

# Estado subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno

Subsidiary state, segmentation and inequality in the Chilean health system

Matias Goyenechea<sup>1</sup>

## RESUMEN

---

**Objetivos:** Este ensayo tiene como propósito generar una reflexión sobre el vínculo entre el rol subsidiario del Estado en Chile y la segmentación de la población según ingreso y riesgos, así como la discusión sobre la distribución desigual del gasto en salud. **Métodos:** El sistema de salud en Chile es interpretado a partir de un marco teórico, que incluye las clasificaciones de tipos de Estados de bienestar de Esping-Andersen y el concepto de acumulación por desposesión acuñado por David Harvey. Adicionalmente se busca incorporar una mirada respecto del concepto de “derecho a la salud”. **Resultados:** Desde finales de la década de los años setenta se inician en Chile transformaciones que modifican la arquitectura, funcionamiento y capacidades del sector público de la salud. Además, se impulsa la creación de un sector privado en materia de aseguramiento y provisión. Los cambios son cristalizados mediante un cambio en la concepción del derecho de la salud, siendo este restringido al acceso. **Conclusiones:** La lógica de seguros privados montado sobre la seguridad social ha llevado a la segregación de la población según su riesgo a contraer enfermedades y capacidades de pago. El subsistema público de salud ha naturalizado las formas mercantiles de funcionamiento y la subsidiariedad del Estado imprime una intencionalidad hacia la generación de nichos de acumulación de capital a partir de la necesidad de salud de la población.

**Palabras clave:** Subsidiariedad, mercantilización, desigualdad, servicios públicos, sistema de salud, segmentación.

## INTRODUCCIÓN

---

Desde una mirada externa el sistema de salud chileno parece ser un modelo a seguir. Ha conseguido mantener sus macro indicadores sanitarios con buenos resultados (OCDE, 2015) y como si esto no fuera suficiente, lo logra con uno de los gastos sanitarios más bajos de la OCDE, por lo que además, resulta ser eficiente. Sin embargo, bajo esos promedios se esconden inequidades y una creciente segmentación de la población según criterios de riesgo a enfermar y de ingresos. Estos problemas tendrían un origen en las transformaciones impulsadas en el sistema de salud durante las décadas de los setenta y ochenta, cambios que buscaron dar un mayor protagonismo al mercado en la salud.

## SUBSIDIARIEDAD Y MERCANTILIZACIÓN EN EL ESTADO CHILENO

---

La dictadura cívico-militar realizó cambios radicales en el patrón de acumulación capitalista vigente en Chile, desplazando el patrón desarrollista imperante desde 1938 hasta 1973, por el enfoque neoliberal subsidiario (Ruiz, 2014; Ruiz, 2015). Las principales transformaciones se efectuaron en una primera etapa en el ámbito tributario, en la priorización de la inversión externa por sobre la industria nacional, liberalización financiera, desregularización del mercado del trabajo y la privatización de las empresas públicas (Ruiz, 2014). Sobre la base de las transformaciones realizadas entre 1975 y 1979, se montó una segunda fase de cambios, que implica la privatización de servicios sociales, la focalización de la acción estatal destinada hacia los “verdaderos pobres” y el subsidio estatal al empresariado (Ruiz, 2015).

Recibido el 21 de marzo de 2019 . Aceptado el 27 de junio de 2019.

<sup>1</sup> Presidente Fundación Creando Salud. Correspondencia a: mgoyenechea@gmail.com

