

Sistema público de salud en Chile: desafíos de reestructuración

Carmen Gloria Muñoz-Muñoz, D en C en Salud Colect.⁽¹⁾

Muñoz-Muñoz CG.
Sistema público de salud en Chile:
desafíos de reestructuración.
Salud Publica Mex. 2024;66:718-725.
<https://doi.org/10.21149/15650>

Muñoz-Muñoz CG.
Chile's Public Health System:
restructuring challenges.
Salud Publica Mex. 2024;66:718-725.
<https://doi.org/10.21149/15650>

Resumen

Este ensayo muestra los principales antecedentes sobre la forma de organización del sistema de salud en Chile, vigente con transformaciones desde el golpe de Estado que ocurrió hace 50 años en el país. Muestra el debate reciente por la transformación y el fortalecimiento del sistema público y la resistencia para el control del negocio de la salud en la posdictadura, de parte de los sectores de poder económico y de una parte importante de la población que, ante un desalentado sector público de salud, parece desconocer el sentido colectivo del cuidado de la salud y el rol de un Estado garante y protector de derechos sociales mínimos.

Palabras claves: salud pública; regulación y fiscalización en salud; fondo de salud; inequidades en salud; sistemas de salud; Chile

Abstract

The essay indicates the main antecedents for the organization of the health system in Chile that is presently in force, with transformations following the country's coup d'état 50 years ago. It describes the recent debate over, and resistance to, the transformation and strengthening of the public system, with regard to controlling the health industry in the post-dictatorship, from the point of view of the sectors of economic power as well as the important viewpoint of the population, which in the face of a discouraged public health sector, seems to overlook the collective meaning of health care and the role of a state guarantor and protector of minimum social rights.

Keywords: public health; health care coordination and monitoring; health fund; health inequities; health systems; Chile

Antecedentes de la salud pública en Chile

Cualquier análisis sobre el curso del sistema de salud en Chile requiere ser elaborado a la luz de las últimas seis décadas, durante las cuales, de una forma dicotómica, se han tejido sus fortalezas y explican sus debilidades y problemas para constituirse como un sistema sólido, justo y eficiente. El proyecto político de la Unidad Popular en 1970 buscó profundizar la idea de la salud con sentido y vocación pública, consolidando el Servicio Nacional de Salud (SNS) y con ello la idea de un Sistema Único de Salud que integrase seguridad, respeto, calidad y, sobre todo, una incipiente idea de bienestar en

la lógica de la medicina social,¹ propio del pensamiento de Salvador Allende, líder del movimiento que lo llevó a la presidencia de la república.

Este ideario de salud tomó como modelo el caso británico² y se inició con la creación del SNS en 1952 cuando Allende era senador. El SNS condensó fragmentadas iniciativas que cubrían a la población de menores recursos del país, pero no incluyó a las fuerzas armadas ni a empleados de empresas privadas ni públicas.^{2,3} Desde esa fecha y hasta 1970, se inyectaron recursos de manera sostenida para mejoras en infraestructura y cobertura médica, que hacia la década de los años sesenta se concentraba casi exclusivamente en el sector

(1) Instituto de Salud Pública, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

Fecha de recibido: 6 de febrero de 2024 • **Fecha de aceptado:** 28 de junio de 2024 • **Publicado en línea:** 17 de septiembre de 2024

Autora de correspondencia: Carmen Gloria Muñoz Muñoz. Universidad Austral de Chile.

Edificio Ciencias Biomédicas. Campus Isla Teja s/n. Valdivia, Chile.

Correo electrónico: cgmunoz@uach.cl

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

público. El gasto en salud era mayor que el crecimiento demográfico, consistente con la idea de la salud pública como clave para el crecimiento económico y el desarrollo.³ Estos propósitos estuvieron en los fundamentos de las mejoras de salud de mediados de la década de los setenta, con bajas en indicadores de mortalidad general (de 8.6 a 8.1 por 1 000 habitantes) y la de mortalidad infantil (79.3 a 65.1 por 1 000 nacidos vivos),⁴ entre otros.

Tras el golpe de Estado, los poderes militar y civil, que involucró a una parte de los gremios de profesionales de la salud que apoyaron el golpe, tomaron el control del SNS y durante los primeros cinco años se probaron modelos de segmentación y administración diferenciada de servicios. Se reemplazó el SNS por el Sistema Nacional de Servicios de Salud, que organizó una red de dispositivos a lo largo del país para la provisión de atención sanitaria y se creó el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) encargado de recolectar y administrar 7% de cotización obligatoria del salario de las y los trabajadores, debiendo cubrir también las necesidades de salud de los desempleados y pensionados.

