



Seguro Público Único de Salud Minuta Final

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN POLÍTICAS PÚBLICAS**

**Alumno: Nicolás Olivero Peña
Profesor Guía: Sergio Espejo**

Santiago, octubre 2022



UNIVERSIDAD DE CHILE
Taller de Tesis-AFE
Maestría en Políticas Públicas
Otoño 2022

Autor: Nicolás Olivero Peña
Tema: Seguro Público Único de Salud
Minuta Final

1. Introducción y presentación del problema

Durante las últimas décadas, y a pesar de los notables avances en materia de indicadores sanitarios, el sistema de salud chileno ha sido fuente de críticas desde diversos actores de la sociedad civil, del sistema político y de la academia.

Expertos e investigadores del área (Cid & Uthoff, 2017; Escuela de Salud Pública Universidad de Chile, 2018; Facultad de Medicina PUC, 2021; Gobierno de Chile, 2014) han argumentado que el sistema de salud chileno desde su concepción moderna (década de los 80) presenta múltiples falencias que generan un sistema ineficiente e inequitativo que profundiza desigualdades sociales. Dentro de estas falencias se pueden encontrar el carácter dual (o coexistencia de sistemas) en el aseguramiento de salud que produce una segmentación por ingresos y selección de riesgos; la baja movilidad entre Isapres debido a altos costos de cambio y poca información de los usuarios; alta representación del gasto de bolsillo respecto al gasto total en salud; financiamiento estatal del gasto público por debajo de los niveles OCDE; baja o inexistente seguridad social en salud; entre otras.

Sumado a lo anterior, el sistema chileno de salud tiene también altos niveles de insatisfacción usuaria. Según la Encuesta Nacional de Salud 2020 realizada por el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello se puede evidenciar que los índices de experiencia, percepción y expectativa de calidad han disminuido en el período 2010-2020 tanto a nivel general como desagregado por aquellos asegurados por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) e Instituciones de Salud Previsional (Isapre). Otro dato revelador es el hecho de que la evaluación del sistema de salud en general ha obtenido una nota roja constante desde el 2010 hasta el 2020, siendo un 3,9 la mejor nota promedio durante los años 2017 y 2018. Por último, la información que se puede extraer de esta encuesta hace concluir que existe un ánimo de desprotección relevante con el actual sistema de salud, ya que existirían falencias importantes en cuanto al acceso, calidad y protección financiera.

En un contexto nacional donde diversos gobiernos (incluido el actual), parlamentarios, asociaciones civiles e incluso una convención constitucional han presentado reformas al sistema de salud, ¿Qué política pública podría realizarse en pos de mejorar las falencias estructurales del sistema sin socavar los resultados obtenidos hasta ahora?

En respuesta a lo anterior, este trabajo tiene como objetivo justificar una reforma de seguro único



público de salud que resuelva los problemas estructurales y de percepción del sistema de salud, en línea con principios de seguridad social. La justificación de esta política se argumentará mediante el uso de revisión de literatura de instituciones y expertos del área, así como también mediante el análisis de casos de otros países que implementaron soluciones similares. En particular, los objetivos específicos de este trabajo son: 1) sistematizar evidencia de expertos y experiencias que justifican avanzar hacia un seguro único público y 2) entregar lineamientos para su correcta implementación, incluyendo las precauciones pertinentes.

2. Caracterización del problema y tensiones técnicas y políticas involucradas

En orden de entender la evolución histórica del sistema de salud chileno es necesario poner especial énfasis en las reformas llevadas a cabo al inicio de la década de los 80, ya que desde este momento nace el espíritu del sistema de salud que tenemos hasta el día de hoy (Tapia, 2015). Previo a estas reformas, el sistema de salud chileno tenía características *bismarckianas* en el sentido que el financiamiento era estatal del tipo contributivo (Gobierno de Chile, 2014; Tapia, 2015). Gracias a la nueva constitución política del año 1980 se llevan a cabo una serie de reformas que cambian drásticamente el sector de la salud permitiendo la existencia de un fuerte sector privado y disminuyendo la relevancia del estado.

Dentro de las reformas más relevantes podemos encontrar: la creación de Fonasa e Isapres; la eliminación y descentralización del antiguo Servicio Nacional de Salud (SNS), convirtiéndose en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS); la municipalización de la Atención Primaria de Salud; la afiliación voluntaria al sistema Isapre; el aumento del aporte del trabajador a la salud; la disminución del financiamiento estatal a instituciones de salud del estado, entre otras (Gobierno de Chile, 2014).

