

## Desafíos desde una mirada socio sanitaria y ciudadana: avanzar en una reforma a la salud

Jaime Sepúlveda Salinas<sup>1</sup>

A partir de la arrastrada crisis financiera de las Isapres precipitada por el fallo de la Corte Suprema, se abre en el país la oportunidad de un proceso político de ajuste al conjunto del sistema de salud que nos rige (sistema con históricas contradicciones que niegan en el presente su viabilidad socio sanitaria)<sup>2</sup>. Conviene detenerse a precisar los intereses que están en juego y perfilar posibles respuestas de los actores involucrados. Para ello el tema del **financiamiento** (protección financiera del derecho de la población a salud) ocupa un lugar clave en los cambios que actualmente se presentan, razón por la cual en la siguiente reflexión se revisa algunos antecedentes del actual debate, destacando los nudos críticos que conviene transparentar para evitar caer en las trampas del mercado y así poder avanzar en los cambios pensando en un sistema de salud universal y solidario.

### LA COYUNTURA Y EL TEMA DEL FINANCIAMIENTO

---

La aprobada Ley N°21.674 de mayo 2024 (Ley Corta de Isapres), busca regular a las Isapres, modernizar Fonasa y fortalecer la Superintendencia de Salud

Otorga facultades a la Superintendencia para implementar dicha Ley y dar cumplimiento a lo instruido por la Corte Suprema respecto a que las Isapres deben adecuar el precio base de los contratos de acuerdo a la Tabla Única de Factores (Circular IF/N°343 de 2019), presentando el plan y plazos de devolución de los cobros en exceso a cada afiliado. Asimismo se autoriza a las Isapres el cobro de una prima extraordinaria con un techo de un 10% de los contratos a julio de 2023 (en función de “contribuir a la viabilidad financiera de las mismas” sin cuestionarse la parte “seguridad social” de la prima)

El debate se termina abriendo a temas de financiamiento del conjunto del sistema ya que se asume que la posible crisis de las Isapres arrastraría a los prestadores privados y sobrecargaría la capacidad de respuesta del Fonasa y de la red pública. Fonasa ha incorporado entre 2022 y 2024 casi un millón de afiliados, una alta proporción proveniente de las Isapres, lo que significa que a nivel país a la fecha, el 82% de la población está afiliada a Fonasa y aproximadamente un 14% a las Isapres y a seguros de salud complementarios<sup>3</sup>. Como se sabe estas coberturas se traducen en el acceso a un inequitativo sistema de salud segmentado por ingresos, riesgos y acceso diferenciado en oportunidad y calidad de la atención, a lo que se suma un elevado gasto de bolsillo (un tercio del gasto en salud total)

En este contexto se incorporan a la Ley, por una parte, criterios para definir el Índice de Costos de la Salud (ICSA) aplicable a los precios de las prestaciones (Isapres y Libre Elección Fonasa) y lo más importante, se busca el fortalecimiento del Fondo Nacional de Salud<sup>4</sup>, a través de la llamada “Cobertura Complementaria” que en resumen es un seguro voluntario (con prima plana) al que los afiliados a Fonasa podrían recurrir para obtener acceso y protección financiera a un listado de prestaciones “aranceladas” (de

---

1 Médico, Comité Editorial Cuadernos Médico Sociales. Correspondencia a: [cms@colegiomedico.cl](mailto:cms@colegiomedico.cl)

2 Crisis del sector documentada ampliamente en estas últimas décadas. Ejemplo, ... hace 30 años: Barilari, D. Enrique : Planteamientos sobre la coyuntura del sector salud. Santiago, junio 1995 (ponencia presentada en taller FENATS).

3 A nivel de la región hoy se discute el rol de los seguros en la Protección Social. El régimen contributivo está en crisis en correspondencia al estancamiento en la economía, mercado laboral con alta informalidad y precariedad, reducción de empleos por avances tecnológicos, acelerado envejecimiento de la población, amplias brechas de desigualdad social y de género. Ver en Referencias Informes de la CEPAL.