Sin duda la primera gran transformación no ocurrió sino hasta 1981 con la creación de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres),⁵ que junto a Fonasa y la municipalización de la Atención Primaria en Salud (APS), marcaron la progresiva reducción del poder del Estado en la salud.⁶ La ola del neoliberalismo incluyó además la educación pública y el sistema de pensiones, que complementó un proceso de desmantelamiento de la seguridad social.

La creación de las Isapres fue presentada como una opción al sistema público y a la APS, que veía la drástica disminución de recursos al sector y con ello una baja en las oportunidades de atención oportuna, la falta de horas de profesionales, camas y el deterioro de la infraestructura, sumado a un contexto de alza de necesidades de atención como consecuencia de la crisis de pobreza que azotó al país en los años ochenta, en medio de un clima de represión política. El gasto fiscal para la salud pasó de 18.9% en 1970 a 7.8% en 1984 y la lógica de la focalización del gasto público reemplazó la de universalización,⁷ con lo que devino un deterioro severo de las capacidades instaladas hasta la fecha.

La mercantilización de la salud y el detrimento de lo público

La dictadura legitimó un sistema de salud privado que lentamente fue horadando el rol del Estado, desplazando la responsabilidad del cuidado de la salud a las personas y dejando a las posibilidades de consumo la búsqueda de soluciones de los problemas de salud. Se instaló un nuevo marco, no sólo de regulación normati-

va, sino también de gestión, financiamiento y prestación de servicios.

La irrupción del mercado a la ecuación de la salud distorsionó la operación del sistema público, puesto que separó funciones al reemplazar la figura del SNS por la del Ministerio de Salud, que pasó a tener un rol gestor y vigilante de la normativa, pero las funciones ejecutivas propias de la atención sanitaria directa, la función financiera, de recaudación y administración de gastos, pudieron efectuarse desde entonces asimismo por el sistema privado de salud. Bajo la figura de una necesaria reformulación de la administración del Estado que *aliviara la carga* en momentos de crisis con eficiencia y racionalidad, se permitió la consolidación de grandes grupos económicos que sostuvieron a la dictadura. El sistema público se desprestigió y su desfinanciamiento no respondió a una forma de contención del gasto fiscal, sino a una estrategia de desarticulación que permitió el crecimiento del mercado de la salud.^{5,8}

En términos operativos, las Isapres administran 7% de cotización obligatoria del salario de las y los trabajadores para la salud, al igual que lo hace Fonasa con las personas afiliadas al sistema público, pero este monto en dinero compra un paquete de prestaciones en la lógica de seguro de salud que, dado los altos precios, las personas complementan para alcanzar mejores coberturas. El servicio es costoso y, por tanto, privativo y discriminatorio hacia las personas con ingresos bajos y medios, que se ven obligados a un régimen de costos desproporcionados para la media de los salarios en el país. Quienes no pueden cubrir el costo del seguro para permanecer en el sistema privado se ven obligados a cambiarse al sistema público y cotizar sólo su 7% del salario en Fonasa.

La recuperación del sentido de lo público en posdictadura

Cuando en 1990 los acuerdos y pactos políticos acordaron la salida de Augusto Pinochet del poder ejecutivo y el restablecimiento de elecciones libres, Chile contaba con un consolidado *sistema mixto* de salud (cuadro I).⁶ Aproximadamente 17% de la población (de más altos ingresos) cotizaba en las Isapres, 3% de la población mantuvo un sistema exclusivo para las Fuerzas Armadas y de Orden, y cerca de 80% de la población estaba cubierto por el sistema público: desempleados, personas con bajo y medio ingreso, además de todos quienes no podían pagar la prima del seguro privado y personas excluidas arbitrariamente por edad, sexo y/o situación de salud (enfermedades preexistentes).^{8,9}

Como señala Carolina Tetelboin en su análisis sobre el país al cumplirse 50 años del Golpe de Estado,

Cuadro I
ESQUEMA DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE Y SUS PRINCIPALES ENTIDADES, SEGÚN FUNCIÓN Y SECTOR

Función	Sector estatal o público	Sector privado
Rol rector	Estado (Ministerio de salud)	
Rol regulador	Estado (Ministerio de salud) Superintendencia de Salud	
Financiamiento	Estado Cotización de trabajadores Copago por bienes y servicios	Empresas privadas Cotización de trabajadores Copago por bienes y servicios Pago de bolsillo
Aseguramiento	Fonasa Cajas de Previsión de Fuerzas Armadas y de Orden Otros seguros públicos	Isapres Mutuales de empleadores Seguros específicos (escolares, transporte)
Centros de provisión de servicios asistenciales	Hospitales del SNSS Hospitales de Fuerzas Armadas y otros estatales Centros de atención ambulatoria del SNSS (incluye administración municipal)	Hospitales y clínicas Centros ambulatorios Laboratorios Centros de imagenología Otros centros de apoyo diagnóstico o terapéutico