Con la vuelta a la democracia, distintos gobiernos han realizado reformas en pos de mejorar la calidad, solidaridad, eficiencia y sostenibilidad del sistema de salud chileno. Dentro de las más relevantes se encuentran: la creación de una institución reguladora y de supervisión del mercado de seguros y proveedores de salud llamada Superintendencia de Isapres, actualmente llamada Superintendencia de Salud; mejoras en inversión al sistema público de salud; reformas asociadas al reconocimiento del derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, la eficiencia y participación social; el establecimiento de un sistema de priorización exigible (Garantías Explícitas en Salud, GES); aseguramiento de cobertura sanitaria y financiera, tiempos máximos de atención y calidad de atención, entre otras (Gobierno de Chile, 2014; Tapia, 2015). En el Anexo 1 se puede encontrar el esquema del sistema de salud chileno actual diferenciando las instituciones según el nivel normativo, el de fiscalización y el de ejecución.

Producto de las reformas anteriores, es necesario explicitar y reconocer el desempeño del actual sistema de salud durante los últimos 40 años que se evidencia en la evolución de las características



demográficas y epidemiológicas de la población chilena. Debido a la disminución de la mortalidad y fecundidad, la población chilena ha avanzado hacia un estado de transición demográfica avanzada en donde la proporción de adultos y población en edades avanzadas es cada vez más relevante (Gobierno de Chile, 2014). En cuanto a otros indicadores como la expectativa de vida, mortalidad evitable, prevalencia de enfermedades crónicas y tasa de mortalidad en menores de 5 años, nuestro país posee mejores resultados en comparación con otras naciones de América Latina y el Caribe, acercándose fuertemente a niveles promedio de los países de la OCDE (OECD/The World Bank, 2020; OECD, 2021). Dado lo anterior, las nuevas reformas que se hagan al sistema no deben socavar los excelentes resultados sanitarios logrados, sino que deben avanzar en mejoras que apunten a disminuir la segmentación y fragmentación en el sistema (alcanzando mayor equidad) y un uso más eficiente de los recursos.

Tensiones Técnicas

Discriminación, segmentación y dualidad del sistema

Existe consenso en que en el actual sistema, las Isapres tienen la posibilidad de cobrar primas suficientemente altas para cubrir los costos esperados de sus usuarios, sus gastos de administración y sus utilidades (Gobierno de Chile, 2014). Dada la fuerte desigualdad en los gastos de salud, lo anterior provoca que sólo las personas más acomodadas o menos vulnerables puedan acceder al aseguramiento de Isapres produciendo una discriminación por ingresos (Cid & Uthoff, 2017; Facultad de Medicina PUC, 2021). La institucionalidad actual también permite la segmentación, ya que las Isapres, al poder identificar los costos esperados por variables sociodemográficas, pueden cobrar diferenciadamente a grupos específicos como niños, mujeres en edad fértil, adultos mayores, etc. Esta situación se puede verificar en que la prima de la población anciana es 3 veces mayor que la de la población joven o que la prima de una mujer en edad fértil es más del doble que la de los hombres (Cid & Uthoff, 2017).

Por otro lado, los antecedentes anteriores producen que coexistan dos subsistemas con características muy disímiles entre ellos. Por un lado, un subsistema privado (Isapres) con mayor disponibilidad de recursos por beneficiario y menor riesgo sanitario, y por otro, un subsistema público solidario (Fonasa) con menor disponibilidad de recursos por beneficiario y mayor riesgo sanitario (Gobierno de Chile, 2014). Estos hechos producen una fuerte inequidad en el sistema y profundizan la desigualdad social.

Por último, el funcionamiento de un subsistema tiene efectos indirectos relevantes en el otro. El hecho de que el subsistema privado tenga la potestad de seleccionar por riesgo a sus afiliados produce efectos que van en desmedro del subsistema público. Lo anterior se observa en que existe una importante migración de afiliados Isapre que se van a Fonasa cuando llegan a la adultez tardía o cuando tienen un período de alta enfermedad, cargando al subsistema público con aquellos más desposeídos mientras se alivia la carga de las Isapres quedándose con la población más sana (Escuela de Salud Pública Universidad de Chile, 2018).

Para entender también la dualidad del sistema y cómo se afectan el uno al otro, es útil conocer



órdenes de magnitud respecto al gasto en que cada subsistema incurre, así como la distribución de asegurados. Respecto a la distribución porcentual de fuentes de financiamiento del gasto en salud, los aportes fiscales y cotizaciones legales representan un 5,9 % del PIB en 2020. Dentro de este monto, el aporte fiscal ejecutado representa el 2,7 %, las imposiciones previsionales Fonasa 1,3 % y las imposiciones previsionales Isapre ascienden a 1,1 % (Clínicas de Chile A.G., 2020). El 0,8 % restante corresponde a otros aportes. Respecto a la distribución de asegurados por previsión, la cantidad de personas aseguradas en el Fonasa corresponde al 77,8 % mientras que aquellos en Isapre representan el 17,2 % (Clínicas de Chile A.G., 2020). Con estos antecedentes podemos notar que a pesar de que en términos de gasto Fonasa e Isapre poseen niveles similares, Fonasa asegura a más del cuádruple de personas que las Isapres.

