

## ● La crisis neoliberal del Sistemas de Salud de Chile

Camilo Bass del Campo<sup>12</sup>

Chile tiene una larga tradición de desarrollo en el tema de acceso a salud. Durante el siglo XIX, el pueblo se organizó en Sociedades de Socorros Mutuos, como una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad. Posteriormente, el Estado se introduce en la provisión de atención a los/as trabajadores/as y se establece un Servicio Nacional de Salud. Sin embargo, como consecuencia de las políticas impulsadas por la dictadura de Pinochet, se realizaron reformas neoliberales en el campo de salud y seguridad social, imponiendo un modelo de mercado y un incentivo negativo hacia los sistemas públicos.

En la actualidad el sistema de salud se encuentra en crisis. Integrado principalmente por el sistema público (Fondo Nacional de Salud) y el sistema privado (Instituciones de salud previsional), que produce segmentación de la población en el acceso a salud, consagrando una salud para pobres y enfermos y otra para ricos y sanos. Como resultado del proceso de reforma de salud del año 2005, se implementa el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), un listado actual de 85 enfermedades con acceso a intervenciones sanitarias específicas. Sus efectos positivos han sido limitados y sus problemas importantes: exceso de burocracia, generación de discriminación y desvío significativo de recursos públicos hacia el sistema privado. Como consecuencias, un sector público crónicamente desfinanciado, perdiendo capacidades y un aseguramiento privado con discriminación y arbitrariedades, sin solidaridad ni eficiencia. Asociado a un elevado gasto de bolsillo, que corresponde a lo menos a un 32% del gasto total en salud.

En este contexto, donde durante más de 45 años la sociedad chilena ha caminado por las veredas del neoliberalismo, el día 18 de octubre de 2019, producto del alza en el pasaje de transporte, el pueblo chileno se reveló y dijo basta a la desigualdad y exclusión reinante. Se avanza así, hacia un proceso de rearticulación de las clases subalternas, promoviendo un cambio a los amarres constitucionales del Estado subsidiario, trabajando la capacidad de alianzas que el mundo del trabajo organizado pueda establecer con otros movimientos sociales con diferentes problemáticas, para que se lleven a cabo las transformaciones que requiere un nuevo Chile, con un Sistema Universal o Servicio Nacional de Salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro. Un aspecto muy importante de la implementación es que debiera permitir el diálogo respetuoso de saberes entre la atención de salud alopática y los conocimientos ancestrales y populares. Además, de potenciar la autonomía de los pueblos en la generación de procesos de atención acordes con las dinámicas de las propias localidades, disminuyendo así la dependencia hacia la medicina occidental.

12 Es médico de familia, especialista en atención primaria de salud. Es miembro directivo del Colegio Médico de Santiago de Chile, docente de la Escuela de Salud Pública Salvador Allende. Actualmente Núcleo Chile de la Red Latinoamericana de Sistemas y Políticas de Salud e investigador del GT de Salud Internacional de CLACSO por el Instituto de Estudios Estratégicos para el Desarrollo Humano (INEEDH, Chile).

## Proceso de cambio estructural del sector salud

Chile tiene una larga tradición de desarrollo en el tema de acceso a salud. Durante el siglo XIX, el pueblo se organizó en Sociedades de Socorros Mutuos, como una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad. Su objetivo primordial era dar solidaria protección ante la enfermedad, la muerte y el desamparo familiar en base a la creación de un sistema de seguridad social fundado sobre el ahorro de sus asociados/as (Illanes, 2003). Luego, en el año 1924 se dictó la Ley de Seguro Obrero Obligatorio (Ley N° 4.054), por la cual empleadores y obreros debían imponer mensualmente a un fondo solidario de enfermedad e invalidez. Esta ley significó la introducción del Estado en la provisión de atención a los/as trabajadores/as.

Posteriormente, en 1952 se promulga la Ley 10.383 que establece el Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo público encargado de realizar todas las acciones sanitarias: fomento de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación (Bass, 2012).