Fuente: Adaptado de Becerril y colaboradores.⁶

ésta denominada “mixtura”, tratada como sinónimo de “pluralismo”, oculta gran parte del problema estructural de la salud en Chile, en que el componente privado del sistema no esconde su orientación al lucro por sobre las necesidades de salud de la población.¹

La década de los noventa encontró a Chile con un sistema de salud consolidado que mostraba notables avances en la salud de la población, pero en materia de recuperación de una mirada redistributiva y de contención de la mercantilización de la salud, los avances han sido escasos. Las empresas privadas de salud eran sólidas y la comparecencia de intereses económicos de altas capas sociales resultaron enclaves férreos de protección política que, a cambio de sostener por largos años la dictadura de Pinochet, han asegurado no sólo su mantención en el mercado, sino también su crecimiento (iniciaron 17 empresas en 1985 y llegaron a ser 34 en 1990). La integración económica vertical refleja sólo uno de estos mecanismos¹⁰ en que bajo una propiedad común se encuentra el asegurador (Isapres) y el prestador de salud (clínica u otros servicios de salud). Esta dinámica hace que la fijación de precios beneficie a los integrados, propicia un desvío de la demanda a conveniencia de las partes ofreciendo copagos preferenciales y, finalmente, afecta al sistema público porque fija valores que éste también paga al privado. Sobre todo, marca posiciones dominantes que aumentan la brecha de acceso y oportunidades.

A partir de la consolidación del sistema privado, ya en *democracia*, el sistema público asumió una forma de gestión similar con fijación de aranceles por pres-

taciones, externalización de servicios, propensión a estrategias de autofinanciamiento y autogestión de instituciones públicas. En su versión más sombría, se naturalizó el traspaso de recursos y pacientes desde el sistema público al privado por la compra de servicios, en el modelo de subsidio a la demanda que se potenció a partir del 2004 con la implementación del Plan AUGE (Acceso Universal a Garantías Explícitas en salud), posteriormente llamado Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES) aún vigente.

El GES debe garantizar la atención oportuna y de calidad con protección financiera a un grupo priorizado de problemas de salud, independiente de si las personas se atienden en el sistema público o privado. Aun cuando esta reforma tiende a la equidad entre las posibilidades de acceso a diagnóstico y tratamiento, la reforma ha profundizado la inequidad en la medida que los recursos segmentan y priorizan a la población entre quienes tienen uno u otro problema de salud (que empezó con 25 y, actualmente, incluye a 87 problemas de salud).

Por el riesgo de judicialización ante los incumplimientos de garantías, el sector público compra servicios al sector privado y organiza recursos priorizando algunos problemas de salud por sobre otros que quedan en *listas de espera* (cuadro II),¹¹ profundizando la segmentación de las personas en la medida que la unidad foco es el problema de salud y no la persona enferma.

Entre los años 2000 y 2016 el gasto de bolsillo de la población en copagos, fármacos y pago directo para salud alcanzaba cerca del 33% para los afiliados al

Cuadro II
LISTAS DE ESPERA GES Y No GES EN EL SECTOR PÚBLICO EN CHILE, PRIMER SEMESTRE AÑO 2022

	Atenciones GES	Atenciones No GES
Número de personas en lista de espera	67 416	1 764 937
Distribución según sexo de la lista de espera	63% mujeres	62% mujeres
Tiempo de espera promedio (días)	157	478
Tiempo de espera promedio para cirugía (días)		600

GES: Régimen General de Garantías Explícitas en Salud

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.¹¹

sistema privado, pero de un considerable 27% para los afiliados a Fonasa.¹² Dentro de este gasto de bolsillo, alrededor del 50% estaba destinado a la compra de fármacos,¹² consolidando el tema de la provisión de medicamentos en el país como una de las demandas más sentidas en términos de inequidad, especialmente después del caso de colusión de las farmacias que dio cuenta de otra arista de la mercantilización de la salud.¹³⁻¹⁶ Las soluciones del Estado al respecto han sido de menor alcance en términos de cobertura mediante el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y tratamientos de alto costo.¹⁶

La centralidad de la salud en la demanda de cambios sociales profundos

Cuando en el mes de octubre de 2019 las estudiantes de un céntrico establecimiento educacional de Santiago de Chile denunciaron como injusto el alza del precio del transporte subterráneo, no se presagió que la seguidilla de comentarios de la clase política en semanas previas detonara en un descontento generalizado que se volcó a las calles de manera autoconvocada a través de redes sociales con prescindencia de líderes, partidos políticos y organizaciones de la sociedad civil.

