

Hacia un sistema de salud único, equitativo y solidario para Chile: Reflexiones sobre el pasado y propuestas para el presente

Camilo Cid Pedraza*

Introducción

La concepción ideológica que sustentó las políticas de seguridad social en Chile desde comienzos de la década de los ochenta —en dictadura— correspondió a aquella neoliberal más extrema. Desde los noventa en adelante —en democracia—, lo principal de estas políticas no se revirtió, sino que se mantuvo.

Es conocido que durante los noventa la influencia de algunos organismos internacionales, en particular de algunas de las instituciones Bretton Woods —como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional—, fue muy importante en la adopción y consolidación de esta visión neoliberal (Homedes y Hugalde, 2005; Cid Pedraza, 2006; Riesco, 2012). Esta influencia consistió en la promoción de mecanismos de mercado y privatización de los sectores sociales, donde tradicionalmente estos mecanismos no existían, con el objetivo de corregir los problemas de eficiencia y supuesta insostenibilidad futura, diagnosticados en su momento en el caso de Chile por el régimen dictatorial que impulsó las llamadas “reformas modernizadoras”. Estas reformas fueron anunciadas en *El Ladrillo*¹ y comenzaron a aplicarse en 1975 en el llamado “Plan de Recuperación Económica” (De Castro, 1992; Morales, 2008).

A partir de la introducción de estas reformas, la eficiencia en los sistemas de seguridad social, como salud y pensiones, no solo no aumentó, sino que se bloqueó la consecución de los objetivos sociales que estas políticas deberían perseguir, como la equidad, la universalidad, la solidaridad y la sostenibilidad, en

* Agradezco a Andras Uthoff, con quien escribimos un texto que se encuentra en revisión editorial para ser publicado. Esa reflexión conjunta ha sido muy útil para la elaboración de este artículo. No obstante, los errores u omisiones en este trabajo son de mi exclusiva responsabilidad.

1 *El Ladrillo* se le llamó al documento de programa inicial del Gobierno de la dictadura. Fue un documento no publicado, preparado principalmente por economistas de la Universidad Católica mucho antes del Golpe, conocidos como los *Chicago Boys*. Como se sabe, tuvieron gran influencia en las medidas económicas impulsadas por Pinochet. Según el libro compilado por De Castro, *El Ladrillo* estuvo sobre la mesa en la primera reunión de la Junta Militar el día 12 de septiembre de 1973, un día después del Golpe de Estado.

definitiva, la satisfacción de la sociedad en cuanto a sus necesidades de salud y supervivencia dignas en la vejez. Por el contrario, las situaciones que caracterizan a los sistemas de seguridad social en la actualidad chilena, particularmente en salud, son la inequidad en el financiamiento y en los resultados, la pérdida de solidaridad entre generaciones y entre activos e inactivos, la discriminación y segmentación de la población en base a su riesgo y en base a su capacidad de pago, es decir, una discriminación entre sanos y enfermos, y entre ricos y pobres (Cid Pedraza, 2006).

Hace más de tres décadas que Chile mantiene un sistema de salud segmentado por riesgos e ingresos, entre el sistema público, financiado principalmente por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), y el sistema privado, cuyo aseguramiento lo ejercen las Instituciones de Salud Previsional (conocidas como isapres). El segmento isapres ocupa cerca de la mitad de los recursos disponibles para la salud en el país, incluyendo sus gastos de administración, sus ganancias y el gasto de bolsillo de sus afiliados. Según datos del Global Health Observatory (GHO) y de la Superintendencia de Salud estos recursos ascienden al 8% del PIB y sirven para atender al 18% de la población. Dentro del mismo sistema privado de salud se producen problemas: al envejecer o al adquirir una enfermedad grave o crónica, la mayoría de sus afiliados deben salir del sistema y recurrir a Fonasa, sistema al que nunca aportaron (porque el 7% de su cotización de seguridad social obligatoria fue a siempre a una isapre). Además, probablemente estas personas gasten más de lo que aporten a Fonasa, porque habrán jubilado y, consecuentemente, sus ingresos y sus cotizaciones habrán disminuido drásticamente.

De esta forma, según datos del GHO, los recursos que han estado disponibles para el sector público durante estas décadas no han superado el 4% del PIB y los gastos del bolsillo no ha podido reducirse más allá de un tercio del gasto total en salud, a causa principalmente, de la falta de cobertura financiera del sector de isapres, la falta de cobertura general en medicamentos y la exposición general de la población a eventos catastróficos y al empobrecimiento por gastos en salud (Aguilera, Castillo, Nájera e Ibáñez, 2014; Cid Pedraza y Prieto Toledo, 2012; Koch, Cid Pedraza y Schmid, 2017). Estas cifras ponen a Chile cerca del promedio regional en gasto público y gasto de bolsillo en salud, lejos de la relación que debiera tener por ser uno de los países de mayor PIB per cápita. Chile tiene casi el doble en gasto de bolsillo y la mitad en gasto público respecto de Uruguay o Costa Rica, que comparten el alto ingreso y que hace varios años presentan gastos públicos por sobre el 6% del PIB y gastos de bolsillo por debajo del 20%. Por cierto, una relación similar se establece con respecto al promedio de estos gastos de los países desarrollados de Europa y la OECD (datos del GHO).

En 2010, cuando el Tribunal Constitucional resolvió eliminar el articulado de la ley que regula al sector privado de salud y que promovía la discriminación para fijar las primas a través de permitir la diferenciación por sexo y edad en los cobros, el debate sobre las isapres se abrió en el país transformándose en un tema

que reiteradamente ocupa la agenda pública. La reflexión que aquí se presenta recoge la experiencia y avances realizados por la Comisión Asesora Presidencial de 2014 (Ministerio de Salud, 2014) en cuanto al diagnóstico y a sus propuestas más relevantes. Sin embargo, también se desarrollan reflexiones y propuestas que no necesariamente se encuentran acotadas en dicha Comisión, por cuanto representan la visión del autor e incorporan el paso del tiempo.

En octubre de 2014, la Comisión entregó a la Presidenta Bachelet el informe solicitado, basado en la reflexión de 18 personas asociadas fuertemente al sector salud.² Médicos, economistas, ingenieros y abogados, con roles distintos: exministros, académicos, técnicos y gerentes del mundo privado. El cambio de paradigma que propuso la mayoría es una demanda pendiente que la ciudadanía reclama. La incursión del mercado sin una adecuada regulación, colocando el énfasis en promover mayor competencia entre proveedores y aseguradores, y mayores opciones de elección entre los afilados, ha terminado en exclusión y no garantiza los derechos de acceder a prestaciones de salud. La posición final, la de mayoría, permitía construir una propuesta viable y es la que aquí se profundiza y complementa.

El tipo de desarrollo que ha tenido el sistema de salud chileno, que se manifiesta a través de eventos críticos sucesivos provenientes de la judicialización (que expresa los problemas de discriminación) y los problemas de sostenibilidad de algunas isapres, de las exclusiones escandalosas de cobertura en el sector privado y de la deuda hospitalaria y listas de espera en el sector público, tiene un límite y es posible que se estén afectando ya no solo la distribución desigual de los indicadores globales de salud de la población, sino también sus niveles generales, de tal modo que la contradicción entre mercado y solidaridad debe superarse a favor de esta última para permitir el avance del sistema.

En este artículo se contextualiza el sistema de salud chileno en términos históricos y se analizan sus antecedentes, para luego describir la propuesta generada en el seno de la Comisión y que se complementa enfatizando algunos aspectos particulares y más importantes en este momento. Se concluye haciendo énfasis en lo principal del diagnóstico y las propuestas. El método escogido para el desarrollo del trabajo está compuesto por preguntas a las cuales se intenta dar respuesta. Luego de la introducción, en las secciones de antecedentes se intenta contestar cuestiones como por qué existen las isapres —un sistema muy poco común a nivel internacional— y por qué en los años noventa y los dos mil todavía se creía en las políticas inspiradas en un período dictatorial anterior. En las secciones referidas al presente y al futuro del sector salud, nos basamos

2 Estas personas fueron: Ximena Aguilera, María Soledad Barría, Pedro Barría, Carmen Castillo, David Debrott, Marcelo Dutilh, Pedro García, Tomás Jordán, Osvaldo Larrañaga, Fernando Matthews, Mario Parada, Guillermo Paraje, Orielle Solar, Andras Uthoff y Camilo Cid Pedraza, quien la presidió. Ana María Albornoz y Gonzalo de la Carrera fueron nombrados también por la Presidenta, pero renunciaron a la Comisión en su fase final.

en la literatura internacional y en el Informe de la Comisión, así como en la revisión bibliográfica sobre tipos de sistemas de salud que han vivido procesos cambios desde el punto de vista del aseguramiento y el financiamiento. En este caso, se analizaron preguntas como: ¿Cuál es el problema del sistema de salud chileno actualmente y cómo se expresa? ¿Cómo se pueden aplicar las soluciones conocidas al caso chileno? ¿Cómo las pensó y qué propuso la Comisión? ¿Por qué surgen y cuáles son las diferencias suscitadas en la discusión?

El análisis se complementa con el uso de estadísticas públicas, como las series estadísticas del sistema de isapres, los datos de beneficiarios y financieros publicados por Fonasa, las cuentas de salud registradas en las bases de datos de OMS y los estados financieros anuales de las isapres publicados por la Superintendencia de Salud.

¿Por qué existen las isapres o el enfoque neoliberal de las políticas de seguridad social?

Las reformas a la seguridad social fueron llevadas a cabo durante las décadas de los ochenta y noventa en muchas partes del mundo y, en particular, en América Latina y otros países en desarrollo o subdesarrollados.³ Estas reformas incorporaron al mercado como la mejor alternativa posible para solucionar los problemas de la política social, particularmente, según lo declarado por los grupos tecnocráticos en el poder en ese momento y apoyados por organismos internacionales asociados a los acuerdos de Bretton Woods. El objetivo era lidiar con el aumento de los costos y la pérdida de sustentabilidad de los modelos anteriores (Homedes y Hugalde, 2005; Turner, 2005; Riesco, 2003).

El contexto mundial permitió el desarrollo de los procesos de introducción del mercado en la seguridad social. El consenso de Washington y la sintonía europea, el Acuerdo de Maastricht (Riesco, 2003), permitió que los organismos internacionales asociados al ajuste económico estructural de la poscrisis de la deuda tuvieran un gran poder de influencia en los gobiernos (Cid Pedraza, 2006; Riesco, 2012). En América Latina se sumó, además, el contexto político de la región, la que se encontraba en general dominada o recién saliendo de dictaduras militares que habían diezmado la capacidad de oposición organizada a este tipo de políticas (Cid Pedraza, 2006).

