

TRABAJO Y JUSTICIA SOCIAL

HACIA UN MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Análisis y propuestas para la reforma
del sistema sanitario

Danae Sinclair Tijero
Noviembre 2024



Nuestro sistema de salud es mixto, segmentado y desigual. Fonasa cubre al 82% de la población, mientras las Isapres discriminan según riesgo e ingresos.



El debate de la reforma estructural lleva más de una década sin avances, pero la crisis de las Isapres y la migración de un millón de personas a Fonasa exigen reformas urgentes. La Ley Corta de Isapres introdujo la Modalidad de Cobertura Complementaria y comprometió otros proyectos de reforma.



Hoy, Chile se debate entre el modelo de multiseuro y uno tipo Seguro Nacional de Salud, que busca avanzar hacia un sistema de salud universal vía la creación del Fondo Universal de Salud.

TRABAJO Y JUSTICIA SOCIAL

HACIA UN MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Análisis y propuestas para la reforma
del sistema sanitario

Danae Sinclair Tijero
Noviembre 2024

NODO
!XXI

Índice

	INTRODUCCIÓN	4
1	TRAYECTORIA Y ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO: ¿CUÁL ES EL ALCANCE DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD?	5
	1.1 Orígenes del sistema de salud chileno.....	5
	1.2 El impacto de la dictadura cívico-militar en el desarrollo del sistema sanitario chileno.....	6
	1.3 El financiamiento del sistema de salud chileno.....	6
	1.4 Caracterización del sistema de salud chileno.....	9
	1.5 La segregación de la población en el sistema de aseguramiento dual.....	9
2	EL ACTUAL DEBATE SOBRE EL MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. ¿QUÉ ELEMENTOS ESTÁN SOBRE LA MESA EN LA DISCUSIÓN SOBRE LA REFORMA DE SALUD?	12
	2.1 La necesidad postergada de una reforma estructural.....	12
	2.2 El estallido social y el frustrado proceso constituyente.....	13
	2.3 El programa de gobierno del presidente Gabriel Boric.....	13
	2.4 La crisis de las Isapres.....	14
	2.5 La migración Fonasa - Isapres.....	14
	2.6 La Ley corta de Isapres: Una respuesta de Estado a la crisis de la industria privada en Salud.....	15
3	CHILE, EN EL DEBATE ENTRE DOS MODELOS DE SALUD CONTRAPUESTOS	17
	3.1 La encrucijada del sistema de salud.....	17
	3.2 La oportunidad y urgencia de la reforma.....	19
	3.3 ¿Cómo avanzamos? Los caminos posibles de la reforma pendiente.....	19
	CONCLUSIONES	22
	REFERENCIAS	23

INTRODUCCIÓN

Chile enfrenta un momento decisivo para transformar su sistema de salud, marcado por la crisis en el modelo de aseguramiento privado y una creciente demanda social por mayor equidad y seguridad social. El estallido social de 2019, la pandemia de covid-19 y la presión ciudadana han evidenciado las limitaciones de un sistema de salud segmentado, que profundiza desigualdades en el acceso a atención y protección financiera. Las reformas que se han intentado en las últimas décadas han sido incapaces de abordar las causas estructurales de inequidad y fragmentación en el sistema, reflejando las tensiones entre un modelo subsidiario y la necesidad de avanzar hacia un sistema basado en principios de seguridad social.

En este contexto, la reciente “Ley Corta de Isapres” y las medidas que buscan fortalecer al Fondo Nacional de Salud (en adelante, “Fonasa”), y la Superintendencia de Salud representan una oportunidad importante para avanzar hacia un modelo que priorice la universalidad y el acceso equitativo. El aumento de afiliados a Fonasa –determinado principalmente por la migración desde el sistema privado–, y la incapacidad de las Isapres de incorporar lógicas de seguridad social, han permitido construir un consenso social sobre la necesidad de cambio que constituye una base sólida para reformar el sistema de salud en línea con los principios de la solidaridad y eficiencia. Este documento explora las raíces históricas y los problemas estructurales del sistema de salud chileno, el debate actual sobre su reforma y las rutas posibles para construir un modelo de salud más inclusivo y justo capaz de responder a las demandas y desafíos de la sociedad chilena actual.

En el primer capítulo, se examina la trayectoria y desarrollo del sistema de salud chileno, destacando el impacto de la dictadura cívico-militar y el modelo neoliberal que instauró, así como las consecuencias de un financiamiento y gobernanza que perpetúan desigualdades en el acceso.

En el segundo capítulo, se analiza los elementos que hoy sustentan el debate sobre la reforma, con especial atención a la crisis estructural de las Isapres, el proceso de migración de afiliados a Fonasa, y los desafíos para lograr un sistema de seguridad social en salud.

Finalmente, el tercer capítulo presenta las alternativas de reforma actualmente en discusión, exponiendo los modelos contrapuestos que nos sitúan frente a una encrucijada. Se explora tanto la eventual consolidación de un modelo de multiseguros promovido por ciertos sectores, como el posible avance hacia un Fondo Universal de Salud que –alineado con los principios de la seguridad social–, permita establecer un sistema inclusivo, eficaz y sostenible en el tiempo.

1.

TRAYECTORIA Y ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO: ¿CUÁL ES EL ALCANCE DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD?

El sistema de salud chileno se caracteriza por ser mixto en el aseguramiento y en la prestación de servicios, generando segmentación en la población, la que se relaciona con el nivel socioeconómico y los determinantes sociales de la salud. Esta dualidad se traduce en profundas inequidades en los resultados sanitarios al interior del país, cuyos datos son alarmantes. Por ejemplo, la mortalidad infantil en comunas de bajos ingresos duplica a las de mayores ingresos, la prevalencia de diabetes es 3,3 veces más alta entre las personas con menor nivel educativo, y las tasas de discapacidad son un 67% más altas en mujeres en comparación con hombres (TV Senado de Chile, 2023). Dentro de la misma ciudad, por ejemplo, en Santiago, la esperanza de vida de las mujeres en las comunas más ricas supera en 18 años a las de comunas más pobres (Bilal et al., 2019).

En esa misma línea, durante la pandemia de covid-19, la tasa de mortalidad varió significativamente entre las comunas con diferentes niveles socioeconómicos (NSE). A pesar de los esfuerzos por garantizar el acceso a atención hospitalaria, la comuna de San Ramón, con un NSE de 19,7, tuvo la tasa de mortalidad semanal más alta, con 4,4 muertes por cada 10.000 habitantes. En contraste, en Vitacura, una de las comunas más ricas, con un NSE de 93,7, la tasa máxima reportada fue de 1,6 muertes semanales por cada 10.000 habitantes (Mena et al., 2021).

La inequidad y deficiencias estructurales del sistema de salud chileno han sido ampliamente reconocidas por diversos grupos de expertos, así como por organizaciones de la sociedad civil (Arteaga, 2019). En ese sentido, el Informe de Desarrollo Humano en Chile del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (2024), revela que el acceso a una atención de salud de calidad continúa estando estrechamente ligado a los ingresos y continúa siendo una de las principales preocupaciones de la sociedad chilena.

No obstante, a pesar de múltiples intentos, no se ha logrado modificar estructuralmente el sistema para enfrentar sus desafíos. Es posible identificar dos razones de este estancamiento: por un lado, la existencia de una élite reacia al cambio, que concentra el poder político y económico y, por otro, la debilidad de la organización social y sindical en Chi-

le, que no ha logrado sostener la presión por estas reformas (Ferretti, 2024).

1.1 ORÍGENES DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Los sistemas de salud en la región se constituyeron originalmente con el objetivo de resolver problemas de higiene pública. A comienzos del siglo XX, estas instituciones evolucionaron para convertirse en modernas instituciones públicas de salud, con objetivos curativos, de alcance nacional y una mayor presencia en todo el territorio, sentando las bases de los primeros sistemas nacionales de salud en Latinoamérica (Matus-López, 2023).

En Chile, la creación en 1924 de un Ministerio y un Seguro Obrero representó un avance sustancial para que el Estado pudiera dar respuesta a las necesidades sanitarias básicas de la población. Un factor determinante para el desarrollo de los sistemas de salud en la región y en Chile fueron las luchas sociales, en particular de artesanos, campesinos y obreros (Muñoz, 2019).

En 1952, apenas cuatro años después de la creación del National Health Service (NHS) británico, en Chile se funda el Servicio Nacional de Salud (SNS), considerado uno de los hitos sanitarios y sociales más importantes de la historia del país, reconocido a nivel mundial. Este servicio implementó un modelo de salud unificado, cuyo objetivo consistía en universalizar los servicios de atención médica (Illanes, 2003). Este sistema logró un notable desarrollo sanitario y significativas mejoras en la salud de las personas. Por ejemplo, la implementación de la política del medio litro de leche por niño que en 1971 redujo la desnutrición infantil desde un 60 a un 12% en 6 meses (Solimano et al., 1972).¹ Asimismo, se

¹ El emblemático Programa Nacional de Leche, parte de las 40 medidas del programa de la Unidad Popular, comienza a funcionar en enero de 1971, y consistió en proporcionar medio litro de leche diario a todos los menores de 15 años (unos 3,8 millones), a las embarazadas y nodrizas. En 1971 reciben el "medio litro" diario un poco más de tres millones de niños, el 96% de lo programado (Magasich, 2023).

destaca que en 1971 el SNS logra fortalecer el programa de vacunación universal de gran alcance, modificando el perfil epidemiológico del país.²

De este sistema sanitario son herederas políticas públicas que perduran hasta la actualidad. Sin embargo, desde sus inicios, el desarrollo hegemónico de la salud pública enfrentó presiones de médicos y representantes de Cajas de enfermedad para incorporar alternativas de atención médica privadas que compitieran con el Seguro Obrero. En ese escenario, junto con el Seguro Obrero, se crearon Cajas del Seguro para empleados particulares y otra para empleados públicos, lo que permitió en Chile la coexistencia de un Servicio Nacional de Salud público, universal y principal, junto a un sistema de seguros sociales destinado a grupos específicos de la población.

1.2 EL IMPACTO DE LA DICTADURA CÍVICO-MILITAR EN EL DESARROLLO DEL SISTEMA SANITARIO CHILENO

En Chile, la dictadura cívico-militar impuso al Estado un rol subsidiario, promoviendo la incorporación del sector privado en los servicios sociales bajo lógicas de mercado. De esa manera, el camino hacia la universalización del Sistema Nacional de Salud que se venía construyendo se vio truncado por una serie de cambios radicales que la dictadura implementó en el patrón de acumulación capitalista que predominaba en el país, reemplazando el enfoque desarrollista en vigor desde 1938 hasta 1973, por un modelo neoliberal subsidiario (Ruiz y Boccardo, 2014).

En materia de servicios sociales, luego de estas transformaciones realizadas entre 1975 y 1979, se inició una segunda fase de cambios que implicó la privatización de los servicios sociales, la focalización de la acción estatal hacia los “verdaderos pobres” y el subsidio estatal al empresariado (Ruiz, 2015). Todo esto, se reflejó en impactos estructurales en materia sanitaria.

Este propósito se materializó en la Constitución de 1980. En lo que respecta al derecho a la salud, el Artículo 19, N° 9 establece que la Constitución asegura a todas las personas el derecho a la salud como un derecho de acceso individual que no se garantiza en su faz prestacional. De esa manera indica que “Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”.

En el esfuerzo por consolidar una industria dentro de la gestión y prestación de acciones de salud se crean las Instituciones de Salud Previsional (en adelante, “Isapres”), permitiendo a los trabajadores depositar su cotización obligatoria en estas instituciones, que funcionan de manera paralela

al sistema de salud pública. Desde entonces, el sistema de salud chileno se ha caracterizado por su dualidad, tanto en la provisión de servicios como en el aseguramiento, por una regulación deficiente, un déficit crónico de financiamiento en el sector público, la segmentación de la población, y por la fragmentación de sus instituciones. Todo esto ha permitido la creación de amplios espacios para el desarrollo de un mercado que opera sin una lógica sanitaria adecuada (Goyenechea & Sinclair, 2013).

Ya en democracia, se mantuvo el principio de focalización del gasto público que impregnó las políticas públicas y la política de subsidios dirigidos a la demanda, con el fin de garantizar que los sectores más vulnerables pudieran acceder al mercado. La privatización de los servicios sociales resultó en el desmantelamiento de la provisión estatal o en una reducción significativa de su capacidad instalada en áreas como salud, previsión, educación, vivienda y obras públicas (Goyenechea, 2019).

De esta forma, los impactos de la dictadura en el sistema de salud chileno siguen vigentes, tanto por la incapacidad de implementar reformas estructurales que enfrenten el desmantelamiento que sufrió el sistema público, como por la manera en que el texto constitucional ha representado un obstáculo significativo para avanzar de manera democrática y razonable hacia la cobertura universal (Arteaga, 2019).

1.3 EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

El financiamiento del sistema de salud chileno se caracteriza por poseer una estructura segmentada por riesgo e ingreso, que cristaliza altos niveles de inequidad e ineficiencia (Cid & Uthoff, 2017). Está segmentado en dos subsistemas, un asegurador público y otro privado, que operan como seguros primarios sustitutos.

Por un lado, está el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que es un organismo público encargado de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sector salud, para financiar las distintas atenciones de salud y ofrecer protección financiera a sus beneficiarios.

Fonasa concentra hoy al 82% de la población y administra al 50% del presupuesto de salud, que se recauda a partir de dos fuentes:

- Los *impuestos generales*, que representan el 78% de su financiamiento; y
- Las *cotizaciones obligatorias* de las y los trabajadores, que equivalen al 7% de su renta imponible. Las cotizaciones constituyen el 20% de los ingresos de Fonasa (Dirección de presupuestos, DIPRES, s. f. -a).³

² En 1971 se organiza un programa de vacunación contra diarreas de verano y neumonías. En un brote de poliomielitis se vacuna en pocos días al 85% de la población en riesgo. Según el Dr. Carlos Molina, subsecretario de Salud de la época, esas campañas disminuyeron fuertemente las muertes por cólera, hepatitis, diarrea, tífus, y meningitis (Magasich, 2023).

³ Parte importante de la cotización no se recauda en Fonasa, sino que corresponde a la cotización de personas afiliadas a Cajas de Compensación de Asignación Familiar, las cuales reciben directamente una porción de la cotización para gestionar el pago del Subsidio de Incapacidad Laboral. Esto tiene como consecuencia una subestimación de los aportes en cotización obligatoria en el presupuesto.