Un día después del inicio de las movilizaciones en la capital, las marchas se extendieron por todo el país con una demanda por derechos sociales: políticas de protección social que incluía pensiones, educación, salud y mejoras en los salarios,¹⁷⁻¹⁹ cuya diferencia se traduce en una brecha de oportunidades y privilegios.

La violencia callejera asociada a las primeras horas del denominado “estallido social” fue la base de la decisión de declarar un estado de emergencia y toque de queda nocturno en la capital. Con ello emergió la violencia de Estado que dejó según datos del Instituto Nacional de Derechos Humanos 3 550 lesionado por

agentes del Estado, 11 de los cuales corresponde a fallecidos y 347 personas con lesiones oculares, cinco de ellas con ceguera total.²⁰

A pesar de la represión que evocó en todo el país los años de dictadura y de las medidas inmediatas tipo *agenda social* anunciadas por Sebastián Piñera, la revuelta se extendió y cohesionó una demanda por transformaciones profundas.¹⁹⁻²¹

En la calle, la gente movilizada mostró cansancio por una matriz de desigualdad en Chile que alcanza la salud y muestra que el acceso a atención oportuna, exámenes de laboratorio, consultas dentales y menos tiempos de espera, se concentran en quienes tienen los ingresos más altos y pagan seguros de salud privados,²² siendo más considerable en quienes se encuentran en situación de discapacidad,²³ necesidades especiales, adultos mayores y personas con enfermedades catastróficas. La salida política de la crisis social de octubre y noviembre de 2019 fue un proceso plebiscitario para escribir una nueva constitución política para el país que reemplazara la de 1980, redactada por los dictadores. La primera propuesta constitucional que se plebiscitó el 4 de septiembre de 2022 no fue aprobada por la mayoría de la población a pesar que posicionaba el derecho a la salud en el marco de un Estado de derecho social que brindaría cobertura universal y que tenía alcance de equidad.²⁴ El rechazo de una segunda propuesta constitucional ocurrió en diciembre de 2023 y no incluía margen para una transformación profunda a las necesidades de la salud.

Con el fracaso de los dos borradores constitucionales, se mantiene vigente la Constitución de 1980 que cifra el derecho al *acceso* circunscrito a la libertad de elección entre la oferta privada y la pública, cuya lógica se sostiene sólo desde miradas mercantiles y desprovistas de juicio crítico sobre las necesidades de salud de la población y de los sistemas, para dar respuesta a ellas.

Independientemente que la crítica a la provisión de servicios y recursos para la salud en Chile tiene una larga data, el actual funcionamiento del sistema privado es un poderoso frente. Ya en el año 2003, cinco Isapres fueron acusadas ante el Tribunal de la Libre Competencia de colusión para retirar la oferta de planes 100/80; es decir, aquellas que ofrecían 100% de cobertura de atenciones hospitalarias y 80% de las atenciones ambulatorias.⁹

La acusación no terminó en sanción, no obstante, dio pie a un cuestionamiento transversal al sistema. Una muestra de esto es que en 2014, el gobierno de Michelle Bachelet conformó una Comisión Asesora Presidencial para el estudio de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado y una de las conclusiones más importantes fue que cualquier modificación al sistema privado no puede dejar de afectar al sistema en su conjunto y, en coherencia con un enfoque

sistémico, necesariamente requiere modernización y fortalecimiento del sistema público.⁸

Aun cuando estas empresas tienen un bajo número de afiliados en la actualidad (14% de la población a 2024) respecto de Fonasa (cerca de 16 millones de personas),²⁵ su funcionamiento parece atrapar la viabilidad del proyecto de un sistema único que estaba incluido en la propuesta del gobierno progresista de Gabriel Boric (hasta el fracaso de la primera propuesta constitucional) mediante el aumento del gasto público vía reforma tributaria, el aumento de la propiedad estatal, la reducción del gasto de bolsillo y el fortalecimiento de la atención primaria.²⁶ Su plan incluía la creación de un Fondo Universal de Salud (FUS), que reemplazaría a Fonasa sin aumento de cotizaciones individuales, que le quitaría terreno a las Isapres como consecuencia de una mejora sostenida de la oferta pública. La amenaza de la ultraderecha regional, pero por sobre todo la falta de mayorías parlamentarias, el fracaso de la nueva constitución y la inexperiencia política para lidiar en un escenario de múltiples crisis, ha puesto la salud detrás de una reforma al sistema de pensiones y las demandas por seguridad.