Resulta paradójico que cuando en Chile se formularon las primeras reformas, a principios de los ochenta, se declarara que los objetivos perseguidos por estos cambios eran la necesidad de mantener niveles adecuados de redistribución del

3 Los términos utilizados han ido cambiando desde conceptos como países desarrollados y subdesarrollados, centrales y periféricos, atrasados y avanzados, etcétera. Hoy se habla de países emergentes, en transición, están los BRICS o se clasifican según la renta, como vienen haciéndolo el Banco Mundial y el FMI, algo criticado por Cepal. Conservamos aquí las clasificaciones de los ochenta y noventa.

ingreso, la universalidad, la calidad y la equidad de los beneficios sociales (De Castro, 1992). No hay evidencia que determine que la privatización de parte, o completa, de estos sectores de la seguridad social haya traído mayor eficiencia. Por el contrario, la introducción de mecanismos de mercado ha actuado bloqueando los objetivos que se dijo perseguir (Cid Pedraza, 2006). Además, es necesario destacar otra confirmación y que dice relación con los costos iniciales u originarios de estas reformas a inicios de los ochenta: estos fueron similares al de una reforma tributaria inequitativa, ya que la creación de Fonasa y las isapres significó el traspaso de cotizaciones y aportes desde el Estado a administradores privados y que el propio Estado debió cubrir (parte) del déficit generado con cargo a otras políticas y beneficios sociales adquiridos previamente por la ciudadanía (Oyarzo, 1994).

De esta forma, a partir de las medidas de reforma estructural macroeconómica en Chile, la política de seguridad social se mantuvo por la fuerza, primero, y desde los noventa en adelante, en lo fundamental, se mantuvo supeditada a los equilibrios macroeconómicos y a la política de los consensos en lo político, siendo funcional al esquema de desarrollo neoliberal.

En el caso de la salud, la política que se impulsó a partir de 1981 (y se reimpulsó a partir del informe del Banco Mundial de 1993), planteó que debía promoverse la competencia entre proveedores de salud públicos y privados, y que esta competencia supuestamente incrementaría los niveles de satisfacción de la población, junto con la eficiencia (Banco Mundial, 1993). Esto implicaba que con la introducción de la privatización y los mecanismos de mercado, allí donde no se pudiera privatizar se contendrían los costos y se evitaría la baja eficiencia y calidad de los sistemas no competitivos.

Durante la dictadura se introdujeron importantes cambios (Riesco, 2003; Unger, de Paepe, Solimano y Arteaga, 2008). Se descentralizó el Servicio Nacional de Salud, transformándose en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con 26 Servicios de Salud descentralizados, y se entregó la administración de la Atención Primaria a las municipalidades, interrumpiendo de esa manera el modelo de atención creado en 1952. Se separó la función financiera del sistema en Fonasa, y se le asignó un rol normativo y de control nacional al Ministerio de Salud (Minsal). A su vez, se introdujo el sistema de seguros privados en el aseguramiento con la creación de las isapres, que asumieron la función sin ningún tipo de regulación, y recibieron rápidamente a las personas de salarios mayores, lo que a su vez generó un importante proceso de acumulación que permitió el desarrollo de la provisión privada de salud para ese segmento poblacional, en su mayoría del quintil más rico del país (Cid Pedraza, 2006; Unger, de Paepe, Solimano y Arteaga, 2008).

Las intenciones del gobierno dictatorial iban mucho más allá: en carpeta estaba la privatización de los hospitales públicos. Esta reforma produjo, a corto plazo, un fuerte y progresivo deterioro estructural y organizacional del sector

público de salud que, dicho sea de paso, aún no es recuperado por completo. De hecho, el gasto público en salud como porcentaje del PIB aún no alcanza los niveles de los años setenta (Riesco, 2012; Unger, de Paepe, Solimano y Arteaga, 2008).

La concepción económica que sustentó estos cambios fue la aplicación de la economía de mercado, o de economía del “bienestar” neoclásica, en las áreas de seguridad social en lo técnico-político, y con la esencia del modelo neoliberal, en lo ideológico y político, y fue amparada por los grupos en el poder y la fuerza del capital en el modelo económico (Cid Pedraza, 2006). Sin embargo, el término de la dictadura en 1990 no alejó a los tomadores de decisión y los políticos de esas concepciones teóricas conservadoras del neoliberalismo (Cid Pedraza, 2006; Riesco, 2012; Montoya, 2014).

¿Por qué en plenos años noventa y dos mil todavía se creía en mecanismos de mercado y privatización en la seguridad social?

Desde los años ochenta en adelante se impulsó la privatización parcial o total en sectores de seguridad social, como pensiones y salud, y en otras áreas de las políticas sociales, donde destaca educación, y el consecuente retiro del Estado de estas áreas (Riesco, 2012), con el fin de ofrecer espacio de negocios al sector privado, dotarlos de incentivos y generar una institucionalidad *ad hoc* para su desarrollo. Esto tuvo altos costos fiscales y sociales. Rápidamente en casi toda América Latina este proceso de reformas tomó un carácter extremo, y en algunos casos de experimento (Riesco, 2003), como en Chile, donde el proceso fue más profundo. La privatización de las empresas del Estado y de los fondos de salud, educación y pensiones en Chile marcaron la pauta en los años ochenta. El experimento continuó en los noventa.

Los conceptos que apoyaron la introducción del mercado en los sistemas de seguridad social tienen que ver con la convicción de sus ideólogos de que era necesario tratar de reproducir una institucionalidad que permitiera el funcionamiento de mercados en sectores caracterizados por sus altos niveles de fallas o donde los mercados simplemente no existían, para obtener mayor eficiencia. Se cuestionaron profundamente los modelos tradicionales de reparto en la seguridad social, que eran centralizados e integrados por razones de solidaridad y de economías de escala (por lo tanto, también, por razones de eficiencia). Se habló entonces de crear cuasimercados. Era necesaria la introducción de intermediarios financieros, los seguros de salud privados y las administradoras privadas de fondos de los trabajadores, que implementaran relaciones contractuales con los usuarios y con los proveedores, para generar o completar mercados, de modo que surgieran las señales adecuadas —léase precios— para generar mayor eficiencia a través de la competencia. De este modo,

junto con la introducción de los cuasimercados se buscó separar roles generando los agentes necesarios para que un mercado funcionara, esto es, separando las funciones de compradores, de consumidores, de productores, de oferentes, de reguladores, que permitieran operar señales que facilitarían la competencia (Cid Pedraza, 2006).

Es por lo anterior que, por ejemplo en salud, se requería un cambio de institucionalidad de acuerdo a lo siguiente:

- la descentralización operativa de los agentes, cada uno con su rol como en un mercado;
- los hospitales autónomos o privados, como entes productores competitivos y no como entes cooperativos responsables de la salud de una población;
- seguros (ojalá privados) como intermediadores de la demanda, compradores y no fondos de salud que financien un sistema integrado y solidario, basado en planificación sanitaria;
- entes reguladores y normativos que corrigiesen defectos y no ministerios fortalecidos que señalen la política sanitaria y ayuden a la planificación de la misma;
- servicios y prestadores de salud descentralizados autónomos y no direcciones de salud y redes de servicios integrados sanitariamente;
- formas de financiamientos que transmitieran señales económicas para la asignación de recursos, independientes de las reales necesidades sanitarias que intentaban emular precios y fomentar la competencia;
- emulación de contratos en la relación pagador/proveedor para contrarrestar el riesgo moral, por encima de los conceptos de planificación y cooperación en salud.

En este esquema se puede interpretar una ideología donde el rol del Estado era subsidiario: uno en que los derechos se traducen en la protección a las libertades “positivas”, entre las cuales se encontraría sobre todo el derecho a la propiedad privada. Otras funciones sociales, como por ejemplo las redistributivas manifestadas en una actividad pública de mayor protagonismo, violarían los derechos de las personas y serían inconducentes para el bienestar social (Nozick, 1974). A la larga, se justificaba la tesis económica neoclásica de que no habría un problema de distribución y, por lo tanto, el Estado no tiene nada que resolver. En las reformas, la función del Estado debía prestar atención a las regulaciones para atacar las fallas de mercado y acompañarse de una política activa, de subsidios focalizados, solo hacia los sectores más pobres y en la prestación de bienes y servicios que están fuera del interés privado. Evidentemente, cuando la distribución no es un problema, las políticas de protección social deben ser esencialmente focalizadas de manera que lleguen a paliar solo los problemas más extremos, sin llegar a variar la estructura de la desigualdad. Un conjunto de

estas políticas focalizadas constituiría la política de protección social de un país, coherentes con un Estado pequeño (Cid Pedraza, 2006).

Entrado los noventa, y amarrados por los compromisos y créditos a los organismos internacionales, muchos gobiernos de América Latina apoyaron esta política o no la detuvieron, cuando ya se suponía que era posible. En el caso chileno, los programas electorales de oposición a la dictadura rechazaban de plano estas medidas y proponían reformas en el plano económico y político. No obstante, y aun cuando este pensamiento se reflejó en los programas de los posteriores gobiernos, no hubo un cambio que detuviera el retroceso del período de políticas neoliberales, lo que permitió su consolidación (Fazio, 1996).

Los resultados en el ámbito de la política de seguridad social muestran que la sobreideologización neoliberal y su influencia en lo político y técnico cooperaron en la falta de voluntad política de acometer medidas que escapasen o cuestionasen el modelo de desarrollo capitalista centrado en las exportaciones heredado de la dictadura. No se aplicaron medidas mínimas tolerables por el sistema que podían haber sido sustentadas, teórica y técnicamente, por ejemplo, en la larga experiencia de países desarrollados de Europa y sus Estados de bienestar (Cid Pedraza, 2006), o incluso por la propia experiencia desarrollista anterior en América Latina (Riesco, 2012), y capaces de ser sostenidas en una economía que creció en promedio anual del 7% por más de diez años (entre 1989 y 1998) (Ffrench-Davis, 2004).

Los gobiernos de la época, en la práctica, decidieron evitar los cambios profundos y buscaron, como señala Ffrench-Davis (2004), el “cambio en continuidad”, priorizando otras reformas asociadas con la estabilidad económica y el crecimiento. En los 2000, pasada la crisis asiática (1998), con una economía deprimida, se optó nuevamente por los equilibrios y el balance estructural. Se verificó, eso sí, una baja de los niveles de pobreza y se pudieron mantener los indicadores de salud, como la expectativa de vida y la mortalidad, relativamente altos respecto de la región, pero bajos respecto de países desarrollados como los de la OECD. La inequidad global se mantuvo, lo mismo que las inequidades en el acceso y resultados en salud entre los segmentos del sistema y a nivel socioeconómico e incluso territorial (Vega, 2001).