4 Los recursos de este Fondo, hay que subrayarlo, provienen en un 7% de cotizaciones, de copagos y mayoritariamente del aporte fiscal a través del presupuesto anual asignado a salud.

calidad garantizada) en prestadores preferenciales seleccionados. Este listado puede ser directamente licitado por Fonasa con prestadores privados o intermediados a través de un reaseguro. (es posible que esta cobertura complementaria lleve por conveniencia a reemplazar a futuro la “libre elección”, a lo que el mercado se resistirá apoyado en el gremio médico). Nótese que esta compra de servicios debería exigir racionalidad sanitaria (ETESA, entre otros parámetros) y costo eficacia demostrada. La propuesta estaría en operación a mediados de 2025.

Esta tarea ha puesto en discusión “la modernización” de Fonasa buscando transformarlo en un eficiente gestor de recursos (entiéndase en un poder comprador en el “mercado” del sector público y privado de la salud), con un gobierno autónomo corporativo

El 2 de enero 2025, el diario El Mercurio<sup>5</sup> titula en artículo a media página “*Más atribuciones y garantizar atención oportuna, elementos claves para fortalecer Fonasa*”. En el texto, junto con destacar la aprobación del proyecto que pone fin a las preexistencias en las Isapres (no es drama ya que se está apostando a la compensación de riesgos) se sigue..... “expertos y parlamentarios llaman a que no se descuide el proyecto paralelo que debería ir de la mano con el cambio a las aseguradoras: el fortalecimiento de Fonasa..... “se espera que prontamente el Gobierno envíe al Senado la iniciativa de norma enfocada en Fonasa”. Los “especialistas” concuerdan en que esa propuesta debería incluir algunos “elementos transversales” para que haya una mejora sustantiva del modelo estatal. (entiéndase el seguro estatal, comentario y comillas del autor)

Consignando la crisis de las Isapres<sup>6/7</sup>, se dan cifras de quienes han abandonado el sistema privado.... mientras el Estado suma hoy más de 16.4 millones de afiliados. Frente a este panorama los “expertos” hablan de robustecer la potestad del organismo estatal: Uno de ellos plantea “aumentar las atribuciones que le permitan fiscalizar el uso de las modalidades, sobre todo

la libre elección. Para esto, cómo cualquier seguro, ...poder fiscalizar la calidad de las atenciones que reciben los beneficiarios,.....controlar y supervisar el mal uso de las licencias médicas. Otro experto agrega, “la Reforma debe lograr que Fonasa se convierta en un asegurador estatal y no solo en caja pagadora de los servicios de salud... robustecer su institucionalidad de modo de ganar independencia y autonomía respecto del gobierno de turno.....hacer del fondo un ente más técnico y especializado en gestionar la atención de sus pacientes” (se entiende que sustituiría a un Ministerio y una red pública de servicios integrada que cumple esas funciones, llámese un Servicio Nacional de Salud. En contrario, se está apostando a Fonasa como asegurador público participando (fortalecido) en un mercado de multiseguros y multiprestadores públicos y privados, regulados por el Ministerio de Salud, mercado cuya lógica de enfermedad no integra la mirada de la salud pública en materia de promoción y prevención).

Otro experto, ex superintendente de Isapres, aclara “deberá conceptualizarse a Fonasa no como un fondo de salud, sino como un seguro público de salud, lo que es absolutamente distinto”.....”Un fondo administra recursos financieros para que la red de prestadores exista y les pueda dar servicios a sus beneficiarios” (exacto, y debería ser toda la población si de “derecho a la salud” se trata y eso solo lo garantiza el Estado a través de un sistema público universal solidario y equitativo financiado con un fondo que como ya ocurre hoy se forma con la contribución mayoritaria del Estado más un % cada vez menor del seguro público, lo que no quiere decir que no exista seguros y prestadores privados regulados por el Estado para proteger los derechos de quienes pueden económicamente sostenerlos).

A juicio del experto la principal preocupación del seguro público no es la red de servicios sino que sus beneficiarios (solo los del 7%?). Debe ser una institución al margen de la autoridad

5 El Mercurio, jueves 2 enero 2025 Se recomienda “decodificación” socio sanitaria del texto porque orienta sobre la mirada acerca de la reforma que defiende el mercado y cuyo objetivo es recrear el negocio de los seguros y prestadores (sin perder de vista las lecciones que deja la batalla que libra el gran capital y sus actores en la reforma previsional).