Oportunidades de inflexión: Isapres y atención primaria en salud

En este escenario de enclave de *lo privado* y una compleja recuperación del sentido de *lo público*, Chile vive momentos claves a partir de la crisis actual de las Isapres y el posicionamiento del rol de la APS tras la pandemia por SARS-CoV-2.

La crisis de las Isapres

Una resolución del Tribunal Constitucional del año 2010 declaró inconstitucionales las tablas de riesgo usadas hasta entonces para el cálculo de los planes de salud dada la discriminación por edad y sexo. No obstante, la Superintendencia de Salud (órgano creado en el 2005 para la vigilancia de Isapres y Fonasa) generó nuevas tablas en 2019 (cuadro III) que las empresas aseguradoras se negaron a implementar. Estas muestran el agrupamiento por tramos de edades y la eliminación de las diferencias según sexo, que implican una disminución de los costos asociados de los planes y una corrección de la discriminación. El fallo de la Corte Suprema (noviembre de 2022) obliga la devolución retroactiva de los cobros en exceso a los afiliados (cerca de 1 400 millones de dólares) y un ajuste de los planes de aseguramiento acorde a los nuevos factores de riesgo.

Esta sentencia se sumó a otra que tres meses antes había fijado el precio máximo a cobrar por problemas

Cuadro III
TABLAS DE FACTORES PARA DEFINIR PRECIOS DE PRIMAS EN ISAPRES, CHILE

Edad (años)	Previo a 2020		2020 en adelante	
	Cotizante hombre	Cotizante mujer	Cotizante	Carga
0 > 2	1.8	1.6		
2 > 5	0.83	0.83	0.6	0.6
5 > 10	0.73	0.7		
10 > 15	0.69	0.71		
15 > 20	0.71	1.07		
20 > 25	0.74	1.51	0.9	0.7
25 > 30	0.87	1.89	1.0	0.7
30 > 35	1.0	2.71		
35 > 40	1.07	2.62	1.3	0.9
40 > 45	1.27	2.26		
45 > 50	1.4	2.44	1.3	1.0
50 > 55	1.73	2.65		
55 > 60	2.26	2.95	2.0	1.4
60 > 65	2.87	3.32		
65 > 70	3.65	3.49		
70 > 75	4.03	3.8	2.4	2.2
75 > 80	4.6	4.09		
80 o más	4.82	4.54		

Isapres: Instituciones de Salud Previsional

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Superintendencia de Salud, Chile, 2023.²⁵

de salud GES. Esta prima no admite diferencias por sexo o edad y las empresas estiman que verán rebajados en 12% los ingresos que perciben por pago de prestaciones, poniendo en riesgo la cobertura de sus clientes. La intervención del ejecutivo y del poder legislativo bajo presión por el riesgo de quiebra de la industria, ingresó un proyecto de Ley Corta en el marco de la cual se estudió la deuda que llegó a 1 184 millones de dólares y se propuso una fórmula de pago en prestaciones en un plazo de 10 años y la mutualización de la deuda (redistribución equitativa de pago de deuda entre afiliados).²⁷

El fallo ha puesto en crisis financiera a los prestadores privados de salud, pero también ha puesto en jaque el modelo completo de funcionamiento de la salud en Chile. Este jaque tiene un componente económico que atenta al lucro, al igual que un componente ideológico y ético que habla de la responsabilidad del Estado frente a la presión del mercado de la salud para ejecutar un *rescate* de la industria, entre otros elementos. También construye una *oportunidad* para generar, a partir de esta coyuntura, transformaciones profundas al sistema, que elimine a las Isapres de la ecuación de la salud en Chile,

sosteniendo el debate ideológico respecto del derecho a la salud como un mínimo y no como un bien de consumo que puede saltarse los fallos judiciales, y que avance a la creación de un Fondo Universal de Salud que deje los seguros privados sólo como complementos.²⁸

Las voces de alarma han puesto en la discusión y el debate público la posibilidad de quiebra de las empresas y con ello, sus cerca de 2 millones 700 000 afiliados (cifra que tuvo una baja interanual de 12.68%) se verían en la obligación de hacer frente a las necesidades de salud en el sistema público. Para esto se ha propuesto crear un segmento diferenciado de Fonasa con mayores copagos pero la mantención de planes de cobertura,²⁹ de manera de no dejar a las personas sujetas a los problemas que guarda el sistema público desde hace 50 años. Pero independiente de las medidas de salvataje, la opción de rescate pasa por obviar una sentencia de la justicia.