A la hora de mirar los resultados, el sector salud se destaca por los problemas de eficiencia del sistema en su conjunto, de inequidad en los resultados sanitarios y de sostenibilidad en el largo plazo, con un creciente poder de mercado en el sector privado que habla de problemas de eficiencia económica mayores. En este sentido, las políticas privatizadoras y de mercado no lograron este objetivo. Por otra parte, mientras en pensiones la reforma fue aplicada casi por completo, en salud no llegó a ser tan profunda en cuanto a propiedad. Sin duda, la experiencia histórica del sector influyó dada la existencia de actores sociales específicos en el sector salud. No obstante, resulta sorprendente que se haya querido continuar, en el mismo sentido de las políticas anteriores, durante el periodo posdictatorial (Cid Pedraza, 2006).

Montoya (2014) desarrolla un análisis profundo de la época que ratifica esta mirada. Plantea que en el periodo 1996-2000, correspondiente al segundo gobierno de la Concertación, el sector público de salud fue objeto de mucha discusión pública, pero la importancia de los negocios y la infraestructura del sector privado continuaron creciendo. La política para el sector público no modificó la línea iniciada en 1979-80 y se presentaron propuestas oficiales tendientes a reducir el rol del Estado y a convertir a los hospitales en empresas autónomas. Se impulsó la reorientación de la política financiera del sector hacia un esquema de seguro, en desmedro de la visión solidaria estatal, y prácticamente se abandonó la planificación del sistema, más allá de las inversiones, para reemplazarla por cuasicontratos (compromisos de gestión y convenios de desempeño) que impulsaban centralmente actividades a cambio de la entrega de recursos a los organismos ejecutores. Entre 2001 y 2005, sigue Montoya (2014), en un clima económico favorable, continuó un manejo conservador de las finanzas públicas y de las políticas sociales. Los seguros privados y las clínicas estuvieron entre las empresas con ganancias más altas y con concentración e integración crecientes. Paralelamente, se mantuvo, y en algunos aspectos aumentó, la desigualdad de ingresos económicos y el descenso de la pobreza fue más lento. Además, Montoya (2014) recuerda que la reforma AUGE se logró pese a los argumentos de muchos salubristas y de los gremios de la salud, y con el beneplácito de los partidos de derecha, luego de que este último sector lograra que se quitara de los proyectos de ley la propuesta de crear un Fondo Único Solidario, constituido por aportes fiscales y cotizaciones provenientes de Fonasa. Este fondo hubiese sido un real avance en contra de la segmentación del sistema. Para ser justos, se debe agregar que sectores del Gobierno tampoco estaban muy convencidos de esta medida.

Actualmente, si bien las ideas neoliberales continúan estando vigentes, han perdido toda legitimidad, sobre todo a partir de las movilizaciones sociales de 2011 en adelante. Riesco (2012) plantea que con el comienzo de la crisis financiera internacional en 2007 se configura la “bancarrotta teórica del neoliberalismo” a nivel global y que, además, a pesar de los avances y retrocesos, hace rato que la región entró a disputar un periodo diferente, marcado por la asunción democrática de gobiernos de corte progresista a partir de los dos mil. Se trata de un tiempo donde este tipo de reforma adquiere importancia primordial.

¿Cuál es el problema del sistema de salud chileno y cómo se expresa actualmente?

Actualmente, con un sistema segmentado de salud consolidado, el sistema chileno opera con altos grados de ineficiencia e inequidad, demostrado fuertemente en la distribución del financiamiento y en la separación radical de la población por posibilidades de enfermar y rentas. La mayor parte de la población

está afiliada a Fonasa (75%). Los más jóvenes y ricos, relativamente menos mujeres, y las familias menos numerosas, están asegurados privadamente, mientras que la población más vieja, con problemas de salud crónicos, de más bajos ingresos y con mayor número de hijos, está asegurada en Fonasa.

Desde la introducción en 1981 de la opción de cotizar en el mercado de seguros privados e individuales de salud, el aseguramiento en el sector salud chileno enfrenta grandes dificultades que se caracterizan por sus consecuencias y efectos en los beneficiarios y en el sistema público: discriminación, falta de transparencia, cobros injustos, alzas unilaterales de precios, subsidios cruzados implícitos, en que casi ninguno de los preceptos de seguridad social se cumple. No existe solidaridad, ni equidad, pero tampoco eficiencia, y el futuro y la sostenibilidad del aseguramiento por diseño se encuentra cuestionado. Además, el sistema de isapres ha estado implícitamente soportado por el sistema público, que asume a los desplazados cuando empiezan a gastar más dinero en atenciones de salud (Cid Pedraza y Prieto Toledo, 2012), lo que se ve agravado en el caso de los adultos mayores, por cuanto perciben bajas pensiones. Cada segmento del sistema presenta sus propios niveles de acceso y resultados, y aun dentro de ellos la inequidad se reproduce invariablemente. A las diferencias de acceso y utilización entre las isapres y Fonasa, se suman las diferencias en resultados de salud según ingreso, y según lugar de procedencia, producto, a su vez, de las distribuciones desiguales del desarrollo económico de las regiones y ciudades. Estos problemas fueron tratados por la Comisión Asesora Presidencial y han sido descritos en detalle en muchos artículos y por varios autores.⁴ No es el foco desarrollar estos aspectos nuevamente aquí, sino más bien enfatizar en que un sistema como éste implica una gran ineficiencia social y supone gran derroche de recursos para el país. Lo importante es rescatar lo que resulta central de las propuestas de la Comisión para la transformación del sistema y complementar los avances de aquella discusión.

El diagnóstico que nos interesa resaltar es el del funcionamiento del sistema segmentado con presencia de seguros privados en el aseguramiento social. En efecto, en un mercado de seguros individuales de salud, las aseguradoras necesitan cobrar una prima suficientemente alta como para cubrir los costos esperados de cada contrato (incluido los gastos de administración y utilidades). Dada la fuerte variación en los gastos esperados de salud entre individuos, esta estrategia de determinación de precios hará que, en ausencia de solidaridad de riesgos, con certeza la mayoría de las personas de alto riesgo no puedan pagar su seguro o lo hará con un gran (e injusto) esfuerzo (Uthoff, Sánchez y Campusano,

4 En este sentido, pueden consultarse Aguilera, Castillo, Nájera e Ibáñez (2014), Unger, De Paepe, Solimano y Arteaga (2008), Frenz y otros (2013), Cid y Uthoff (2017), Titelman (2000), Cid Pedraza (2011c), Cid Pedraza, Torche, Herrera, Bastías y Barrios (2014), Uthoff, Sánchez y Campusano (2012), y Paraje, Bitrán, Duarte y Willington (2013).

2012; van den Ven y Ellis, 2000; van de Ven y otros, 2003). Esto es lo que sucede en Chile, ya que las isapres, al identificar los riesgos por factores demográficos y otros, desplazan o cobran muy caro por niños pequeños, mujeres en edad fértil, adultos mayores y, en general, a personas enfermas o con enfermedades crónicas. Asociado con lo anterior, en la literatura especializada se caracteriza el funcionamiento de los mercados de aseguramiento de salud mediante argumentos que se resumen a continuación y que la Comisión tuvo en cuenta:

- Sin regulación, un mercado de seguros individuales de salud tiende a que las aseguradoras busquen la eficiencia aplicando el principio de equivalencia y a que hagan selección de riesgos (clasifiquen las primas por riesgos).
- El principio de equivalencia implica que un asegurador debe equilibrar cada contrato a nivel individual y, por tanto, tienda a cobrar una prima igual a la pérdida esperada en cada contrato.
- El principal problema de un mercado de seguros no regulado es la incompatibilidad entre los principios de equivalencia y de solidaridad. Ello se traduce en exclusión, cautividad y en la imposibilidad de desempeño socialmente eficiente.

El diagnóstico hecho por la Comisión indicaba que la ausencia de una regulación apropiada se manifiesta en los siguientes hechos:⁵

- El sistema de salud segmentado cuenta con una industria de aseguramiento privado primario caracterizada por un mercado oligopólico, con integración vertical y sin regulación apropiada, donde solo siete isapres abiertas ofrecen contratos individuales de salud a más de 3,2 millones de personas.
- En el mercado de seguros privados de salud existen más de 60 mil planes comercializados. Es decir, aproximadamente un plan por cada 55 personas beneficiarias de isapres y aumentan en cerca del mil por año, porque es una forma de subir los precios ya que los valores de los planes nuevos no cuentan con ninguna regulación.
- Cerca del 40% de los afiliados están cautivos, y no pueden cambiarse de institución privada debido a preexistencias y/o edad.
- La actual regulación no considera un conjunto social de subsidios cruzados para eliminar la discriminación por ingresos, factores de riesgos y condiciones de salud, en el subsistema de isapres, ni entre isapres y Fonasa. Tampoco se contempla algún mecanismo que conduzca a un acceso equitativo y universal.

5 Si bien lo que sigue pertenece al informe de la Comisión, se han actualizado algunas cifras.

En el ámbito del diagnóstico, además, la Comisión tuvo la virtud de llegar a un consenso en torno a los principios de la seguridad social y a mostrar en su informe la inequidad interna del sistema privado y no solo comparada con el sistema público. Otro mérito fue que mostró que, con la información y capacidades institucionales actualmente existentes en Chile, es posible generar importantes herramientas regulatorias conforme a experiencias internacionales.⁶

En el ámbito de los resultados en salud, la Comisión señaló que en términos generales ha existido en Chile una evolución positiva en el estado de salud de la población, que es independiente de la creación de las isapres y que no está relacionada a la evolución de este mercado. Los resultados eran altos desde mucho antes. En 1980, un año antes de la creación de las isapres, la esperanza de vida era de 69 años, mientras que en 1990 llegó a los 74 años. Cuando las isapres tuvieron su mayor cartera (26% de la población), en 1997, era igual a 76 años y, actualmente, cuando esa cartera es del 17% de la población, la esperanza de vida al nacer alcanza los 80 años. Similares tendencias pueden ser observadas para otros resultados como la mortalidad infantil y la mortalidad materna. La mejora de la salud observada en la población chilena es una consecuencia de mejoras en variables que se escapan al aseguramiento, como mejoras en la educación de las personas, ingresos, infraestructura general (agua, saneamiento, etcétera), condiciones de vida (vivienda y espacios comunes), y sin duda a la actividad del sistema público de salud y la estrategia de atención primaria. Esta constatación histórica no implica disminuir la contribución que han tenido las atenciones del sistema de provisión privado para las personas que allí se atienden.

¿Cuál fue la respuesta y los énfasis de la Comisión y cómo puede leerse hoy?