El principio de la focalización del gasto público reemplaza las antiguas formas de subsidios universales por subsidios centrados en la pobreza extrema, con el objetivo de asegurar que los sectores más empobrecidos tengan acceso al mercado. La privatización de los servicios sociales implicó el desmantelamiento de la provisión estatal o una reducción considerable en su capacidad instalada, tanto en salud, previsión, educación, vivienda y obras públicas. Estas modificaciones se pueden también conceptualizar desde el marco que entrega Esping-Andersen que denomina como *Estado de bienestar neoliberal* aquel que tiene como característica la preponderancia de la asistencia social focalizada en detrimento de políticas sociales de carácter universal (Esping-Andersen, 1991). El Estado, de esta forma, buscaría promover y acrecentar el mercado, y para este mecanismo utiliza transferencias públicas en la forma de subsidios a la demanda para su canalización en el mercado (Atria, 2013). El desmantelamiento de la provisión estatal de los servicios sociales implica la mercantilización de las condiciones de reproducción social de los sectores medios y obreros, previamente beneficiados por un gasto social redistributivo, que ahora deben provisionar individualmente a través del mercado (Ruiz, 2014). Una conceptualización que constituye un aporte es la producida por David Harvey, que rescata la noción de acumulación originaria de Karl Marx (Marx, 2009), con el propósito de describir los procesos impulsados por el neoliberalismo. De esta manera, Harvey acuña el término de “acumulación por desposesión”, para ilustrar cómo el capitalismo para mantener su tasa de acumulación de capital, en un periodo de crisis, debe ingresar en ámbitos antes vedados para el mercado, como lo son los servicios sociales, entre otras esferas (Harvey, 2003). La modificación en el patrón de acumulación de capital que se impulsa desde mediados de los setenta en Chile impacta de manera sustantiva redefiniendo productivamente al país, por ejemplo, se produce una acelerada desaparición de la industria nacional y se refuerza el carácter extractivista de la matriz productiva, sumado a las políticas arancelarias que favorecen la importación de bienes. Estos cambios impactan en las formas en las cuales se reproduce socialmente la vida, consolidando una participación del mercado en ámbitos en los que no estaba anteriormente, como educación, vivienda, previsión y salud.

## NEOLIBERALISMOS Y SUBSIDIARIEDAD EN LA SALUD CHILENA

---

### Constitución y derecho a la salud

En Chile, desde un punto de vista legal, se cuenta con un derecho a la salud garantizado en la Constitución de 1980<sup>2</sup>. Sin embargo, al realizar un análisis respecto de la glosa que está inserta en la Constitución, lo que queda de manifiesto es un derecho limitado al acceso. Esto implica que el Estado chileno, garantiza la posibilidad de acceder a un sistema público o a un régimen privado.

¿Qué quiere decir esto? Básicamente, que el derecho a la salud está circunscrito a la dimensión de la “libertad de elección” entre lo público y privado. Esta visión que está plasmada en la Constitución no hace mención de que los problemas en salud son de carácter colectivo y que suelen estar en función no solo del acceso al sistema sanitario, sino que dependen mayormente de las condiciones de vida de la población, su trabajo, vivienda, medio ambiente, entre otras esferas. De esta forma, lo que se formula es una visión de la salud que la entiende como responsabilidad individual, relegando la preocupación por la dimensión colectiva del problema del derecho a la salud, que, si bien aún existe en los programas de salud pública y en la atención primaria, el efecto de una mirada individual en lo público se expresa en la ley del elige vivir sano, entre otras formas.

Por otro lado, la lógica de la libertad de elección como pilar fundamental del sistema de salud, la cual se deriva de la Constitución de 1980 se puede cumplir solamente dependiendo de la capacidad de pago de los individuos. Así, las personas que no tienen capacidad de pago para optar a seguros privados o prestadores privados, por defecto no tienen esa libertad y están forzadas a asegurar su salud en el seguro público y en caso de requerir atención de salud, deben asistir a los centros de salud públicos. Incluso de considerarse los subsidios a la demanda que posee el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), estos no son de carácter universal sino más bien que están en función de los ingresos de los afiliados.

Lo anterior convive con una situación en que los asegurados por Fonasa tienen mayores necesidades de salud (índice de envejecimiento 83,4 vs. 36,5) y menores ingresos (por debajo de la línea de pobreza 17,2% vs. 1,5%) que la población asegurada en las Isapres. Fonasa recibió un

<sup>2</sup> Más detalles en: Constitución de la República de Chile. Capítulo III: De los Derechos y Deberes Constitucionales. Recuperado de: [http://www.senado.cl/capitulo-iii-de-los-derechos-y-deberes-constitucionales/prontus\\_senado/2012-01-16/093413.html](http://www.senado.cl/capitulo-iii-de-los-derechos-y-deberes-constitucionales/prontus_senado/2012-01-16/093413.html)

financiamiento mensual promedio de US \$ 50.94 por beneficiario y tiene un gasto de US \$ 51.43, mientras que las Isapres recaudan US 94.79 dólares mensuales por beneficiario y gastaron US \$ 69.63 en servicios de salud (Castillo-Laborde, 2017). Una de las principales consecuencias de esta inequidad es que la población se segmenta en su acceso a salud.

## **TRANSFORMACIONES EN EL ÁMBITO PÚBLICO**

Las transformaciones que se impulsaron por la dictadura chilena en materia del sistema de salud estuvieron orientadas a cambiar profundamente su arquitectura. Hay una separación de las funciones de financiamiento y provisión, además de la fragmentación de la red asistencial.

