicacional espectacular. Si tu analizas y te vas a la época y analizas las mediciones de popularidad que tenían los ministros, Artaza llegó a tener más popularidad que el Presidente. Fue el personaje mejor evaluado durante varios meses. Entonces diseñaron una estrategia comunicacional a mi juicio espectacular, porque además Artaza era, es un muy buen comunicador, es histriónico, pero resulta que el discurso, que al comienzo era muy general, muy genérico, le permitió sostener una estrategia comunicacional durante cuatro meses, pero cuando te falta contenido y tu prolongas tu estrategia comunicacional, tu te quemas. Entonces cuando la gente después de los cuatro meses vio que empezaba a contar lo mismo, y el mismo cuento y el mismo cuento y no avansai' nada, qué es lo que pasa al final, qué es lo que te dice la gente... no me jodai'... me estai' mintiendo, si ustedes los periodistas esta cuestión lo tienen clarito, lo tienen clarito... o sea ustedes dicen ya perfecto... a una noticia mira no sé, ah el Auge, ya po'. Cuando Artaza lanza el Auge y le pone Auge, todo el mundo ahahaha.... fantástico, por fin, y tal como lo vendió, por fin vamos a tener salud en este país.

Pero posteriormente, cuando esta situación empieza a seguir, y seguía la discusión, y seguía la discusión y avanzaba y avanzaba, y los problemas en el sector salud seguían, la gente ya no te va a comprar el cuento.

Entonces vino un segundo momento de la estrategia, que fue lo que le costó el cargo.

42. Y ahí los médicos se aprovecharon de eso...

Por supuesto, los médicos se aprovecharon de ellos y ellos desarrollaron su propia estrategia comunicacional, en contra del Auge. Entonces llegó un momento en el cual la estrategia comunicacional de Artaza se le fue en contra, se le dio vuelta; tanto es así que cuando llega el nuevo ministro, llega con una estrategia comunicacional absolutamente contraria a la de Artaza. Éste es un ministro de muy bajo perfil, el cual ha diseñado una estrategia comunicacional de bajo perfil, como es él. Él es una persona muy tímida, es muy modesta, es muy modesta de actitud, entonces, y es un excelente profesional, pero de actitud es muy modesto. Entonces ha desarrollado una estrategia comunicacional con ese enfoque, y esta estrategia comunicacional con ese enfoque, yo creo que ha sido muy exitosa, porque ha dado credibilidad y ha permitido que los distintos actores se sienten a conversar y a ponerse de acuerdo. Y creo que Artaza avanzó mucho en instalar el tema de

la reforma en este país, pero Pedro García está logrando los acuerdos necesarios para aprobar la reforma.

43. ¿Usted cree que en cierta forma la estrategia comunicacional en ese periodo, después de los cuatro meses, afectó...?

Sí claro, indudablemente, porque en definitiva tu te encuentras con... claro que afectó... Haber, yo creo que varias cosas afectaron. Primero, la fuerte oposición de los médicos. Segundo, afectó que los problemas del sector salud no se resolvieron; siguió creciendo la deuda hospitalaria, siguieron los problemas de las colas... o sea, los problemas siguieron... o sea, los problemas siguieron. En tercer lugar, la discrepancia en el mundo político siguió. En todos los frentes, hubo mucha discrepancia. Había sectores que estaban de acuerdo con el proyecto de reforma, otros que no estaban de acuerdo, entonces, la polémica siguió. Y la estrategia comunicacional del Ministerio de Salud fue como si esto no pasara, o sea como si nada estuviera pasando, entonces el Auge se empezó a vender como un producto que ya existía, cuando se estaba discutiendo (recién), y como se estaba discutiendo y había gente que estaba de acuerdo y otra que no estaba de acuerdo, y tu le desarrollas una estrategia comunicacional en la cual le dices 'aquí está el Auge, esto es señora lo que va a ser para usted', en el fondo le estai' generando un conflicto brutal, o sea estai' produciendo un choque de frentón. Ahora de repente te puede resultar, pero también se te puede ir en contra, que fue lo que pasó, porque a continuación el colegio médico sacó otra estrategia comunicacional que se la puso al frente: 'el Auge es una mentira... tatata...' y se fueron con dos campañas lo cual desconcertó a la opinión pública, y agudizó el conflicto, agudizó el conflicto, o sea yo creo que los efectos políticos todavía se están viviendo.

44. ¿Qué cree usted que se debió haber hecho en ese minuto?