La política pública para este problema debe responder a la interrogante de cómo garantizar el acceso a una cobertura asequible para las personas de altos riesgos, de manera que las personas tengan derechos de seguridad social y que el sistema no provoque externalidades negativas hacia el sector menos favorecido, que es el sistema público y sus beneficiarios. En segundo término, cómo asegurar un cambio más profundo y justo, de medio y largo plazo, para el conjunto del sistema y para beneficio de toda la población. La experiencia internacional señala que es posible responder a estas interrogantes mediante las siguientes vías:

- vía la regulación de los precios de los seguros (primas), para lo cual se deben crear condiciones para que la autoridad pueda efectivamente regular las primas, y para que la industria no pueda discriminar a los afiliados por su

6 Incluso, después de la entrega del informe, la secretaría ejecutiva, con el apoyo de las instituciones del sector salud, desarrolló diez documentos de análisis de factibilidad y alcances de las medidas propuestas.

condición de salud (afiliación abierta) y éstos sepan claramente los beneficios a los cuales acceden, es decir, cuál es su cobertura de salud específica.

- vía asignaciones per cápita ajustadas por riesgo, creando un fondo solidario de compensación de riesgos entre aseguradoras y estableciendo una fórmula de capitalización para ajustar las primas por riesgo.
- mediante el diseño y planificación de un tránsito hacia un futuro deseado en que el acceso y la cobertura, de alcance progresivo, sean igual para todos, lo que implica la transformación del sistema.

En ausencia de alguna de estas vías, como ha ocurrido hasta ahora en Chile, la industria de las isapres se ha regido por normas de mercado, sin ninguna regulación económica y sanitaria real, de modo que se ha desarrollado de acuerdo a incentivos socialmente inconvenientes para el ámbito de la salud. Es un sistema conocido como *opt out* sin solidaridad, y en el que las personas pueden llevar su cotización de seguridad social a fondos privados, separados y estancos, que basan su relación contractual en el riesgo, lo que se ha visto facilitado por la acción de Fonasa como un seguro de última instancia (Cid Pedraza, 2011b).

Teniendo en cuenta que el principio de solidaridad implica que los individuos de altos riesgos y bajos ingresos reciban un subsidio cruzado de aquellos de bajos riesgos y altos ingresos para mejorar su acceso a la cobertura del seguro de salud, y que la solidaridad debe ser financiada con recursos públicos obligatorios, ya sea contributivos o de fuentes en los impuestos generales, la Comisión se avocó al debate del conjunto de medidas regulatorias destinadas a garantizar el acceso a las prestaciones de salud de todos los afiliados, en forma independiente de sus niveles de riesgos sanitarios, al más breve plazo posible. Para ello se propuso elaborar propuestas tendientes a:

- terminar con los problemas de discriminación por riesgo y selección de asegurados;
- controlar las alzas de precios y su variabilidad en el sector privado;
- regular un solo plan amplio en cuanto a beneficios (servicios de salud) y copagos;
- generar una propuesta que considerara una mirada global del financiamiento, del aseguramiento y de los prestadores, y viera a la salud como un derecho en el sistema chileno de seguridad social; y
- definir un camino de mediano y largo plazo, e iniciar el camino hacia la mancomunación general de los recursos para salud y un nuevo sistema de salud.

La Comisión hizo suyos los principios de la seguridad social, destacando entre ellos los de solidaridad, universalidad y sostenibilidad. Se definió como un tema central para el cumplimiento del mandato, la discusión y definición respecto

del rol de las isapres en ese contexto. Lo anterior, a través de la discusión de los valores y principios, su cumplimiento o no en la situación actual, las definiciones y operación del sistema y la revisión de la experiencia de otros sistemas de salud. De esta forma, en su cuarta sesión, la Comisión llegó al siguiente acuerdo: “Las isapres sí son parte de la seguridad social, lo que está asociado a la obligatoriedad de la cotización del siete por ciento de la renta para salud y este porcentaje, en su uso, debe estar dotado con los principios de ésta”.

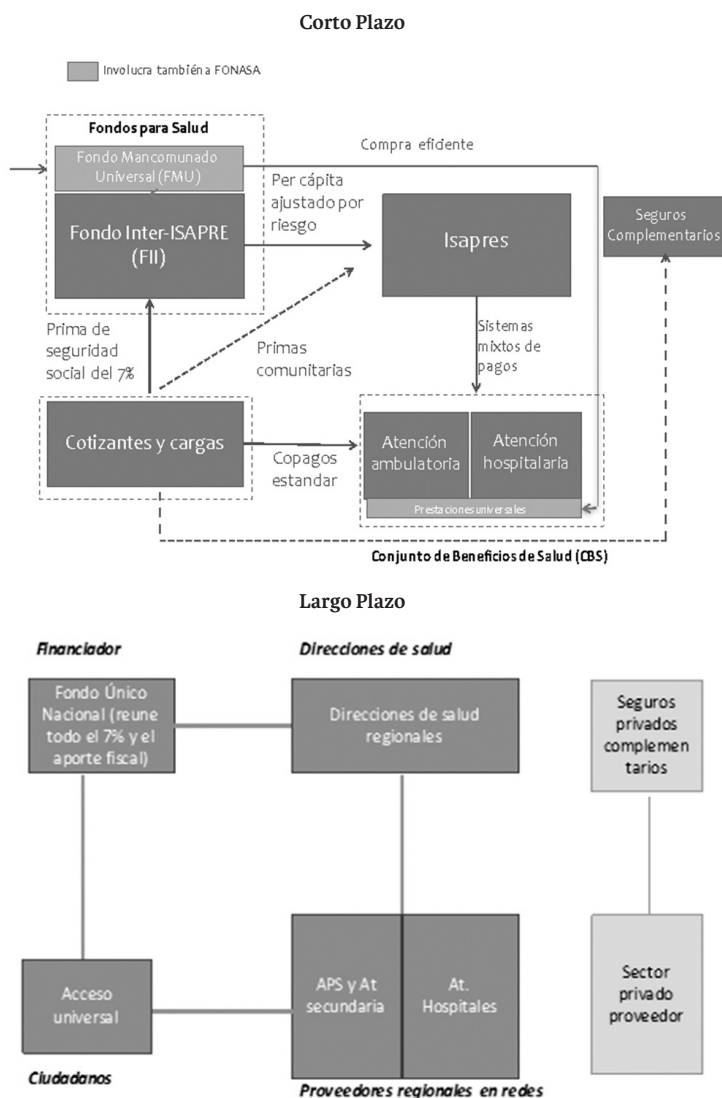
Con este acuerdo se aceptó que el ejercicio del derecho a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de aquellas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, y que el derecho a la protección de la salud debe basarse en los principios de seguridad social, como solidaridad, universalidad, integralidad, no discriminación arbitraria, equidad, eficiencia y eficacia en el uso de los recursos, entre otros. Esto confirmó, además, que la solidaridad se debe financiar con la cotización obligatoria.

En consideración al mandato de dotar al sistema privado de salud de características reales de seguro social, la Comisión coincidió en que, en un escenario de largo plazo, la existencia de una sola entidad pública pagadora y aseguradora resolvería el problema (como los casos de Canadá, Italia, Corea del Sur y Australia, entre los países más tradicionales y en otros que se señalan más adelante). Sin embargo, se discutió que en un escenario de transición, señalado como de corto plazo, es posible pensar en mancomunar al máximo posible los fondos de la seguridad social y realizar asignaciones reguladas mediante un per cápita ajustado por riesgos en el aseguramiento privado. De esta forma se pensó que era posible, en el corto plazo, pasar de una segmentación de ocho fondos de mancomunación existentes (Fonasa y las siete isapres) y miles de planes, a solo dos fondos (Fonasa y uno para el conjunto de las isapres), y a un solo plan amplio de beneficios que hiciera explícita la voluntad de cobertura de acuerdo a necesidades del sistema de salud chileno en su conjunto.

La figura 1 muestra los dos momentos de la propuesta. En resumen, en el corto plazo se mancomunarían los recursos del 7% en un fondo entre las isapres (FII) para cubrir un conjunto amplio de beneficios (CBS) igual para todos y equivalente a lo ofrecido por Fonasa, con copagos estandarizados y menores a los actuales de las isapres (para acercarse a la los del Fonasa). Existiría un fondo mancomunado entre Fonasa y las isapres (FMU), en un comienzo orientado a cubrir necesidades denominadas universales, que constituiría el inicio del fondo único. Se regularían directamente los precios de una prima comunitaria adicional al 7%, pensada para financiar costos diferenciales legítimos durante la transición. En el largo plazo, se conformaría el fondo único de carácter público con todas las fuentes de financiamiento hoy disponibles (cotizaciones y aportes fiscales) para financiar un sistema organizado en redes colaborativas e integradas de atención de salud, que cubriría un conjunto de prestaciones reflejo de las necesidades de

toda la población. Las isapres ya no formarían parte del sistema social o público de salud, y los seguros privados se restringirían a la actividad suplementaria o complementaria (como más adelante se define). Los proveedores privados podrían formar parte de la red pública bajo condiciones específicas y el principio de tratamiento igualitario en el financiamiento.

Figura 1. Los dos momentos de la propuesta de la Comisión Asesora Presidencial



Fuente: Adaptación propia desde Ministerio de Salud (2014).

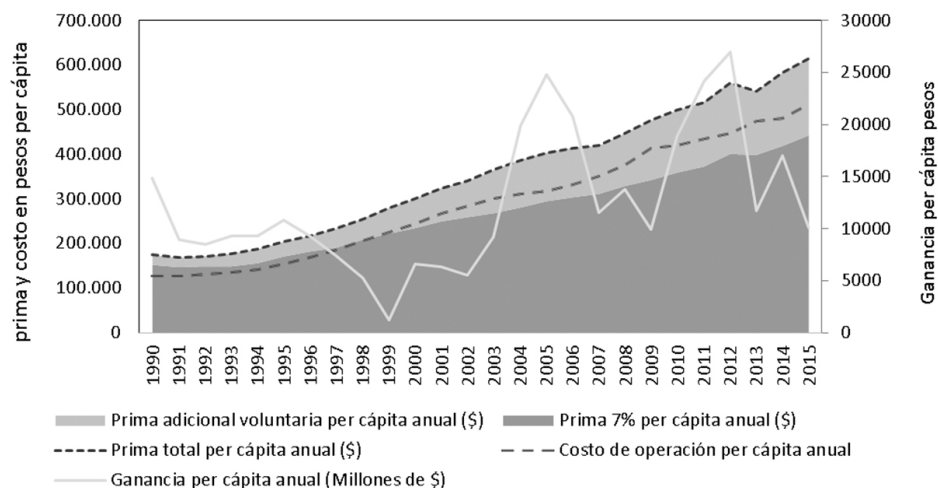
Las soluciones anteriores y nuevos antecedentes

La Comisión incorporaba, además, una lección aprendida del pasado. Anteriormente las reformas al sistema fueron leyes cortas que reforzaron criterios mercantiles sin considerar la lógica de seguridad social y sus principios. Se trata de intentos de salidas dentro de la misma lógica de mercado que no han servido, e incluso han profundizado los problemas. En efecto, se regularon las tablas de factores permitiendo e institucionalizando la discriminación, primero reconociendo su existencia en la ley y después no solo aceptando, sino que fijando las diferencias permitidas por sexo y edad también en la normativa.⁷ También se reguló el alza de precios de las primas base con una banda extremadamente amplia, de tal modo que, aun cuando han disminuido los casos extremos, el alza de las primas se sigue produciendo por la vía de esa prima, de las primas fijadas libremente en la venta de nuevos planes y, a partir de 2005, también vía la prima GES. En efecto, la creación del GES (manteniéndolo solo como una opción voluntaria en el sector privado y obligatoria en el sector público) autorizó el cobro de una prima de libre fijación que, dado el bajo uso y por tanto baja siniestralidad, va a subsidiar ganancias y gastos de administración. Consecuentemente, el fondo de compensación GES existente resulta insignificante y, por lo tanto, también los efectos buscados, como los de contrarrestar la selección de riesgos. De esta forma, el sistema ha logrado mantener sus niveles de ganancias sobrenormales, elevando y diferenciando las primas, a la par de unos costos poco controlados. En el fondo, se trata de un traspaso permanente de los riesgos a los beneficiarios.