En términos del financiamiento se fusionan el Servicio Nacional de Salud (SNS) con el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena), para dar paso al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), el cual cumple la función de asegurar y financiar a la población beneficiaria del sector público. En cuanto a la provisión se produce una fragmentación de la red asistencial con la municipalización de la atención primaria de salud. En el ámbito secundario y terciario de salud se da paso a 29 servicios de salud, que configuran el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

La red pública comienza a funcionar como un cuasi mercado, a través de la introducción de aranceles en las atenciones de salud (pago por prestación), políticas de externalización de servicios al interior de hospitales, aplicación de políticas que tienden al auto financiamiento de los hospitales, así como al asumir modelos de gestión propios del sector privado. A lo anterior, hay que sumarle una política constante de generación de mecanismos de traspaso de recursos y pacientes a prestadores privados, principalmente a partir de la lógica de los subsidios a la demanda (Cid, 2006).

Estos cambios se acompañan de una disminución sustancial del gasto fiscal en salud, Ernesto Miranda construye una imagen respecto al gasto sanitario y su evolución entre el año 1960 y 1988. Según el autor, para el año 1972 el gasto de salud llegaba a un 4,0% del producto geográfico bruto (PGB); según la misma fuente para 1974 el gasto llegaba a 2,5% del PGB. Ahora bien, considerando la fuente del Ministerio de Salud para el año 1979, el gasto llegaba a 2,7% del PGB y para 1988 este había disminuido a 2,4% del PGB (Miranda, 1990).

## **Características del sector privado**

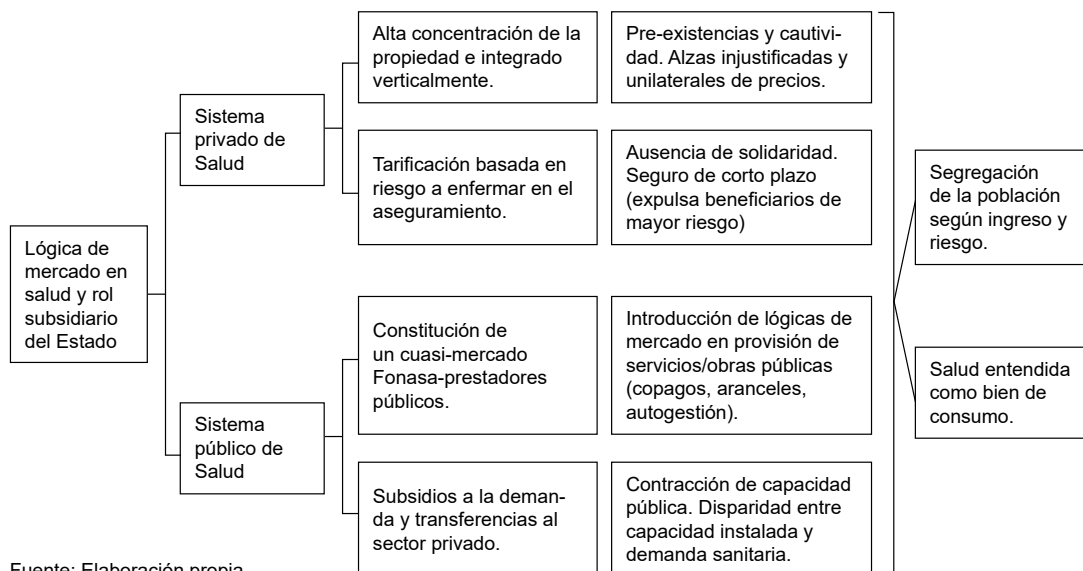
Si bien en el área de salud siempre existió un ámbito de prestadores privados, éstos eran limitados y en su mayoría circunscritos a las antiguas consultas médicas. Una de las principales transformaciones que se efectúan para dar paso a nuestro actual sistema de salud tienen relación, por un lado, con la expansión de la red prestadora privada y la creación del sistema de Isapres a partir del Decreto con Fuerza de Ley N° 3 del Ministerio de Salud de 1981, cuyos principios inspiradores fueron asegurar la “libertad de elección” en el sistema de salud y promover la inversión privada (Goyenechea, 2014).