De esta forma mancomunada, los recursos públicos para salud, administran el 50% del presupuesto nacional de la salud (Departamento de Economía de la Salud, DESAL, Ministerio de Salud, 2023). Estos recursos son asignados principalmente a una red pública de prestadores y, adicionalmente, a prestadores privados. Fonasa asegura sin discriminación, incluso a los carentes de recursos, por lo que históricamente ha concentrado a la población más riesgosa.

Fonasa es el principal financiador del sistema de salud, amparando completamente al sector público y al 40% de los prestadores privados, mientras que las Isapres aportan el 60% restante de los recursos que recibe este sector (Diputados y Diputadas de Chile, 2024). En su conjunto, ambos, Fonasa e Isapres, administran el 58% de los recursos para salud (DESAL, 2023).

En cuanto a las Isapres, su financiamiento se obtiene en un 70% a partir de la cotización obligatoria de los trabajadores que eligen afiliarse a una de ellas. El otro 30% proviene de la cotización adicional de los mismos cotizantes (Superintendencia de Salud, SIS, 2024), para quienes el 7% no alcanza a cubrir el precio de los planes ofrecidos por las Isapres.

Históricamente, la ley permite a las Isapres tarifificar sus planes según el riesgo individual, lo que les permite llevar a cabo una selección sistemática de riesgo conocido como "descreme". De esta manera, aunque nominalmente recaudan recursos de la seguridad social, establecen tarifas basadas en el riesgo individual, independientemente del valor de la cotización obligatoria.

Para abordar los elementos financieros del sistema de salud en su conjunto es necesario desglosarlo. Primero se analizará el gasto total en salud y, posteriormente, su composición, considerando la característica mixta y fragmentada del aseguramiento y la provisión.

En las últimas dos décadas, el gasto total en salud ha aumentado progresivamente, manteniendo la lógica segregada del sistema. En 2023, Chile destinó un 10% de su PIB a la salud, lo que representa un aumento de 2,8 puntos porcentuales respecto al año 2003, equivalentes a un incremento del 38,6% (OECD, 2023b). Dicho gasto, si observamos con perspectiva, es superior al promedio OCDE, equivalente al 9,13% del PIB el año 2022 (OECD, 2023b). Sin embargo, debemos conocer la composición de este gasto en salud.

Al desglosar esta cifra, se observa que el 5,05% del PIB corresponde a gasto público, mientras que el 4,95% restante proviene de gasto privado, incluyendo gasto de bolsillo y seguros privados. Este nivel de gasto público resulta insuficiente,

especialmente, al compararlo con el promedio de los países de la OCDE, donde el gasto público alcanzó un 6,8% del PIB en 2022 (OECD, 2023a), teniendo en cuenta que la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (en adelante, "OMS"), es alcanzar el 6% del PIB en gasto público (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2017).

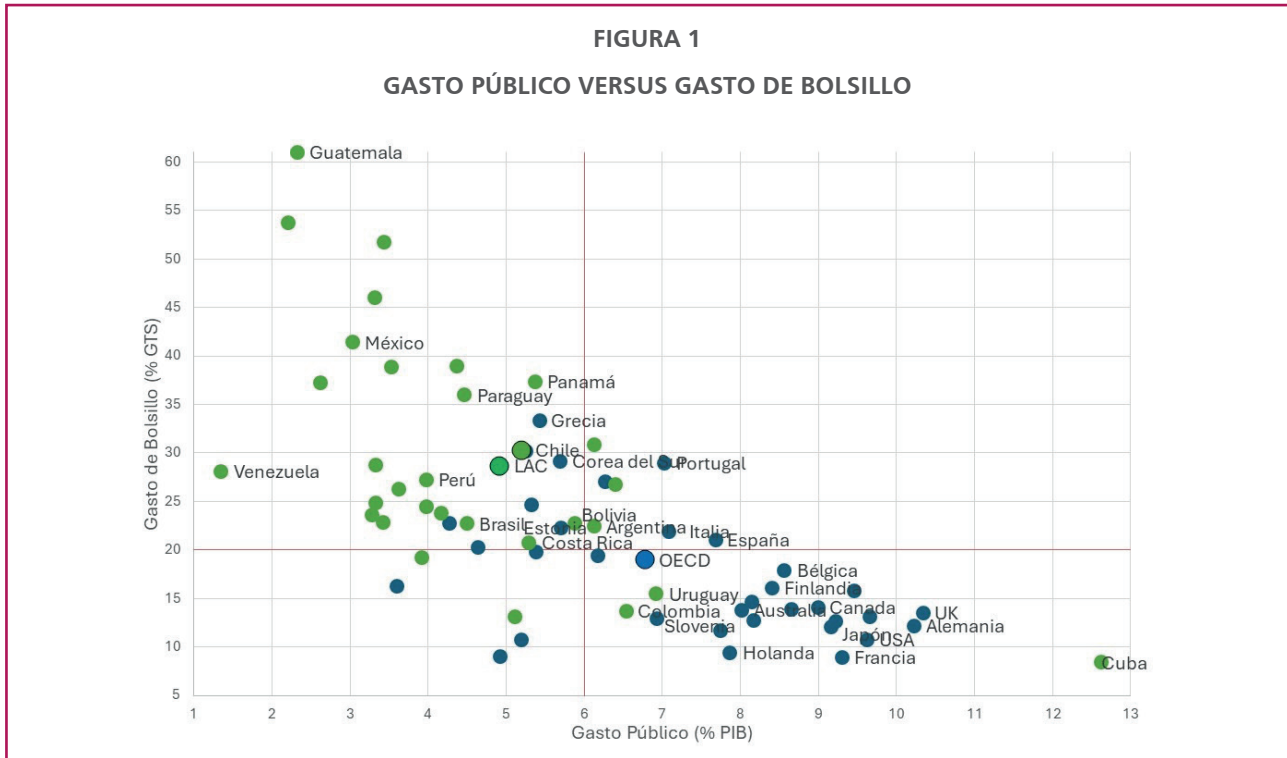
Se desprende que la estructura actual de financiamiento depende en gran medida del gasto privado, lo cual representa una fuerte presión sobre los hogares y un compromiso fiscal insuficiente para garantizar una cobertura adecuada y equitativa, acentuando la urgencia de una reforma hacia un modelo de salud sustentado en principios de seguridad social.

Al respecto, si analizamos la composición del gasto privado, el 70% corresponde a gasto de bolsillo (OECD, 2023b). El gasto de bolsillo por sí solo representa el 35% del gasto total en salud. Disminuir dicho concepto es un consenso transversal en la materia (van Doorslaer et al., 2005), y adquiere especial urgencia por el impacto social que genera a las personas que incurrir en él, ya que supone un importante riesgo de catástrofe financiera y empobrecimiento (Xu et al., 2010).

Este problema no es novedad. En 2014, Chile asumió el compromiso de incrementar el gasto público y trabajar por eliminar el gasto de bolsillo junto con otros países del continente en el Consejo Directivo de la OPS/OMS (OPS, 2017). Con anterioridad, economistas de la salud de todo el mundo, en un artículo publicado en *The Lancet*, ya habían hecho un llamado público a los líderes globales para avanzar hacia sistemas de cobertura universal y disminuir el gasto de bolsillo (Summers, 2015).

La Figura 1 ilustra la relación entre el gasto público y el gasto de bolsillo en países de América Latina (LAC) y de la OCDE. En general, se observa que un mayor gasto público tiende a disminuir el gasto de bolsillo. Las líneas rojas en la figura representan los valores recomendados por la OMS, creando diferentes cuadrantes.

En el cuadrante superior izquierdo, donde se encuentra Chile y la mayoría de los países de la región, se evidencia un gasto público insuficiente, lo que consecuentemente implica un alto gasto de bolsillo. El cuadrante inferior derecho representa la posición ideal, en la que el gasto público es suficiente para proporcionar protección financiera a las personas, manifestada en un gasto de bolsillo que no supera el 20% del gasto total en salud. La mayoría de los países de la OCDE se sitúan en este cuadrante.



Cada círculo representa un país. En verde claro, los países de Latinoamérica; en verde oscuro, el valor promedio en Latinoamérica (LAC); en celeste, los países de la OCDE; en azul, el promedio OCDE. Fuente: WHO (s. f.). Año de análisis: 2021. Elaboración propia.

La Tabla 1 presenta los esquemas de financiamiento del sistema de salud chileno basado en un marco conceptual elaborado por la OCDE (OCDE, Eurostat, World Health Organization, 2011), con el objetivo de analizar las fuentes de financiamiento de la salud. Como se observa en ella, el aporte público resulta insuficiente, representando solo el 50% de la recaudación total. Un 12% de los recursos son administrados por las Isapres, lo cual se complementa con un mercado limitado para seguros complementarios. Un preocupante 35% de la recaudación proviene directamente de los hogares (DESAL, 2023).

A pesar de que, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, INE, de 2023, un 35% de la población económicamente activa no cotiza, ya sea porque se encuentra desocupada (8,7%), ya sea porque trabaja de manera informal (27,5%), las cotizaciones obligatorias de los trabajadores representan una fuente significativa de financiamiento del sistema. A través de las cotizaciones se recauda el 19% del presupuesto total para la salud, por lo que mejorar las condiciones laborales de la población podría generar impactos significativos en el financiamiento del sistema sanitario (INE, 2023).

Detalle	FS	MM CLP	MM USD	% del total
Aporte fiscal administrado por Fonasa	1,0	11.094.144	12.665	39%
Cotizaciones obligatorias a Fonasa	3,0	3.144.802	3.590	11%
Cotizaciones obligatorias a Isapres	4,0	2.202.638	2.515	8%
Cotizaciones adicionales a Isapres	5,1	1.162.568	1.327	4%
Seguros voluntarios	5,2	734.979	839	3%
Gasto de bolsillo	6,1	9.922.988	11.328	35%
Otros	6,2	58.871	67	0%
Recaudación total		28.320.990	32.332	100%

FS: Financing schemes [Esquemas de financiamiento]. En base a la clasificación OCDE, Eurostat & World Health Organization: *A system of health accounts*, 2011.⁴ Datos: DESAL, 2023, Año de análisis: 2023. Valor dólar: promedio valores del dólar en diciembre, 2023, Banco Central. FS: Financing Schemes. MM: Mille-nes. CLP: Pesos Chilenos. USD: Dólares USA. GTS: Gasto total en salud. Elaboración propia.

4 Para profundizar, puede consultar en OECD, Eurostat & WHO (2011).

En conclusión, aunque Chile destina una cantidad considerable de recursos a la salud, la estructura de financiamiento vigente no asegura a la población un acceso a servicios de salud con protección financiera. En ese orden de ideas, aumentar el gasto público y reducir el gasto privado es relevante.

1.4 CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Las recomendaciones generales elaboradas por la Organización Mundial de la Salud y por economistas de la salud de todo el mundo sobre el financiamiento de la salud, apuntan a establecer un sistema de salud basado en redes integradas de atención, con un fuerte arraigo en el primer nivel de atención, promoviendo un financiamiento fiscal suficiente, planificado y equitativo (Summers, 2015). Para lograr esto es necesario establecer un Sistema Nacional de Salud integrado y bajo una única administración.

Al analizar la gobernanza del sistema de salud chileno, se observa dos instituciones estructurantes. La función de rectoría se encuentra radicada en el Ministerio de Salud, órgano al que le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud. En coordinación, a la Superintendencia de Salud le corresponde supervisar y controlar a las Isapres, así como fiscalizar a todos los prestadores de salud, sean públicos o privados.

En ese sentido, al Ministerio de Salud —a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales—, le corresponde coordinar los 29 servicios de salud públicos que organizan la red de prestadores públicos de cada región. La coordinación de dichos servicios se realiza en base a la estrategia de Atención Primaria de Salud (en adelante, “APS”). A su vez, cada servicio de salud gestiona los niveles secundarios y terciarios de atención.

La red de dispositivos de APS están presentes en todo el territorio nacional. Son más de 700 Centros de Salud Familiar (Cesfam), y hospitales comunitarios y más de 1400 dispositivos locales de menor tamaño, con equipos multidisciplinarios conformados por más de 100.000 profesionales de la APS, los cuales combinan un enfoque preventivo a través de Cesfam y rehabilitación basada en la comunidad, y una capacidad resolutoria de casos moderados mediante servicios de urgencia que cuentan con capacidad diagnóstica y de tratamiento. Este último incluye: Servicio de Atención Primaria de Urgencias (SAPU), el Servicio de Alta Resolutividad (SAR), y ambulancias. El primer nivel de atención se debe articular con el nivel secundario a través de Centros de Diagnósticos y Tratamientos a nivel secundario. Además, existe una red de hospitales de alta, mediana y baja complejidad, que representan aproximadamente el 70% de las camas hospitalarias disponibles en el país (Clínicas Chile, 2024).

Todos los asegurados por Fonasa tienen acceso a los prestadores públicos de manera gratuita y sin distinción. Además, los cotizantes y sus cargas familiares (clasificados en los tramos B, C y D) pueden acceder a prestadores privados mediante la Modalidad de Libre Elección, recibiendo un subsidio aproximado del 50% para atenciones ambulatorias.

Los cotizantes y sus cargas representan el 81% del total de los asegurados, mientras que el 19% restante corresponde a personas no cotizantes y con escasos recursos (tramo A).

El 90% del gasto en atenciones de salud de Fonasa se destina a prestadores públicos, presupuesto que se distribuye en un 24% a atención primaria, financiada a través de dos mecanismos:

- una asignación per cápita ajustada por riesgo; y
- un pago por programas de reforzamiento (conocido como PRAPS).

La atención secundaria y hospitalaria se financia mediante un presupuesto histórico y Grupos Relacionados por el Diagnóstico⁵ (GRD). Desde 2015, tras más de dos décadas de desarrollo académico, los GRD comenzaron a utilizarse para asignar recursos a prestadores privados y a 25 hospitales pilotos de alta y mediana complejidad (Cid et al., 2024).

Durante la pandemia de covid-19, Fonasa utilizó estos mecanismos para financiar toda la red asistencial nacional, tanto pública como privada, con el fin de ofrecer una respuesta coordinada a la alta demanda asistencial. Actualmente, el GRD representa casi el 60% de la asignación a los hospitales públicos (DIPRES, s. f. -a).