Gasto en salud y gasto de bolsillo de los hogares

El gasto total en salud ha aumentado sostenidamente a lo largo de los últimos 20 años. Más aún, los estudios más recientes como Lenz-Alcayaga & Paez-Pizarro (2020) confirman que el gasto de la seguridad social en salud en 2018 ya llegaba al promedio de la OCDE en términos de su participación en el producto interno bruto. A pesar de lo anterior, existen diferencias sustanciales entre subsistemas que se evidencian, por ejemplo, en el aporte de cotizaciones per cápita, nivel de remuneraciones del personal médico y no médico, disponibilidad de especialistas, infraestructura, etc. (Gobierno de Chile, 2014).

Un indicador muy relevante para analizar el nivel de protección financiera de los afiliados es el gasto de bolsillo que deben desembolsar por las prestaciones médicas. Este tipo de gasto engloba todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud¹, como por ejemplo, honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital (Xu, 2005). En este aspecto, Chile posee un gasto de bolsillo alto, ya que representa el 34 % del gasto total en salud en comparación con el 21 % que representa el promedio de la OCDE (OCDE & Banco Mundial, 2020).

Falta de transparencia y baja libertad de elección

Dado que el precio de venta de nuevos planes es libre y las aseguradoras los pueden ajustar según sus expectativas, sumado al hecho de que las aseguradoras tienen sus propios procesos de selección y criterios de equivalencia prima-riesgo, ha provocado que existiesen más de 65.000 planes de distintas índoles (Cid & Uthoff, 2017). Esto, según los autores, va en desmedro de que el usuario pueda elegir de manera informada y completa su plan asegurador.

Uno de los supuestos de validez del sistema actual de salud es la libertad de tránsito y cambio entre distintas aseguradoras. Este supuesto no se sostiene en la práctica, ya que los costos de cambiarse de Isapre son muy altos (alta cautividad). A la vez, es difícil obtener y entender la información y la oferta de planes disponibles debido a que existe asimetría de información entre beneficiarios e Isapres (Superintendencia de Salud, 2009). Lo anterior provoca una movilidad muy condicionada

¹No se incluyen gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los gastos concernientes a nutrición especial. A la vez, se deben deducir los reembolsos por seguros.



de beneficiarios tanto en el subsistema privado como entre subsistemas.

Tensiones Políticas

Durante los últimos 20 años se han presentado numerosas reformas al sistema actual de salud sin alcanzar los niveles de consenso que permitan su implementación. Lo anterior se debe principalmente a que diversos actores promueven reformas sustancialmente distintas. Por ejemplo, la Asociación de Isapres y el Centro de Estudios Públicos (Escuela de Salud Pública Universidad de Chile, 2018) promueven avanzar hacia un sistema más solidario, pero manteniendo la dualidad entre sistemas; otros sectores ligados a la centro izquierda proponen avanzar hacia un seguro único de salud, mientras que sectores más radicales promueven transicionar hacia un sistema nacional de salud, es decir, sin aseguramiento y financiado por impuestos generales.

A pesar de que las propuestas de los distintos grupos de interés pueden ser muy distintas, todas poseen la característica común de requerir inyectar mayores recursos al sistema. Si se necesitan mayores recursos, ¿de dónde se extraen? *A priori* se podría fundamentar el aumento de las cotizaciones obligatorias, pero ¿es políticamente viable y correcto que las personas que obtienen sus principales ingresos por el trabajo asuman el mayor costo del financiamiento? En un país donde existen importantes desigualdades según el origen de los ingresos (trabajo versus capital) y en el cual la mayor fuente de financiamiento del estado vía impuestos proviene de impuestos regresivos (IVA), este tipo de preguntas no es trivial y deben considerarse, agregando complejidad a la hora de proponer reformas al sistema de salud.

3. Presentación y justificación de la metodología

El actual trabajo busca responder la pregunta estructurante mediante la combinación de dos metodologías.

Por un lado se realiza una revisión bibliográfica de los beneficios y costos que conllevan los sistemas de seguro público único de salud en desmedro de sistemas mixtos (coexistencia de subsistemas o multiaseguradores) o sistemas nacionales de salud financiados mediante impuestos generales. Este tipo de metodología es adecuada, ya que sería imposible aplicar un modelo causal a una situación que actualmente no posee contrafactual. Dado que no existen otras técnicas empíricas de análisis, entender la posición de expertos y la investigación asociada servirá para responder la pregunta estructurante.