La figura 2 muestra el alto crecimiento de las primas totales desde 1990 a 2015. La prima total está compuesta por la prima obligatoria del 7% más la prima adicional voluntaria asociada a cada plan. En promedio, la prima adicional al 7% pasó de ser un cuarto del total en 1990, a casi un tercio en la actualidad; la de 2015 fue ocho veces la de 1990. La tasa de crecimiento promedio de los precios reales de las primas totales histórica es de 5,2% anual real (para todo el periodo), es decir, por encima de la inflación. Además, el precio total medio de las primas totales de 2015 es 3,5 veces el que era en 1990.

7 Cabe recordar que fueron precisamente dos puntos referidos a la discriminación por edad y sexo en la tarificación los que el Tribunal Constitucional decidió eliminar. La Ley de 2005 (reforma AUGE), estandarizó la tabla de factores a usar, reduciéndolas a dos por isapres y permitiendo un diferencial de hasta 9 veces entre el valor relativo menor y el mayor en el caso de las mujeres y de 11 veces en el caso de los hombres.

Figura 2. Evolución de los ingresos (prima total, prima 7%, prima adicional), costos de operación y ganancias per cápita del sistema de isapres (abiertas), 1990-2015.

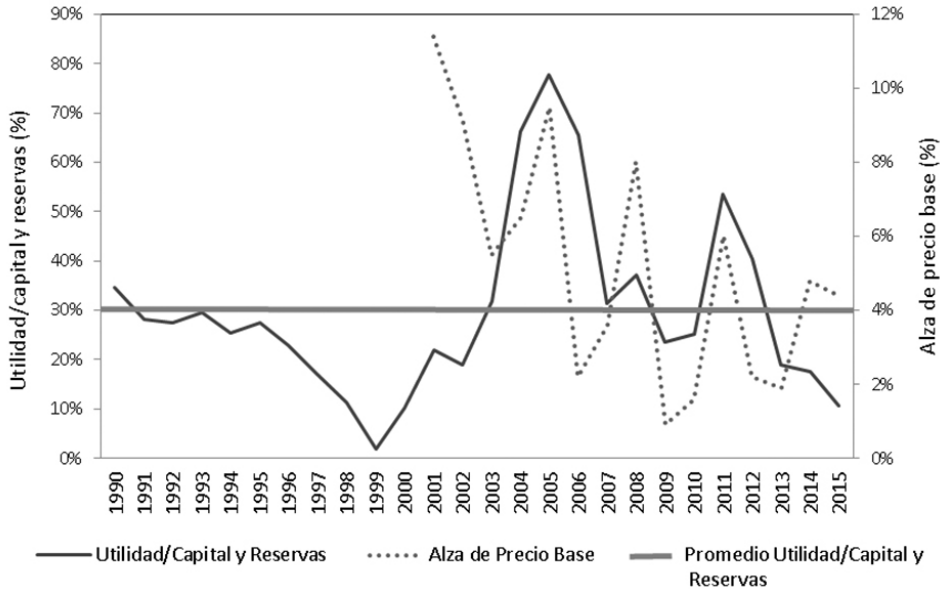


Fuente: Elaboración propia con datos financieros y de beneficiarios publicados por la Superintendencia de salud en su Biblioteca Digital accesible en www.superdesalud.cl. Nota: A la serie 1990 – 2012 publicada por la Superintendencia, se ha agregado el periodo 2013-15 con cálculos propios y de nuestra responsabilidad, a partir de los datos anuales publicados por esta Institución.

El crecimiento de las primas totales ha permitido al sistema conservar las ganancias que, desde 1990, han sido en promedio anual cercanas a los 100 millones de dólares (figura 2), con una rentabilidad media de 30% al año, lo que significa que los dueños de las isapres recuperan el capital invertido casi cada tres años. Las rentabilidades muestran, además, importantes fluctuaciones que parecen estar asociadas al ciclo económico y a la eliminación del subsidio directo, sin embargo, éstas nunca han sido negativas, y han evolucionado desde un breve periodo por bajo el 10% en 1999, en que alcanzó el 2%, hasta periodos de rentabilidades extraordinarias, por encima del 30% entre 2003 y 2008, y entre 2011 y 2012, con un *peak* de 78% en 2008 (figura 3).⁸ Cabe mencionar que durante 2016 y lo que va corrido de 2017, la Superintendencia de Salud sigue anunciando periódicamente las importantes ganancias del sector.

⁸ La eliminación del subsidio del 2% se produjo en 2001. Ésta fue una medida de rectificación aprobada en el Parlamento, dado que no había ninguna justificación para su mantención. Sin embargo, es bueno saber que en 2015 se renovó un subsidio directo a las isapres. La ley de disminución paulatina de la cotización de los adultos mayores prevé que las isapres sean compensadas con recursos fiscales. En este caso, los aseguradores no tuvieron problema en aceptar el concepto de que el 7% es un recurso público (que debe ser mantenido para ellas) y, por otra parte, han defendido siempre públicamente que las cotizaciones son de propiedad individual de sus afiliados.

Figura 3. Rentabilidad histórica de las isapres (abiertas), 1990-2015.



Fuente: Elaboración propia con datos financieros y de beneficiarios publicados por la Superintendencia de salud en su Biblioteca Digital accesible en www.superdesalud.cl

Esto muestra que el esquema de seguro y la desregulación ha tenido un claro ganador, las empresas, y que pese a los problemas conocidos recientemente de una isapre (y algunas quiebras en el pasado que encontraron sus causas en la mala gestión) que no se conocen en detalle aún, ello no parece provenir de un déficit de la operación. Más bien, lo que parece es que este sistema es un motor para la acumulación de capital de los grupos económicos que las controlan, para diversificar sus áreas de negocios en salud, y que los problemas provienen de decisiones de inversión ajenas al funcionamiento del seguro y que son de dudosa legalidad. No es descartable que este tipo de cuestiones puedan seguir ocurriendo y junto con los juicios cada vez más masivos y los subsidios cruzados que han reaparecido, sin mayor reflexión social al respecto, incluyendo aquellos implícitos por la conducta de las isapres de declarar como gastos de la operación los costos de los juicios, formen parte del —por llamarlo de algún modo— “sobrecalentamiento” del sistema.

Para conceptualizar la solución, la Comisión debió distinguir diferentes tipos de sistemas de salud y de aseguramiento. En los siguientes puntos se detalla la propuesta y se complementa la reflexión respecto de los modelos y caminos posibles para Chile.

La propuesta de cambio inmediato

Para definir el escenario de corto plazo se conceptualizó que existe, en primer lugar, aquel seguro social que es obligatorio: el clásico modelo bismarkiano de seguridad social de salud que se financia con primas reguladas en la forma de una proporcionalidad del ingreso, y que habilita para acceder a un conjunto amplio de beneficios, y que se establecen subsidios cruzados que permiten conciliar la necesidad de equilibrio financiero con la solidaridad (ejemplos: Holanda, Alemania, Francia, Japón).

Luego, por encima del sistema social o público de salud vigente que da acceso y cobertura universal en distintos grados, a nivel internacional existe un conjunto de seguros privados voluntarios. Estos seguros pueden ser: primarios principales o sustitutos del anterior al reemplazar su cobertura de prestación y financiera; son duplicados cuando, existiendo el aseguramiento universal, éstos se superponen en la cobertura. Y son complementarios o suplementarios cuando abarcan servicios (suplementarios) o cobertura financiera que no cubre el plan obligatorio (complementarios).

El carácter voluntario de esto últimos tipos implica que son contratos estrictamente privados, y que pueden seguir regidos por el principio de equivalencia y con primas reguladas por el mercado y que discriminan por riesgos (OECD, 2014; Colombo y Tapay, 2004), aun cuando los países implementan ciertas regulaciones básicas para resguardar el mejor funcionamiento de estos mercados (Cid Pedraza, 2011a; Armstrong, Paolucci, McLeod y van de Ven, 2017). Cuando este tipo de aseguramiento existe, su participación en el financiamiento de la salud es bastante heterogénea, pero en general minoritaria o marginal (Colombo y Tapay, 2004). El rol que desempeñan depende de la estructura del sistema de aseguramiento público y la posibilidad o elegibilidad de las personas para acceder a esta cobertura. En algunos pocos casos constituyen seguros primarios principales para un grupo importante de la población, que no es elegible para los programas de cobertura social, que está reservado solo para la población de menores ingresos o más necesitada, como se verá en el caso de Estados Unidos. En otras circunstancias, pueden representar coberturas suplementarias de prestaciones no cubiertas por el seguro primario, como en el caso de Suiza, Holanda, Inglaterra, Alemania y también Francia; o complementar el financiamiento del plan universal de salud. La tabla 1 da cuenta de esta discusión.