Ahora bien, el 10% restante del gasto en atenciones de salud en que incurre Fonasa se destina a prestadores privados (DIPRES, s. f. -a). El impacto de dichos recursos es significativo para la sostenibilidad financiera del sistema en su conjunto ya que, como se ha dicho anteriormente, esto representa aproximadamente el 40% de los ingresos del sector privado (Diputados y Diputadas de Chile, 2024), en tanto los prestadores privados se enfocan principalmente en la atención curativa, incluyendo centros de especialidad, laboratorios y centros hospitalarios. Las Isapres ofrecen todas sus coberturas en prestadores privados, no obstante, el 52,9% de las prestaciones que allí se ejecutan se realizan a pacientes de Fonasa, atribuibles principalmente a atenciones ambulatorias (Diputados y Diputadas de Chile, 2024).

1.5 LA SEGREGACIÓN DE LA POBLACIÓN EN EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DUAL

La existencia de dos sistemas de aseguramiento paralelos ha generado consecuencias nocivas para la cohesión social, en tanto el modelo de financiamiento de las aseguradoras privadas genera discriminación en el acceso a la salud, exclusión de ciertos grupos por su menor capacidad de pago

5 Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) constituye un sistema de clasificación de pacientes que permite conformar grupos homogéneos basados en la similitud de sus características clínicas biomédicas y en su consumo de recursos. El uso de los GRD permite a los prestadores calcular los costos involucrados en el cuidado de ese diagnóstico. Costos que consideran severidad de la patología, riesgo de mortalidad, pronóstico, dificultad del tratamiento, necesidad de intervención e intensidad de recursos, permitiendo anticipar dotación de personal, equipamiento e insumos necesarios (Águila et al., 2019).

y/o su carga de enfermedad y una disipación de recursos públicos destinados a la seguridad social en la industria privada (Thomson et al., 2020).

Las Isapres, lejos de regirse por los principios de la seguridad social o el enfoque de derechos, han perfeccionado su capacidad para discriminar a sus afiliados, lo que les ha permitido evitar a la población con mayor riesgo y monopolizar a una población relativamente joven, masculinizada y con mayores ingresos (Cid & Uthoff, 2017). Esta discriminación en el acceso se realiza a través de la venta de seguros diseñados para cada cotizante según su nivel de riesgo. Los métodos de tarificación utilizados por las Isapres les permiten cobrar primas individuales lo suficientemente altas como para cubrir los costos esperados de cada contrato, los gastos de administración y las utilidades, esto es, de acuerdo con el principio de equivalencia de riesgos (Debrott y Fábrega, 2024).

Este ajuste de planes según los riesgos individuales se realiza a través de la aplicación, por un lado, de las tablas de factores que ajustan por sexo y edad a cada miembro del plan y, por otro, con la declaración de salud donde los afiliados deben declarar sus preexistencias bajo la amenaza de no ser cubiertas por la aseguradora. Esto da lugar a un gran número de planes, de los que el 30% cuenta únicamente con un cotizante (Cámara de Diputados, 2024), lo que es consecuencia de un mercado con alta asimetría de información, de gestión y comercialización compleja. La gestión de esta segmentación conlleva un elevado costo en administración y ventas que en 2023, según datos de la Superintendencia, representó el 10% de los gastos totales de las aseguradoras.

De esta manera, resulta evidente que las Isapres –pese a recibir recursos destinados a la seguridad social–, seleccionan a sus afiliados con un menor riesgo y con mayor capacidad de pago. Los resultados de esta discriminación son claros y nocivos para el sistema de salud que concentra a la población más vulnerable en Fonasa.

Fonasa concentra el 82% de la población nacional, compuesto por el 84% de todas las mujeres, el 95% de todas las personas mayores y el 96% de las personas extranjeras (MINSAL, 2024b), mostrando concentrar a mujeres, personas mayores y extranjeros.

La Tabla 2 muestra otros ejemplos de la segmentación del sistema de aseguramiento considerando sus niveles de ingresos, su distribución territorial, discapacidad y pertenencia a algún pueblo originario (PPOO). Destaca la baja afiliación de población con bajos ingresos, ruralidad, discapacidad y perteneciente a pueblos originarios, reforzando la idea de la capacidad de esta industria de “descremar” y seleccionar a sus afiliados.

Complementaria a la Tabla 2, la Figura 2 ilustra la relación entre la afiliación a Fonasa y la incidencia de la pobreza multidimensional en Chile. Los datos reflejan cómo, en las áreas con mayores índices de pobreza, la afiliación al sistema público de salud es significativamente más alta. Este patrón pone de relieve la segmentación estructural del sistema de aseguramiento en salud, donde el acceso y cobertura dependen en gran medida de la condición socioeconómica. Así, el sistema público de salud, a través de Fonasa, opera como un recurso esencial para la población en situación de vulnerabilidad, lo que evidencia las inequidades persistentes en el acceso a servicios de salud y refuerza la necesidad de un enfoque de seguridad social que reduzca dichas brechas.

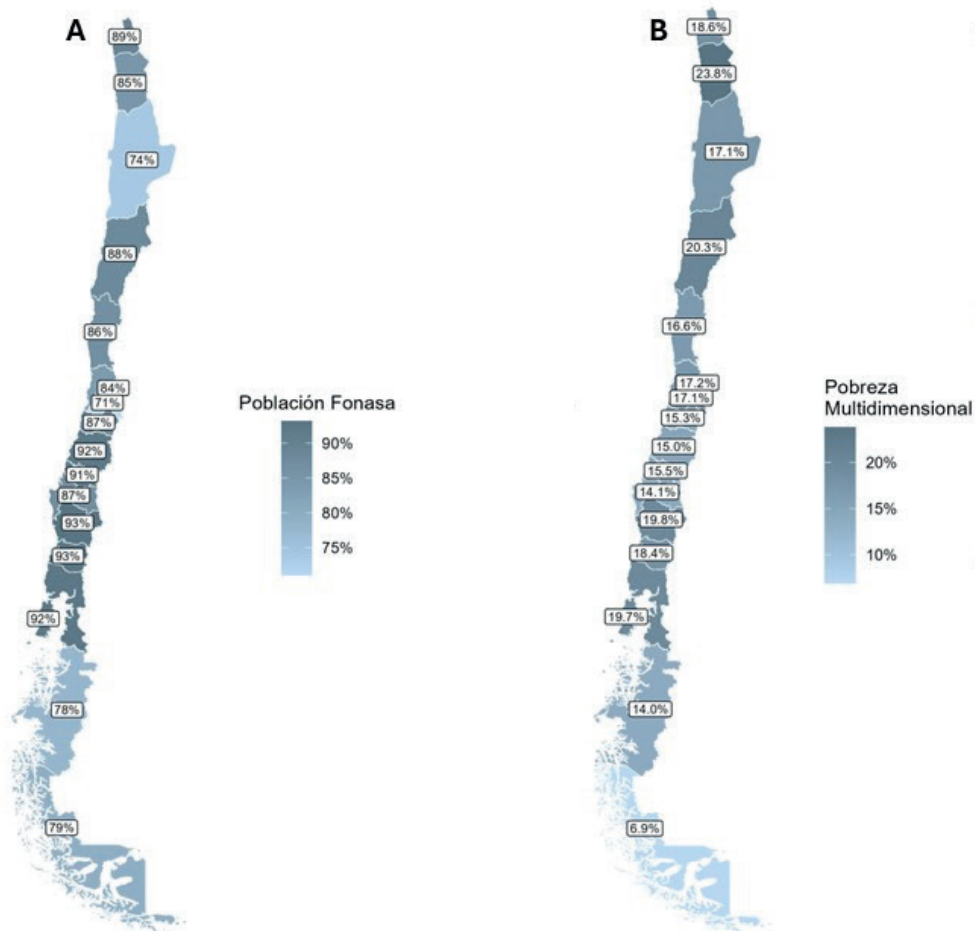
Este fenómeno limita el alcance de la seguridad social en salud. En la práctica, el sistema público funciona como un “subsidio implícito” de Fonasa a las Isapres, por recibir a la población con mayor siniestralidad cuando no pueden pagar la prima ajustada por riesgo en su Isapre (Cid, 2018).

TABLA 2
CARACTERIZACIÓN DE AFILIADOS A FONASA
VERSUS AFILIADOS A ISAPRES

	Fonasa	Isapres
Población general	16.229.898	2.715.746
Población general	82%	14%
Población del quintil más bajo	93,9%	1,9%
Población del quintil más alto	37,9%	58,0%
Población urbana	78,3%	16,6%
Población rural	90,0%	5,9%
Personas con discapacidad	90,1%	6,0%
Personas pertenecientes a PPOO	89,2%	7,7%

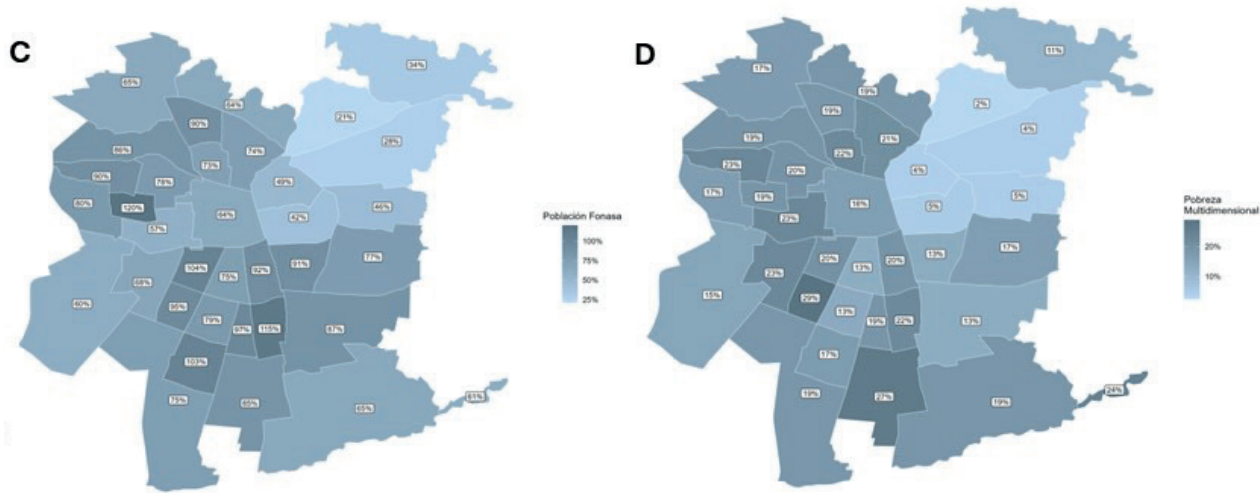
Elaboración propia en base a datos Casen 2022 (Observatorio Social Ministerio del Desarrollo Social y Familia, s. f.). SIS, 2023. PPOO: pueblos originarios.

FIGURA 2 (A y B)
CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN FONASA Y POBREZA MULTIDIMENSIONAL



A. Porcentaje de población en Fonasa según región. B. Porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional por región. Los colores más oscuros representan un mayor porcentaje, ya sea una mayor proporción de personas Fonasa o mayor proporción de personas en situación de pobreza. Se destaca la similitud de los colores entre ambas variables para la misma región y comuna. Fuente: Casen 2022 (Observatorio Social Ministerio del Desarrollo Social y Familia, s. f.), y Datos abiertos Fonasa 2023 (Fonasa, 2023). Elaboración propia.

FIGURA 2 (C y D)
CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN FONASA Y POBREZA MULTIDIMENSIONAL



C. Porcentaje de población en Fonasa según comuna urbana en la Región Metropolitana. D. Porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional por comuna urbana en la Región Metropolitana. Esta figura ilustra la segmentación de la población según aseguramiento y pobreza multidimensional. Los colores más oscuros representan un mayor porcentaje, ya sea una mayor proporción de personas Fonasa o mayor proporción de personas en situación de pobreza. Se destaca la similitud de los colores entre ambas variables para la misma región y comuna. Fuente: Casen 2022 (Observatorio Social Ministerio del Desarrollo Social y Familia, s. f.), y Datos abiertos Fonasa 2023 (Fonasa, 2023). Elaboración propia.

2.

EL ACTUAL DEBATE SOBRE EL MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. ¿QUÉ ELEMENTOS ESTÁN SOBRE LA MESA EN LA DISCUSIÓN SOBRE LA REFORMA DE SALUD?

2.1 LA NECESIDAD POSTERGADA DE UNA REFORMA ESTRUCTURAL

La última gran reforma, implementada en 2005, introdujo el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (en adelante, "GES"), que garantiza por ley el acceso, la oportunidad de diagnóstico y tratamiento, la calidad de la atención y la protección financiera para un listado específico de condiciones de salud. A dos décadas de la implementación del GES, su valoración en términos asistenciales es positiva, aunque ha recibido críticas en relación a su financiamiento.

En el sector público, los recursos destinados al GES han significado una reducción en la asignación a prestadores públicos, equivalente a 62.459 millones de pesos en un año (Fonasa, 2023), por efecto de mantener la oportunidad del tratamiento a través de prestadores privados, lo que da, al mismo tiempo, cuenta la brecha de oferta pública. Mientras que, en el sector privado, esta reforma permitió a las Isapres cobrar una prima de libre fijación (Prima GES), que se suma al valor total del contrato de salud. Considerando de forma independiente, esta prima subsidia las ganancias y los gastos administrativos, dado que su fijación es superior al gasto real en prestaciones GES (Cid & Uthoff, 2017).

A pesar de ser la principal reforma hasta la fecha, el incremento de la prima GES en los planes de las Isapres ha generado un aumento considerable de judicializaciones. Con el objetivo de abordar las inequidades del sistema de salud, en marzo de 2014 la presidenta Michelle Bachelet formó una Comisión Asesora Presidencial (en adelante, "CAP, 2014"), que la apoyara:

en el estudio de la normativa del Sistema de Salud, especialmente en lo relativo a los administradores privados (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE), los derechos de sus afiliados y beneficiarios y sus relaciones con el Sistema de Salud en su conjunto, y proponer adecuaciones y reformas al sector, de manera que la Salud pueda ejercerse como un derecho de la seguridad social (CAP, 2014, p. 26).

Esta comisión definió siete principios fundamentales de la seguridad social: *universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, eficiencia, participación y sustentabilidad*. Estos principios se fundamentan en una revisión atenta de la literatura y en resoluciones de organismos internacionales, para lo cual se desarrolló un plan de reformas en el contexto de la época, orientado hacia la transición a un sistema de seguro universal de salud (Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado).