A pesar de lo anterior, es necesario mencionar las limitaciones de esta metodología. Como cualquier discusión de política pública, los factores (y su ponderación) a considerar al momento de proponer una solución dependerán fuertemente del contexto social, político e histórico del agente que la propone. Dado lo anterior, algunas reformas se han argumentado apelando a factores de equidad, otras debido a su impacto en eficiencia, otras por temas de calidad, etc.

Por otro lado, se utiliza una metodología de análisis de casos enfocado en países que implementaron



un seguro público único de salud. La utilización de esta metodología permitirá aprender sobre la experiencia de otros países ponderando los éxitos y fracasos de ellas. A la vez, permite adelantarse a ciertas problemáticas de la implementación y a efectos no deseados o indirectos de ella.

Al igual que respecto a la metodología de revisión bibliográfica, es necesario mencionar las limitaciones de la metodología de casos (países). Una crítica directa a esta metodología es el hecho de que la mayoría de los países poseen contextos y culturas muy distintos entre sí lo que produce que una aplicación de política pública tenga consecuencias distintas dependiendo de donde se implemente. Por esta misma razón, es que cada país posee un arreglo particular de su sistema de salud según sus particularidades culturales, sociales, históricas y políticas. En pos de mitigar esta limitación se buscarán casos que permitan hacer una comparación válida respecto al contexto chileno como por ejemplo, países con arreglos institucionales previos similares y/o que posean niveles parecidos en indicadores socioeconómicos.

Cabe mencionar que previo a utilizar la metodología de casos de países, se deben explicitar los principales sistemas de salud en el mundo. En términos concretos, todos los sistemas de salud se pueden encasillar ampliamente en dos tipos². Uno corresponde a los sistemas de salud financiados por impuestos, o también llamados sistemas nacionales de salud, y el otro son los sistemas basados en aseguramiento social de la salud (Van der Zee & Kroneman, 2007). Las principales diferencias de estos sistemas son la fuente de financiamiento y su relación con prestadores. En los sistemas de salud financiados con impuestos, como bien lo dice su nombre, la salud se financia por medio de impuestos y transferencias estatales y su relación con prestadores es prácticamente directa, ya que muchos de los prestadores son también públicos. Por otro lado, los sistemas basados en aseguramiento social se financian principalmente con las contribuciones realizadas por los trabajadores, y su relación con los prestadores es más variada, ya que deben relacionarse tanto con proveedores públicos como privados (Wagstaff, 2009b).

Como se verá en el apartado siguiente, un sistema de salud puede analizarse utilizando distintas métricas sin existir una más relevante que las otras. Esto produce que en diversos estudios se argumente positivamente un sistema sobre otro con base en indicadores como: tasas de mortalidad, gasto de salud per cápita, ineficiencias, equidad, gasto de bolsillo, efectos sobre el empleo, entre otros (Wagstaff, 2009a; Wagstaff, 2009b; Van der Zee & Kroneman, 2017; Yip et al., 2015).

Por último, en este apartado se buscará entregar claridad sobre ciertos conceptos que muchas veces se confunden en la discusión pública en el ámbito de la salud. Estos conceptos son aseguradoras y prestadores. Las aseguradoras corresponden a las instituciones que proveen el servicio de aseguramiento de salud y pueden ser públicas (Fonasa) o privadas (Isapres). Por prestadores entendemos a aquellas entidades que prestan servicios de salud, como consultas clínicas y hospitalizaciones, y al igual que las aseguradoras, pueden ser públicas o privadas. En el contexto de esta minuta y la propuesta de seguro público único de salud se entiende que el nuevo sistema solo tendrá un asegurador de salud que proveerá la seguridad social en salud. A pesar de lo anterior, esto no significa la extinción de las aseguradoras privadas de salud, ya que estas podrán seguir entregando servicios como seguros complementarios, pero fuera de la seguridad social de la salud. Por el lado

²También existen sistemas mixtos, pero actualmente son tan pocos casos que no se detalla su funcionamiento.



de los prestadores, una reforma de esta naturaleza no cambia su funcionamiento.

4. Hallazgos y evidencia

Respecto a la revisión bibliográfica, autores como Cid & Uthoff (2017) proponen generar estrategias de corto y largo plazo. En el corto plazo se propone regular precios de las primas, eliminar cualquier tipo de preexistencia y permitir el acceso a un conjunto amplio de prestaciones con cobertura financiera estandarizada. A su vez, para resolver falencias de solidaridad, se propone la creación de un fondo mancomunado universal entre Fonasa e Isapres con el objetivo de financiar solidariamente prestaciones universales. En el largo plazo se debe avanzar a que exista solo una entidad que mancomune todo el financiamiento disponible de salud, destinando estos recursos al acceso y cobertura universal de todos los habitantes del país. Argumentan que avanzar en este aspecto resolverá las falencias asociadas a la falta de acceso e inequidad del sistema de salud chileno. Sostienen lo anterior ocupando también evidencia de otros países como los casos de Brasil y España durante los años 80, donde se pasó de un sistema de aseguramiento múltiple a uno único.