Tabla 1. Tipología de seguros de salud en el mundo

Carácter del seguro	Tipo de aseguramiento	Definición	Principio predominante	Naturaleza de las Primas	Ejemplo de países
Público obligatorio	Seguro de seguridad social de salud	Aseguramiento social amplio en cuanto a prestaciones y cobertura financiera	Principio de solidaridad y derecho a la salud	Primas solidarias proporcionales al salario compartida por empleados y empleadores	Alemania, Holanda, Bélgica
Privado Voluntario	Seguro primario principal	Entregan cobertura de salud porque no hay cobertura social o las personas no son elegibles para ella	Principio de equivalencia	Precios de mercado asociados a riesgos	Estados Unidos (Medicare y Medicaid)
	Seguro primario sustituto	Las personas pueden tener derecho a la cobertura social en prestaciones y financiamiento, pero han optado por sustituirla por seguros privados.	Principio de equivalencia	Precios de mercado asociados a riesgos	Seguro privado de Alemania (10% de la población)
	Seguro duplicado	Ofrecen cobertura ya incluida en el seguro social o servicio nacional de salud. (Para acceso a proveedores diferentes, por ejemplo). No eximen a las personas de la contribución al seguro social	Principio de equivalencia	Precios de mercado en algunos casos regulados asociados a riesgos	Brasil (Salud suplementaria), Australia
	Seguro complementario	Mejoran la cobertura financiera del seguro social o servicio nacional de salud reduciendo el gasto de bolsillo o reembolsando por prestaciones no totalmente cubiertas por el seguro básico o establecidas en el contrato	Principio de equivalencia	Precios de mercado asociados a riesgos.	Francia, Suiza, Corea del Sur
	Seguro suplementario	Agregan prestaciones adicionales y que no están incluidos en los planes de beneficios de la seguridad social o servicio nacional de salud. Suplementan con prestaciones el aseguramiento social	Principio de equivalencia	Precios de mercado, a veces regulado, asociados a riesgos	Sudáfrica, Irlanda, Holanda

Fuente: Elaboración propia.

Las primeras discusiones de la Comisión versaron sobre la forma de integrar a las isapres en la lógica de la seguridad social y sus principios. Las isapres se han comportado históricamente como si fueran de carácter voluntario y como seguro sustituto como los descritos en la tabla 1, haciendo difícil cualquier consideración acerca de cómo insertarlas dentro de una política pública de protección social. Sus representantes las conciben como una alternativa voluntaria ofrecida por empresas privadas en libre competencia. Sin embargo, el hecho de que ellas administren el 7% que los trabajadores aportan obligatoriamente a la seguridad social, cuando ellos eligen alguna de estas entidades, fue categórico en la definición de la Comisión. La mayoría de los miembros consideraron dichos recursos idóneos para ser utilizados en el financiamiento de la solidaridad entre personas de diferentes riesgos sanitarios y no para ser utilizados por empresas privadas que seleccionan por riesgo.

En este contexto, para el plazo inmediato, y para que las personas de altos riesgos puedan acceder efectivamente a los beneficios y para que las empresas aseguradoras se desempeñen bajo preceptos de seguridad social y sean responsables financieramente de todo el ciclo vital de sus afiliados, la Comisión puso al centro el principio de solidaridad e hizo valorar la necesidad de organizar

solidaridad de riesgos, optando por combinar las dos vías complementarias que sugiere la experiencia internacional: vía regulación de precios (primas) y vía asignaciones per cápita ajustadas por riesgo. En materia de regulación de precios, para el corto plazo se propuso avanzar en lo siguiente:

- Regular directamente el precio de las primas para terminar con alzas unilaterales.
- Eliminar las preexistencias y la declaración de salud, permitiendo la afiliación abierta (libre elección del asegurador).
- Crear un conjunto amplio de beneficios único y universal de prestación con cobertura financiera estandarizada.
- Crear un sistema de copagos estandarizado que incluya un gasto anual tope respecto de la renta (*stop loss*).

En materia de establecer subsidios cruzados mediante cápitas ajustadas por riesgo, se propuso para aplicación inmediata:

- Financiar el conjunto amplio de beneficios único y universal con el 7% obligatorio de la seguridad social, a través de la creación de un Fondo Interisapres solidario de compensación de riesgos para este financiamiento.⁹
- Crear un Fondo mancomunado universal en el conjunto del aseguramiento (público y privado) para prestaciones universales, priorizadas.
- Permitir la participación de seguros privados solo de forma suplementaria exclusivamente para fines de mayor cobertura financiera y de prestaciones no incluidas en el CBS, que no pueden ser ofrecidos por las instituciones de la seguridad social (entre ellas las isapres, mientras se permanezca en ellas).

Complementariamente, se planteó el necesario fortalecimiento del sistema público de salud durante la transición a través del aumento de su financiamiento, y el fortalecimiento de sus capacidades de gestión y conducción, la reafirmación del rubro único de las isapres para contrarrestar los efectos nocivos de la integración vertical generalizada, y la promoción de sistemas de pago mixtos eficientes en la relación entre pagadores y proveedores, en vez del pago por acto generalizado que promueve la inflación de costos, de modo equivalente al desarrollo que puedan tener en el sector público.

Este conjunto de medidas de corto plazo permitirían perfilar el sistema hacia un cambio mayor, el cual sería avanzar hacia un fondo y financiador único que mancomunase todo el financiamiento disponible y lo destinase al acceso y cobertura universal y equitativa para todos los habitantes de Chile.

9 Cuando se señala, “amplio” se refiere a todo lo que Fonasa ofrece caracterizado por los listados de prestaciones de la MAI y la MLE, más AUGÉ, CAEC en Isapre, así como los programas y prestaciones del primer nivel de atención. En general, se puede decir que en Chile las restricciones de acceso se dan de forma implícita por las esperas y por los copagos, principalmente en el mundo privado, y no porque no estén disponibles en Fonasa o en los planes de las isapres.

El largo plazo y el carácter estructural de la propuesta

La propuesta de corto plazo es coherente con una mirada más profunda hacia el futuro. Demanda tomar conciencia de una reforma más comprensiva para el país con plazos e hitos a realizar durante algunos años. La reflexión que la Comisión hizo abarcó un conjunto de posibilidades concretas para el sistema chileno y que se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Resumen de las alternativas teóricas discutidas.

Sistema	Financiamiento	Descripción	Provisión de servicios	Ventajas	Desventajas	
Sistema Servicio Nacional de Salud	Impuestos generales Fórmula de distribución basada en per cápita ajustado por necesidades	Aseguramiento Universal, un solo pool nacional Autoridades de salud con población a cargo Pueden existir seguros complementarios	Mayoritariamente pública, Prestadores privados complementarios (con o sin fines de lucro)	Financiamiento más progresivo posible (con sistema impositivo progresivo)	Se restringe en forma significativa la libertad de elección	
				Financiamiento más protegido frente a los ciclos económicos y efectos en el mercado del trabajo		Menores niveles de satisfacción usuaria (excepto países escandinavos)
				Mayores posibilidades de promover equidad y eficiencia en la provisión (planificación de recursos humanos, físicos, financieros)		
Sistema de Seguro Nacional de Salud	Fondo Único de cotización ligada al trabajo e impuestos Pago a prestadores según mecanismo definidos por el Fondo	Aseguramiento Universal, un solo pool nacional, un solo comprador Pueden existir seguros complementarios	Públicos y privados (con o sin fines de lucro)	Solidariza financiamiento Reduce la discriminación por riesgos Admite libertad de elección a nivel de los prestadores	Mayores riesgos de captura del Fondo por parte de grupos de interés (gremios y mecanismos de pago)	
	Fondo Único de cotización ligada al trabajo e impuestos Fórmula de distribución basada en per cápita ajustado por necesidades	Aseguramiento Universal, Gestores de red con población a cargo Pueden existir seguros complementarios	Públicos y privados (con o sin fines de lucro)	Solidariza financiamiento Reduce la discriminación por riesgos Admite libertad de elección a nivel de los prestadores Reduce los riesgos de captura por parte de grupos de interés		Eventuales mayores costos de transacción
Sistema de Seguro Social de Salud	Fondo Único con Multiseguros Fórmula de distribución basada en per cápita ajustado por riesgos	Aseguramiento Universal, FONASA y otros (ISAPRES reformadas) Pueden existir seguros complementarios	Predominantemente pública Prestadores privados complementarios (con o sin fines de lucro)	Solidariza financiamiento Reduce la discriminación por riesgos	Mayores costos de transacción Dificulta planificación sanitaria por poblaciones y territorio	
				Admite libertad de elección a nivel de aseguradores y prestadores		Requiere mayor capacidad institucional regulatoria Mantiene riesgos de segmentación

Fuente: Ministerio de Salud (2014).

La mayoría de los miembros de la Comisión concebía a un sistema como el Servicio Nacional de Salud como la mejor alternativa en el largo plazo, debido a sus ventajas en términos de favorecer la progresividad en el financiamiento y la equidad en el acceso a la atención de salud y en los resultados. Sin embargo,

reconocía en base al análisis político de ese momento, que en la medida en que el arreglo de financiamiento para salud no pudiese acceder a una recaudación total por la vía de impuestos generales progresivos, un Fondo Central o Fondo Único público con recursos provenientes de cotizaciones de seguridad social existente e impuestos generales, representaría la segunda mejor iniciativa en términos de solidaridad y eficiencia del financiamiento de la salud.

Luego de plantear el escenario final ideal, caracterizado por el pagador único y seguro nacional de salud, la Comisión no desarrolló todos estos hitos y pasos a seguir, sino que se dedicó al diseño de lo urgente, del presente, tarea no menor dada la complejidad del problema. Se limitó a plantear la necesidad de nivelación a través del fortalecimiento del sistema público de provisión de salud, la necesidad de comenzar ahora con un fondo mancomunado universal (entre Fonasa y las isapres). Esa mirada de definir claramente el horizonte fue necesaria para evaluar aquellas medidas que, planteadas para el plazo inmediato, fueran también conducentes a la propuesta ideal. De esta forma, la Comisión evaluaba si cada herramienta recomendada cooperaba o no en el avance hacia la meta y entonces la desarrollaba en mayor profundidad.

La experiencia internacional apoya el camino trazado

A la hora de complementar esta visión con la experiencia internacional, se puede ver que la evidencia histórica muestra que los países pueden transitar en forma gradual hacia los cambios de sus sistemas de salud. Entre los casos clásicos de conformación de sistemas de salud paradigmáticos, como los del Reino Unido y Alemania, se pueden sumar casos claros de transformación, como España, en el contexto de Europa occidental, y Corea de Sur y Taiwán, en el grupo de los tigres asiáticos. En ambos tipos de casos se transitó desde un sistema con aseguramiento múltiple y segmentado a uno con un fondo y aseguramiento único y con un *pool* único de riesgos en aproximadamente una década. En el caso de España, para construir un Servicio Nacional de Salud descentralizado por Comunidad Autónoma, y en el caso de Corea del Sur y Taiwán para construir un sistema de seguro único de salud y pagador único (42), similar al largo plazo propuesto por la Comisión. En ambos tipos de casos, los éxitos mostrados son reconocidos internacionalmente.