A nivel global, también se reconoce la importancia de alcanzar la cobertura universal de salud y de garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud, ocasionando que ese mismo año 2014, Chile, junto con otros países de la región de las Américas, se uniera a la propuesta estratégica de acceso y cobertura universal de salud de la Organización Panamericana de la Salud. Esta propuesta se basa en los principios del derecho a la salud, la equidad y la solidaridad, en un marco de eficiencia (Cid, 2018). Para la OPS:

el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras (OPS, 2022, p. 4).

Esto resalta la importancia de garantizar un acceso equitativo y de proporcionar protección financiera a la población como elementos cruciales para lograr la cobertura universal de salud (Cuadrado et al., 2019).

2.2 EL ESTALLIDO SOCIAL Y EL FRUSTRADO PROCESO CONSTITUYENTE

En las últimas dos décadas el sistema político fue incapaz de ofrecer una respuesta concreta a las necesidades y expectativas de la población en cuanto a derechos sociales, que incluyen el derecho a la salud. La fuerte resistencia de la industria a una transformación del modelo sanitario ha sido un factor decisivo en esta situación. Esta incapacidad del sistema político para avanzar en transformaciones, entre otras razones, fue la que condujo a que, en 2019, Chile experimentara uno de los períodos políticos y sociales más complejos desde el retorno a la democracia, conocido como *estallido social*.

La respuesta institucional a esta crisis se tradujo en la apertura de un proceso constitucional que permitiera –entre otras cosas–, rediseñar el rol del Estado en la provisión de derechos sociales. La apertura de este proceso fue ampliamente ratificada por la ciudadanía en el plebiscito realizado en 2020, donde la opción “Apruebo” para una nueva Constitución recibió el 78,27% de los votos.

El primer órgano constitucional fue integrado por una mayoría progresista que, en materia del derecho a la salud, propuso establecer un “Sistema Nacional de Salud de carácter universal, público e integrado” (Moreno, 2022). Conforme a los estándares internacionales de la seguridad social, este sistema sería financiado en base a las rentas generales del país, así como a las cotizaciones de trabajadores y empleadores, fomentando la solidaridad del sistema. Junto con ello, delegó al legislador la designación del órgano público encargado de administrar los fondos del sistema. Sin embargo, por diversas razones que no se abordarán en este documento, el texto fue rechazado en el plebiscito de 2022 por un 61,97% de los votantes.

Antes de que terminara el trabajo del primer órgano constituyente, las fuerzas conservadoras, que se encontraban subrepresentadas, propusieron la apertura de un segundo proceso. Así, una vez rechazada por la ciudadanía la primera propuesta constitucional, los partidos políticos acuerdan iniciar un segundo proceso constitucional protagonizado por dos órganos: la Comisión Experta, integrada por académicos nombrados por el Congreso Nacional, reflejando dicha composición ideológica, y el Consejo Constitucional, que –elegido mediante sufragio universal–, fue integrado por una mayoría conservadora de derecha radical.

En este segundo proceso, mientras el anteproyecto elaborado por la Comisión Experta eliminó la garantía constitucional al mercado privado en la salud, el Consejo Constitucional propuso una profundización del rol subsidiario del Estado, reforzando las garantías constitucionales para la participación de aseguradoras y prestadores privados en las acciones de salud. Esta propuesta constitucional nuevamente fue ampliamente rechazada por la ciudadanía en el plebiscito de 2023.

Este segundo rechazo puso fin a un ciclo político marcado por intensas demandas de cambio y transformación, iniciado con movilizaciones desde 2006 hasta 2019 y liderado

por una generación que llegó al poder en las elecciones presidenciales del año 2021.

2.3 EL PROGRAMA DE GOBIERNO DEL PRESIDENTE GABRIEL BORIC

El programa de gobierno con que resultó elegido el presidente Gabriel Boric en 2021 (*Programa de Gobierno Apruebo Dignidad, s. f.*), refleja el propósito de consolidar un Estado de bienestar que, en lo relativo al sistema de salud, recoge las principales recomendaciones elaboradas por las diversas comisiones de expertos que han debatido sobre los desafíos pendientes del sistema durante más de 10 años,⁶ proponiendo la creación de un Fondo Universal de Salud (en adelante, “FUS”), que centralice la recaudación y administre los recursos del sistema de salud con mayor equidad y eficiencia en el uso de recursos. De esta manera, se logrará la cobertura universal de Fonasa para todas las personas residentes en el país. En este diseño, el FUS se encargará de administrar las cotizaciones del 7% de los trabajadores y los aportes estatales, eliminando el actual negocio de las Isapres, que transitan a funcionar como seguros complementarios y ya no sustitutos. Junto con ello, se propone crear una Agencia para la Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETESA), encargada de definir la cobertura de los beneficios basándose en criterios de costo-efectividad y equidad social.

Paralelamente, se crea un Servicio Nacional de Salud (SNS), encargado de estructurar la atención en torno a la red pública con altos estándares de calidad, erguido sobre la estrategia de la Atención Primaria de Salud. Se propone universalizar la APS al 100% de la población, priorizando la prevención y promoción de la salud. Así mismo, invertir en infraestructura y equipamiento para reducir las brechas de acceso, con especial atención a las zonas rurales. Finalmente, el programa señala que se diseñará un plan nacional de dotación para asegurar una adecuada distribución de trabajadores de la salud en todo el sistema.

A la luz de lo ya señalado, es posible concluir que el programa de gobierno propone avanzar, en el ámbito del financiamiento, hacia un modelo de Seguro Nacional de Salud que permita sustentar un Sistema Universal de Salud (en adelante, “SUS”).

Este modelo se caracteriza por contar con un seguro único y nacional, donde una entidad estatal actúa como único asegurador en un primer nivel de coberturas. Financiado a través de impuestos, contribuciones obligatorias o una mezcla de ambos tipos de financiamiento, el seguro único garantiza a toda la población acceder a un paquete de prestaciones definidas por el Ministerio de Salud manteniendo la capaci-

6 La Comisión Asesora Presidencial, conformada por la Presidenta de la República, S. E. Michelle Bachelet (Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, CAP, 2014); la Comisión del Colegio Médico de Chile junto a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (ESP-COLMED, 2018); del Centro de Estudios Públicos (CEP 2020); del Banco Mundial para Chile (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento; Banco Mundial, 2021)

dad de elección de prestadores públicos y privados con que el seguro tenga convenio.

Esto no implica una erradicación de las aseguradoras privadas del sistema sanitario. Por el contrario, la experiencia de países como Canadá, Corea del Sur o Taiwán demuestran que sobre este primer nivel de aseguramiento se pueden establecer seguros complementarios y suplementarios⁷ en el marco de la seguridad social (Cuadrado et al., 2019).

2.4 LA CRISIS DE LAS ISAPRES

El modelo de negocio de las Isapres ha sido especialmente lucrativo. De acuerdo con datos reportados por las Isapres a la SIS (Poblete, 2021), se observa que entre los años 2012 y 2020 sus utilidades totalizaron 576.200 millones de pesos, con un promedio anual de 64.022 millones de pesos, excluyendo a Isapre Más Vida (Said, 2023). La principal ventaja de su modelo de negocio es la capacidad de “descreme” de sus afiliados más riesgosos por medio de tablas de factores cuya inaplicabilidad por inconstitucionalidad fue declarada por el Tribunal Constitucional en 2010 y declarada ilegal consistentemente por la Corte Suprema. Además, el año 2019, la Superintendencia de Salud emitió una Tabla Única de Factores (TUF), para aplicar a la tarificación de los nuevos planes, eliminando la discriminación por sexo y estableciendo tramos etarios rígidos.

Debido a que las aseguradoras decidieron omitir la aplicación de la TUF, manteniendo una estrategia de negocios agresiva, se produjo una extraordinaria judicialización por parte de sus afiliados. La magnitud de esta saturó el sistema judicial, ya que el 83 % de las causas ingresadas a la Corte Suprema del año 2022 corresponden a recursos de protección contra las Isapres relacionados con la adecuación de los precios de planes. Como respuesta a este fenómeno, en noviembre del 2022 la Corte Suprema resolvió sobre estas materias con efectos generales, condenando a las Isapres a la devolución de los cobros excesivos de manera retroactiva desde la entrada en vigencia de la TUF a sus afiliados, generando una deuda estimada en más de 1.186 millones de dólares (Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión del Boletín 15896-11, CTA, 2023).

Pero, independiente de dicho fallo, en términos estructurales, el negocio de las Isapres venía desmoronándose por diversas razones. Entre ellas, por su incapacidad de controlar los costos de sus prestadores y problemas relacionados con su integración vertical. Sobre lo primero, la incapacidad de las Isapres para contener los costos de sus prestadores genera una constante presión inflacionaria en los precios debido a su sistema de pago por acto, en el cual se cobra por cada procedimiento realizado, sin importar el resultado sanitario. Este modelo no fomenta un uso racional de los especialistas, un problema conocido como “*doctor shopping*”, y carece

de mecanismos de “*gatekeeping*”,⁸ que prioricen el uso de médicos generales para una derivación adecuada y racional a especialistas.

La integración vertical, en cambio, implica que los grupos empresariales que controlan las Isapres también poseen prestadores privados, organizándose en conglomerados. Aunque la ley prohíbe a las Isapres actuar directamente como prestadores, sí permite que los grupos empresariales mantengan tanto aseguradoras como prestadores privados (Goyenechea & Sinclair, 2013). Esta integración vertical desincentiva la contención de costos, ya que los gastos y utilidades de los prestadores relacionados, son traspasados a los usuarios a través de gastos de bolsillo y aumento en las primas (CAP, 2014).

En conclusión, el sistema de Isapres se encuentra en una crisis profunda y estructural, originada por varios factores: el descontrol en los gastos sanitarios, el traspaso de estos costos a los afiliados mediante aumentos indiscriminados en los planes, la alta judicialización y los desregulados costos administrativos asociados a la segmentación de personas con mayores riesgos de salud, así como los gastos de marketing para captar población sana.

En ese sentido, la ausencia de una lógica sanitaria y de seguridad social en el sistema de Isapres se debe principalmente a la resistencia de la industria frente a los intentos legislativos por reformar el sistema. En los hechos, la presión por implementar dicha lógica ha expuesto que la sostenibilidad del modelo de negocio de las Isapres depende de su capacidad de vulnerar derechos fundamentales, pues sus representantes han alegado que el negocio resulta inviable cuando se le aplican estándares básicos de regulación, como la prohibición de discriminar por sexo, edad y preexistencias de los cotizantes, la exigencia de una cobertura adecuada de prestaciones y la incapacidad de ajustarse a los cambios demográficos y epidemiológicos del país (Said, 2023). Este agotamiento del modelo de seguros privados de salud no es único de Chile; ha sido ampliamente documentado en la literatura global sobre seguros privados de salud en experiencias comparadas (Thompson et al., 2020).

2.5 LA MIGRACIÓN FONASA - ISAPRES

A medida que la crisis del sector de aseguramiento privado se profundiza, se ha observado un crecimiento notable en la población afiliada a Fonasa, entre otras cosas, por la migración de personas desde las Isapres. En un periodo de dos años, desde agosto de 2022 hasta agosto de 2024, Fonasa ha crecido en más de 940,000 personas. Complementariamente, la universalización de la atención primaria, ha incorporado a más de un millón de personas en algún centro de APS en el país durante el mismo periodo (Fonasa, 2024). Históricamente, la migración de Isapres a Fonasa ha estado condicionada por el descrome. Sin embargo, esta nueva

⁷ Para profundizar en las definiciones, Thomson et al. (2020).

⁸ Se define como “*gatekeeping*”, al proceso de autorización de las derivaciones al especialista por parte de un médico de familia designado para cumplir esta función. Para más información, Reibling & Wendt (2012), y Sripa et al. (2019).

cohorte de migrantes desde las Isapres es diferente. Está compuesta, en su mayoría, por personas con una siniestralidad menor, siendo relativamente más hombres, con edades comprendidas entre los 20 y 54 años, y con rentas un 54% superiores a las rentas promedio en Fonasa. (Fonasa, 2024).

Se ha observado que el aporte de la cotización obligatoria en el sistema de salud supera el gasto en servicios asistenciales y beneficios pecuniarios, lo que permite considerar a los afiliados como aportantes netos. Esto amplía la mancomunidad de recursos y contribuye a la sostenibilidad financiera del sistema.

En resumen, a pesar de las presiones fácticas que la institucionalidad política enfrenta a la hora de reflexionar en torno a una nueva regulación del sistema y las dificultades políticas que el gobierno enfrenta con minoría parlamentaria, el fracaso del proceso constituyente y el cambio en las prioridades debido a una coyuntura marcada por la agenda de seguridad, la crisis financiera sin precedentes que enfrentan las Isapres, derivada de los fallos de la Corte Suprema, obligó a todos los sectores, quizás de manera inesperada, a discutir reformas importantes en el ámbito de la salud.

2.6 LA LEY CORTA DE ISAPRES: UNA RESPUESTA DE ESTADO A LA CRISIS DE LA INDUSTRIA PRIVADA EN SALUD

El Ejecutivo, presionado por la industria y la amenaza de una posible insolvencia financiera que podría desencadenar una crisis completa en el sistema de salud chileno,⁹ presentó un proyecto de ley destinado a cumplir de manera gradual con las sentencias de la Corte Suprema. Este proyecto buscaba proteger los derechos de las personas en términos de cobertura financiera y acceso a prestaciones, limitando al mismo tiempo el impacto de la crisis en el sistema de salud. Es así como, de manera paradójica, por el contexto de crisis del sistema de Isapres, durante 2023, la agenda legislativa en salud debió enfocarse en abordar reformas al sistema de aseguramiento privado, mediante la Ley 21.674, conocida como la “Ley Corta de Isapres” (en adelante, “Ley Corta”), en cuyo contenido destacan tres elementos relevantes:

- (i) establece un mecanismo para el pago de la deuda por cobros excesivos;
- (ii) introduce la modalidad de Cobertura Complementaria (en adelante, “MCC”);
- (iii) otorga nuevas facultades a la Superintendencia de Salud para supervigilar la fijación de precios por las aseguradoras privadas.

⁹ El exministro de Salud, Jaime Mañalich, declaró: “Si la red privada de salud se cae, es una catástrofe sanitaria y política que el gobierno no puede enfrentar” (Troncoso, 2024), en tanto la presidenta del Colegio Médico opinó acerca de la Ley corta de Isapres: “Tengo esperanza de que lo que prime sea la prudencia” (Araneda, 2024).