Otra posibilidad de rescate, no excluyente de la primera, pasa por una modificación de los indicadores de estabilidad financiera de este tipo de empresas, es decir, una prerrogativa a las oportunidades de negocio y tasas de ganancias. Una tercera posibilidad de rescate, esta vez a las y los usuarios del sistema, consiste en la mantención de coberturas y tipos de contratos individuales contraídos con las Isapres de ser traspasados al sistema público (al tramo D o a uno nuevo [E]), lo que constituiría una nueva fractura de inequidad en el sistema. En todos los casos, como señala Parada-Lezcano M en su columna, el Estado salva al privado,³⁰ los afiliados salvan a las Isapres y el gobierno pierde la oportunidad de dejar caer un enclave del capitalismo sanitario.

El reposicionamiento de la atención primaria en salud

La pandemia dejó en evidencia las consecuencias de la desigualdad y su efecto sobre la salud.³¹ Los Estados pequeños, con escasa capacidad de respuesta ante emergencias, se vieron en la necesidad de aprobar leyes extraordinarias para tomar el control de la totalidad de dispositivos de salud, independiente de su origen público o privado. Hasta febrero de 2023, Chile contabilizó un cuarto de su población total contagiada y cerca de 64 000 personas muertas^{32,33} y evidenció los efectos del estallido social en términos de desconfianza y credibilidad en información respecto de muertes, compras de servicios para la instalación de residencias en hoteles y la compra de vacunas.

Durante los primeros meses la APS (red que en Chile administran de manera descentralizada del Estado los municipios) fue relegada a la satisfacción de necesidades hospitalarias de emergencia respiratoria y

subestimada su capacidad de respuesta ante la crisis.³⁴ No obstante, a partir de la fase de vacunación en Chile en el mes de febrero de 2021, mostró el posicionamiento de los equipos sanitarios y la facilidad para actuar de manera integrada con la comunidad y en los territorios.³¹

Con un alto costo de salud mental de las y los trabajadores,³⁵ el país a través de la APS desplegó una amplia capacidad de respuesta que incluyó la implementación de nuevas prestaciones, la reorganización de la atención, la coordinación para hacer trazabilidad de contagios, apoyar en la estrategia de aislamiento preventivo y la organización de nuevas modalidades de atención sanitaria.³⁶ Sin duda, la confianza de la comunidad y la efectividad de los equipos reforzó en Chile la necesidad de dotar a la APS de recursos y fortalecer su rol central en cobertura de salud de la población.

A modo de conclusión

El camino de una reconfiguración del sistema de salud en Chile que ponga en valor un sistema público pasa por una transformación profunda que estuvimos cerca de alcanzar en la historia reciente por medio de cambios constitucionales. Si vemos la historia, los macro y micro procesos sociales y políticos tornan evidente que Chile responde a la lógica de un sistema de salud público pero privatizado y subordinado al sector privado,¹ que ha construido un andamiaje para la transferibilidad de recursos desde lo público a lo privado y ha sostenido de manera férrea un enclave de negocios, no sólo a través de las Isapres, sino también a través de las concesiones para la construcción, mantención y operación de los hospitales públicos autofinanciados, entre otros.

El crecimiento y la estabilidad del país es incuestionable, especialmente comparado con otros de la región latinoamericana. Los indicadores de salud muestran un perfil similar al de países desarrollados²⁴ y el sistema de salud chileno alcanza niveles de eficiencia internacionalmente reconocidos.³⁷

El gobierno progresista de Boric ha impulsado desde 2022 un paquete de reformas que buscan una mejoría en las condiciones de bienestar de la población, pese a la crisis económica, una mayoría relativa en el congreso y la amenaza permanente de la ultraderecha populista en el continente. En términos de salud, se aprobó el copago cero para todos los tramos de Fonasa que se atienden en la red de servicios públicos de salud, y si bien esto lo acerca a un seguro público casi universal, con funcionamiento de sistema de reparto y con un único plan, estas medidas se diluyen ante el poderío del mercado.

Pero probablemente, y más allá de las decisiones económico-políticas que afectan al sistema de salud,

sea la lógica de responsabilización personal sobre los problemas de salud la que más interfiere con una mirada de transformación: no hemos podido sacudirnos de una mirada analítica ahistórica y de la convicción que las conductas del riesgo, carentes de contexto y llenos de culpa, explican nuestros problemas de salud y encierran las opciones que tenemos para recuperarnos o mantenernos sanos.

