

Pertinencia y factibilidad de reforma para crear un sistema universal de salud en Chile

César Gattini¹ y Juan Pablo Morales²

Forma de citar

Gattini C, Morales JP. Pertinencia y factibilidad de reforma para crear un sistema universal de salud en Chile. Rev Panam Salud Publica. 2023;47:e123. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.123>

RESUMEN

El sistema de salud en Chile ha logrado un gran desarrollo y cobertura nacional, pero mantiene limitaciones organizacionales que hacen necesaria una reforma estructural impostergable, debido a deficiencia de recursos y desempeño, con segmentación e inequidad. El programa gubernamental 2022-2026 plantea una reforma sustancial para crear un sistema universal de salud. Existen otras propuestas de reforma elaboradas por diversos programas y comisiones gubernamentales y centros de estudio, que aportan insumos útiles para contextualizar la propuesta gubernamental. Diversos tipos de modelos coexisten en el sistema de salud, pues el seguro público es de tipo seguridad social, el sistema asistencial público provee atención gratis a los asegurados públicos, y los seguros y proveedores asistenciales privados tienen modalidad de mercado. El sistema propuesto sería de tipo de sistema nacional de salud, en el que se combinan una modalidad predominante de servicio nacional de salud (tipo Beveridge) estatal con un sistema de seguridad social (tipo Bismarck) complementario, según la necesidad de financiamiento. Bajo un enfoque de evaluación de proyectos sociales, se revisaron los criterios de pertinencia (coherencia interna y consistencia externa) y de factibilidad política y económica de los contenidos del programa gubernamental. La propuesta tiene coherencia interna, aunque una consistencia externa limitada con el sistema político y económico predominante, y escasa capacidad del Estado para aumentar el financiamiento y la cobertura de empresas públicas. El contenido de la propuesta no permite identificar que existan suficientes condiciones facilitadoras para sustentar una factibilidad política y económica razonable de aprobación legal e implementación efectiva de la reforma propuesta.

Palabras clave

Reforma de la atención de salud; sistemas de salud; seguro de salud; seguridad social; Chile.

Desde el año 2010 en particular, diversos programas y comisiones gubernamentales, así como centros de estudio, han formulado diversas propuestas de reforma al sistema de salud en Chile, bajo el consenso de la necesidad de una reforma estructural impostergable. Al respecto, el programa gubernamental 2022-2026 plantea una reforma sustancial orientada a crear un sistema universal de salud. Las otras propuestas existentes aportan insumos útiles para contextualizar esa propuesta gubernamental (1-12).

Dado que la propuesta gubernamental plantea cambios sustantivos en la estructura del sistema, resulta oportuno revisar

su pertinencia o consistencia respecto a la realidad chilena y la factibilidad de la reforma propuesta para que se pueda aprobar e implementar en forma efectiva. Con ese objetivo y bajo un enfoque de evaluación de proyectos sociales, se revisaron los criterios de pertinencia (coherencia interna y consistencia externa) y factibilidad política y económica (más bien, prefactibilidad) que reflejan sus contenidos. Como marco de análisis, se entiende que la pertinencia es la medida en que los componentes y objetivos formulados son coherentes, compatibles y consistentes con lo que se plantea innovar y su consistencia con las condiciones predominantes en el contexto nacional.

¹ Programa de Políticas, Sistemas y Gestión en Salud, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile. ✉ cesargattini@hotmail.com

² Hospital Clínico de Magallanes, Servicio de Salud de Magallanes; Punta Arenas, Región de Magallanes y la Antártida Chilena, Chile.

A su vez, el criterio de factibilidad implica poder inferir de modo razonable, sobre qué tan posible o viable es llevar a cabo la aprobación y desarrollo efectivo de esa reforma, incluido el abordaje exitoso de los factores políticos y económicos cruciales que pudieran facilitar o dificultar su desarrollo (13-15). También se revisaron los principales tipos de modelos utilizados en otros países y las sugerencias formuladas por las otras propuestas de reforma (1-11, 16-18).

UN SISTEMA DE SALUD CON COEXISTENCIA DE DISTINTOS MODELOS

El sistema de salud chileno ha logrado un gran desarrollo y cobertura nacional, con un aseguramiento casi universal. Ese desarrollo se ha producido junto al avance socioeconómico y sanitario logrado en el país (1-3). Según el Banco Mundial, Chile es un país de ingresos altos, con un producto interno bruto per cápita de 16 265,1 dólares estadounidenses (US\$) en el 2021 (a la cotización actual). El índice de desarrollo humano fue de 0,855 en el 2021, y se ubica en el puesto 42 del *ranking* mundial. La salud de la población ha tenido un gran avance, con una esperanza de vida de 79,4 años en el 2020 y con un nivel de salud y perfil epidemiológico similar al observado en países industrializados. Sin embargo, en general, persisten problemas en el sistema, con limitaciones de estructura con deficiencia de recursos y desempeño, junto a segmentación e inequidad. Estos factores impiden responder de manera adecuada a una demanda sanitaria creciente y más compleja, con gran aumento de población y enfermedades relacionadas con el envejecimiento (21-25). La estructura del sistema sigue determinada por una reforma neoliberal global aplicada a la economía, la política y al Estado a principios de la década de 1980. Una reforma parcial aplicada en el 2005 no logró resolver las limitaciones organizacionales del sistema.