2.6.1 Mecanismo para el pago de la deuda por cobros excesivos

Luego de un extenuante debate público en la materia, la Ley Corta estableció un marco jurídico para cumplir con las sentencias en que la Corte Suprema condena a las Isapres a la devolución de los cobros excesivos a los afiliados por la omisión de la Tabla Única de Factores (TUF). Al respecto, existe diversidad de evaluaciones sobre la indulgencia o insuficiencia de los mecanismos, plazos y reajustes extraordinarios de primas que la ley permite (Martínez, 2024).

Desde la perspectiva del mundo progresista, los plazos de pago se consideran excesivamente largos, permitiendo que una parte significativa de la deuda se transfiera a los afiliados mediante aumentos extraordinarios de las primas de hasta un 10%, además de modificaciones en el cálculo del Índice de Costo de Salud Asegurada (ICSA), durante la tramitación de la ley de presupuesto de 2023.

Por otro lado, las Isapres declararon que el monto de la deuda estimada por la Superintendencia de Salud (SIS), resultaba excesivo, por lo que durante la tramitación de la ley, la industria, a través de indicaciones presentadas por la oposición, promovió desde el Senado un nuevo mecanismo para calcular la deuda, basado en un sistema de “mutualización”.¹⁰

No obstante, esta propuesta no prosperó ya que el Tribunal Constitucional determinó que, dada la iniciativa legislativa exclusiva del Ejecutivo en materia de seguridad social, la propuesta resulta inadmisibles. Pese a ello, la Asociación de Isapres sostuvo que las disposiciones de la Ley Corta no logran resolver el déficit financiero del sector (Isapres de Chile, 2023).

2.6.2 Introduce la Modalidad de Cobertura Complementaria

La segunda parte de la Ley Corta se centra principalmente en Fonasa. Por un lado, se le otorgan atribuciones para garantizar la continuidad de la atención a ciertos grupos priorizados en caso de que alguna Isapre enfrente insolvencia. Por otro lado, se habilita a Fonasa para dar un marco a la actividad del sector privado, tanto en la prestación de servicios como en el aseguramiento, mediante la creación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), poniendo en el centro el incremento de la cobertura a las personas.

Esta modalidad permite ofrecer una mayor protección financiera para prestaciones en el sector privado, sin que esto

¹⁰ La Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado, en el marco de la discusión del boletín 15896-11, estimó que para calcular los cobros excesivos a los afiliados que se originaron por no haber usado la Tabla Única de Factores, se debe considerar los efectos que habría tenido el uso de esa misma tabla en la totalidad del sistema, no de manera individual. Con esta fórmula de cálculo, la deuda total ascendería a 451 millones de dólares. Este monto es 949 millones de dólares menor que los 1.400 millones de dólares establecidos por la SIS. Así llegó al Senado la fórmula de la “mutualización”, que podría rebajar en 949 millones de dólares la deuda de las Isapres con sus afiliados (Debrott & Fábrega, 2024).

implique un gasto fiscal adicional en un contexto de restricciones presupuestarias, a través de un rediseño del financiamiento privado. La mayor cobertura financiera adicional será proporcionada por aseguradores seleccionados mediante licitación, quienes ofrecerán una prima comunitaria plana en convenio con Fonasa. Las compañías que participen en esta modalidad no podrán discriminar ni condicionar el acceso a las prestaciones.

La MCC es compatible con un sistema de aseguramiento primario y universal, acompañado de un seguro voluntario complementario para acceder a otros prestadores o con una mayor protección financiera.

El modelo se inspira en experiencias comparadas en Eslovenia, Estados Unidos y Francia.¹¹ En este orden de ideas, la MCC debe ser apreciada como un paso hacia la urgente implementación de un FUS. Esto se debe a que, por un lado, cada vez más personas se están afiliando a Fonasa, lo que aumenta la capacidad de recaudar las cotizaciones de los trabajadores en un fondo mancomunado y fomenta la solidaridad entre la población. Por otro lado, esta modalidad introduce mejoras significativas en la asignación de recursos a los prestadores privados, permitiendo una mayor eficiencia y equidad en el financiamiento, así como una mejor protección financiera. Además, se espera que la MCC sea capaz de integrar a los prestadores privados de manera más armónica con las prestaciones del sector público, avanzando en la integración de servicios sanitarios.

2.6.3 Otorga nuevas facultades a la Superintendencia de Salud para supervisar la fijación de precios por las aseguradoras privadas

Por último, el proyecto buscó reducir la judicialización en el sistema de salud privado mediante la asignación de nuevas facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud (SIS).

En el marco de la discusión parlamentaria de la Ley Corta, fueron comprometidos otros proyectos de ley,¹² que dicen relación con una reforma al sistema de salud que profundice los principios de seguridad social, fortaleciendo a Fonasa y a la Superintendencia de Salud, lo que representa una oportunidad desde el punto de vista de avanzar en una reforma estructural al sistema. Además, se compromete un proyecto de ley a ser enviado antes del primero de octubre 2024 para eliminar las preexistencias y la discriminación en las Isapres. Este proyecto de ley, actualmente en discusión en el Congreso, abre la puerta para introducir modificaciones estructurales en el sistema de Isapres, que serán cruciales para el futuro de las aseguradoras privadas y, por ende, del sistema en su conjunto, por lo que, desde antes de la presentación del proyecto ley por parte del Ejecutivo, el debate sobre el carácter de la reforma al sistema privado concentró la atención de múltiples actores.

¹¹ En Estados Unidos existe un seguro de salud complementario diseñado para cubrir una parte o la totalidad de los gastos de bolsillo que no están cubiertos por Medicare Original (partes A y B) (Medicare, s. f.). Este tipo de seguro es ofrecido por compañías privadas y ha evidenciado algunos problemas como la selección adversa débil y un considerable riesgo moral. En el caso francés, el aseguramiento primario es obligatorio, universal y solidario; aproximadamente, el 96% de la población cuenta con un seguro complementario, y el Estado subsidia a las personas con menores ingresos para la contratación de este seguro (Complémentaire santé solidaire: CSS). Finalmente, en Eslovenia, donde existe un seguro único, el 73% de la población cuenta con un seguro complementario para cubrir brechas en la cobertura, representando el 15,6% del gasto total en salud.

¹² La décima disposición transitoria de la ley 21.674, establece un calendario legislativo: Dentro del periodo legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto, a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud. Así mismo, establece que: antes del 1 de octubre de 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud; así como a eliminar las discriminaciones por edad y sexo, y los mecanismos que permitan su viabilidad, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud (Goldstein, 2024).

3.

CHILE, EN EL DEBATE ENTRE DOS MODELOS DE SALUD CONTRAPUESTOS

3.1 LA ENCRUCIJADA DEL SISTEMA DE SALUD

Como se señaló en el capítulo anterior, la recientemente aprobada Ley Corta dio inicio a un calendario legislativo de posibles reformas estructurales al sistema de salud, dando lugar a profundos debates en los que se enfrentan dos alternativas contrapuestas para la regulación del sistema sanitario y la participación de privados en él. Uno de estos modelos busca profundizar y consolidar en Chile un sistema de multiseuros de competencia regulada,¹³ mientras que el otro aspira a instalar un modelo basado en un Seguro Nacional de Salud (tipo *National Health Insurance*, NHI), como una articulación de la seguridad social que permita avanzar hacia un *Sistema Universal de Salud* (SUS).

Hasta ahora, las reformas, leyes y procesos de modernización son compatibles con ambos modelos, y sin duda, hay espacio para mejorar, no obstante, en la medida que la agenda legislativa avanza, se ha arribado a un punto en el que los próximos pasos irán irremediabilmente moviendo la aguja hacia uno de los desenlaces posibles. Por lo que los siguientes pasos son cruciales para la ruta que el sistema en su conjunto tomará.

3.1.1 Propuestas orientadas a la consolidación del multiseuro

La propuesta que propone la consolidación del modelo de multiseuros en Chile se observa en el informe del Comité de Expertos para la Reforma de Salud, convocado por la Comisión de Salud del Senado en el marco del envío del

proyecto de ley que busca poner fin a las preexistencias.¹⁴ Aunque este Comité estuvo conformado por expertos de distintas tendencias políticas, fue presidido por el exministro de Salud del gobierno de Sebastián Piñera, Emilio Santelices (Canales, 2024a), y guarda grandes similitudes con el proyecto de ley presentado en el segundo mandato del ex-presidente Sebastián Piñera. Se evidencia, de esta manera, la continuidad de la influencia de la actual oposición en la política pública, para mantener los intereses privados en el aseguramiento de la salud y la complejidad de la discusión sobre la estructura del sistema de salud en Chile.¹⁵

La transición hacia un modelo de multiseuros se basaría en tres pilares fundamentales:

- *Plan único de salud*: este plan, denominado “Plan Universal de Beneficios” (en adelante, “PUB”) en el informe de la comisión, permitiría que tanto Fonasa como las Isapres ofrezcan planes homologados.
- *Fondo de compensación de riesgo*: este fondo está diseñado para redistribuir los riesgos entre las Isapres, mitigando las disparidades en la siniestralidad que enfrentan diferentes aseguradoras. De esta manera, se busca garantizar una mayor estabilidad financiera para todas las Isapres, fomentando un entorno más sostenible, supuesto cuestionado empíricamente en los países en los que se ha implementado.
- *Regulación de seguros complementarios*: se propone regular los seguros complementarios para que ofrezcan coberturas adicionales a las comprendidas dentro del Plan Único de Salud.

3.1.2 Los riesgos sistémicos de la consolidación del multiseuro

Las propuestas presentadas por el Comité de Expertos para la Reforma de Salud y contenidas en las reformas al sistema de salud impulsadas en el gobierno anterior, son objeto de

¹³ En la modalidad de multiseuros existen varias entidades que participan del aseguramiento. Estas entidades son públicas o privadas, normalmente sin fines de lucro. El aseguramiento es universal y las entidades aseguradoras no pueden discriminar por riesgo individual, debiendo existir mecanismos de ajustes para compensar los riesgos de salud asociados a las carteras de beneficiarios de cada entidad aseguradora. Las prestaciones de salud son provistas por prestadores públicos o privados en convenio con las entidades aseguradoras, siendo la mayoría prestadores privados en los países europeos. Las ventajas asociadas con esta modalidad se relacionarían con la competencia regulada. La principal desventaja es que requieren de mecanismos de compensación de riesgos que generalmente resultan insuficientes, manteniendo los riesgos de segmentación (Arteaga, 2019).

¹⁴ En el debate sobre el contenido de dicho proyecto de ley, Emilio Santelices, exministro de Salud del presidente Piñera y presidente del Comité, afirmó en un medio de prensa local que “no existen las condiciones para implementar el Fondo Universal de Salud propuesto por el gobierno de Boric” (Canales, 2024a, párr. 3).

¹⁵ “Plan Garantizado de Salud en Isapre” (Boletín N° 8105-11) y la indicación sustitutiva “Plan de Salud Universal en Isapre” (No. 038-367).

un extenso debate en el documento titulado: *Fin a la cautividad y discriminación en las Isapres. Propuestas para la tramitación del proyecto de ley*. Este documento fue elaborado por la Comisión de Trabajo de la Fundación Friedrich Ebert (en adelante, “FES”) para la Reforma de Salud, y contó con la participación de diversos actores del ámbito académico, político y de trabajadores de la salud, todos ellos vinculados al mundo progresista.¹⁶

El referido documento señala que un grupo muy reducido de países con sistemas de salud basados en seguros sociales que cuentan con Fondos de Compensación de Riesgos (en adelante, “FCR”), han sido analizados en las discusiones de reforma en Chile y se trata de cinco naciones desarrolladas: Alemania, Bélgica, Israel, Países Bajos y Suiza. En estos sistemas, los recursos públicos de salud, que incluyen aportes fiscales, cotizaciones y otros ingresos, se integran en un fondo único que transfiere a las aseguradoras recursos ajustados según el riesgo de sus afiliados, permitiendo la compensación de riesgos entre ellas.

Si bien, en teoría, este modelo podría eliminar la competencia basada en la discriminación por riesgo y mejorar la equidad y eficiencia, la experiencia en estos países ha demostrado que regular, fiscalizar e implementar el ajuste de riesgo ha sido complejo y costoso. A pesar de los avances, las aseguradoras siguen discriminando y manteniendo altos gastos administrativos, compensando solo entre el 40% y 45% del gasto real.

Con todo, no se puede obviar que la comparación se realiza con sistemas sanitarios de trayectorias institucionales muy diferentes a la chilena. Estos cinco países poseen seguros privados basados en cajas o mutuales sin fines de lucro donde no existen grandes seguros estatales como el Fonasa. Además, cuentan con instituciones regulatorias robustas y un mercado con valores de PIB per cápita que supera con creces al chileno, sueldos mínimos superiores, tasas de desocupación bajas y tasas de trabajo formal elevadas. Estas características contrastan con Chile, que tiene un mercado más pequeño, concentrado, con baja capacidad regulatoria del Estado y con una cultura organizacional del sistema de aseguramiento privado que incumple sistemáticamente la regulación vigente.

En este contexto, la implementación de un FCR provocará la consolidación de la competencia directa entre Isapres y Fonasa por la cartera de afiliados de menor riesgo y más

ingresos. Esta competencia directa sería favorecida por la existencia de un plan único de salud, que permitiría homologar las coberturas entre Fonasa e Isapres, facilitando así la comparación de planes y servicios entre ambos seguros. Junto con ello, esta propuesta entraría en competencia directa con la implementación de la MCC.

Lo anterior mantendría la segmentación por ingresos al consolidar dos “esquemas de seguridad social de salud paralelos” (Peña et al., 2024, p. 16), con dos pools de distribución de riesgos distintos: uno para las personas de mayores ingresos del país y otro para el resto de la población. Este diseño sería totalmente contrario a las recomendaciones de la OMS para avanzar en seguridad social en salud y no existe en ningún lugar del mundo.

3.1.3 Los riesgos del proyecto de ley recientemente presentado, que elimina las preexistencias y la declaración de salud en las Isapres

Como también señala el documento de la Comisión de Trabajo de la FES para la Reforma de Salud (Peña et al., 2024), el proyecto de ley finalmente presentado por el Ejecutivo en octubre de 2024 contiene elementos que podrían favorecer el avance de la reforma hacia la consolidación de un modelo multiseguros.

Primero, aunque no propone un FCR, introduce el mecanismo de reaseguro, que busca evitar la discriminación por riesgo en las Isapres y enfrentar la selección adversa. Este mecanismo permite a las aseguradoras cubrir los gastos más altos de los beneficiarios cuando exceden un umbral predefinido.