El estudio llamado Salud para Chile, elaborado por la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile del año 2021, llega a conclusiones y posibles impactos bastante similares. Para resolver el problema actual de organización del financiamiento del sistema de salud que implica importantes problemas en términos de equidad, eficiencia, segmentación y falta de solidaridad, se propone establecer un Fondo Mancomunado Único de Salud. Este fondo permitiría administrar más eficientemente los recursos y el riesgo de la población. Sostienen también que esta medida permitiría avanzar a un sistema con mayor solidaridad. La forma de financiar ese fondo mancomunado sería a través de un seguro único nacional de salud que aúne los cotizantes del sector privado y público en uno solo y que requerirá de una nueva institucionalidad técnica con alta capacidad de gestión, independiente, y capaz de responder a las necesidades epidemiológicas de la población (Facultad de Medicina PUC, 2021).

A continuación, pasaremos a analizar las experiencias de países respecto a la implementación y/o institucionalidad asociada a seguros públicos únicos de salud.

Los tres siguientes casos, correspondientes a México, Corea del Sur y Uruguay, se basan en un acabado documento elaborado por Winnie Yip y Reem Hafez, ambos de la Organización Mundial de la Salud, llamado "*Reforms for improving the efficiency of health systems: lessons from 10 country cases*" del año 2015³. Estos tres países fueron escogidos debido a que previo a la implementación de seguros únicos de salud tenían arreglos institucionales muy similares al sistema chileno, es decir, sistemas basados en múltiples seguros. Por otro lado, estos países también poseen indicadores socioeconómicos muy parecidos a los de Chile como, por ejemplo, la expectativa de vida al nacer y el índice de capital humano⁴. En el Anexo 2 se puede encontrar una tabla comparativa de indicadores socioeconómicos entre los cuatro países.

³Yip et al. (2015)

⁴Información recopilada del banco de datos del Banco Mundial. Disponible en <https://data.worldbank.org>



En el caso de México se explica que en la industria de la salud existían dos subsistemas paralelos. Por un lado, se tenía un sistema de seguridad social financiado por contribuciones del gobierno federal, empleadores, empleados y subsidios estatales enfocado principalmente en trabajadores del sector formal. En el otro subsistema, que representaba a cerca de la mitad de la población, solo se tenía acceso a prestaciones provistas por el Estado, claramente subfinanciadas. Esta situación generaba un ambiente desigual e inequitativo al acceso de la salud provocando que parte importante del gasto per cápita en salud estuviera asociado al gasto de bolsillo de los ciudadanos. En pos de remediar estas problemáticas, en 2003 se creó el Sistema de Protección Social en Salud que incluyó aseguramiento de salud popular garantizando beneficios a personas no cubiertas por ningún esquema de seguridad social. Para financiar este mayor gasto también se innovó en calcular primas actualizadas, realizar transferencias directas del estado y también pedir contribuciones según capacidad de pago. Los resultados de esta medida fueron principalmente positivos: el gasto de bolsillo disminuyó de manera relevante, especialmente en las familias cubiertas por el nuevo seguro popular; el gasto en salud que provocaba caer en la pobreza (*impoverishing health expenditure*) cayó tanto entre las familias con seguridad social como las con seguro popular, y, por último, a pesar de que el gasto como porcentaje del PIB aumentó debido al mayor gasto en salud, la composición de este avanzó a estándares más equitativos y eficientes.

Para el caso de Corea del Sur ocurría que existían tres tipos de fondos de aseguramiento de salud: uno dedicado a empleados; otro para profesores escolares y trabajadores públicos; y uno para trabajadores independientes. Uno de los aspectos negativos de este sistema era su inequidad asociada a las primas según grupo. Por ejemplo, los trabajadores independientes debían enfrentarse a primas ajustadas según ingresos, propiedades y tamaño de su vivienda, mientras que para los empleados solo era determinante la variable de ingresos del trabajo. Esta situación llevaba a que la gente no tuviera un entendimiento claro ni estuviera de acuerdo con el funcionamiento del sistema, lo que provocaba que algunos sectores se inclinaran a no contribuir. En el año 2000 se realizó la política pública de unir los tres fondos en uno solo (*pooling*) y que este fuera manejado por dos agencias; una de ellas recaudaba el monto asociado a las primas y las solicitudes a proveedores, mientras que la otra era responsable de la compra de servicios, incluyendo la labor de fijar los lineamientos de los paquetes de beneficios y los medios de pago. El resultado más relevante fue la importante ganancia en eficiencia dado el *pooling* de los tres fondos ya que se generaron importantes ahorros asociados a costos administrativos (bajaron de representar 7,87% en el sistema antiguo a un 2,38% en el nuevo sistema). Este ahorro ha permitido expandir fuertemente la oferta de servicios. Dentro de los resultados sanitarios positivos que conllevó esta reforma se encuentran la reducción de mortalidad y el aumento en la expectativas de vida (Kwon, S., 2009).