El heterogéneo sistema de salud está constituido por un conjunto de entidades públicas y privadas que cumplen funciones ya sea de rectoría, regulación, financiamiento, aseguramiento o provisión de servicios asistenciales (cuadro 1). Cada una de esas entidades mantiene aportes particulares y aspectos críticos que requieren fortalecimiento y reformas específicas. La reforma de la década de 1980 propiciaba la privatización del sistema de salud, pero cada persona puede elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea estatal o privado. Después de cuatro décadas, alrededor de 80% de la población todavía prefiere mantenerse cubierta por los sistemas públicos de seguro y de atención de salud (21-25).

Diversos tipos de modelo de salud coexisten en el sistema de salud, pues el seguro público es de tipo seguridad social, el sistema asistencial público provee atención gratis a los asegurados públicos y los seguros y proveedores asistenciales privados tienen una modalidad de mercado (23). Esos modelos se encuentran presentes en sistemas de salud muy distintos, como los existentes en Alemania, Estados Unidos de América y el Reino Unido (cuadros 2 y 3) (16-18). En el caso chileno, también cobra utilidad considerar cuántas realidades diferentes hay dentro del país, según el nivel socioeconómico, situación sanitaria y cobertura del sistema de salud que tienen sus distintos grupos de población, más que compararse con otros países como si estos últimos fuesen homogéneos en su interior (22, 27).

La cobertura de aseguramiento es casi universal en Chile, e incluye a las personas que no están en condiciones de cotizar ni pagar por la atención de salud. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el sistema de seguro público que, a fines del 2021, cubría a 79,2% de la población. Funciona como un seguro solidario con sistema de reparto, en el cual los cotizantes aportan 7% de sus ingresos imponibles y acceden a un plan único de salud, independiente del aporte y condiciones de salud de cada cotizante. El aseguramiento privado de salud es provisto por las

CUADRO 1. Principales entidades que participan del sistema de salud en Chile, según función y sector

Función	Sector estatal o público	Sector privado
Rectoría	Estatal (Ministerio de Salud)	
Regulación	Estatal (Ministerio de Salud, con la Superintendencia de Salud y otras dependencias)	
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> Estatal Cotización de trabajadores Copago por bienes y servicios Pago de bolsillo 	<ul style="list-style-type: none"> Empresas privadas Cotización de trabajadores Copago por bienes y servicios Pago de bolsillo
Aseguramiento	<ul style="list-style-type: none"> FONASA Cajas de previsión de las Fuerzas Armadas y de Orden Otros seguros públicos 	<ul style="list-style-type: none"> ISAPRE Seguros de salud complementarios Mutuales de empleadores Seguros específicos (escolares y de transporte, entre otros)
Provisión de servicios asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> SNSS (hospitales, centros de atención ambulatoria, incluye administración municipal de centros de APS, hospitales de las FFAA y otros organismos estatales) 	<ul style="list-style-type: none"> Hospitales y clínicas privadas Centros ambulatorios Profesionales con actividad privada Laboratorios privados Farmacias privadas Otros centros de apoyo diagnóstico o terapéutico

FONASA, Fondo Nacional de Salud; SNSS, Sistema Nacional de Seguridad Social; APS, atención primaria de salud; ISAPRE, instituciones de salud previsual; FFAA, Fuerzas Armadas.

Fuentes: González C, Castillo C, Matute I. Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de Salud Poblacional N.º 2. Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina y Clínica Alemana. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo; 2019. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/server/api/core/bitstreams/6e067481-91e0-495a-9b96-fd48064f383b/content> y Gattini C. El sistema de salud en Chile. Santiago de Chile: Observatorio Chileno de Salud Pública; 2018. Disponible en: https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/04/Sistema_Salud_Chile_Gattini_2018.pdf

CUADRO 2. Modelos de salud implícitos en los subsistemas específicos del sistema de salud de Chile

Subsistema o programa de aseguramiento	Fuente de financiamiento	Sistema de reparto	Rentabilidad operacional	Prestadores de servicios de salud	Prestaciones o beneficios	Tipo de modelo
FONASA categoría A	Estado	Sí	No	En sistema público	Según normas técnicas	Beveridge
FONASA categorías B, C y D	Estado, cotización de trabajadores	Sí	No	En sistema público o privado	Según normas técnicas	Bismarck
ISAPRE abierta	Cotización trabajadores y no trabajadores	No	Sí	Atención preferente en sector privado	Según planes individuales	Mercado
ISAPRE cerrada	Cotización de trabajadores	No	No	Atención preferente en sector privado	Según planes individuales	Mercado
Previsión de las Fuerzas Armadas y de Orden	Estado, cotización de trabajadores	Sí	No	Atención preferente en centros propios de atención	Según normas técnicas	Bismarck
Seguros privados voluntarios (complementarios)	Clientes voluntarios	No	Sí	En sistema público o privado	Según planes individuales	Mercado
Mutuales de seguridad	Cotización de empleadores	Sí	No	Atención preferente en centros propios de atención	Según normas técnicas	Bismarck
Instituto de Salud Laboral	Cotización de empleadores	Sí	No	Función administrativa	Según normas técnicas	Bismarck
Programa GES	Estado, FONASA o ISAPRE	No	No	Sistema público o privado	En patologías seleccionadas	Bismarck
Subsidio por incapacidad laboral	FONASA o ISAPRE	No	No	Función administrativa	Financiamiento por licencia	Bismarck

FONASA, Fondo Nacional de Salud; ISAPRE, instituciones de salud previsional; GES, garantías explícitas en salud.