Las Isapres son instituciones creadas en dictadura y administran los recursos de la seguridad social de una parte de la población. Desde su creación a la fecha se ha configurado un mercado competitivo mal regulado. Por un lado, existe una tendencia a ser eficientes seleccionando riesgos, a lo cual se le ha llamado “descreme”, esto implica quedarse con los “beneficiarios” que tengan menores riesgos de enfermar y desincentivar la afiliación de personas que puedan caer en “siniestralidad”, utilizando la jerga del sector. Actualmente existen en comercialización por parte de los seguros privados 14 mil planes de salud y más de 56 mil planes en stock (Cid, 2014). Lo anterior evidencia una intencionalidad de la industria por adaptar planes al perfil de riesgo del asegurado. Lejos de avanzar en universalizar el acceso a la salud, un efecto de la existencia de las Isapres ha sido consagrar un sistema dual de salud, reflejado en la discriminación que realizan las Isapres por sexo y edad. Esto sin mencionar que ya existe una barrera de acceso según capacidad de pago, la cual también segmenta a la población.

Otro problema que se evidencia en el aseguramiento y en los prestadores privados, tiene relación con los altos niveles de concentración económica del sector. Para 1985 existían en funcionamiento 17 Isapres (10 abiertas y 7 cerradas). Para 1990, esta industria alcanza su máxima expansión (medida en número de Isapres), alcanzando 34 empresas, 21 abiertas y 13 cerradas. Sin embargo, desde 2000 se comienza a generar una reducción. En ese año el número llegó a 23 y en 2005 nuevamente disminuye a 15. Actualmente existen 13, siendo 7 Isapres abiertas y 6 cerradas (Goyenechea, 2014).

Esta concentración de la propiedad y de los beneficiarios en pocas Isapres también se relaciona con otro fenómeno, la integración vertical de la industria. Esto implica que se han constituido

**Figura 1.** Consecuencias de la mercantilización en el sistema de salud chileno



Fuente: Elaboración propia.

*holding* de empresas que agrupan a los seguros y a los prestadores (clínicas), cumpliendo las Isapres la función de intermediarios financieros que permiten a los nuevos conglomerados direccionar la demanda sanitaria a sus propias clínicas. Esto se realiza a través de las coberturas ofrecidas. Si un usuario decide atenderse en las clínicas del *holding* deberá cancelar un menor porcentaje de copago, mientras que si el usuario quiere realizar la atención en otro centro de salud se le castiga mediante mayores copagos por la misma atención. Otra forma que se utiliza para direccionar la demanda es a través de planes con prestadores preferentes, que permiten a las Isapres ofrecer cobertura a ciertos problemas de salud sólo en sus respectivas redes de prestadores (Goyenechea, 2014).

El último desarrollo que ha ocurrido en esta materia es el desplazamiento de los grupos empresariales locales, los cuales han estado siendo sustituidos por conglomerados transnacionales que han adquirido los tres principales grupos comerciales en salud privada.

### CONSECUENCIAS DE LA MERCANTILIZACIÓN EN LA RED PÚBLICA DE SALUD

La forma en la que se manifiesta el neoliberalismo y la subsidiariedad en salud apunta, por el lado de la oferta pública, a la absorción de las lógicas

de funcionamiento del mercado, generándose un “mercado público de la salud”. Se instaura una lógica de financiamiento de la red vía pago por acto que posee varios problemas en el nivel hospitalario tales como:

- Selección de prestaciones, generando un abultamiento de la lista de espera en aquellos que no está arancelado así como en lo no priorizado (Cid, 2008; Cid, 2014).
- Riesgo de aumentar el financiamiento de los costos para unos componentes de la producción de salud en desmedro de otros (Cid, 2008; Cid, 2014).
- Aranceles para el pago de actividad poseen distorsiones, que implican que los aranceles definidos pueden estar bajo los costos reales de producción (Cid, 2008; Cid, 2014).
- Se incentiva a la compra de servicios a prestadores privados (Cid, 2008; Cid, 2014).

En materia de subsidios a privados desde el año 2005 y considerando los ítems del presupuesto 2018<sup>3</sup> que se destinan a compras y subsidios al sector privado se han transferido a la fecha 13.671 millones de dólares.