Uruguay también tiene un contexto similar a los ejemplos anteriores, ya que su industria de aseguramiento de salud se encontraba fragmentada entre un sistema público que proveía de servicios gratuitos a grupos vulnerables de la población y otro sistema, ordenado como un grupo de instituciones de salud colectivas y privadas, que prestaba servicios de salud al sector formal mediante una red de hospitales y clínicas privados. Este contexto llevó a diagnosticar que los recursos no estaban bien distribuidos y empezaron a crecer preocupaciones sobre la sostenibilidad financiera del sistema. En 2007 se generó un Sistema Nacional Integrado de Salud que unió los dos subsiste-



mas. Su objetivo fue proveer servicios de salud de manera más equitativa bajo un esquema de un plan de beneficios individuales y por el lado del aseguramiento se unificaron todos los esquemas en uno único financiado mediante contribuciones obligatorias según distintas variables socioeconómicas. Dentro de los efectos positivos de esta política es el hecho que se aumentó considerablemente la cobertura en salud para toda la población, se avanzó positivamente en un sistema con mayor equidad y transparencia, y se disminuyó fuertemente el gasto de bolsillo de los hogares.

Otros casos exitosos donde se involucran seguros públicos únicos de salud son los casos de Alemania, Bélgica, Estonia, Polonia y Turquía.

Alemania y Bélgica implementaron un seguro público obligatorio que, sumado a impuestos generales, alimenta un fondo único de riesgo que mancomuna la gran mayoría de los recursos de salud para luego redistribuirlos (Gobierno de Chile, 2014). A la vez, los dos sistemas buscan minimizar los cargos a los usuarios fijando copagos moderados y montos máximos de gastos de bolsillo anuales (Gobierno de Chile, 2014).

Por último, cabe mencionar las reformas exitosas de implementación de seguros únicos públicos de salud que se llevaron a cabo en Estonia (90'), Polonia (90') y Turquía (2003). El resultado general para los tres países fue la mejora sustantiva en diferentes indicadores de salud (Cid & Uthoff, 2017). Los más relevantes fueron la disminución de la mortalidad debido a enfermedades cardiovasculares en Estonia (Habicht et al., 2018), la reducción en la mortalidad infantil en Polonia (Sagan et al., 2011) y la disminución de la mortalidad materna e infantil en Turquía especialmente en los grupos más vulnerables (Atun et al., 2013).

Precauciones y alertas

A pesar de que existen numerosos casos de implementación de seguros únicos de salud exitosos que han permitido avanzar hacia sistemas más eficientes y equitativos, no se pueden obviar ciertas inquietudes y precauciones de replicarlo en el contexto chileno.

Por un lado, organizaciones como el Banco Mundial han argumentado que para sostener un sistema de esta naturaleza se necesita una autoridad sanitaria autónoma y altamente técnica que pueda entregar los lineamientos adecuados (Mundial, B., 2021). Por ejemplo, esta autoridad sería la encargada de definir las prestaciones y el plan que cubrirá el seguro único. Esta tarea, dada la experiencia ocurrida con el GES, es ardua, ya que contempla la realización de estudios y coordinación entre instituciones para determinar un listado de prioridades e intervenciones según su efectividad, contribución a la calidad de vida y cuando sea factible, considerar su costo y efectividad (Gobierno de Chile, 2014). Una propuesta factible para definir el plan sería comenzar con un set de prestaciones basadas en el actual GES y paulatinamente ir aumentando el número de problemas de salud a cubrir enfocándose en la salud preventiva. Durante la transición, el foco debiese estar puesto en la atención primaria fortaleciendo los CESFAM y, de esta manera, descomprimir la atención en centros de salud de niveles de mediana y mayor complejidad.