CUADRO 3. Características organizacionales del sistema de salud en Chile y referencia de modelos de sistemas de salud en otros países

Dimensión	Aspecto	Comentario	Sistema chileno	Países
Modelo de sistema de salud	Universal (modelo Beveridge)	Cubre a toda la población		Brasil, Cuba, y el Reino Unido y sus territorios de ultramar en el Caribe
	Asistencial (de protección social)	Enfocado en la población en situación de pobreza y quienes no tienen acceso a seguridad social	✓	Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador y Paraguay
	Seguridad social (modelo Bismarck)	Enfocados en quienes tienen seguridad social (trabajadores que cotizan y beneficiarios)	✓	Alemania, Holanda y Uruguay
Rectoría	Mercado	Seguro y atención de salud provistos por entidades privadas	✓	Estados Unidos de América
	Concentrada en la autoridad central de gobierno	Se usa, en general, en países con sistemas nacionales con base en el aporte fiscal total	✓	Cuba y los territorios de ultramar del Reino Unido en el Caribe
	Combinada con rectoría regional de relativa autonomía	El gobierno central aporta el marco legal y normativo que las autoridades regionales adoptan con cierta autonomía		Países federales como Brasil y México
Financiamiento del sistema de salud	Distintas fuentes simultáneas	Los fondos del sistema provienen desde distintas fuentes y modalidades de pago	✓	La mayoría de los países
	Aporte fiscal (impuestos)	Puede ser el fondo que cubra el total de financiamiento, o bien parcial	✓	Reino Unido
	Seguro obligatorio (público o privado) de salud	Puede cubrir la asistencia integral o un paquete de beneficios	✓	Alemania, Holanda y Suiza
	Copago	Tarifas que pueden ser fijadas por proveedor o asegurador	✓	La mayoría de los países con seguros de salud
	Pago directo	Para usuarios no asegurados o cuyo seguro no cubre la prestación	✓	Estados Unidos de América y países sin cobertura previsional total (45% en Bolivia y 27% en Ecuador)
Provisión de servicios asistenciales	Parcial	Son beneficiarios quienes reúnen ciertos requisitos (protección o seguridad definidos)	✓	La mayoría de los países de América Latina
	Público y privado	Hay combinación de entidades proveedoras públicas y privadas	✓	La mayoría de los países
	Estatal	El sistema de salud es estatal y no hay participación del sector privado		Cuba
	Privado	Las entidades proveedoras son privadas		Estados Unidos de América

Fuente: elaboración propia, con base en las referencias 1, 10, 16-18 y 25.

Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que son agentes privados, y que pueden ser cerradas o bien abiertas al mercado. A fines del 2022, la cobertura de las ISAPRE alcanzaba a 15,9% de la población. Funcionan bajo una lógica individual, con multitud de seguros individuales y familiares, con diversos planes y beneficios individuales aplicados a sus cotizantes basados en la capacidad de pago y los riesgos individuales (25, 26).

La cobertura del FONASA y las ISAPRE tiende a concentrarse en distintos grupos socioeconómicos. En el 2017 (fecha de la última encuesta nacional de hogares), el decil de menor ingreso autónomo per cápita del hogar era cubierto por el FONASA en 92%, y solo 2% era cubierto por las ISAPRE. En contraste, el decil de mayor ingreso autónomo per cápita del hogar era cubierto por el FONASA en solo 25,4% mientras que era cubierto por las ISAPRE en 68,2% (28).

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) es la entidad asistencial pública cuya cobertura supera a 80% de la población en la mayoría de sus actividades asistenciales. Cuenta con 29 servicios de salud con redes de distintos niveles asistenciales. Sus centros se ubican en casi todos los lugares poblados del país, lo que le permite alcanzar una extensa cobertura geográfica y de población. La cobertura de uso de servicios

asistenciales tiende a variar según el nivel de ingreso económico, reflejado por la distinta proporción de prestaciones de salud recibidas en un trimestre por cada 100 beneficiarios de cada quintil según ingreso per cápita del hogar (cuadro 4). Destaca, por ejemplo, que las consultas de especialidad, atención dental y exámenes de laboratorio y otros son más provistas en los quintiles de mayor ingreso, sobre todo en centros fuera del SNSS (centros privados). La mayor proporción de consultas de urgencia provistas en el quintil de menor ingreso (en especial en centros del SNSS) refleja que la atención de urgencia pudiera ser una crucial alternativa asistencial frente a una menor posibilidad de acceso a consultas médicas generales y de especialidad en el quintil más pobre. En ese período, y en comparación con los asegurados del FONASA, los asegurados de las ISAPRE tuvieron 97,8% más de consultas de especialidad, 61,9% más de atención dental y 45,0% más de radiografías o ecografías (28).