Este desarrollo de la seguridad social en salud llevó a realizar propuestas relacionadas con un concepto de atención integral de salud, en el contexto temporal del siglo pasado, como:

*“una atención médica eficiente y oportuna para toda la población y para cada persona considerada integralmente. Más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, se dirige al ser humano en su totalidad física y mental, en continua adaptación a su medio ambiente socio-cultural. Atención descentralizada, próxima al hogar o al sitio de trabajo, a cargo de un equipo funcionario bien integrado, en estrecha armonía y continuidad con el Hospital Base y con todos los organismos locales. Atención que integra, en cada prestación, los aspectos somáticos y psíquicos, lo individual con lo social, y las acciones preventivas y curativas. Por fin, atención planificada y con permanente intención educativa”.*

(Oficina Central de Planificación Salvador Allende, 2006).

Posteriormente, consecuencia de las políticas impulsadas por la dictadura de Pinochet, se realizaron reformas neoliberales a cargo de los denominados *Chicago Boys* (economistas liberales discípulos de Milton Friedman en la Universidad de Chicago), quienes implementan las pautas para un sistema económico de libre mercado contenidas en el texto conocido como *El Ladrillo*. Estos cambios radicales en el campo de la salud y la seguridad social en el Chile de los setentas serían expandidos en los noventa hacia los demás países.

Bajo las condiciones de una dictadura (1973 y 1990), se impone un modelo de mercado en salud, seguridad social y en el resto de los derechos sociales, siendo utilizado como modelo por los organismos multilaterales que sistemáticamente presionan por reformas al resto de la región. Se crearon las instituciones privadas de salud, denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y de Seguridad Social, las Asociaciones de Fondos de Pensiones (AFP), para recibir el aporte de las cotizaciones de las personas

con mayores ingresos. Promoviendo un incentivo negativo hacia los sistemas públicos. (Tetelboin, 2009).

Estas transformaciones estructurales cambiaron el rol y la importancia del Estado y promovieron el sector privado. El derecho a la salud en Chile comenzó a ser concebido desde la lógica de la “elección” entre un sistema público y privado. Situación consagrada en la Constitución fraudulenta de 1980, y que permitió el florecimiento de un sistema de salud privado basado en el lucro, de la mano de una severa disminución del presupuesto fiscal para el sistema público, pasando de un 3,5% del Producto Interno Bruto (PIB) para salud en el Gobierno de la Unidad Popular, a menos del 1% PIB durante la dictadura (Araya, 2006). Esta situación no es exclusiva de este sector, sino que, al estado neoliberal subsidiario, se abraza el mercado como ente regulador de los derechos sociales, hipotecando la solidaridad y justicia social.

Producto de los cambios neoliberales, se concretaron una serie de medidas que modificaron profundamente el sistema de salud, se fragmentó el Servicio Nacional de Salud (SNS), siendo reemplazado por un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), se crearon las ISAPRE, también se concretó el traspaso de la administración de establecimientos de nivel primario de atención a las municipalidades (Bustos, 1998). Esta medida habría sido ideada como una manera encubierta para iniciar la privatización del sistema de salud, ya que luego del traspaso de los establecimientos a los municipios, se podría realizar la transferencia a privados (Salinas y Lenz, 1999). Por otra parte, se produce la autonomía de una porción de la salud del gobierno central, lo que origina una inequidad entre unos pocos municipios con más recursos en desmedro de la mayoría pobre.

En la actualidad, existen importantes desigualdades en acceso y estado de salud entre niveles de ingreso y grupos sociales. Estas desigualdades son reforzadas tanto por los seguros privados, que discriminan por riesgo a sus propios beneficiarios y a sus potenciales beneficiarios, como por la fuerte dependencia que el sistema tiene del gasto privado, incluyendo en buena parte el gasto de bolsillo de las familias para el pago de prestaciones y medicamentos, entre otros aspectos no cubiertos por los seguros de salud. Finalmente, no se considera el constante proceso de debilitamiento del sistema público, y el subsidio constante del fondo público y el Fisco a los proveedores privados con fines de lucro, a través de la Modalidad de Libre Elección (MLE) y de las prestaciones con Garantías Explícitas en Salud (GES) (Debrott, 2018).

### **Relación Estado-mercado actual y estructura del financiamiento**

En Chile el sistema de salud se encuentra en crisis. Si bien está integrado por varios subsistemas, sus principales características están determinadas por la interacción entre el sistema público (Fondo Nacional de Salud) y el sistema ISAPRE. De allí su carácter dual y su funcionamiento sin una lógica de seguridad social, cuyo origen estructural es el sistema de financiamiento.