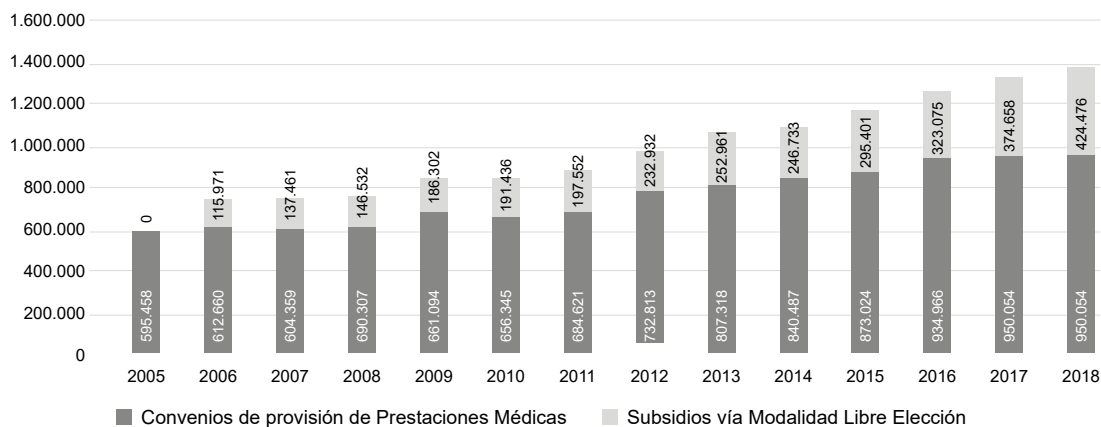
Gráfico 1. Subsidios y compras desde el sector público a prestadores privados de salud (en USD)

Fuente: Elaboración propia en base a DIPRES <http://www.dipres.cl/598/w3-channel.html>.

El drenaje de recursos hacia el sector privado

3 Detalles en <http://www.dipres.cl/598/w3-channel.html>

**Gráfico 1.** Subsidios y compras desde el sector público a prestadores privados de salud (en USD)



Fuente: Elaboración propia en base a DIPRES <http://www.dipres.cl/598/w3-channel.html>.

convive con una creciente contracción de la capacidad instalada del sector público, medida en camas hospitalarias, que pasan de 3,07 camas por mil beneficiarios para el año 2000 a 1,89 por mil beneficiarios para el año 2015 (Goyenechea, 2016). En contraste, la capacidad privada aumentó en el mismo periodo en un 33% (Goyenechea, 2016). Esta situación ha implicado un desacoplamiento entre la capacidad pública instalada y la demanda sanitaria de la población beneficiaria del sector público, produciéndose un fenómeno creciente de aumento en los tiempos de espera, como se indica en los informes despachados por la autoridad al Congreso. Las atenciones médicas de especialidad que no se encuentran priorizadas por el régimen de garantías explícitas en salud alcanzan para el 2017 más de 2 millones y hay más de 250 mil intervenciones quirúrgicas en la misma situación (Minsal, 2017). Para hacer frente a estos problemas las autoridades han priorizado esquemas de mercado, con la introducción de las concesiones en el ámbito de la provisión de infraestructura de salud (Goyenechea, 2016; Goyenechea, 2015; Goyenechea, 2014), así como aumentar los traspaños y compras públicas al sector privado como forma de satisfacer la demanda asistencial.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En Chile hemos creado dos subsistemas de salud, uno al que accede una minoría de mayores ingresos y sanos (Isapres-Clínicas) y otro para una mayoría de la población, de menores ingresos y enfermos (Fonasa-Red Pública de Salud). De esta afirmación podemos extraer que hemos

construido un sistema que segrega a la población en base a su riesgo de enfermar y su capacidad de pago. El impacto de esto es que la salud no se comporta en arreglo a los principios de la seguridad social o dentro de un enfoque de derechos, más bien la salud termina funcionando en la lógica de los bienes de consumo o mercancías.

El rol subsidiario del Estado en salud que se ha mantenido en Chile, ha servido para producir nichos de acumulación regulados de capital para los grupos empresariales que controlan la salud, donde la política o los diseños y marcos institucionales han contribuido a fortalecer y acrecentar el negocio privado en la salud en detrimento de la red pública de salud. En la década de los ochenta no había condiciones para reducir in extremis la participación del sector público en la salud, dado que el mercado sanitario no estaba lo suficientemente desarrollado para hacerse cargo de las necesidades del conjunto de la población, por lo que el proceso de privatización se ha efectuado de manera lenta y controlada a través del tiempo.