El individualismo en la provisión de soluciones a los problemas sanitarios y la naturalización de la compra de atención de calidad se impusieron tempranamente al sentido colectivo de bienestar y al rol del Estado como responsable de un derecho social justo y equitativo. Desde mi particular punto de vista, esta es una de las heridas más dolorosas que este país aún carga.

Financiamiento

Fondecyt Iniciación 11230516 ANID Chile.

Declaración de conflicto de intereses. La autora declara no tener conflicto de interés.

Referencias

1. Tetelboin-Henrion C. La salud pública chilena 50 años después. *Cuad Med Soc.* 2023;63(3):23-32. <https://doi.org/10.56116/cms.v63.n3.2023.1505>
2. Observatorio Chileno de Salud Pública. Desarrollo histórico del sistema de salud [internet]. OCHISAP, 2022 [citado enero 30, 2024]. Disponible en: <https://www.ochisap.cl/desarrollo-historico-del-sistema-de-salud/>
3. Merino-Osorno C. Historia Social de la Salud. Chile 1960-2000. Santiago de Chile: Editorial Universidad de Los Lagos, 2021.
4. Molina-Bustos C. Institucionalidad Sanitaria Chilena 1889-1989. Santiago de Chile: LOM, 2010.
5. Tetelboin-Henrion C. La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990. Reformas de primera generación. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2003.
6. Berrecil-Montekio V, Reyes JD, Manuel A. Sistema de salud de Chile. *Salud Publica Mex.* 2011;53(supl 2):S132-43 [citado enero 30, 2024]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/09.pdf>
7. Goyenechea M. Estado subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno. *Cuad Med Soc.* 2019;59(2):7-12 [citado enero 30, 2024]. Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/175>
8. Cid-Pedraza C, Aguilera-Sanhueza X, Arteaga-Herrera O, Barriá-Iromué S, Barriá-Gutiérrez P, Castillo-Taucher C, et al. Informe Final Comisión Asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado. Chile: Comisión Presidencial ISAPRES, 2014 [citado enero 30, 2024]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf
9. Agostini C, Saavedra E, Wellington M. Colusión en el Mercado de Isapres: Modelación y Evidencia Empírica. IDALES-UAH Working Papers. Chile, 2007 [citado enero 30, 2024]. Disponible en: <https://fen.uahurtado.cl/wp-content/uploads/2010/07/inv190.pdf>
10. Guerra PS. Integración vertical de prestadores en el mercado de la salud. Aspectos comparados [internet]. Asesoría Técnica Parlamentaria. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2020 [citado febrero 5, 2024]. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28484/1/BCN_integracion_n_vertical_mercados_de_la_salud_Final.pdf
11. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 21395. Ley de Presupuestos para el sector público correspondiente al año 2022. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [citado junio 21, 2024]. Disponible en: <https://bcn.cl/2ug53>
12. Cid C, Muñoz A, Riesco X, Inostroza M. Equidad en el financiamiento de la salud y protección financiera en Chile: una descripción general. *Cuad Med Soc.* 2006;46:5-12 [citado enero 30, 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9510639.pdf>
13. Servicio Nacional del Consumidor. Justicia condena a cadenas de farmacias al pago de US\$2,6 millones como compensación tras colusión de medicamentos [internet]. SERNAC, 2019 [citado febrero 5, 2024]. Disponible en: <https://www.sernac.cl/portal/604/w3-article-57935.html>
14. Muñoz-León F. ¿Se hará justicia? una crítica a la suspensión condicional del caso "colusión de farmacias". *Rev Estud Justicia.* 2013;(19):193-205. <https://doi.org/10.5354/rej.v0i19.36192>
15. Hernández-Paulsen G. Colusión y responsabilidad civil por daño colectivo a los consumidores. *Rev Chil Derecho Priv.* 2018;(30):87-126. <https://doi.org/10.4067/s0718-80722018000100087>
16. Medina S, Kottow M. Ética de la protección y Ley Ricarte Soto: de heridas y parches. *Rev Chil Salud Publica.* 2015;19(3):305-12. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2015.37647>
17. Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social. Noticias Destacadas. Why Chile's massive protests started with a subway fare hike [internet]. COES, 07 de noviembre 2019 [citado 30 de enero de 2024]. Disponible en: <https://coes.cl/2019/11/07/prensa-why-chiles-massive-protests-started-with-a-subway-fare-hike/>
18. Jiménez-Yañez C. #Chiledespertó: causas del estallido social en Chile. *Rev Mex Sociol.* 2020;82(4):949-57. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2020.4.59213>
19. Muñoz-Muñoz CG. Pandemia y estallido social en Chile: la acción social vinculada a las demandas de salud. En: América Latina: Sociedad, política y salud en tiempos de pandemias. Buenos Aires: CLACSO, Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad Veracruzana, Universidad de San Simón y Universidad de Valparaíso, 2021:177-91.
20. Senado República de Chile. Comisión de DD.H.H. revisa cifras a un año del estallido social [internet]. Chile: Senado de la República de Chile, 4 de octubre 2023 [citado enero 31, 2024]. Disponible en: <https://www.senado.cl/noticias/carabineros/comision-de-dd-h-h-revisa-cifras-a-un-ano-del-estallido-social>
21. Méndez CA, Greer SL, McKee M. The 2019 crisis in Chile: fundamental change needed, not just technical fixes to the health system. *J Public Health Policy.* 2020;41(4):535-43. <https://doi.org/10.1057/s41271-020-00241-2>
22. Núñez A, Manzano CA, Chi C. Health outcomes, utilization, and equity in Chile: An evolution from 1990 to 2015 and the effects of the last health reform. *Public Health.* 2020;178:38-48. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.08.017>
23. Rotarou ES, Sakellariou D. Inequalities in access to health care for people with disabilities in Chile: the limits of universal health coverage. *Crit Public Health.* 2017;27(5):604-16. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1275524>
24. 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>
25. Superintendencia de Salud. Estadísticas [internet]. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud [citado febrero 5, 2024]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-3724.html>