6 En proceso de su propia reforma buscando “legitimarse” en el vigente mercado de multiseguros, asumiendo que seguirán en la “seguridad social” compitiendo por el 7%, acogiendo con mayor rigor la administración gerenciada: nuevas formas de descreme, plan único (con “gate keeper” familiar), compensación de riesgos en principio interisapres, compartir riesgos con el prestador terminando con el fee for service y privilegiando los GRD, incorporando tecnología de punta en la gestión, etc.

7 Ver artículo en El Mercurio, 6 enero 2025. ....”Reconquistar usuarios y equilibrio financiero, grandes retos de las isapres en 2025”... En opinión de una académica de la U. Diego Portales ..”El objetivo para las isapres será mantener el equilibrio financiero, en el fondo, lograr reducir los gastos y atraer afiliados. Necesitan tener un plan atractivo porque entraran en competencia con Fonasa y su futuro seguro complementario”.

política y por lo tanto tener un gobierno corporativo muy fuerte. Otro académico apunta a que el organismo debe tener autonomía para poder incorporar nuevas prestaciones (y que rol cumple la autoridad sanitaria, ETESA el día de mañana?) y aumentar el presupuesto para estas nuevas prestaciones.

El exsuperintendente indica que “es importante que tenga libertad para negociar con los servicios de salud pública y privados, lograr los mejores productos al mejor precio y presionar por mayor eficiencia” (o sea, un seguro público negociando, en el mercado de la salud)

En el subtítulo “*Los ejes de la discusión legislativa*” un Senador de oposición de la comisión de Salud señala...”La idea es que sea ingresado por el senado para asegurarnos que tenga un rápido despacho” y sigue...”Estamos pidiendo que haya un plan garantizado universal tanto para los afiliados a Fonasa como de Isapre, con un mecanismo de compensación de riesgo (se asume que este “paquete estandarizado” llamado Plan, ajuste su precio compensando el riesgo entre las aseguradoras privadas y el seguro público.....el sueño de las Isapres: asegurar personas de riesgo con mayores ingresos y que el Fonasa sea finalmente quien les compense el riesgo).

Otro senador, oficialista, dice que la iniciativa “debiese encaminar a Fonasa a ser un seguro público de una vez. Eso significa: control de los prestadores públicos y en convenio, gobernanza vía consejo directivo y garantizar la atención con tiempos de espera máximos para sus afiliados (se insiste en Fonasa como seguro y no como fondo)<sup>8</sup>.

En el debate del financiamiento de la salud también conviene revisar el comportamiento del presupuesto fiscal acordado para 2025. Descodificar de su lectura el significado de los recortes negociados y su impacto sobre la salud pública<sup>9</sup> lo que finalmente termina oxigenando la estrategia del complejo médico industrial (en especial vía subsidio por las compras de Fonasa a los prestadores privados y el obligado mayor gasto de bolsillo).

## LOS ARBOLES NO DEJAN VER EL BOSQUE

En resumen, en el debate de la reforma se ventila el *leitmotiv* del financiamiento, que arrastra consigo el posible cambio al sistema de salud.

Una es la posición del continuismo aggrinado del mercado de la salud que comprende a los actores (intereses) en juego: sector público y sector privado de **seguros y prestadores** con un ente regulador que es el Ministerio y la Superintendencia de Salud. Lo central que se plantea es establecer un mercado de multiseguros y multiprestadores con un seguro público (Fonasa) en competencia con los seguros privados y con gran poder comprador hacia el mercado de los prestadores privados (suficientemente subsidiado actualmente vía libre elección, compras GES, ley de urgencia, compras directas y a futuro prestaciones del seguro complementario). Incorporado al proyecto están el Plan garantizado universal (paquete transable), el fondo de compensación de riesgos, y medidas de control de costos.

Como puede concluirse, el protagonismo lo lleva: a) el negocio de los seguros y su influencia ideológica (frente al riesgo salud se vende seguros y reaseguros que solo responden a un plan paquete de prestaciones con los copagos correspondientes) b) quien controla los factores de la producción en el sector prestador (profesionales, clínicas, laboratorios, imagenología, tecnología, insumos, medicamentos, etc, o sea **el complejo médico industrial más la ideología de la medicalización**)<sup>10/11</sup> y c) el villano invitado que le hace el juego al mercado y finalmente paga la cuenta: el “seguro público”, un Fonasa fortalecido. d) el creciente gasto de bolsillo ciudadano.