Yo creo que básicamente, haber. Primero, los procesos de reforma no es bueno, y eso lo he aprendido ya con los años, no es bueno manejarlos con la prensa. Las reformas son procesos eminentemente políticos, entonces como procesos políticos, la política se hace privadamente, o sea, los acuerdos se logran privadamente. La ley de modernización del Estado, se acaba de aprobar, que yo creo que nadie se ha percatado todavía de esto, pasó 'piola', pero nadie se da cuenta de lo que eso va a significar para el país, los cambios que... fíjate que hoy día hay más de 3 mil y tantos cargos que son de la confianza del Presidente y se redujeron a 500 y todo el resto profesionales. Se estableció un tema de carreras

funcionales con evaluación periódica y de (...) un sistema de incentivos por responsabilidad, por desempeño, cambio la lógica de la... y no hubo una polémica en la prensa..., la polémica se dio en torno a los sobresueldos, y de ahí se tomaron,.... porque surgió un problema político en torno a la gestión pública de magnitudes y eso llevo a que el gobierno y la oposición se pusieran de acuerdo, pero en definitiva el acuerdo lo conversaron entre dos. Entonces en la reforma pasa lo mismo, si la reforma de la salud como proceso político tu tenis que desarrollar un proyecto en el cual logres los máximos acuerdos y una vez que tu tienes esos acuerdos tus empiezas a dar esos acuerdos, y como se dan a conocer esos acuerdos, a través de los proyectos de ley y los proyectos de indicaciones que se mandan al congreso.

45. ¿Podría entonces usted decir que ésta es una reforma con los objetivos planteados, pero sin los instrumentos definidos y cómo se va a llevar a la práctica esto?

No, lo que yo digo es que ésta es una reforma que tiene objetivos muy claros, que hoy día con todos los proyectos de indicaciones que el Ejecutivo ha mandado, tienen instrumentos claros, pero que para ponerlos en funcionamientos estos instrumentos se requieren una serie de cambios institucionales mayores, que no están diseñados.

46. ¿Entonces qué es lo que no está escrito?

Eso, el diseño de detalle.

47. ¿Qué pasa con estos problemas que están saliendo en la prensa a diario, sobre los problemas de financiamiento, o la querrela de los 600 millones...?

Nooooo, son provocados. Haber, el tema de la publicidad, con mucha razón a lo mejor... Yo creo que ahí los parlamentarios en su función fiscalizadora plantearon un reclamo a la Contraloría General de la República, que resultó aceptable por la Contraloría General de la República, y de hecho se planteó que la campaña de Auge no respondía a los niveles de gasto que están autorizados los ministros. Y ahí la situación se pone delicada. Entonces ese es un primer tema, que creo que hay que tenerlo claro. Pero, el objetivo por el cual se hizo, yo creo que trascendió la tarea de la fiscalización, yo creo que fue más allá del deseo de fiscalizar, sino que se buscó un efecto político, y un efecto político entorno a una serie de otros problemas confluyentes: sobresueldos, coimas, entonces ya, pongamos otros. Y el Colegio Médico además le agrega otro y dice la leche, porque los médicos de los consultorios le pasan el soplo a Juan Luis Castro y le dicen Juan Luis fíjate que no llegó

leche, no te puedo creer, y parte Juan Luis para allá y dice mira haber qué pasó, no llegó leche, ahahah, señores de la prensa no hay leche, ... entonces son problemas que si tu me preguntas que forman parte de la lucha política que se está dando por orientar la reforma en una dirección o en otra.

48. Y usted cree que 600 millones ameritaron la publicidad y... o cree que es mucha plata?

Fíjate que no sé. Siempre uno tiene uso alternativo de los recursos, pero depende de en qué momento de discusión está esto y qué objetivos quieres lograr.



Información disponible en el sitio ARCHIVO CHILE, Web del Centro Estudios “Miguel Enríquez”, CEME:
<http://www.archivochile.com>

Si tienes documentación o información relacionada con este tema u otros del sitio, agradecemos la envíes para publicarla. (Documentos, testimonios, discursos, declaraciones, tesis, relatos caídos, información prensa, actividades de organizaciones sociales, fotos, afiches, grabaciones, etc.)

Envía a: archivochileceme@yahoo.com

NOTA: El portal del CEME es un archivo histórico, social y político básicamente de Chile y secundariamente de América Latina. No persigue ningún fin de lucro. La versión electrónica de documentos se provee únicamente con fines de información y preferentemente educativo culturales. Cualquier reproducción destinada a otros fines deberá obtener los permisos que correspondan, porque los documentos incluidos en el portal son de propiedad intelectual de sus autores o editores. Los contenidos de cada fuente, son de responsabilidad de sus respectivos autores, a quienes agradecemos poder publicar su trabajo. Deseamos que los contenidos y datos de documentos o autores, se presenten de la manera más correcta posible. Por ello, si detectas algún error en la información que facilitamos, no dudes en hacernos llegar tu [sugerencia / errata](#)..

© CEME web productions 2003 -2007