26. Programa de Gobierno Apruebo Dignidad. Plan de Gobierno [internet]. Gabriel Boric, 2022. [citado febrero 5, 2024]. Disponible en: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan%2Bde%2Bgobierno%2BAD%2B2022-2026%2B%282%29.pdf>
27. Sánchez-Debrott D, Fábrega-Lacoa R. Isapres: La falacia de la “mutualización” [internet]. CIPER Chile, 29 de enero 2024 [citado febrero 5, 2024]. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2024/01/29/isapres-falacia-de-la-mutualizacion/>
28. Parada-Lezcano M. Isapres, contradictoria salvación [internet]. Chile: CIPER Chile, 13 de diciembre 2023 [citado enero 29, 2024]. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2023/12/13/isapres-contradictoria-salvacion/>
29. De la Fuente A, Camilo Cid, Director de Fonasa: “Apostamos a igualar la cobertura financiera que tienen las isapres” [internet]. El País Chile. 3 de febrero 2024 [citado febrero 5, 2024]. Disponible en: <https://elpais.com/chile/2024-02-03/camilo-cid-director-de-fonasa-apostamos-a-igualar-la-cobertura-financiera-que-tienen-las-isapres.html>
30. Parada-Lezcano M. La oportunidad que abre la crisis de las Isapres [internet]. CIPER Chile, 18 de enero 2023 [citado enero 30, 2024]. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2023/01/18/la-oportunidad-que-abre-la-crisis-de-las-isapres>
31. Artaza O. Covid-19: Lessons for Chile. *Int J Integr Care*. 2020;20(3):4. <https://doi.org/10.5334%2Fijic.5571>
32. Márquez J, García-García D, Vigo MI, Bordehore C. *Gaceta Sanitaria*. 2024;38:102357. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102357>
33. Duarte-Quapper D. Exceso de muertes en Chile producto de la pandemia Covid-19 a junio 2020: análisis territorial y por grupos de edad. *Rev Med Chile*. 2021;149(11):1525-31. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872021001101525>
34. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramírez N, Parada-Lezcano M, Ríos G, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trab Educ Saude*. 2021;19:e00310142. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>
35. Alvarado R, Ramírez J, Lanio Í, Cortés M, Aguirre J, Bedregal P, et al. El impacto de la pandemia de Covid-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. *Rev Med Chile*. 2021;149(8):1205-14. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000801205>
36. Rojas MP, Peñaloza B, Soto M, Téllez Á, Fábrega R. Atención primaria en tiempos de COVID-19: desafíos y oportunidades [internet]. Chile: Centro de Políticas Públicas UC, 2022. [citado febrero 5, 2024]. Disponible en: https://politicaspUBLICAS.uc.cl/web/content/uploads/2022/05/Arti%CC%81culo-154_Atencio%CC%81n-Primaria-Salud.pdf
37. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Estudios de la OCDE sobre salud pública: Chile [internet]. Chile: Gobierno de Chile, 2019 [citado febrero 5, 2024]. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Revisi%C3%B3n-OCDE-de-Salud-P%C3%BAblica-Chile-Evaluaci%C3%B3n-y-recomendaciones.pdf>