Algunos problemas que deben ser abordados para corregir el sistema de salud, desde un enfoque de derechos, apuntan a: -Garantizar el derecho a la salud en su completa integralidad, no solo acceso. -Para efectos de terminar con la segmentación por riesgo e ingresos avanzar hacia un esquema de financiamiento solidario, donde resulta importante evaluar las reales capacidades futuras de un sistema del tipo Bismarck (en un contexto en que el mercado de trabajo tiende a fomentar la creación de puestos de trabajo precarios y/o informales), así como también considerar el envejecimiento poblacional que disminuirá la base

contributiva del sistema. -La red pública de salud tiene a su cargo a la gran mayoría de la población del país, en este sentido resulta fundamental su fortalecimiento, pensando en aumentar su capacidad, en materia de recursos financieros, de personal e infraestructura para lograr satisfacer las necesidades sanitarias de la población.

## REFERENCIAS

1. Atria F. (2013). *Neoliberalismo con rostro humano*. Santiago de Chile: Catalonia.
2. Cid C. (2006). La aplicación neoliberal de la política de seguridad social en Chile y una profundización en la situación de la salud. *Rev Chil Econ Crít y Desarro*, 2(4).
3. Castillo-Laborde C, Aguilera X, Hirmas M, Matute I, Delgado I, Ferrari MN-D, et al. (2017). Health Insurance Scheme Performance and Effects on Health and Health Inequalities in Chile. *MEDICC Rev*, 19:57–64. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/medicc/2017.v19n2-3/57-64/en/>
4. Cid C, Aguilera X, Arteaga Ó, Barría Iromué S, Barría Gutiérrez P, et al. (2014). *Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema privado de salud. Informe Final*. Recuperado de: [http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL\\_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf](http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf)
5. Cid C, Riesco X. (2008). Impacto de la selección de los mecanismos de pago en la producción de atención de salud: ¿están en línea con los objetivos sanitarios? *Cuad.méd-soc (Santiago de Chile)*, 13–23.
6. Cid C, Herrera CA, Prieto L. (2016). Desempeño hospitalario en un sistema de salud segmentado y desigual: Chile 2001-2010. *Salud Pública Mex*, 58(5):553–60.
7. Cid C, Bastías S. G. (2014). Evaluando la situación financiera de los hospitales públicos a partir de los costos actualizados de sus prestaciones. *Rev Med Chil*, 142(2):161–7.
8. Esping-Andersen G. (1991). The Three Worlds of Welfare Capitalism. *Contemp Sociol*, 20(3):399. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/2073705?origin=crossref>
9. Goyenechea M. (2014). ¿Reforma estructural en salud o Regulación del negocio? *Cuad Coyunt NODO XXI*, 2(5):16–26. Recuperado de: [http://www.nodoxi.cl/wp-content/uploads/c5\\_sociedad.pdf](http://www.nodoxi.cl/wp-content/uploads/c5_sociedad.pdf)
10. Goyenechea M. (2016). Public health infrastructure investing difficulties in Chile: concessions and public tenders. *Medwave*, 16(04):e6444–e6444. Recuperado de: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/6444>
11. Goyenechea M. (2015). *Caracterización de la política de concesiones en Chile*. Santiago de Chile. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/325069840\\_Caracterizacion\\_de\\_la\\_politica\\_de\\_concesiones\\_en\\_Chile](https://www.researchgate.net/publication/325069840_Caracterizacion_de_la_politica_de_concesiones_en_Chile)
12. Goyenechea M. (2014). *Concesiones hospitalarias: el nuevo avance del mercado en la salud*. CIPER: Santiago de Chile. Recuperado de: <http://ciparchile.cl/2014/08/19/concesiones-hospitalarias-el-nuevo-avance-del-mercado-en-la-salud/>
13. Harvey D. (2003). *The New Imperialism*. Oxford University Press: EEUU.
14. Marx K. (2009). *El Capital*. Siglo Veintiuno Editores: Buenos Aires, Argentina.
15. Ministerio de Salud de Chile. (2017) *Glosa 06 Lista de espera no GES y garantías de oportunidad retrasadas*. Chile.
16. Miranda E. (1990). Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno. *Puntos Ref*. 1990;58:6–66. Recuperado de: [http://www.cep.cl/dms/archivo\\_1640\\_1217/rev39\\_miranda.pdf](http://www.cep.cl/dms/archivo_1640_1217/rev39_miranda.pdf)
17. OCDE. (2015). *Panorama de la Salud 2015. OECD Heal Policy Stud*.
18. Ruiz C, Boccardo G. (2014). *Los chilenos bajo el neoliberalismo. Clases y conflicto social*. El Desconcierto: Santiago de Chile.
19. Ruiz C. (2015). *De nuevo la sociedad*. Primera ed. LOM ediciones: Santiago de Chile