**Tabla 1** – Descripción de Sistemas de salud en Chile – Año: 2020

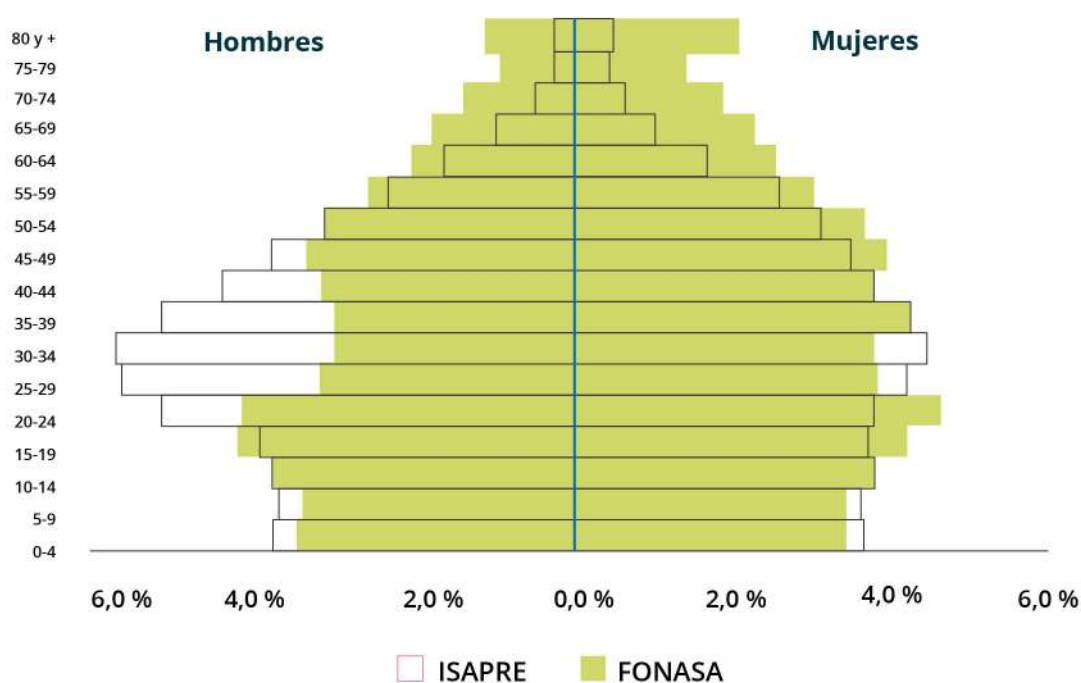
Sistema	Administración / Tipo	Fuentes de Financiamiento	Prestadores	Características Generales
<b>SNSS – FONASA</b>	Estatal Bismarkiano	Individuos: Cotizaciones obligatorias Copagos Otros gastos de bolsillo Estado: Subsidio a “indigentes” y Bienes Públicos de toda la población (campañas sanitarias, etc.)	Estado (Modalidad de Atención Institucional – MAI)  Privados con fines de lucro (Modalidad de Libre Elección MLE y compra de servicios)	Solidario Cobertura 77% Población Sin discriminación Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL
<b>ISAPRE</b>	Privada con fines de lucro. Abiertas y cerradas  Liberal	Individuos Cotizaciones obligatorias Prepagos Copagos Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro	No solidario Cobertura 17% Población Discrimina por ingresos, estado de salud, sexo y edad. Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL
<b>Fuerzas Armadas</b>	Estatal Bismarkiano	Individuos: Cotizaciones obligatorias (5,5%) Copagos Otros gastos de bolsillo Estado como empleador: 1,5% de la cotización obligatoria 1% para fondo de medicina preventiva	Estado (red propia)	Solidario Cobertura 3% Sin fiscalización del MINSAL, solo del Ministerio de Defensa
<b>Seguro de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales</b>	Privada Sin fines de lucro: Mutuales Bismarkiano	Empleadores  Individuos Otros gastos de bolsillo	Privados Sin fines de lucro (red propia)	Solidario dentro de cada mutual. No existen mecanismos de redistribución inter-mutual, ni con el ISL. Cobertura 70% trabajadores asalariados. Fiscalizadas por Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) del Ministerio del Trabajo y previsión social
	Estatal: Instituto de Seguridad Laboral ISL  Bismarkiano	Empleadores  Individuos: Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro y Públicos	Solidario ISL tiene algunos programas a los desprotegidos esto lo realiza en conjunto con MINSAL. Fiscalizadas por Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) del Ministerio del Trabajo y previsión social
	Estatal: Administración delegada a grandes empresas estatales (ej. CODELCO) Bismarkiano	Empleadores  Individuos: Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro y Públicos	Solidario dentro de cada administración delegada. Fiscalizadas por Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) del Ministerio del Trabajo y previsión social
<b>Teletón</b>	Privada sin fines de lucro  Liberal	Individuos: a través de caridad (colecta nacional televisada)	Privados sin fines de lucro (red propia)	Solidario Da cobertura al 100% de niños/as con discapacidades físicas. Sin discriminación. Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL

Fuente: Parada y Moraga, 2019.