El SNSS, que además cubre a los grupos y sectores más pobres, rurales y aislados, contribuye a evitar una mayor desigualdad asistencial y sanitaria que se tiende a producir en la llamada “ley de cuidado inverso de la salud”, donde los grupos de mayor nivel socioeconómico reciben mayor atención

CUADRO 4. Proporción de prestaciones de salud recibidas en últimos tres meses por cada 100 habitantes, según quintil de ingreso per cápita del hogar, 2017

Prestación de salud	Tipo de centro	Quintil de ingreso per cápita del hogar (%)					Total
		I	II	III	IV	V	
Consulta de medicina general	SNSS	12,8	10,8	9,9	8,1	4,2	9,7
	Otro	1,6	2,8	4,2	7,0	11,8	4,8
	Total	14,4	13,7	14,1	15,1	16,0	14,5
Consulta de urgencia	SNSS	11,0	9,5	8,4	6,8	3,4	8,3
	Otro	0,4	0,6	1,2	1,9	4,0	1,4
	Total	11,3	10,1	9,7	8,8	7,4	9,7
Consulta de salud mental	SNSS	1,8	1,6	1,3	1,0	0,5	1,3
	Otro	0,3	0,4	0,6	0,9	2,2	0,7
	Total	2,0	2,0	1,9	1,9	2,7	2,1
Consulta de especialidad	SNSS	5,1	4,6	4,1	3,6	2,0	4,1
	Otro	2,0	3,2	4,6	7,2	14,4	5,5
	Total	7,1	7,8	8,7	10,8	16,4	9,5
Consulta dental	SNSS	4,4	3,9	3,2	2,5	1,4	3,3
	Otro	1,0	1,7	2,6	4,2	9,1	3,2
	Total	5,4	5,6	5,9	6,7	10,4	6,5
Análisis de laboratorio	SNSS	13,4	11,6	10,7	9,1	4,9	10,5
	Otro	1,8	2,8	4,4	7,6	15,0	5,5
	Total	15,2	14,4	15,1	16,7	19,9	15,9
Exámenes de rayos X o ecografías	SNSS	4,9	4,1	3,8	3,2	1,9	3,7
	Otro	1,8	2,4	3,6	5,4	9,5	4,0
	Total	6,6	6,6	7,4	8,5	11,4	7,8
Control de salud	SNSS	24,9	20,6	18,1	14,3	7,0	18,1
	Otro	1,5	2,4	4,1	6,6	13,4	4,8
	Total	26,4	23,0	22,2	20,9	20,4	22,9
Hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas ^a	SNSS	5,6	4,6	4,0	3,4	2,0	4,1
	Otro	0,7	1,0	1,5	2,4	5,2	1,9
	Total	6,2	5,7	5,5	5,7	7,1	6,0

SNSS, Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2017. Salud: Síntesis de Resultados 2017. Santiago de Chile: MDS; 2017. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Salud_casen_2017.pdf

^a Hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas en los últimos 12 meses.

de salud que aquellos grupos de menores condiciones económicas y mayores necesidades de salud. Los subsidios estatales aplicados a la atención de salud son también un importante contribuyente a la protección social, cobertura y equidad asistencial (22, 27, 29).

LA REFORMA PROPUESTA DEL PROGRAMA GUBERNAMENTAL 2022-2026

El programa gubernamental 2022-2026 plantea una reforma para crear, en el mediano plazo, un sistema universal de salud de tipo estatal con planificación central, cobertura universal y financiamiento en su mayoría estatal. La reforma contribuiría a una calidad óptima del sistema de salud, de la atención primaria de salud, y modificaría el papel de las instituciones privadas asistenciales y de seguros. Sin embargo, ese planteamiento no incluye alguna precisión sobre los objetivos, los planes, las acciones o los recursos a lograr, y coincide a pleno con la propuesta de Constitución de Chile 2022, rechazada luego de un plebiscito nacional. En ambas propuestas, predomina la ideología refundacional del mismo grupo de partidos políticos que está a cargo del gobierno en la actualidad, que enfatizan ese tipo de reformas para desarrollar un sistema estatal obligado a responder al derecho a la salud, estado de derecho social, equidad y cobertura universal de salud (12, 30).

En el país predomina una modalidad política y económica neoliberal, donde conviven tendencias promercado y pro-Estado, mientras que el Estado tiene financiamiento y capacidad de gestión limitados del sistema público de salud; ello hace poco probable que se pueda lograr una reforma que permita aumentar el financiamiento y la propiedad estatal (1, 8, 10). La propuesta gubernamental plantea un aumento sustancial del gasto público en salud y busca reducir el gasto de bolsillo y la importancia de las cotizaciones, pero no precisa cómo y cuánto de ello se podría lograr en la práctica. La insistente expectativa gubernamental de aumentar la recolección de impuestos nacionales mediante una reforma tributaria radical no parece factible en la actualidad (proyecto legal ya rechazado en el 2023), pues los partidos del gobierno proponentes de la reforma tienen minoría parlamentaria, lo que limita lograr un suficiente cambio legal y aumento de impuestos (30).