Al respecto, la Comisión FES realiza una extensa revisión bibliográfica relativa a la experiencia de implementación de este mecanismo en otros países. La comisión concluye que dicho mecanismo no logrará evitar la discriminación por riesgo ni enfrentar la selección adversa. Se discute que, aunque el reaseguro redistribuye los costos entre aseguradoras cubriendo los gastos más altos de los beneficiarios, ha demostrado generar ineficiencia y costos elevados.

En países como Alemania, Estados Unidos y Países Bajos, se implementó de forma transitoria y complementaria a los FCR. En estas experiencias, se observó que el reaseguro incrementó los costos operativos de las aseguradoras, al tiempo que incentivaba el uso ineficiente de recursos.

En Australia, el único país donde el reaseguro se implementó como un mecanismo aislado, sin un fondo de compensación asociado, se observó una mayor ineficiencia y un menor impacto en la reducción de la discriminación por riesgo. Al parecer, lejos de ser una solución efectiva, el reaseguro tiende a empeorar los incentivos de control de costos y a generar mayores dificultades en el sistema.

Para un mercado pequeño como el chileno, existen muy pocas entidades de estas características que podrían reasegurar las carteras de las Isapres. Esto podría constituir de facto un FCR privado, generando los mismos efectos indeseables.

Asociado a esto, la comisión alerta sobre la probabilidad de que ingresen compañías internacionales, que son las que

¹⁶ Comisión de Trabajo FES para la Reforma de Salud: Jaime Peña Henríquez (Rumbo Colectivo); Soledad Barría (Instituto Igualdad, exministra de Salud); Álvaro Erazo (Instituto Igualdad, exministro de Salud); Danae Sinclair (Nodo XXI); Claudio Cárcamo (ANCOSALUD); Christopher Moreno (FENASENF); Cristián Rodríguez (CONFUSAM); Eduardo Muñoz (Fundación Salvador Allende); Fernanda Mora (FENASENF); Fernando Araos (exsubsecretario de Redes Asistenciales); Gabriela Fariás (FENPRUSS); Gabriela Flores (CONFUSAM); Gloria Flores (FENASSAP); Isabel de Ferrari (Instituto Igualdad); José Luis Espinoza (FENASENF); Juan González (COTRASAM APS); Karen Palma (FENATS y CUT Chile); Laura San Martín (CONFUSAM); Margarita Araya (CONFEDPRUS); Mauricio González (ICAL); Pablo Monje (ICAL); Raúl Méndez (Nodo XXI); Rodrigo Rocha (FENPRUSS); Rosa Vergara (ANCOSALUD); Valeska Pizarro (FENASSAP); Yamil Asenie (FENPRUSS).

tienen experiencia en el reaseguro de seguros de salud, lo que incorpora el riesgo de generar barreras significativas a una eventual reforma estructural, debido a las trabas derivadas de tratados de libre comercio y obligaciones comerciales internacionales, que podrían complicar las modificaciones de las reglas que regirán este nuevo nicho de negocio.

En segundo lugar, como ya se ha mencionado anteriormente, la comisión advierte que el establecimiento de un sistema de seguros complementarios regulados en el sistema de aseguramiento privado generaría competencia directa a la modalidad de cobertura complementaria de Fonasa y presenta el riesgo de trasladar la cautividad y la selección por riesgo al segundo nivel de cobertura.

Pese a las dificultades que presenta el proyecto de ley presentado por el gobierno, la comisión FES propone un camino para poder generar durante la discusión legislativa algunos avances que favorezcan la transición hacia el FUS. Por ejemplo, la comisión sugirió incorporar indicaciones a la ley, para generar incentivos para el tránsito de las Isapres a convertirse en seguros de segundo piso, así como consolidar la atención primaria universal y su financiamiento durante el proceso de transición al seguro único.

Por lo tanto, las opciones de cambio basadas en los compromisos adquiridos por el Ejecutivo, tanto en el programa de gobierno como en la Ley Corta, y en la discusión legislativa del proyecto que pone fin a las preexistencias, se mantiene aún abierta la posibilidad de avanzar hacia una reforma que consolide un Fondo Universal de Salud en Chile. Sin embargo, como ya se ha expuesto, también está presente el riesgo de que la discusión avance por el camino contrario.

3.2 LA OPORTUNIDAD Y URGENCIA DE LA REFORMA

Actualmente, con la crisis financiera de las Isapres, y la acelerada migración desde Isapres a Fonasa, es posible proyectar, si no se modifica el escenario, y además con la entrada en vigencia de la MCC durante el 2025, que en los próximos años Fonasa abarque un porcentaje cada vez mayor de cotizantes. Es por esto que hoy existen oportunidades únicas, que tal vez no existían hace 10 años, cuando inician los procesos de discusión de una eventual reforma con la Comisión Asesora Presidencial (CAP 2014), para una transición exitosa a un sistema tipo seguro nacional de salud (NHI), como lo contemplado en el programa del actual gobierno, en miras a un sistema Universal de Salud. En la práctica, el sistema de salud chileno está transitando de facto hacia la integración en un solo pool de riesgo a la gran mayoría de la población (82% de la población nacional, 93% de las personas mayores del país, 85% mujeres, 95% personas extranjeras, varias regiones sobre el 90%) (MINSAL, 2024b). Esto representa un recorrido claro para acabar con la segmentación, tanto por riesgo como por nivel socioeconómico que caracteriza al sistema de salud.

Hoy, por lo tanto, una de las principales disputas políticas radica en si las futuras reformas al sector apuntarán a continuar reduciendo el campo de las Isapres en términos de su número de afiliados o si las reformas planteadas apun-

tarán a reestructurarlas de un modo tal que pudiera revertir la tendencia actual, incorporando nuevos mecanismos de compensación de riesgos, orientados a hacer sostenible el negocio en el mediano y largo plazo y las hagan expandirse nuevamente.

Si se pretende alcanzar un sistema de salud que se sostenga en lógicas de seguridad social, se debe reducir decididamente el campo del aseguramiento privado por los efectos sistémicos que su existencia produce en el subsistema público. Para ello, es indispensable que las reformas inminentes incorporen incentivos para que las Isapres transiten a convertirse en aseguradoras de segundo piso, como ya lo ha sugerido la comisión FES y se proyectaba en el programa de gobierno.

En paralelo a este proceso de tránsito de las Isapres al segundo piso de aseguramiento e integración de todas las cotizaciones en un único fondo, como han advertido comisiones de expertos (ESP-COLMED, 2018; Comité Técnico de Reforma del Sector Salud, en adelante, "CTRSS, 2023"), se debe avanzar en una nueva gobernanza del sistema en su conjunto, planificando en el mediano plazo su universalización, con medidas que fortalezcan tanto el seguro público como el sistema de prestadores públicos y, particularmente, la atención primaria, puerta de entrada del sistema.

3.3 ¿CÓMO AVANZAMOS? LOS CAMINOS POSIBLES DE LA REFORMA PENDIENTE

3.3.1 Experiencia internacional

Países como Australia, Canadá, Corea, Estonia y, más recientemente, Uruguay, han implementado un modelo de Seguro Nacional de Salud (*National Health Insurance - NHI*). Estas exitosas experiencias demuestran que, a pesar de trayectorias históricas e institucionales diversas, es posible establecer un NHI para lograr la cobertura universal de salud. Este mecanismo sería el más factible para transitar a un modelo de seguridad social en salud, dado el contexto chileno, asegurando un acceso eficiente y equitativo a la atención sanitaria (Cid & Uthoff, 2017; Cuadrado et al., 2019).

Transiciones como esta, según muestra la literatura disponible, han generado una disminución del gasto de bolsillo y un aumento del gasto público en los países donde se han implementado, además de una mejoría en diversos indicadores de salud (Cid & Uthoff, 2017).

3.3.2 El fortalecimiento de Fonasa y una mejor gobernanza

En paralelo a este proceso de tránsito de las Isapres al segundo piso de aseguramiento e integración de todas las cotizaciones en un único fondo, como han advertido comisiones de expertos (CAP, 2014; ESP-COLMED, 2018; CTRSS, 2023), se debe avanzar en una nueva gobernanza del sistema en su conjunto, planificando en el mediano plazo su universalización. Para ello, se requiere implementar medidas que fortalezcan el seguro público y el sistema de prestadores públicos, en particular, la atención primaria, que es la puerta de entrada de los usuarios al sistema.

En esta misma línea, la Ley Corta mandata al Ejecutivo a presentar uno o más proyectos de ley para el fortalecimiento del Fonasa.

Dentro del grupo de propuestas que apuntan al fortalecimiento de Fonasa, se encuentra la implementación de una *afiliación automática* a Fonasa para todos los residentes en Chile (CTRSS, 2023).

Con el mismo objetivo, se propone una *nueva fórmula para el cálculo del presupuesto* de Fonasa, incorporando la variable del ingreso de los nuevos afiliados al sistema, indexando el presupuesto al número de beneficiarios y el uso de las prestaciones asistenciales y pecuniarias. De esta manera, se espera lograr mayor capacidad e independencia financiera de Fonasa, indispensable para sostener su universalización (CTRSS, 2023).

Complementariamente, se debe fortalecer las atribuciones sobre la asignación de recursos con eficiencia, transparencia y sostenibilidad financiera. La asignación se realiza mediante el diseño e implementación de mecanismos de pago que superen el pago por acto y sus efectos inflacionarios. Estos deben ser capaces de orientar la conducta de los prestadores a resultados sanitarios, productividad y uso racional de los recursos. Así también, se debe abordar el rol de Fonasa como asegurador y las atribuciones que tenga para exigir rendimiento a los prestadores tanto públicos como privados, a través de sus mecanismos de asignación. Esto implica compartir riesgos financieros con los prestadores, para promover eficiencia y racionalidad en el uso de recursos, centrado en resultados sanitarios en los distintos niveles de atención, incluida la APS.

Con miras a mejorar su gobernanza se han elaborado múltiples propuestas destinadas a democratizar la institución y otorgarle mayor autonomía. Entre ellas, destaca la *creación de un consejo con atribuciones fiscalizadoras* y consultivas, que incluya la participación de ciudadanos y trabajadores, y que supervise tanto el cumplimiento de la misión de Fonasa como una gestión financiera adecuada (CTRSS, 2023).

3.3.3 Fortalecimiento de la red pública de salud

El fortalecimiento de la red pública de salud es fundamental para el avance de la seguridad social, cubrir las brechas de atención y cumplir las expectativas de la población, sobre todo en lo que respecta a reducir los tiempos de espera.

Con el objeto de reducir los tiempos de espera, además de la ya propuesta modernización del sistema de gestión y seguimiento, es urgente fortalecer la red pública de prestadores y mejorar su calidad. En este sentido, se hace necesario *augmentar la actividad asistencial* de la red pública, así como implementar mecanismos que aseguren una gestión financiera eficiente en la compra de servicios asistenciales a proveedores privados, cuando sea requerido.

Cabe destacar que actualmente se encuentra en tramitación el Sistema de Acceso Priorizado (en adelante, "SAP"), el que se propone una gestión eficiente de los tiempos de espera sanitarios a través del otorgamiento, por parte de Fo-

nasa, de un acceso priorizado y protección financiera para la realización integral y oportuna de intervenciones sanitarias que hayan sido priorizadas por el Ministerio de Salud (Boletín no. 12662-11). En esa línea, para otorgar certeza a los usuarios y mejor acceso a los servicios de salud, es relevante que se establezcan umbrales de tiempos de espera para las patologías no incluidas en el GES, de manera que si se incumple, Fonasa pueda derivar al paciente a otro prestador.

Junto con enfrentar el desafío de Estado de reducir los tiempos de espera, se observa otras debilidades en la red pública de salud que requieren ser fortalecidas de manera integral. Dentro de las reformas indispensables para mejorar el sistema sanitario chileno, se encuentra la reforma al *sistema de financiamiento de los servicios de salud y hospitales*.

A pesar de los avances logrados en la normalización presupuestaria, la crisis de financiamiento de los hospitales, evidente al inicio del último trimestre de 2024,¹⁷ revela que persisten desafíos significativos en la materia. Estos incluyen la suficiencia de recursos y la implementación de mecanismos eficientes para la distribución de los recursos y el control de su ejecución.

Fortalecer la red pública y cumplir con las recomendaciones internacionales (OPS, 2017), en materia de gasto público en salud que indican que los Estados deberían destinar al menos el 6% del PIB en gasto público en salud, requiere de acciones coordinadas a diversos niveles, enfocadas en garantizar la sostenibilidad integral del sistema.

Estudios realizados sobre sistemas de salud que enfrentan desafíos similares al chileno, como el *National Health Service* británico, subrayan que la planificación estratégica a largo plazo es fundamental y debe integrarse de manera global, evitando enfoques aislados en cada área. Esto permite asegurar una atención universal, equitativa, oportuna y de calidad para toda la población (Rachet-Jacquet, 2023; Appleby et al., 2024).

Las acciones necesarias para alcanzar estos objetivos incluyen:

- Desarrollar una infraestructura adecuada que garantice la disponibilidad de establecimientos y servicios en todo el país;
- Asegurar la presencia de personal capacitado de diversas disciplinas y niveles de especialización, con formación continua y una organización del trabajo que permita ofrecer servicios de calidad;
- Planificar la prestación de servicios en líneas estratégicas específicas.

¹⁷ En noviembre de 2024, la mesa directiva nacional del Colegio Médico de Chile emite una declaración pública donde se declara en alerta ante la grave crisis financiera de los hospitales: "Colmed en alerta ante grave crisis financiera de los hospitales" (Colmed, 2024). Mientras, diversos medios de prensa alertan también sobre las dificultades financieras, por ejemplo, La Tercera titula "Zoom a la crisis financiera de los hospitales: 39 superan los \$ 1.000 millones de deuda (Canales, 2024b).

- Establecer una estrategia de inversión para el equipamiento y la incorporación de nuevas tecnologías al sistema.
- Introducir ajustes en el sistema que aborden los determinantes sociales de la salud y promuevan el desarrollo sostenible.
- Asignar de manera progresiva los recursos necesarios para sustentar estas iniciativas.
- Implementar mecanismos de evaluación basados en indicadores de salud de la población, equidad en la provisión de servicios, eficiencia en el uso de recursos y otros aspectos clave para medir el desempeño del sistema.
- Finalmente, en cuanto a la gobernanza de las redes asistenciales, se ha evidenciado la necesidad de una mayor democratización y participación activa de la sociedad civil, usuarios y trabajadores, especialmente, a nivel territorial, para asegurar que las decisiones reflejen las necesidades de cada comunidad.