Al frente se levanta, con dificultad, una respuesta racional socio sanitaria ante el desafío que significa la crisis del sistema mercantilizado y medicalizado de seguros y de prestadores con su costo en desigualdades en salud enfermedad de la mayoría de la población. La principal línea de resistencia se construye en base al reconocimiento de la **salud como un derecho responsabilidad de todos y garantizada por el Estado**

8 No confundir con la cobertura complementaria de la Ley corta que sitúa a Fonasa como un fondo que ofrece a sus afiliados un seguro complementario que licita en el mercado bajo lógica sanitaria y buscando la eficiencia en el uso de ese seguro voluntario.

9 Recortes negociados con la oposición en un año crítico para la red pública dada la magnitud de la demanda no satisfecha y el compromiso de ampliar la Atención Primaria Universal. Sobre la materia se recomienda lectura de artículos citados en referencias bibliográficas, publicados en Cuadernos Médico Sociales. 2024, Vol 64 N°4.

10 Laurell, Asa Cristina. Sistemas Universales de Salud: Retos y desafíos 21/02/2012.

11 Menéndez, Eduardo L. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Salud colectiva. Vol.16 Lanús 2020

(pendiente explicitarlo en la futura Constitución). Comprender en la teoría lo que es el curso de vida, la determinación social y la relación de la naturaleza comportándose epigenéticamente con los resultados en salud-enfermedad. La integridad biopsicoespiritual de cada individuo en un colectivo que es la sociedad construida con la participación democrática de todos y todas. Este hacer político permite comprender la realidad y así poder enfrentar la lógica hegemónica de un modelo (Capitalismo neoliberal-Estado subsidiario) que es inflexible en la búsqueda de rentabilizar el capital cualquiera sea las consecuencias para el bienestar de la especie humana y de la naturaleza.

Desde la salud pública la racionalidad y equidad en la asignación de recursos se logra con una rectoría y política clara (epidemiológicamente sólida), una estructura de servicios públicos integrada en red con una Atención Primaria en el centro; la planificación, programación y presupuestación participativa de las actividades (promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos y solidarios). La formación y disponibilidad de los recursos humanos. La financiación proveniente de impuestos generales y/o de un **fondo único** formado con los aportes del presupuesto fiscal, más cotizaciones del seguro público (por ahora) y copagos. (hoy se entiende Fonasa). La asignación de estos recursos debe enfrentar con la máxima racionalidad socio sanitaria al mercado de los seguros y los prestadores privados (desmercantilizando y desmedicalizando la salud).

En última instancia se trata de confrontar la

hegemonía de un modelo de salud de mercado (amarrado al poder económico, político, comunicacional) con una lógica socio sanitaria solidaria arraigada en los valores de salud como derecho, el rol del Estado y una clara y comprometida participación ciudadana.

Desde luego el papel de los trabajadores de la salud es fundamental incluyendo a los médicos, aquellos atraídos con una mirada social de la medicina<sup>12</sup>.

## REFERENCIAS

---

- CEPAL (2024). “Sistema de pensiones no contributivos en América Latina y el Caribe: avanzar en solidaridad con sostenibilidad” (agosto). En: <https://www.cepal.org>
- CEPAL (2024). Cuarto Seminario Regional de Desarrollo Social ” Protección social y desigualdad: América Latina y el Caribe hacia la Segunda Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de 2025” (Junio). En: <https://www.cepal.org>
- Fábrega, R. (2024). El presupuesto de salud 2025, un retroceso para el sector que debe ser corregido. *Cuadernos Médico Sociales*, 64(4), 39–43. <https://doi.org/10.56116/cms.v64.n4.2024.2158>
- Lagos Araya, P., & Morales Galarce, T. (2024). El presupuesto público de salud: marco analítico para el debate de propuestas de reforma. *Cuadernos Médico Sociales*, 64(4), 21–32. <https://doi.org/10.56116/cms.v64.n4.2024.2156>

---

12 Mayor compromiso puede esperarse de médicos que se desempeñan en la atención primaria o como MGZ (ciclo de destina-  
ción).