Un aspecto crucial característico de reformas de esta naturaleza es entender que la transición hacia el nuevo sistema será lento y gradual. Teniendo en consideración que para el caso chileno, la



infraestructura pública se encuentra desfinanciada respecto a la privada, transitar aceleradamente de un sistema a otro podría generar la incapacidad para cubrir las necesidades de la población. Por esta razón se debe entender este cambio como una política de estado y advertir que el proceso será lento. La literatura sostiene aproximadamente 10 años de transición (Cid & Uthoff, 2017) y que se debe avanzar hacia un mayor gasto público en salud que alcance niveles cercanos al 6% (como porcentaje del PIB) para financiar el nuevo sistema (Cid, 2022).

En su debido momento se deberá discutir la institucionalidad fiscalizadora de servicios que presten aseguramiento en salud. Por ejemplo, a pesar de que exista un seguro público único de salud seguirán existiendo aseguradoras privadas que podrían o no entregar servicios de seguros complementarios de salud. ¿Estos seguros serían fiscalizados por la Superintendencia de Salud, la Comisión para el Mercado Financiero, u otra nueva entidad?

Por último, se debe estudiar cuidadosamente la distribución de recursos y el acceso en el nuevo sistema. En un país tan centralizado como el chileno es necesario avanzar hacia mayores y mejores coberturas que permitan alcanzar zonas menos habitadas y pobladas. En cuanto al déficit de recursos profesionales y técnicos, se debiese avanzar hacia un análisis crítico del sistema de acreditación y adjudicación de becas de especialidad, así como un mejor diseño de incentivos asociado al personal en zonas extremas. Un caso interesante es la experiencia francesa, que incentivó la distribución geográfica del personal de salud no mediante mayores gratificaciones al personal, sino que mejorando la infraestructura en la cual se desenvuelven (Mundial, B., 2021).

5. Conclusiones y extensiones

A lo largo de las últimas décadas el sistema de salud chileno ha presentado importantes avances evidenciándose en envidiables indicadores sanitarios y epidemiológicos respecto a otros países de nuestra región. A pesar de lo anterior, aún existen deficiencias relevantes asociadas a los niveles de equidad y eficiencia del gasto, sumado a altos indicadores de insatisfacción usuaria. En pos de solucionar estas problemáticas sin empeorar los indicadores ya logrados, esta minuta propone la implementación de un seguro público único de salud basada en la revisión de la literatura existente y las experiencias de otros países que han hecho la transición a este tipo de sistema.

Luego de implementar el seguro público único de salud, la mayoría de países han podido avanzar hacia sistemas más equitativos, menores gastos de bolsillo, mejores indicadores sanitarios y mayor satisfacción de sus usuarios. A pesar de lo anterior, políticas de esta magnitud requieren objetivos y medidas complementarias claras para su correcta implementación, lo que se traduce en que se necesiten acuerdos políticos amplios y duraderos en el tiempo. Se espera que los insumos y hallazgos entregados en esta minuta puedan avanzar hacia esta dirección.



6. Bibliografía

- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., ... & Akdağ, R. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*, 382(9886), 65-99.
- Banco de Datos del Banco Mundial. Disponible en <https://data.worldbank.org>
- Benavides, P.; Castro, R. y Jones, I. (2013). “Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales, 2013 - 2050”. Publicación de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.
- CEP (2018). “Aportes para una reforma a los seguros de salud: Una propuesta y tres comentarios”. Número 30.
- Cid, C., Uthoff, A. (2017). La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e170.
- Cid, Camilo (2022), “Economía de las reformas de salud en América Latina y Chile”. En seminario regional virtual “Experiencias comparadas de reformas de los sistemas de salud en América Latina” organizado por CEPAL, 3 de junio.
- Clínicas de Chile A.G. (2020). “Dimensionamiento del Sector de Salud Privado en Chile. CIFRAS AL AÑO 2020”. Preparado por Clínicas de Chile A.G.
- Encuesta CEP N 29-85 (1994-2021).
- Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. (2018). “COMISIÓN ESP-COLMED: Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile”.
- Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (2021). “SALUD PARA CHILE: Reflexiones y aportes de la Facultad de Medicina UC a la discusión pública”, junio.
- Gobierno de Chile. (2014). “Comisión Asesora Presidencial. Informe Final Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta para un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado.”.
- Habicht, T., Reinap, M., Kasekamp, K., Sikkut, R., Aaben, L., van Ginneken, E., & World Health Organization. (2018). Estonia: health system review.
- Instituto de Salud Pública Universidad Andrés Bello & Ipsos (2020). “Presentación Encuesta Nacional de Salud 2020”. Versión 1.
- Kwon, S. (2009). Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health policy and planning*, 24(1), 63-71.
- Lenz-Alcayaga, R., & Páez-Pizarro, L. (2021). “Evolución del gasto de la seguridad social de salud en Chile: revisión de agregados financieros entre 2000 y 2018”. Medwave.