El sistema público de salud cubre aproximadamente al 75% de la población con el 45% de los fondos recaudados vía cotización individual obligatoria, que junto al aporte estatal es administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Por otro lado, las ISAPRE perciben la cotización de la población de mayor ingreso (aproximadamente al 18% de la población, con el 55% de los fondos recaudados vía cotización individual) y los utiliza como primas individuales que no se distribuyen en la población general según necesidad, llevando a una distribución desigual de los recursos. El sistema se financia con un 8.4% del PIB, de ello aproximadamente un 50% del gasto total en salud es financiado con gasto público (Comisión ESP-COLMED, 2018).

Esta situación inequitativa ocasiona que el gasto per cápita en salud de una persona de una ISAPRE sea un 50% mayor que el de una persona en FONASA. Lo que produce segmentación de la población en el acceso a salud, ya que las personas con mayores recursos económicos y mejor estado de salud se encuentran en el sistema privado, recibiendo una atención más rápida e incluso excesiva, a diferencia de las personas con menores recursos y de peor estado de salud que se atienden en el sector público. Se consagra una salud para ricos y sanos y otra para los pobres y enfermos (Comando Programático de Salud - Beatriz Sánchez, 2017).

Pirámide poblacional beneficiarios FONASA e ISAPRE



Fuente: Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado, 2014.

Fonasa es el mayor agente de financiamiento y aseguramiento del sistema, con 13.926.475 beneficiarios/as para el 2017 (FONASA, 2019). Aunque es un fondo de la seguridad social público, ha adoptado características de seguro social que tienden a alejarlo del esquema clásico de fondo. Su financiamiento proviene mayoritariamente de impuestos generales, que representaron el 60,4% del total de los recursos que administra. Secundariamente, y con tendencia a la baja, recibe aportes de cotizaciones legales de trabajadores/as dependientes y cotizaciones voluntarias de trabajadores/as independientes, las que representaron un 35,6%. Los copagos, si bien existen, no constituyen una fuente de financiamiento relevante, al igual que otros tipos de ingresos.

Dependiendo de las características socioeconómicas de los/as beneficiarios/as de FONASA, pueden utilizar dos modalidades de atención. Los/as beneficiarios/as indigentes y carentes de recursos (no aportantes de cotizaciones) integran el grupo A y se atienden en la Modalidad de Atención Institucional (MAI); en tanto, los/as aportantes de cotizaciones y sus familias integran los grupos B, C y D, y pueden atenderse tanto en la MAI como a través de la MLE. Dichas modalidades de atención segmentan por ingresos al interior del subsistema público y establecen formas específicas de relación entre el fondo y los prestadores.

La modalidad institucional se caracteriza por un modelo de integración vertical público, en que el fondo transfiere recursos a los prestadores de la red pública mediante una combinación de mecanismos de pago por presupuesto histórico (Programa de Prestaciones Institucionales, PPI), por actividad (Programa de Prestaciones Valoradas, PPV) y per cápita (Atención Primaria), todos dentro de un marco presupuestario definido en la Ley de Presupuestos. Los Servicios de Salud repartidos en el país, de los cuales dependen los hospitales y una mínima parte de la atención primaria, son financiados íntegramente bajo el esquema PPI-PPV. El PPI representa un 52% y el PPV el restante 48%. La atención primaria, mayoritariamente municipal, es financiada mediante un esquema en el que predomina el pago per cápita complementado por programas específicos. Aproximadamente el 70% del financiamiento corresponde a pagos per cápita, mientras el 30% corresponde a programas (Debrott e Ibáñez, 2014).