3.3.4 El avance de la APS universal

El Ministerio de Salud ha expresado que la universalización de la APS representa un pilar central para construir un sistema de salud universal. Descrita como el “corazón de la reforma” (Ministerio de Salud, 2024), la APS constituye el primer punto de contacto para todos los usuarios del sistema, coordinando el flujo de atención hacia los niveles secundarios y terciarios, y asegurando un uso eficiente de los recursos sanitarios (MINSAL, 2024a).

El programa piloto de APS Universal se ha implementado en 21 comunas, con resultados preliminares alentadores: un aumento del 20% en productividad, un incremento del 8% en la contactabilidad (personas que reciben al menos una atención), y una reducción en el uso creciente de la Modalidad de Libre Elección (MLE), en las dos comunas más grandes donde opera el piloto (Castillo, 2024).

Sin embargo, el modelo actual se sostiene en parte mediante subsidios indirectos al sistema de Isapres, dado que presta servicios financiados por recursos fiscales a personas afiliadas al sistema privado sin que las Isapres contribuyan financieramente a Fonasa. Como también lo advierte el informe de la Comisión FES (Peña et al, FES 2024), este problema podría agravarse si el proyecto de ley que elimina las preexistencias avanza sin modificaciones, ya que excluye a las Isapres de financiar el plan de salud familiar que cubre las prestaciones de nivel primario.

La experiencia internacional muestra que en los sistemas de seguro nacional, la atención primaria desempeña un rol clave en la creación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Como puerta de entrada, impulsa las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, lo cual refuerza la continuidad de la atención y mejora la eficiencia (ESP-COLMED, 2018), por lo que es esencial que la universalización de la atención primaria se extienda a todo el territorio nacional, con aportes desde el sector de aseguramiento privado mientras dure el proceso de transición al FUS.

3.3.5 La consolidación del Fondo Universal de Salud

Para una transformación del sistema de salud chileno con perspectiva de derechos y en concordancia con los principios de la seguridad social, es indispensable la creación del FUS como órgano que habilite financieramente el robustecimiento de la red asistencial pública con miras a un Sistema Universal de Salud. La consolidación de forma definitiva de un Fondo Universal de Salud es urgente, y la tramitación del proyecto de ley que lo establezca representará un paso indispensable dentro del proceso de reformas paulatinas que ya se ha iniciado.

En paralelo con los avances descritos para fortalecer y preparar la red pública y el seguro público para la universalización, y favorecer el tránsito de las Isapres a ser aseguradoras de segundo piso, se hace necesario entonces el envío del proyecto de ley que universalice el Seguro Público mediante un proceso de unificación de los distintos sistemas existentes en el país (Fonasa, Isapres y eventualmente también el sistema de salud de las Fuerzas Armadas),¹⁸ a través de la creación del FUS.

Según ya se ha planteado anteriormente, dicho fondo debería centralizar la recaudación y la administración de las cotizaciones obligatorias al Fonasa/FUS. En ese sentido, la consolidación del FUS requerirá un proceso de transición en el cual las Isapres asuman gradualmente el papel de seguros de segundo piso, integrándose al sistema sanitario a través de la Modalidad de Cobertura Complementaria.

Para llevar a cabo esta transición, existen diversos mecanismos y una serie de medidas que pueden facilitar el proceso de manera no excluyente, tales como implementar la afiliación automática al Fonasa/FUS y prohibir la creación de nuevos contratos en los que las Isapres funcionen como seguros sustitutos.

¹⁸ Las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública cuentan con un sistema de salud paralelo independiente para sus trabajadores y familias.

CONCLUSIONES

Hace más de una década se debate la urgente necesidad de una reforma estructural al sistema de salud en Chile que elimine la discriminación por riesgo, segregación territorial y segregación socioeconómica inherentes al actual modelo dual de aseguramiento. Desde una perspectiva progresista y, en consonancia con las recomendaciones internacionales, existe un consenso sobre la necesidad de avanzar hacia un Fondo Universal de Salud, permitiendo así la transición de un modelo de salud instaurado durante la dictadura, hacia un Sistema Nacional de Salud. Este cambio es un anhelo que comparten países con niveles de desarrollo similares, como Uruguay y Estonia.

El gobierno actual ha tomado medidas en esta dirección, como la implementación del copago cero, la cobertura complementaria de Fonasa y el proyecto piloto de Atención Primaria Universal. Sin embargo, el camino hacia la reforma está lleno de obstáculos. Chile se encuentra en una disyuntiva crucial: el modelo de Isapres está en crisis y no puede sostenerse sin una reforma estructural. La pregunta no es si habrá reforma, sino qué tipo de reforma se implementará en Chile.

Es en este escenario donde se desarrolla la discusión. Diversas comisiones de expertos han revisado la evidencia disponible y emitido recomendaciones sobre cómo avanzar en la reforma, identificando los nudos críticos en aspectos como el financiamiento y la gobernanza del sistema. Sin embargo, el principal obstáculo hoy no es técnico, sino político.

El gobierno progresista en el poder ejecutivo ha presentado propuestas claras para reformar el sistema de salud, integrando en su programa más de una década de debate y evidencia acumulada, aunque se ha visto forzado a reorganizar sus prioridades debido a distintas coyunturas y a la falta de mayoría en el poder legislativo. En el contexto del proceso legislativo, el Ejecutivo debe definir su posición sobre el rumbo a seguir: optar por profundizar el sistema segregado, en línea con la propuesta de la oposición que busca fortalecer las Isapres a través de un sistema de multiseguros, o bien, avanzar hacia un Fondo Universal de Salud, en concordancia con los compromisos asumidos en su programa de gobierno.

Una reforma como la que se plantea en el programa de gobierno, iría en la línea de consolidar en Chile un modelo de salud que se sustente en los principios de la seguridad social anteriormente definidos: universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, eficiencia, participación y sustentabilidad. Cumpliendo con el tan anhelado tránsito hacia un Estado de bienestar, garante de derechos sociales, en donde la salud sea concebida como un derecho social.

El gobierno actual se encuentra en su último año; es probable que la discusión no se cierre en este periodo legislativo, pero los proyectos de ley que se presenten en los próximos meses abrirán los caminos que seguirá este sistema de salud en la próxima década.¹⁹

¹⁹ Agradecimientos a Rodrigo Garrido, Aurora Rozas y Raúl Méndez por sus aportes y colaboración en la elaboración de este artículo.

REFERENCIAS

- Águila R., A., Muñoz D., M. A. & Sepúlveda S., V.** (2019). Experiencia en el desarrollo e implementación de la metodología de grupos relacionados por diagnóstico en un hospital universitario chileno. Evaluación a diez años de funcionamiento. *Revista médica de Chile*, 147 (12), 1518-1526. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019001201518>
- Appleby, J., Leng, G. & Marshall, M.** (2024, 20 de marzo). NHS funding for a secure future [Financiación del NHS para un futuro seguro]. *BMJ* 2024. 384:e079341 <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-079341>
- Araneda, F.** (2024, 8 de mayo). Presidenta del Colegio Médico por Ley corta de Isapres: "Tengo esperanza de que lo que prime sea la prudencia". *Diario Uchile*. <https://radio.uchile.cl/2024/05/08/presidenta-del-colegio-medico-por-ley-corta-de-isapres-tengo-esperanza-de-que-lo-que-prime-sea-la-prudencia/>
- Arteaga, O.** (2019). El desafío del financiamiento del sistema de salud chileno. *Revista Chilena de Salud Pública*, 23 (2), 161-165. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2019.56477>
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento & Banco Mundial** (2021). *Piezas para el desarrollo: Notas de política para Chile*. Banco Mundial. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/657831634541795553/pdf/Piezas-para-El-Desarrollo-Notas-de-Politica-para-Chile.pdf>
- Banco Mundial** (2023). Chile Panorama general. <https://www.bancomundial.org/es/country/chile/overview>
- Bilal, U., Alzaraqui, M., Caiiffa, W. T., Lopez-Olmedo, N., Martínez-Folgar, K., Miranda, J. J., Rodríguez, D. A., Vives, A. & Diez-Roux, A. V.** (2019, diciembre). Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis [Desigualdades en la esperanza de vida en seis grandes ciudades latinoamericanas a partir del estudio SALURBAL: un análisis ecológico]. *The Lancet Planetary Health*, 3 (12), e503-e510. [https://doi.org/10.1016/s2542-5196\(19\)30235-9](https://doi.org/10.1016/s2542-5196(19)30235-9)
- Cámara de Diputados** (2024, 1 de octubre). Boletín N.º 17147-11: Da cumplimiento al inciso segundo del artículo décimo transitorio de la ley N.º 21.674; modifica el decreto con fuerza de ley N.º 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las materias que indica; pone fin a las enfermedades o condiciones preexistentes; elimina las discriminaciones por edad y sexo en los planes de salud, y crea el plan común de salud de las instituciones de salud previsional. <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmid=17770&prmbOLETIN=17147-11>
- Canales, I.** (2024a, 17 de agosto). Emilio Santelices, exministro de Salud: "Insistir en un Fondo Universal de Salud sería ir de espaldas a lo que la ciudadanía hoy está buscando". *La Tercera*. <https://www.latercera.com/nacional/noticia/emilio-santelices-exministro-de-saludinsistir-en-un-fondo-universal-de-salud-seria-ir-de-espaldas-a-lo-que-la-ciudadania-hoy-esta-buscando/BTP52N3XMZA5TH2B6UCACXHM7/>
- . (2024b, 21 de octubre). Zoom a la crisis financiera de los hospitales: 39 superan los \$ 1.000 millones de deuda. *La Tercera*. <https://www.latercera.com/nacional/noticia/zoom-a-la-tesis-financiera-de-los-hospitales-39-superan-los-1000-millones-de-deuda/TBNXFVFCJBGMTXKPR-7PWLD5X4/>
- Castillo, C.** (2024). *Atención primaria de salud universal en Chile: un análisis de la implementación inicial del proyecto en comunas pioneras*. Documentos de Proyectos (LC/TS.2024/92). Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/dd0a1d57-beda-4bc1-8a05-482299d0ebfd/content>
- Centro de Estudios Públicos, CEP** (2020, 20 de enero). *Propuestas para la modernización del Fondo Nacional de Salud* [Informe]. <https://www.cepchile.cl/investigacion/propuestas-para-la-modernizacion-del-fondo-nacional-de-salud/>
- Cid, C.** (2018). Hacia un sistema de salud único, equitativo y solidario para Chile: Reflexiones sobre el pasado y propuestas para el presente. En D. Calderón y F. Gajardo (Compiladores). *Chile del siglo XXI: Propuestas desde la economía* (pp. 229-260). Heinrich-Böll-Stiftung; Estudios Nueva Economía. https://cl.boell.org/sites/default/files/chile_del_siglo_xxi_propuestas_desde_la_economia_final.pdf#page=229
- Cid, C., Dawson, N., Medina, C., Espinoza, A. & Bastías, G.** (2024). Lecciones y desafíos del uso de los grupos relacionados por el diagnóstico en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e67. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.67>
- Cid, C. & Uthoff, A.** (2017). La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e170. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.170>
- Clínicas Chile** (2023, mayo). *Camas hospitalarias públicas y privadas en Chile* [Informe]. <https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2023/05/Informe-de-Camas-Hospitalarias-mayo-2023.pdf>
- Colegio Médico de Chile** (2024, 4 de noviembre). Colmed en alerta ante grave crisis financiera de los hospitales [Declaración pública Mesa Directiva Nacional]. <https://www.colegiomedico.cl/colmed-en-alerta-ante-grave-crisis-financiera-de-los-hospitales/>
- Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado:** CAP (2014, 8 de octubre). *Informe final*. http://archivospresidenciales.archivonacional.cl/uploads/r/archivo-presidencia-de-la-republica-2/6/5/3/653944ef13a9b369201adb978e1e-48be612fa44194a042e3f96d6832ac50ee40/_home_aristoteles_documentos_D5.pdf
- Comisión Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; Colegio Médico de Chile: ESP-COLMED** (2018, mayo). *Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile*. <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/05/Propuesta-Reforma-de-Financiamiento-Integral-a-la-Salud.pdf>
- Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión del boletín 15896-11:** CTA (2023, 10 de octubre). *Informe final de la Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión del Boletín 15896-11*. <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/91288/1/INFORME%20FINAL%20COMISION%20TECNICA.pdf>
- Comité Técnico de Reforma del Sector Salud, CTRSS** (2023, 16 de noviembre). Informe del Comité Técnico de Reforma del Sector Salud (Convocado por la Comisión de Salud del Senado): Recomendaciones para reformas urgentes en el sistema de salud de Chile. <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/91289/1/Informe%20del%20Comité%20Técnico%20de%20Reforma%20del%20Sector%20Salud.pdf>
- Constitución Política de la República de Chile** (1980). Artículo 19. 21 de octubre de 1980. <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/60446/3/132632.pdf>
- Cuadrado, C., Crispí, F., Libuy, M., Marchildon, G. & Cid, C.** (2019, julio). National Health Insurance: A conceptual framework from conflicting typologies [Seguro Nacional de Salud: Un marco conceptual a partir de tipologías contradictorias]. *Health Policy*, 123 (7), 621-629. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.013>
- Debrott, D. & Fábrega, R.** (2024, 29 de enero). Isapres: La falacia de la «mutualización». *Ciper Chile*. <https://www.ciperchile.cl/2024/01/29/isapres-falacia-de-la-mutualizacion/>
- Departamento de Economía de la Salud, DESAL, Ministerio de Salud** (2023). Estadísticas Económicas en Salud de la Información Económica de la Salud. Recuperado el 31 octubre 2024, de <https://ies.minsal.gob.cl>
- Diputados y Diputadas de Chile** (2024, 11 de marzo). Comisión de Salud [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=CYrhA1loKtG>
- Dirección de Presupuestos Gobierno de Chile** (s. f. -a). Fondo Nacional de Salud 2023 [Presupuestos]. <https://www.dipres.gob.cl/597/w3-multipropertyvalues-14633-35324.html>