Existe una serie de otros países en transiciones parecidas más contemporáneas, como Turquía, que cambió su sistema de salud segmentado a uno integrado en diez años con importantes resultados (Rifat y otros, 2013); también en Europa del Este, Polonia, Estonia y Hungría, entre otros, llamados ahora países emergentes (Kutzin y otros, 2000); y para no ir más lejos, en América Latina está el caso muy reciente de Uruguay, el de Costa Rica en los noventa y el de Brasil en 1988, con la creación de un Sistema Único de Salud (SUS) más parecido al proceso español. Incluso, el *Affordable Care Act* en Estados Unidos, que hoy se

encuentra cuestionado por el gobierno de Trump, tuvo una transición entre 2010 y 2016 en que se implementó una reforma relativamente sustantiva para ese país, con algunas que son similares a las propuestas para el corto plazo por la Comisión chilena, y que ha promovido la incorporación de importantes grupos de personas al aseguramiento (más de 23 millones), a través de tres áreas de medidas. En efecto, esta ley incorporó la universalidad vía aseguramiento obligatorio, regulación de primas comunitarias y afiliación abierta (*open enrolment* y fin paulatino de las preexistencias), de tal forma de impedir la discriminación de personas mayores y evitar el rechazo de los asegurados a solicitudes de ingreso y el apoyo financiero a quienes califican (bajos ingresos) para pagar la cobertura a la par de la expansión importante de los programas del Estado *Medicare* y *Medicaid*.

Así, las herramientas y estrategias escogidas por la Comisión se sustentan en procesos de cambio conocidos a nivel internacional. En la tabla 3 pueden observarse algunos detalles regulatorios de algunos de los ejemplos que se han mencionado. En todos estos casos, se escoge el camino de mancomunar los recursos en un solo fondo, con un cambio significativo de un sistema de multiaseguramiento a uno de aseguramiento único; en todos la herramienta fundamental para generar solidaridad son las primas obligatorias de seguridad social complementadas con ingresos fiscales, para brindar un conjunto amplio de beneficios. La dinámica del fondo exige el esfuerzo de diseñar las formas en que se cubrirán los costos necesarios de la atención de salud y el mecanismo de transferencia de esos recursos, así como la organización del sistema de provisión; y, finalmente, en todos los casos existe aseguramiento privado suplementario o complementario marginal, respecto de las responsabilidades asumidas por el Estado en cuanto a cobertura financiera.

Tabla 3. Características principales de sistemas de salud en países que transitaron a sistemas de pagador único (casos escogidos)

País	Principios, preponderantes y esquema de aseguramiento	Regulación de los ingresos al seguro	Regulación de los beneficios	Regulación para el funcionamiento de la asignación de recursos	Regulación seguros voluntarios
Uruguay	Transitó de multiseguros a Seguro público único con proveedores administrando riesgos a partir de 2008, bajo principio de solidaridad	Prima solidaria proporcional al ingreso escalonada. El aporte fiscal financia brechas financieras.	Conjunto amplio de beneficios definido por exclusión (PIAS) y equivalente en costos a los ingresos de la seguridad social	Un solo pool de riesgos que se reparte mediante Ajuste de riesgos solidario con la totalidad del financiamiento de la seguridad social a los proveedores organizados en mutuales y sector público.	No pueden ser ofertados por el aseguramiento social. No pueden ofrecer coberturas primarias
Corea del Sur	Transitó de multiseguros (más de 300) a Seguro público único a partir de 1999, bajo principios de eficiencia y solidaridad	Prima solidaria proporcional al ingreso, compartida en partes iguales entre empleador y empleado de 4,5%.	Conjunto amplio de beneficios, pero con coseguro importante (20% hospitalario y entre 35 a 50% en lo ambulatorio)	Un solo pool de riesgos y pagador único. Los pagos se realizan bajo distintas modalidades. Fee for service y GRDs (hospitales) y tarifas en lo ambulatorio	Suplementario, pero con poca participación en el gasto total (menos del 5%)

*Hacia un sistema de salud único, equitativo y solidario para Chile:
Reflexiones sobre el pasado y propuestas para el presente*

Estonia	Transitó de multiseuro (22) a Seguro público único a partir de 1994 y 2001	Contribuciones del 13% (empleadores) que constituyen cerca del 65% del financiamiento el resto de impuestos. 95% de la población está cubierta con 45% de no contribuyentes	Conjunto amplio de beneficios definido por exclusión o lista negativa. Existen co-pagos estandarizados y conocidos.	2% del pool es retenido para enfermedades de alto costo. La primera etapa de la asignación de recursos ocurre desde el Fondo a las 4 regiones de salud existentes	Mercado suplementario muy pequeño de solo unas cientos de personas (menos del 0,01%) no elegibles para la cobertura del financiamiento público EHIF
Polonia	Transitó de multiseuro a Seguro público único en los 2003	Contribuciones de seguridad social del 9% de la nómina	Conjunto amplio de beneficios definido por exclusión o lista negativa, con algunos servicios positivamente listados (procedimientos dentales, medicamentos, entre otros).	Primer nivel pagado per cápita ajustado por edad. En hospitales pagos de acuerdo a departamento, estancia y complejidad del hospital y diagnósticos	Existe aseguramiento suplementario privado con el 3,1 a 3,9% de la población, pero con solo el 0,6% del gasto en salud.
Turquía	Transitó desde multiseuro a Seguro público único bajo principios de equidad, eficiencia, efectividad y responsabilidad	Contribuciones de seguridad social y 75% ingresos desde impuestos generales	Conjunto de beneficios ampliado de manera incremental	Programa de transformación de salud (HTP) en 10 años. Distribución de presupuesto total en base a servicios provistos.	Seguros privados complementario y suplementario pero tienen una participación moderada (4,4% del gasto total en salud)
				Importancia de la atención primaria	

Fuente: Elaboración propia.

En la Comisión, algunos integrantes plantearon la posibilidad de avanzar hacia un sistema de multiseuros con una mirada de largo plazo del sistema de salud, e impulsaron la conformación de un fondo único, igual que la posición de mayoría, pero con participación de seguros privados y con Fonasa en la administración de los riesgos como modelo de llegada. Sostenían que era factible avanzar hacia modelos tradicionales de seguridad social en el caso chileno, es decir, con aseguramiento privado. Esta posición fue estimada como inconveniente por la mayoría de la Comisión en base a la experiencia de los países de vanguardia que mantienen este tipo de sistemas, como Alemania y Holanda, que durante ya casi treinta años han estado lidiando con la selección de riesgo de seguros, en su gran mayoría públicos (van de Ven y Ellis, 2000; van de Ven y otros, 2003; van de Ven y otros, 2013), con una institucionalidad bastante más fuerte que la de Chile.¹⁰

Otra posición minoritaria se movió desde el *statu quo* a la posición anteriormente descrita, reclamando el uso de recursos públicos como subsidios

¹⁰ En general, se trata de “cajas de enfermedad”, entidades sin fines de lucro que forman parte del aseguramiento social.

a la demanda. Ellos, los más vinculados a la industria, sostenían que no era necesario integrar a las isapres en la lógica de la seguridad social, que el sistema concebido solo para las clases media y alta no presentaba un problema estructural que solucionar, excepto el de la judicialización que generaban las demandas por las alzas unilaterales de precios. En efecto, postulaban que con pequeños cambios las isapres podrían seguir funcionando, y que lo esencial era solucionar el problema de la judicialización. Para casi todos los miembros, esta postura no era sostenible ni ética ni técnicamente, ya que el sistema había perdido soporte y legitimidad en la forma fundamental de definir sus ingresos y no era estable.

En definitiva, la posición de mayoría que se ha estado describiendo votó por la necesidad de avanzar hacia un fondo único de salud, público, estimando no necesaria e ineficiente la alternativa de multiplicidad de aseguradores, más allá de la transición de corto plazo. Lo que exigía en la actualidad, y en un período de transición similar a los de las experiencias estudiadas (unos diez años), una férrea regulación de los seguros privados a cambio de continuar utilizando el 7% de la seguridad social durante esa transición.

Reflexiones finales

Este trabajo hace un esfuerzo por resumir la reflexión en el seno de la Comisión Asesora Presidencial para la reforma a las isapres, junto con describir y complementar los aspectos centrales de la propuesta que involucra al conjunto del sistema. Identifica aquellas cuestiones esenciales de diseño sobre las que descansan los objetivos y principios de la propuesta, tanto de corto como de largo plazo, teniendo en cuenta que el tiempo transcurrido y la agudización de los problemas hacen necesario el avance más acelerado que el propuesto el año 2014.

En debates posteriores a la entrega del informe aparecieron defensas del mercado de las isapres, criticando aparentemente la técnica y los detalles de cálculos de apoyo a la propuesta. Se insistió en la mantención de un sistema de precios y planes básicos, en ignorar la necesidad de mancomunar el 7%, en considerar a las isapres como seguros privados basados en el principio de equivalencia, aun cuando cuenten con la cotización obligatoria de seguridad social de los trabajadores. Y como otras veces, se anunció el desastre completo del sistema de salud si se tocaba el esquema actual. Lo cierto es que la propuesta es sólida y para nada novedosa, ya que muchos países han acometido cambios similares. Por otra parte, la forma de reducir cualquier incertidumbre de manera radical es teniendo claro cuál es el compromiso de largo plazo y la certeza de que se avanza hacia el modelo deseado, porque, a la larga, al impulsar la reforma de largo plazo se conformará un solo *pool* de riesgos para toda la sociedad.

Es tiempo de cambiar la orientación que el modelo de desarrollo del sistema ha tenido de acumulación privada y restricción pública, aumento del mercado

y disminución de la solidaridad. La concepción ideológica que ha sustentado las políticas de seguridad social en Chile corresponde a aquella neoliberal más extrema, lo que sorprende, en particular, de los noventa en adelante, con el apoyo de algunos organismos internacionales en la conceptualización de la introducción de mecanismos de mercado y privatización en estos sectores, en que tradicionalmente esto no existía, bajo el supuesto objetivo de corregir los problemas de eficiencia e insostenibilidad futura. A partir de la introducción de estas reformas, la eficiencia en los sistemas de seguridad social no aumentó y se bloqueó la consecución de los objetivos sociales como la equidad, la universalidad, la solidaridad y la sostenibilidad en el tiempo, en definitiva, la satisfacción de la sociedad en cuanto a sus necesidades de salud y supervivencia digna de la vejez. Junto con el proceso de acumulación privado basado en estrategias de mercado, como la discriminación por riesgos, la expansión de la capacidad instalada y la integración vertical, siempre soportado por un subsidio implícito dada la existencia del sector público, existe un proceso continuado de aumento de la participación privada en el financiamiento global. Esto se produce también con el aumento del gasto privado en medicamentos y con el aumento del gasto público dirigido a prestaciones privadas. Estos procesos bloquean la consecución de objetivos de solidaridad y eficiencia en la seguridad social de salud.