El Fondo Universal de Salud (FUS) sería la administradora estatal que reemplace y expanda el actual papel que cumple el FONASA como seguro social universal, pero falta dilucidar cómo esa administradora sería capaz de asegurar la sustentabilidad y eficiencia que el FONASA no logra asegurar hoy en día (22,23). Siete por ciento de cotización aportado por trabajadores públicos y privados es, a todas luces, insuficiente, y obliga al Estado a entregar un aporte fiscal al FONASA, que alcanzó al 77% del financiamiento del FONASA en 2021 y proyecta aumentar al 82% en 2023 según la Ley de Presupuesto (33). A su vez, la mayoría de los asegurados privados debe pagar, también, más del 7% establecido como cotización (una cifra que muchas veces llega hasta 10% o más) (11, 22). Un tipo de FONASA universal heredaría y aumentaría esas limitaciones actuales. Como ampliación del actual Programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), cuya aplicación ha aumentado el desfinanciamiento hospitalario y aumentado las listas de espera de pacientes no incluidos en el GES, la propuesta de establecer una modalidad universal similar a ese programa también heredaría las ventajas y desventajas de este programa (14, 24).

El escenario de sustentabilidad económica y sobrevida institucional de las ISAPRE es muy incierto, así como la posibilidad del FONASA de absorber la cobertura de 3,5 millones de personas, en el eventual caso de que las ISAPRE quiebren. El Ministerio de Salud analiza soluciones posibles sobre el fortalecimiento del FONASA para absorber a los afiliados que puedan migrar desde las ISAPRE en caso de una crisis de terminal de estas últimas.

La propuesta gubernamental formula la creación del servicio nacional de salud como una institución equivalente al actual SNSS perfeccionado, de cobertura universal y financiado principalmente por el Estado. El SNSS tiene una excelente configuración normativa, lo que podría ser un argumento para indicar que el sistema nuevo podría ofrecer una cobertura universal que, salvo necesidad, no se financiaría por cotizaciones obligatorias, sino que en base a la renta general de la nación. Pero esa normativa no se cumple lo suficiente en la práctica, debido a las limitaciones persistentes de recurso y desempeño. Esas limitaciones podrían mantenerse y hasta verse ampliadas en un servicio de cobertura universal (11, 22, 23).

Como base de una reforma factible, se requiere considerar que el nivel de desarrollo económico y el contexto político y económico de Chile y su Estado es bastante más limitado que el de países como el Reino Unido, que tienen un sistema universal de salud en un Estado de Bienestar con más recursos y una mayor proporción dedicada al sistema de salud. Cabe también destacar que el desempeño del servicio nacional de salud en países industrializados, como el Reino Unido, tampoco está exento de problemas de financiamiento, sustentabilidad y respuesta satisfactoria a la demanda de los usuarios (32).

El conjunto de propuestas de reforma formuladas desde el 2010 aporta antecedentes empíricos útiles y orientaciones específicas sobre la innovación que se podría realizar, pero para que ello sea factible, se requeriría primero reformar condiciones del sistema económico y político que favorezcan contar con más recursos y disponer de la base normativa necesaria para realizar reformas efectivas que permitan crear un sistema de salud en adecuado y consolidado para Chile (1, 3, 15). Las propuestas tienden a reconocer la notoria deficiencia de recursos asistenciales y el excesivo pago de bolsillo, incluyendo copagos, medicamentos u otros gastos. Entre los requisitos que debiera tener el sistema, destacan su universalidad (mismos derechos para todos), financiamiento solidario, prestación integral, calidad que incluya eficiencia y eficacia, libertad de elección (pública o privada), aseguramiento para toda la vida, y resguardo de su apropiado cumplimiento. Se tiende a resaltar aspectos como integrar mejor y fortalecer al sistema de salud global, desarrollar un plan común o universal de salud bajo una modalidad común de aseguramiento, junto con fortalecer al sistema asistencial público de salud. Algunas coinciden en terminar con la condición actual de aseguramiento privado de ISAPRES y convertirlas en un seguro social complementario (cuadro 5) (1-11).

FACTIBILIDAD POLÍTICA Y ECONÓMICA

Para asegurar una mayor factibilidad de la propuesta, se requeriría lograr reformas globales propicias en el sistema económico y político, cambios que no se prevén a corto plazo, en especial después del rechazo a la propuesta de reforma

CUADRO 5. Componentes de reforma de salud según el programa gubernamental, propuesta de la Constitución de Chile del 2022 y otras propuestas

Componente	Programa gubernamental 2022-2026	Propuesta de Constitución de Chile del 2022	Otras propuestas de reforma
Sistema universal de salud	✓	✓	Algunas
Servicio nacional de salud	✓	✓	
Atención primaria de salud universal	✓	✓	
Cobertura universal de salud	✓	✓	Algunas
Sistema principalmente estatal	✓	✓	
Rectoría y regulación	✓	✓	✓
Planificación central	✓	✓	
Principal financiamiento estatal	✓	✓	
Plan común de seguro de salud	✓	✓	✓
Aumento sustancial del financiamiento	✓	✓	✓
Término de condición actual de ISAPRE y cambio a ser seguro complementario	✓	✓	Algunas
Rol secundario de seguros privados complementarios	✓	✓	Algunas
Uso de seguros privados negociado por entidad estatal	✓	✓	
Provisión pública y privada de servicios de salud	✓	✓	✓

ISAPRE, instituciones de salud previsual.