- . (s. f. -b). *Proyecto de ley de presupuestos año 2025, Partida: Ministerio de Salud*.
https://www.dipres.gob.cl/597/articles-346696_doc_pdf.pdf
- Ferretti, P.** (2024, 18 de octubre). Las razones y las fuerzas. *El País*.
<https://elpais.com/chile/2024-10-18/las-razones-y-las-fuerzas.html>
- Fondo Nacional de Salud, Fonasa** (2023). Datos abiertos. Estadísticas anuales de la población beneficiaria. Año 2023.
<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos/estadisticas-anuales>
- Goldstein, E.** (2024, julio). *Reseña sobre la Ley Corta de Isapres de 2024 (Ley 21.674)* [Minuta]. Asesoría Técnica Parlamentaria, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/36273/1/BCN__Resena_Ley_Corta_Isapres_2024__final.pdf
- Goyenechea, M.** (2014, octubre). ¿Reforma estructural en salud o regulación del negocio? *Cuadernos de Coyuntura*, (5), 16-25.
https://www.researchgate.net/publication/331473308_Reforma_Estructural_en_Salud_o_Regulacion_del_Negocio/link/5c7adaa4299bf1268d3339bf/download
- . (2019). Estado subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno. *Cuadernos Médico Sociales*, 59 (2), 7-12.
<https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/175>
- Goyenechea, M. & Sinclair, D.** (2013). La privatización de la salud en Chile. *Políticas Públicas*, 6 (1).
<https://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/politicas/article/view/1196/1120>
- Illanes, M. A.** (2003). La revolución solidaria. Las sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros: un proyecto popular democrático, 1840-1887. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 1 (5).
<https://www.redalyc.org/pdf/305/30500514.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, INE** (2003). *Informalidad laboral*. Recuperado el 31 de octubre de 2024, de <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/mercado-laboral/informalidad-laboral>
- . (2024). *Demografía y vitales*. Recuperado el 31 de octubre de 2024, de <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales>
- Isapres de Chile** (2023). Asociación de Isapres por Ley Corta: “El proyecto es un engaño y fuerza una falla sistémica en el acceso a la salud de todos los chilenos”.
https://www.isapre.cl/images/PDF/Declaracion_AGICH_11052023.pdf
- Ley 21.674 de 2024. *Que modifica el decreto con fuerza de ley n° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el Fondo Nacional de Salud, otorga facultades a la Superintendencia de Salud, y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsional*. 20 de mayo de 2024. D. O. 43.858. <https://bcn.cl/3k7c6>
- Magasich, J.** (2023, 15 de septiembre). El emblemático medio litro de leche diario para cada niño. MEER.
<https://www.meer.com/es/77268-el-emblematico-medio-litro-de-leche-diario-para-cada-nino>
- Matus-López, M.** (2023). *La pandemia de covid-19 como oportunidad de cambio: avanzar hacia la salud universal en América Latina*. Documentos de proyectos (LC/TS 2022/23). Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/48772-la-pandemia-covid-19-como-oportunidad-cambio-avanzar-la-salud-universal-america>
- Martínez, R.** (2024, 13 de mayo). “Hemos aprobado esta ley aunque hay muchas cosas que no nos gustan”: las reacciones tras despacho de la ley corta de isapres. *La Tercera*.
<https://www.latercera.com/politica/noticia/hemos-aprobado-esta-ley-aunque-hay-muchas-cosas-que-no-nos-gustan-las-reacciones-tras-despacho-de-la-ley-corta-de-isapres/X46OLUZ2W5BANFTIJW7MG2UZXM/>
- Medicare** (s. f.). ¿Qué es el seguro suplementario de Medicare (Medigap)? Medicare.gov.
<https://es.medicare.gov/health-drug-plans/medigap>
- Mena, G. E., Martínez, P. P., Mahmud, A. S., Marquet, P. A., Buckee, C. O. & Santillana, M.** (2021, 27 de abril). Socioeconomic status determines covid-19 incidence and related mortality in Santiago, Chile [El estatus socioeconómico determina la incidencia de covid-19 y la mortalidad relacionada en Santiago de Chile]. *Science*, 372 (6545), eabg5298. <https://doi.org/10.1126/science.abg5298>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile** (2024a, 23 de septiembre). *Universalización de la atención primaria de salud*. Salud Responde.
<https://saludresponde.minsal.cl/universalizacion-de-la-atencion-primaria-de-salud/>
- . (2024b). Proyecto de Ley de Presupuestos: Partida 16.
<https://microservicio-documentos.senado.cl/v1/archivos/600c39ed-a6e2-41d7-869e-05a8bdf5424a?includeContent=true>
- Moreno, V. H.** (2022, 27 de abril). Derecho a la salud se consagra bajo principios de universalidad en la nueva Constitución. *UChile Constituyente*.
<https://constituyente.uchile.cl/clavesconstituyentes/derecho-a-la-salud-se-consagra-bajo-principios-de-universalidad-en-la-nueva-constitucion/>
- Muñoz, C.** (2019). *La salud en Chile: Una historia de movimientos, organización y participación social*. Ediciones Universidad Austral de Chile.
- Observatorio Social Ministerio del Desarrollo Social y Familia** (s. f.). *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional, Casen 2022*.
<https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022>
- Organization for Economic Cooperation and Development, OECD** (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators* [Panorama de la salud 2021: Indicadores de la OCDE]. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- . (2023a). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators* [Panorama de la salud 2023: Indicadores de la OCDE]. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- . (2023b). *OECD Data Explorer. Health Expenditure and Financing. Data from 2003 to 2022* [Explorador de datos de la OCDE. Gasto y financiamiento de la salud. Datos de 2003 a 2022. Años 2021 y 2022].
<https://data-explorer.oecd.org/>
- OECD, Eurostat & World Health Organization, WHO** (2011). A system of health accounts 2011. *Revised Edition* [Un sistema de cuentas de salud 2011. Edición revisada]. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/9789264116016-en>
- Organización Mundial de la Salud, OMS** (2003). *Life expectancy at birth (years)* [Expectativa de vida al nacer (años)]. The Global Health Observatory. Recuperado el 31 de octubre de 2024, de [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years))
- Organización Panamericana de la Salud, OPS** (2017). *Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región*.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49169>
- . (2022). *Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud: Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal*. <https://doi.org/10.37774/9789275324264>
- Peña, J., Barria, S., Erazo, Á., Sinclair, D.** (2024). Fin a la cautividad y discriminación en las Isapres. Propuestas para la tramitación del proyecto de ley. Fundación Friedrich Ebert Chile. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/chile/21529-20241025.pdf>
- Poblete, R.** (2021, agosto). Resultados financieros del sistema Isapre al 31 de diciembre de 2020 [Documento de trabajo]. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.
https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2021/08/articles-20301_recurso_1.pdf
- Programa de Gobierno Apruebo Dignidad* (s. f.).
<https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan%2Bde%2Bgobierno%2BAD%2B2022-2026%2B%28%29.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo, PNUD** (2024). *¿Por qué nos cuesta cambiar? Conducir los cambios para un Desarrollo Humano Sostenible* [Informe sobre desarrollo humano en Chile 2024].
<https://www.unpd.org/es/chile/publicaciones/informe-sobre-desarrollo-humano-en-chile-2024>
- Rachet-Jacquet, L., Rocks, S. & Charlesworth, A.** (2023, junio). Long-term projections of health care funding, bed capacity and workforce needs in England [Proyecciones de largo plazo de la financiación de la atención sanitaria, la capacidad de camas y las necesidades de mano de obra en Inglaterra]. *Health Policy*, 132, 104815.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104815>

Reibling, N. & Wendt, C. (2012). Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems [Control de acceso y elección de proveedores de salud en los sistemas de salud de la OCDE]. *Current Sociology*, 60 (4), 489-505.

<https://doi.org/10.1177/0011392112438333>

Ruiz, C. (2015). *De nuevo la sociedad*. LOM ediciones.

Ruiz, C. & Boccardo, G. (2014). *Los chilenos bajo el neoliberalismo: clases y conflicto social*. Fundación Nodo XXI.

Said, J. C. (2023, 5 de mayo). Isapres: Cuándo empezó su crisis y por qué no hay cómo salvarlas. *Tercera Dosis*.

<https://terceradosis.cl/2023/05/05/isapres-cuando-empezo-su-crisis-y-por-que-no-hay-como-salvarlas/>

Solimano, G., Unda, H. & Álvarez, A. (1972). Programa Nacional de Leche. *Cuadernos médico sociales*, 13 (4), 10-23.

<https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1890>

Sripa, P., Hayhoe, B., Garg, P., Majeed, A. & Greenfield, G. (2019, mayo). Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review [Impacto del control de acceso de los médicos de cabecera en la calidad de la atención y los resultados, el uso y el gasto en salud: una revisión sistemática]. *British Journal of General Practice*, 69 (682), e294-e303.

<https://doi.org/10.3399/bjgp19x702209>

Summers, L. H. (2015, 21 de noviembre). Economists' declaration on universal health coverage [Declaración de los economistas sobre la cobertura sanitaria universal]. *The Lancet*, 386 (10008), 2112-2113.

[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00242-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00242-1)

Superintendencia de Salud, SIS (2024, 8 de abril). Estadísticas financieras del sistema Isapre a diciembre 2023.

<https://www.superdesalud.gob.cl/biblioteca-digital/estadisticas-financieras-del-sistema-isapre-a-diciembre-2023/>

Thomson, S., Sagan, A. & Mossialos, E. (Eds.) (2020). *Private health insurance: history, politics and performance* [Seguro de salud privado: historia, política y desempeño]. Cambridge University Press.

Troncoso, J. (2024, 8 de mayo). Jaime Mañalich: "Si la red privada de salud se cae, es una catástrofe sanitaria y política que el Gobierno no puede enfrentar". *Ex-Ante*.

<https://www.ex-ante.cl/jaime-manalich-si-la-red-privada-de-salud-se-cae-es-una-catastrofe-sanitaria-y-politica-que-el-gobierno-no-puede-enfrentar/>

TV Senado Chile (2023, 17 de octubre). *Comisión de Salud – 17 de octubre 2023* [Video]. *Youtube*.

<https://www.youtube.com/watch?v=L1Jwm8w5Qyl>

van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Akkazieva, B., Garg, C. C., Harbianto, D., Herrin, A. N., Huq, M. N., Ibragimova, I., Karan, A., Lee, T., Leung, G. M., Lu, J. R., Ng, C. W., Pande, B. R., Racelis, R., Tao, S. ... & Zhao, Y.

(2005). Paying out-of-pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact [Pagar de bolsillo la atención sanitaria en Asia. Impacto catastrófico y en la pobreza]. [Documento de trabajo 2]. Erasmus University; Institute of Policy Studies of Sri Lanka.

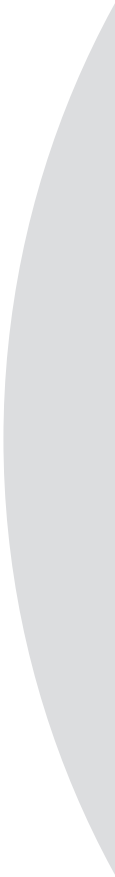
<https://ideas.repec.org/p/ess/wpaper/id823.html>

World Health organization, WHO (s. f.). *Global Health Expenditure Database* [Base de datos de gasto global en salud].

<https://apps.who.int/nha/database/SelectIndicators/en>

Xu, K., Saksena, P., Jowett, M., Indikadahena, C., Kutzin, J. & Evans, D. B. (2010). Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk [Explorando los umbrales de gasto sanitario para la protección contra el riesgo financiero]. *World Health Report*, 3, 328-33.

<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/19THE-thresv2.pdf>



AUTORA

Dra. Danae Sinclair Tijero. Médica cirujana de la Universidad de Chile, especialista en psiquiatría con formación en salud pública (ESP. U. Chile), Derechos Humanos, género y políticas públicas. Investigadora de salud del centro de estudios Nodo XXI. Integrante del del Departamento de Derechos Humanos del Colegio Médico de Chile, Regional Santiago y del Centro de Salud Mental y Derechos Humanos (ONG Cintras). Actual presidenta del Frente de Salud del Frente Amplio Chile.

FICHA TÉCNICA

Fundación Friedrich Ebert en Chile
Hernando de Aguirre 1320 | Providencia | Santiago de Chile

Responsable
Dr. Cäcilie Schildberg
Representante de FES-Chile

<https://chile.fes.de>
<https://fesminismos.fes.de>

Edición de contenido:
Arlette Gay
Directora de proyectos FES-Chile

Edición de estilo:
Guillermo Riveros Álvarez

El uso comercial de todos los materiales editados y publicados por la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) está prohibido sin previa autorización escrita de la FES.

HACIA UN MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Análisis y propuestas para la reforma del sistema sanitario



El sistema de salud chileno es mixto y segmentado, causando profundas inequidades. La dictadura consolidó el rol subsidiario del Estado, generando la dualidad entre el aseguramiento público (Fonasa) y el privado (Isapre). Fonasa asegura al 82% de la población, mientras que las Isapres discriminan a sus afiliados según riesgo y capacidad de pago, afectando la equidad y cohesión social.

El debate sobre una reforma estructural al sistema de salud lleva más de una década y no ha prosperado principalmente por la resistencia de las élites. En 2019, el estallido social evidenció la falta de respuesta a demandas sociales, incluida la salud. El actual programa de gobierno propone la creación de un Fondo Universal de Salud (FUS), pero el contexto político dificultaba su discusión. Paradójicamente, la crisis de las Isapres luego de los fallos de la Corte Suprema, y la resultante migración a Fonasa de un millón de personas, exigieron reformas urgentes.



La Ley Corta de Isapres para abordar la crisis estableció mecanismos para devolver cobros excesivos e introdujo la Modalidad de Cobertura Complementaria de Fonasa (MCC). En esta ley se comprometieron otros proyectos de reformas, convirtiéndose en una oportunidad de avanzar, no exenta de riesgos. Hoy Chile enfrenta un debate sobre dos modelos de salud: uno de tipo multiseuros versus un Seguro Nacional de Salud, como una articulación de la seguridad social que permita avanzar hacia un Sistema Universal de Salud. Las reformas actuales podrían inclinarse hacia uno u otro, con riesgo de perpetuar la segmentación y discriminación si se avanza al multiseuro.



Que Fonasa cubra a un mayor porcentaje de cotizantes constituye una oportunidad para transitar hacia el FUS. Su fortalecimiento, mediante la MCC y otras medidas, pueden preparar el camino para la universalización. La consolidación de la APS Universal y la transición de las Isapres hacia aseguradoras de segundo piso son claves. Experiencias internacionales muestran que la transición es posible y podría consolidar en Chile un sistema basado en los principios de seguridad social. Aunque probablemente el debate no se cierre en este periodo, las leyes que hoy están en discusión marcarán el rumbo.