Estamos en un momento en que las posiciones neoliberales han perdido toda legitimidad. Se trata, entonces, de defender el fortalecimiento del sector público y de los modelos racionales y solidarios de prestación de salud. Actualmente se hace urgente avanzar hacia la implementación del modelo de largo plazo que propuso la Comisión de 2014. Han transcurrido dos años desde la entrega del informe y es posible que pase un buen tiempo más hasta que se legisle. En este caso se hará urgente el diseño general del fondo público único y su plan de implementación. Se debería, entonces, avanzar en mancomunar todos los fondos disponibles, dando paso a este ente pagador único sin intermediación de seguros y sin más intermediación que las coordinaciones y regulaciones de redes establecidas (a las cuales se adscribirían los proveedores privados que estén disponibles para participar en el seguro nacional de salud y cumplan con las condiciones exigidas), que establecerá una relación directa. Todos los problemas de eficiencia y equidad se jugarán, entonces, en las formas de asignación de los recursos, de modo que ellos promuevan la integración de las redes y la cooperación más que la competencia, un modelo centrado en la atención primaria, con acceso equitativo y universal. Se habrá dado un paso definitivo en la solidaridad necesaria en el sistema de salud chileno. Los seguros privados podrán tener participación suplementaria y/o complementaria al seguro social de salud, tal como ocurre en las experiencias internacionales que se han mostrado en este artículo, pero ya no formarán parte de la seguridad social de salud.

Conforme este avance se produzca, habrá que abordar al mismo tiempo los aspectos asociados a generar un sistema de atención de salud basado en redes

integradas de atención, con un fuerte arraigo en el primer nivel de atención, como ya se ha señalado. Para ello sería óptimo volver a contar con un sistema nacional de salud integrado y bajo una sola administración. Además, será posible aumentar el financiamiento fiscal de manera única, planificada y equitativa, y de acuerdo con los principios del aumento de espacio fiscal para la salud, aumentando el gasto público y apuntando a la eliminación del gasto de bolsillo, que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias, tal como ha sido comprometido por Chile junto a los demás países del continente en 2014 en el consejo directivo de la OPS/OMS (Pan American Health Organization, 2014) y como han recomendado economistas de la salud de todo el mundo en *The Lancet* 2015.¹¹

Será preciso fortalecer las instancias de conducción sectorial en este proceso de transformación para que prevalezca la capacidad de llevar adelante y conseguir estos objetivos superiores. Finalmente, no se debe olvidar que es necesaria la interacción con otros sectores para generar estrategia que aborden los determinantes sociales, en el entendido que un avance profundo en salud, debe darse también en un avance profundo en equidad en el conjunto de la sociedad y una profundización político-democrática que permita fluir los diálogos sociales y los acuerdos ciudadanos pertinentes, colocados sobre los hombros de las organizaciones preocupadas por el desarrollo social.

Por eso esta defensa —está demostrado— no puede ser meramente técnica: se requiere de un importante movimiento social que recoja la necesidad de reivindicar la recuperación de los sistemas de protección para los trabajadores y la ciudadanía. Visto de esta forma, la propuesta que la Comisión entregó al país —lo que aquí se pretende haber complementado— puede ser recogida y enriquecida por los actores sociales y políticos, de cara a los próximos procesos sociales y electorales, en un momento en que Chile exige reformas. Los programas políticos y movimientos que apoyan el acceso equitativo a prestaciones de salud, en forma creciente, sin barreras financieras, para toda la población y con mecanismos solidarios de financiamiento, pueden nutrirse de estos lineamientos.

Referencias

- Aguilera X., C. Castillo, M. Nájera y C. Ibañez (2014). Full Case Study: Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in Chile. *PLoS Med*, 11 (9): e1001676. Disponible en <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001676>.
- Armstrong, J., F. Paolucci, H. McLeod y W. van de Ven (2017). Risk equalisation in voluntary health markets: A three country comparison. *Health Policy*, 98 (2010): 39-49.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Washington D.C.

¹¹ Cf. *The Lancet*, 8 de septiembre de 2015, disponible en <http://bit.ly/2yoFFJT>.

- Cid Pedraza, C. (2006). La aplicación neoliberal de la política de seguridad social en Chile: Una profundización de su impacto en salud. *Economía Crítica y Desarrollo*, 4: 27-64.
- . (2011a). Diagnoses-Based Risk Adjusted Capitation Payments for Improving Solidarity and Efficiency in the Chilean Health Care System: Evaluation and Comparison with a Demographic Model. Department of Economics, Institute of Business and Economics Studies, Institute for Health Care Management, University of Duisburg Essen, Germany. 2011.
- . (2011b). Problemas y desafíos del seguro de salud en Chile: El cuestionamiento a las isapres y la solución funcional. *Temas de la Agenda Pública*, Centro de Políticas Públicas PUC, año 6, núm. 9.
- . (2011c). Los problemas del aseguramiento privado en salud en Chile: en busca de una solución para una historia de ineficiencia e inequidad. *Medwave*, 11 (12): e5264. DOI: 10.5867/medwave.2011.12.5264.
- Cid Pedraza, C. y L. Prieto Toledo (2012). El gasto de bolsillo en salud: El caso de Chile, 1997 y 2007. *Revista Panam Salud Pública*, 31 (4): 310-316.
- Cid Pedraza, C., A. Torche, C. Herrera, G. Bastías y X. Barrios (2014). Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chileno. En Pontificia Universidad Católica de Chile, *Propuestas Para Chile. Concurso de Políticas Públicas 2013* (pp. 183-219).
- Cid Pedraza, C. y A. Uthoff (2017). ¿Es necesaria una nueva reforma de salud en Chile? Propuestas para superar la segmentación. *Panamerican Journal of Health Policy*.
- Colombo, F. y N. Tapay (2004). *Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems*. OECD Health Working Papers núm. 15.
- De Castro, S. (1992). Prólogo. En *El Ladrillo. Bases de la Política Económica del Gobierno Militar Chileno*. Santiago: Centro de Estudios Públicos.
- Fazio, H. (1996). *El programa abandonado. Balance económico social del Gobierno de Aylwin*. Santiago: Lom.
- Ffrench-Davis, R. (2004). *Entre el neoliberalismo y el crecimiento con equidad: Tres décadas de política económica en Chile*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Frenz, P., I. Delgado, L. Villanueva, J. S. Kaufman, F. Muñoz y M. S. Navarrete (2013). Seguimiento de cobertura sanitaria universal en Chile entre 2000 y 2011 usando las Encuestas Casen. *Revista Médica de Chile*, 141: 1.095-1.106.
- Homedes N. y A. Hugalde (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71 (1): 83-96.
- Koch, K., C. Cid Pedraza y A. Schmid (2017). Out-of-pocket expenditure and financial protection in the Chilean health care system. A systematic review. *Health Policy*, 121 (5): 481-494.
- Kwon S. (2009) Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy and Planning*, 24: 63-71.

- Kutzin J., S. Shishkin, L. Bryndová, P. Schneider y P. Hrobon (2010). Reforms in the pooling of funds. Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition. En J. Kutzin, C. Cashin y M. Jakab (eds.), *World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies* (pp 119-155). Observatory Studies Series 21. Copenhagen.
- Ministerio de Salud (2014). Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado: Informe Final. Disponible en <http://bit.ly/2j1Xrom>.
- Montoya, C. (2014). *La salud dividida: Chile 1990-2010. Ideología, debates y decisiones acerca de la Salud: lo que dicen los documentos del período de los gobiernos de la Concertación*. Santiago: Ciebo.
- Morales R. (2008). Neoliberalismo en Chile: A treinta y tres años del shock Neoliberal. *Economía Crítica y Desarrollo*, 5: 15-29.
- Nozick, R. (1974). *Anarquía, Estado y utopía*. México: Fondo de Cultura Económica.
- OECD (2014). OECD Health Statistics 2014. Definitions, Sources and Methods. Private health insurance. Disponible en <http://bit.ly/2BmmGp7>.
- Oyarzo, C. (1994). La mezcla público-privada: una reforma pendiente en el sector salud. *Estudios Públicos*, 55: 143-170.
- Pan American Health Organization (PAHO/WHO) (2014). *Strategy for universal access to health and universal health coverage*. 53rd Directing Council (CD53/5, Rev. 2). Washington DC.
- Paraje, G., E. Bitrán, F. Duarte y M. Willington (2013). El mercado de los seguros privados obligatorios de salud: Diagnóstico y reforma. *Espacio Público*.
- Riesco, X. (2003). *Privatising health care. Two decades of marketising reforms. Basis for case on Chile*. Discussion Paper. School of Public Policy, University College London, University of London.
- Riesco, M. (2012). *Parto de un siglo. Una mirada al mundo desde la izquierda de América Latina*. Santiago: Editorial Usach.
- Rifat Atun, Sabahattin Aydın, Sarbani Chakraborty, Safir Sümer, Meltem Aran, Ipek Gürol, Serpil Nazlıoğlu, Şenay Özgülcü, Ülger Aydoğan, Banu Ayar, Uğur Dilmen, Recep Akdağ (2013). "Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity". *The Lancet*, 382.
- Titelman, D. (2000). Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes. Serie Financiamiento del Desarrollo 104. Cepal.
- Turner, J. (2005). *Social Security Privatization Around the World*. AARP Public Policy Institute.
- Unger, J-P, P. De Paepe, G. Solimano y O. Arteaga (2008). Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique. *PLoS Med*, 5 (4): e79.
- Uthoff, A., J. M. Sánchez y R. Campusano (2012). El mercado de seguros de salud: Lecciones sobre el conflicto entre equivalencia y solidaridad. *Revista de la Cepal*, 108: 147-167.

- van de Ven, W.P.M.M. y R. P. Ellis (2000). Risk adjustment in competitive health plan markets. En A. Culyer y J. Newhouse (eds.), *Handbook in Health Economics* (pp. 755-845). Amsterdam: North-Holland, Elsevier.
- van de Ven, W.P.M.M., K. Beck, F. Buchner, D. Chernichovsky, L. Gardiol, A. Holly, L. M. Lamers, E. Schokkaert, A. Shmueli, S. Spycher, C. Van de Voorde, R. C. J. A. van Vliet, J. Wasem e I. Zmora (2003). Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy*, 65 (1): 75-98.
- van de Ven, W.P.M.M., K. Beck, F. Buchner, E. Schokkaert, F. T. Schut, A. Shmueli y J. Wasem (2013). Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy*, 109 (3): 226-245.
- Vega, J. (2001). Enfermo de pobre. La inequidades sociales y la salud en Chile. *Revista Universitaria*, 73: 43-56.