Fuente: elaboración propia con base en las propuestas de reforma (referencias 1-12, 30).

constitucional del 2022. En particular, se requeriría contar con una serie de condiciones y planes cruciales para implementar la reforma, entre las cuales se destaca:

- Que a partir de la situación del sistema de salud actual y su contexto, se precise el conjunto de componentes y procesos clave que constituirán un proyecto de reforma adecuado, que luego se pueda presentar, negociar y lograr para una implementación efectiva de la reforma.
- Que el equipo económico gubernamental pueda negociar y lograr que el Estado consiga fondos suficientes para financiar la reforma misma y la creación y funcionamiento del sistema de salud propuesto, escenario que bajo las condiciones actuales no se prevé.
- Que los actores políticos que promueven la reforma (en especial el Poder Ejecutivo y el Parlamento) logren la aprobación legal de la reforma. Ello tiene baja factibilidad actual, dado que el gobierno proponente de la reforma es minoría en el Parlamento.
- Que se considere el poder e influencia del mercado y de otros grupos de interés. Al plantear reducir la participación del mercado de seguros, surge la incertidumbre sobre el efecto que eso podría tener sobre el sector privado. Tampoco es claro el resguardo del derecho de aquellas personas que preferirían mantenerse cubiertas por los sistemas privados de seguro y atención.
- Que el Estado pudiera adquirir una capacidad de planificación central efectiva y de coordinación de un sistema de salud universal estatal, lo que requeriría adoptar una función legislativa, financiera y de gestión que no existe en la capacidad estatal actual.

CONCLUSIONES

La propuesta gubernamental de reforma tiene coherencia interna, con principios y valores en consonancia con lo

preconizado por organismos como la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas, y se apoya en la experiencia sólida de sistemas de salud como el del Reino Unido. La cobertura del aseguramiento en salud es casi universal en Chile, e incluye a las personas que no están en condiciones de cotizar ni pagar por la atención de salud. Se puede concluir que Chile ya cuenta con un tipo de cobertura universal de salud, entendida como protección y aseguramiento universal, al menos para paquetes básicos de beneficios, aunque incluya a los sectores público y privado. La propuesta gubernamental tiene otro enfoque más radical, pues plantea que el derecho universal a la salud obliga al Estado a estructurar un sistema universal estatal de planificación central, lo que no resulta consistente con la situación chilena global, ni con la capacidad del Estado de aumentar la propiedad y el financiamiento de empresas estatales. La expectativa de contar con un marco legal efectivo y un financiamiento mayor dependía de la fallida propuesta de Constitución para Chile en el 2022. En su defecto, la posibilidad de conseguir cambios estructurales y más financiamiento estatal para manejar el sistema de salud propuesto resulta bastante incierta y poco factible.

La propuesta de un fondo universal de salud similar al FONASA heredaría y aumentaría las limitaciones financieras que ya tiene el fondo actual. No se puede proyectar que ese tipo de entidad estatal nueva resulte efectiva, sustentable y financiada su mayoría por el Estado (aunque más de 80% del financiamiento actual del FONASA proviene del aporte fiscal). La propuesta no permite prever el futuro sustentable del sector privado de seguros y atención de salud, ni el funcionamiento dinámico del mercado en salud. La desaparición eventual de las ISAPRE como seguros principales de salud requiere de consideración institucional debida y de la población, pues no hay certidumbre sobre la conveniencia de que sus asegurados sean cubiertos por un equivalente al FONASA universal, y pierde así sus ventajas actuales que incluyen acceder a una atención más oportuna, libre elección de especialistas y con una complejidad

asistencial mayor. Aún falta contar con marcos de participación y sustentabilidad del sector asistencial privado, que recibe financiamiento sobre todo desde las ISAPRE y el FONASA y constituye una industria importante por su aporte y cobertura asistencial.

Para que la propuesta gubernamental pueda adquirir una factibilidad razonable, se requiere preparar un plan de reforma adecuado y sólido que sea presentada de manera lo más oportuna posible como proyecto legal. El período gubernamental actual termina en marzo del 2026. Para abordar los problemas planteados, con criterios de factibilidad, se requiere considerar los factores determinantes del sistema y su contexto, que influyen de un modo crucial (a favor o en contra) durante las

distintas etapas del proyecto. El cumplimiento de los criterios de pertinencia y factibilidad de esa reforma eventual resulta esencial para aumentar las posibilidades de que esa propuesta pueda ser eventualmente negociada, aprobada e implementada como una reforma adecuada, en pos de mejorar el sistema de salud chileno.

Conflicto de intereses Ninguno declarado por los autores.

Declaración Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS.