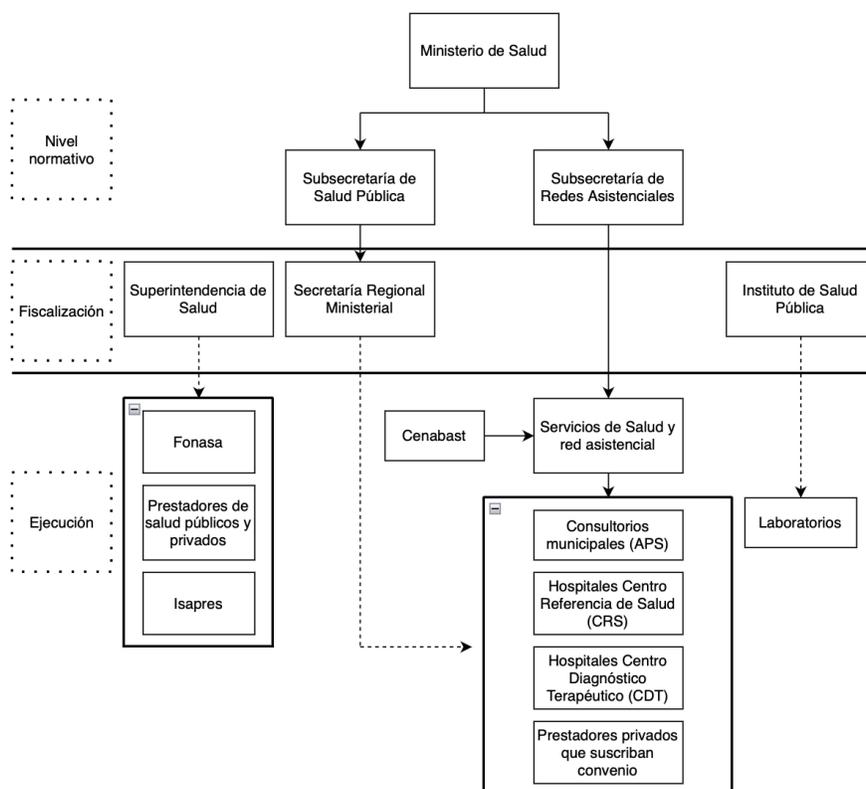
- León, E. y Martínez, A. (2011). “Estructura y comportamiento del mercado de salud en Chile”. Seminario para Optar a Título de Ingeniero Comercial, Escuela de Economía, Universidad de Chile.
- Mundial, B. (2021). Piezas para el Desarrollo.
- OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- OECD/The World Bank (2020), Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.
- Sagan, A., Panteli, D., Borkowski, W., Dmowski, M., Domański, F., Czyżewski, M., ... & World Health Organization. (2011). Poland: Health system review.
- Superintendencia de Salud (2009). “Magnitud y Características de la Cautividad en el Sistema Isapre”. Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Tapia Olmos, J. (2015). “Revisión histórica y legislativa del derecho a la salud en Chile”. Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales.
- Van Der Zee, J., & Kroneman, M. W. (2007). “Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs”. BMC health services research, 7(1), 1-11.
- Wagstaff, A., & Moreno-Serra, R. (2009a). “Social health insurance and labor market outcomes: Evidence from central and eastern Europe, and central Asia”. Emerald Group Publishing Limited.
- Wagstaff, A. (2009b). “Social health insurance vs. tax-financed health systems-evidence from the OECD”. World Bank policy research working paper, (4821).
- Xu, K. (2005). Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: metodología (No. EIP/FER/DP. 05.2). Organización Mundial de la Salud.
- Yip, W., Hafez, R., & World Health Organization. (2015). “Improving Health System Efficiency: Reforms for improving the efficiency of health systems: lessons from 10 country cases” (No. WHO/HIS/HGF/SR/15.1).
- Zamora Vergara, R. A. (2012). “Las Isapres en Chile, su institucionalidad jurídica y el derecho a la protección de la salud: aplicación y eficacia”.



7. Anexos

7.1. Anexo 1

Anexo 1: Institucionalidad del sistema de salud chileno



Fuente: Reproducción exacta de Benavides et al. (2013).

7.2. Anexo 2

Anexo 2: Tabla comparativa de indicadores socioeconómicos para cuatro países

Indicador	Chile	Corea del Sur	México	Uruguay
Expectativa de vida (años)	80	83	75	78
Índice de Capital Humano (escala 0 -1)	0,7	0,8	0,6	0,6
PIB per cápita (en US\$)	13.232	31.598	8.329	15.438

Fuente: Elaboración propia basada en la información proveniente del banco de datos del Banco Mundial disponible en <https://data.worldbank.org>. Cifras corresponden al año 2020.

Nota: El índice de capital humano calcula la contribución de la salud y educación a la productividad de los trabajadores.