REFERENCIAS

- Inostroza Palma M., Sánchez Rodríguez H. Ed. Construcción política del sistema de salud chileno: la importancia de la estrategia y la transición ¿Cuáles son nuestras verdaderas posibilidades de cambio? Santiago de Chile; Instituto de Salud Pública; Universidad Andrés Bello; 2017. Disponible en: <https://www.ispandresbello.cl/libro-construccion-politica-del-sistema-de-salud-chileno-la-importancia-de-la-estrategia-y-la-transicion/>
- Butelmann A, Duarte F, Nehme N, Paraje G, Marcos Vergara M. Tratamiento para un enfermo crítico: propuestas para el sistema de salud chileno. Informe de Políticas Públicas 04. Espacio Público; 2014. Disponible en: <https://espaciopublico.cl/wp-content/uploads/2021/05/31.pdf>
- Cid C, Torche A, Herrera C, Bastías G, Barrios X. Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chilena. En: Concurso de Políticas Públicas 2013, Propuestas para Chile. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2014:183-220. Disponible en: http://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2014/01/LibroPropuestas-para-Chile_versión-web.pdf
- Bastías G, Valdivia G. Reforma de Salud en Chile; el Plan AUGE o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES): su origen y evolución. Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; 2007;32(2):1-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/267222777_REFORMA_DE_SALUD_EN_CHILE_EL_PLAN_AUGE_O_REGIMEN_DE_GARANTIAS_EXPLICITAS_EN_SALUD_GES_SU_ORIGEN_Y_EVOLUCION
- Benítez A, Velasco C. Propuestas para una reforma integral de Fondo Nacional de Salud. Comisión para una propuesta para una reforma integral de FONASA. Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos; 2020. Disponible en: <https://www.cepchile.cl/investigacion/propuestas-para-una-reforma-integral-del-fondo-nacional-de-salud/>
- Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría. La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos. Documento Final (V2) 17 de marzo, 2014. Disponible en: <https://www.lar.cl/doc/textos/EI LibroBlancoDeLANuevaMayor%C3%ADa.pdf>
- Colegio Médico de Chile. Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile. Comisión ESP-COLMED. Santiago de Chile: Colegio Médico de Chile; 2018. Disponible en: <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/05/Propuesta-Reforma-de-Financiamiento-Integral-a-la-Salud.pdf>
- Gattini C., Arteaga O. Teoría y práctica del aseguramiento privado de salud en Chile: brechas, consistencia y reforma pendiente. *Tempus*, actas de saúde coletiva. 2016;10(1):29-42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1680>
- Cid C, Aguilera X, Arteaga O, Barría S, Barría P, Castillo C, et al. Informe Final: Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Público Privado. Informe final. Santiago de Chile; 2014. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIALISAPRES.pdf
- Cid C, Uthoff A. La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e170. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34509>
- Bitrán E, Inostroza M, Duarte F, Arroyo C. Análisis de Espacio Público. Reformas de salud del Gobierno. Espacio Público; 2021. Disponible en: <https://www.espaciopublico.cl/wp-content/uploads/2021/05/19767.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Programa de Gobierno Apruebo Dignidad. Santiago de Chile: CEPAL; 2021. Disponible en: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan%2Bde%2Bgobierno%2BAD%2B2022-2026%2B%282%29.pdf>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Mejores criterios para una mejor evaluación. Definiciones revisadas de los criterios de evaluación y principios para su utilización. París: OCDE; 2019. Disponible en: <https://www.oecd.org/development/evaluation/Criterios-evaluacion-ES.pdf>
- Solarte Pazos L. Manual resumido de gestión de proyectos. Santiago de Cali: Facultad de Ciencias de Administración Universidad del Valle; 2001. Disponible en: <https://www.oecd.org/development/evaluation/Criterios-evaluacion-ES.pdf>
- Gonzalez-Rossetti A, Chuaqui T., Espinosa C. Enhancing the political feasibility of health reform: the Chile case. Santiago de Chile: Health Sector Reform Initiative; 2000. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/40-Enhancing_Political_Feasibility_Health_Reform-Chile.pdf
- Del Prete S. Sistemas de salud comparados: entre reformas y encrucijadas. Ciudad de México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; 2016. Disponible en: https://www.academia.edu/38995277/Libro_Sistemas_de_salud_comparados_Entre_reformas_y_encrucijadas_2016
- Chung M. Health care reform: learning from other major health care systems. *Princeton Public Health Review*; 2017. Disponible en: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/>
- Böhm K, Schmid A, Götze R, Landwehr C, Rothgang H. Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy*. 2013;113(3):258-269. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24095274/>
- Banco Mundial. GDP per capita Chile (current US\$). Washington D.C.: Banco Mundial. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=CL>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Índice de desarrollo humano 2022: Chile mantiene primer lugar en la región, con desafíos persistentes en reducción de desigualdades. Nueva York: PNUD; 2022. Disponible en: <https://www.undp.org/es/chile/noticias/indice-de-desarrollo-humano-2022-chile-mantiene-primer-lugar-en-la-region-con-desafios-persistentes-en-reduccion-de-desigualdades>

21. Forascepi Crespo C. Chile: nuevos desafíos sanitarios e institucionales en un país en transición. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e137. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.13>
22. Gattini C. Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional. Vigencia, experiencia y desafíos. Santiago de Chile: Observatorio Chileno de Salud Pública; 2022. Disponible en: https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/04/APS_en_Chile_e_Internacional_Gattini_OCHISAP_2019.pdf
23. Unger J-P, De Paepe P, Solimano G, Arteaga O. Chile's neoliberal health reform: an assessment and a critique. *PLoS Med*. 2008;5(4). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0050079>
24. Aguilera X, Castillo-Laborde C, Ferrari MN-D, Delgado I, Ibañez C. Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Chile. *PLoS Med*. 2014;11(9):e1001676. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001676>
25. González C, Castillo C, Matute I. Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de Salud Poblacional N.º 2. Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina y Clínica Alemana. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo; 2019. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/server/api/core/bitstreams/6e067481-91e0-495a-9b96-fd48064f383b/content>
26. Gattini C. El sistema de salud en Chile. Santiago de Chile: Observatorio Chileno de Salud Pública; 2018. Disponible en: https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/04/Sistema_Salud_Chile_Gattini_2018.pdf
27. Gattini C. Analysing variation in needs, resources and use in the National System of Health Services in Chile. Tesis de doctorado. Londres: London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London; 2004.
28. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2017. Salud: Síntesis de Resultados 2017. Santiago de Chile: MDS; 2017. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Salud_casen_2017.pdf
29. Goyenechea M. Estado subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno. Cuadernos Médico-sociales. 2019;59(2):7-12. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/336041265_Estado_subsiario_segmentacion_y_desigualdad_en_el_sistema_de_salud_chileno
30. Convención Constitucional de Chile. Propuesta de Constitución Política de la República de Chile, 2022. Disponible en: <https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/07/Texto-DefinitivoCPR-2022-Tapas.pdf>
31. Atun R, Monteiro de Andrade LO, Almeida G, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet* 2015;385:1230-47. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61646-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61646-9.pdf)
32. Organización de las Naciones Unidas. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: ONU; 2018. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
33. Fondo Nacional de Salud. Cuenta pública participativa de FONASA. Gestión 2021 / Desafíos 2022. Santiago de Chile: FONASA; 2022. Disponible en: https://www.google.com/search?q=cuenta+publica+fonasa+2022&rlz=1C1CHBD_esCL1038CL1038&oq=cuenta+publica+de+fonasa&aqs=chrome.1.69i57j0i22i30l3.15622j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
34. Laurell AEC. Competing health policies: insurance against universal public systems. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2668. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1074.2668>
35. Ramírez O. Atención primaria de salud: ¿dónde estamos 40 años después de Alma Ata? Barcelona: Instituto de Salud Global Barcelona; 2018. Disponible en: <https://www.isglobal.org/ca/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/atencion-primaria-de-salud-donde-estamos-40-anos-despues-de-alma-ata-/5581285/0>

Manuscrito recibido el 17 de marzo de 2023. Aceptado, tras revisión, para su publicación el 9 de junio de 2023.

Relevance and feasibility of reforms to create a universal health system in Chile

ABSTRACT

The health system in Chile is well developed, with broad national coverage. However, organizational limitations necessitate urgent structural reform due to a lack of resources and poor performance, with segmentation and inequity. The government's program for 2022–2026 proposes substantial reforms aimed at creating a universal health system. Other reform proposals formulated by various government programs and commissions, as well as think tanks, provide useful inputs to contextualize the government proposal.

Different types of models coexist in the health system: public insurance is based on a social security model, the public system provides free care to the insured population, and private insurance and private care providers work on a market basis. The proposed system would function on the national health system model, combining a predominant national health service (Beveridge model) with a complementary social security system (Bismarck model), depending on the need for funding. With a focus on social project evaluation, the relevance (internal coherence and external alignment) and political and economic feasibility of the contents of the government program were reviewed. The proposal has internal coherence, but limited external alignment with the prevailing political and economic system, and little State capacity to increase the financing of public enterprises and their coverage. The contents of the proposal do not show sufficient facilitating conditions to reasonably suggest political and economic feasibility in terms of legal approval and effective implementation of the proposed reform.

Keywords

Health care reform; health systems; insurance, health; social security; Chile.

Relevância e viabilidade de uma reforma para a criação de um sistema de saúde universal no Chile

RESUMO

O sistema de saúde do Chile alcançou grande desenvolvimento e cobertura nacional, mas continua tendo limitações organizacionais que demandam uma reforma estrutural urgente, devido à insuficiência de recursos e do desempenho, com segmentação e iniquidades. O programa do governo para o período 2022-2026 propõe uma reforma substancial com vistas a criar um sistema de saúde universal. Há outras propostas de reforma, formuladas por diversos programas e comissões governamentais e centros de estudo, que fornecem contribuições úteis para contextualizar a proposta do governo. Diferentes tipos de modelos coexistem no sistema de saúde, pois o seguro público é do tipo previdenciário, o sistema assistencial público oferece atendimento gratuito às pessoas que têm seguro público, e os planos e operadoras de assistência privada seguem uma lógica de mercado. A proposta seria um sistema nacional de saúde que combinaria um serviço nacional de saúde predominantemente estatal (modelo de Beveridge) com um sistema de seguridade social (modelo de Bismarck) complementar, conforme a necessidade de financiamento. Com base em uma abordagem de avaliação de projetos sociais, foram analisados os critérios de relevância (coerência interna e consistência externa) e de viabilidade política e econômica do conteúdo do programa do governo. A proposta tem coerência interna, mas pouca consistência externa com o sistema político e econômico predominante, e o Estado tem capacidade limitada para aumentar o financiamento e a cobertura das empresas públicas. O conteúdo da proposta não permite identificar condições facilitadoras suficientes para sustentar um nível razoável de viabilidade política e econômica da aprovação legal e implementação efetiva da reforma proposta.

Palabras-chave

Reforma dos serviços de saúde; sistemas de saúde; seguro saúde; previdência social; Chile.