El otorgamiento de las garantías explícitas en salud (GES) se financia bajo la modalidad institucional. Dado que se obliga a cumplir la garantía de oportunidad, una parte de los recursos del PPV son destinados a la compra al extrasistema, generalmente a privados con fines de lucro. Asimismo, otra parte de esos recursos son destinados a cumplir con la Ley de Urgencia.

La modalidad de libre elección se caracteriza por ser un modelo público de reembolso a pacientes, aunque una muy pequeña parte opera bajo un modelo público de contrato. Los beneficiarios de los grupos B, C y D pueden acceder a prestadores del extrasistema, generalmente privados con fines de lucro, sin un mayor direccionamiento desde Fonasa. Una proporción menor de las atenciones ocurre en prestadores públicos inscritos para



otorgar dichas atenciones. En esta modalidad de atención, que ha crecido en volumen de atenciones y gasto a través del tiempo, son los beneficiarios quienes deciden dónde atenderse, lo que resulta contradictorio con el modelo de atención familiar y comunitaria. Sin embargo, constituye una válvula de escape frente a las restricciones de oferta que existen en la MAI.

Las ISAPRE ocupan el segundo lugar como agentes de financiamiento y aseguramiento del sistema, con una población beneficiaria de 3.427.198 al 2017 (Superintendencia de Salud, 2019). Se definen como instituciones de salud previsional y en la práctica son empresas de seguros privados que administran recursos públicos de la seguridad social. El financiamiento proviene mayoritariamente de cotizaciones legales de trabajadores/as dependientes que deciden no aportar a Fonasa y de cotizaciones voluntarias que realizan trabajadores/as independientes. Estos aportes representan un 73% aproximado del total de los recursos. Por otra parte, los/as trabajadores/as dependientes aportan cotizaciones adicionales voluntarias, las que representan un 27% del total de los recursos. Los copagos constituyen una fuente de financiamiento relevante, a la vez que cumplen la función de restringir la demanda. Estos recursos representan el 38,2% del valor total de las prestaciones de salud que financian. Las ISAPRES pertenecientes a grupos económicos con fuerte presencia en la prestación de salud, concentran el 82,5% de los/as beneficiarios/as. Su modelo de relación corresponde preferentemente a un esquema de integración vertical (Debrott, 2018).

Este tipo de aseguramiento privado encubierto de salud se caracteriza por la discriminación, copagos excesivos, alzas unilaterales de los precios de las primas, entre otros problemas, no cumpliéndose los preceptos de seguridad social: no existe solidaridad ni equidad, y tampoco eficiencia ni sostenibilidad. El sistema ISAPRE ha estado implícitamente soportado por el sistema público que asume a los desplazados justamente cuando estos ofrecen mayores posibilidades de gasto, ya que en general, las personas deben dejar el sistema ISAPRE cuando adquieren una enfermedad o envejecen. De hecho, el sistema ISAPRE presenta una baja proporción de adultos mayores (sólo 5,6%, el 94,4% están en FONASA), con un índice de envejecimiento de 35 frente a 82 de FONASA, con predominio de hombres (116 hombres por cada 100 mujeres) y una alta proporción de población económicamente activa (71% contra 63% de FONASA) (Comisión Asesora Presidencial, 2014).

La falta de transparencia es otro aspecto importante; el proceso de selección y los criterios de equivalencia prima-riesgos, provocan que existan más de 65.000 planes en diversas modalidades de acceso y cobertura financiera que impiden cualquier decisión informada de las personas. Estos planes aumentan en un millar anualmente, producto de que los precios de venta de nuevos planes son libres y las aseguradoras los ajustan conforme a sus expectativas. Constituyendo una industria de aseguramiento privado sustituto primario; caracterizado por un mercado con integración vertical, donde el

principio de libertad de elección, sobre el cual descansa, no se cumple dado que al menos el 40% de los afiliados están cautivos (Cid y Uthoff, 2017).

Por otro lado, el elevado gasto de bolsillo en nuestro país, representando una proporción muy elevada del gasto total en salud, correspondiendo a lo menos a un 32% (Benítez, Hernando, y Velasco, 2018), aún puede ser catastrófico para familias de ingresos bajos y medios que se atienden en la MLE de Fonasa. Esto desincentiva la voluntad de mantenerse en el sistema público, ya que se obtienen transitoriamente mejores coberturas en el subsistema de ISAPRES. Por otra parte, persiste la errada concepción de que los copagos deben ser una fuente de ingreso del sistema, que contribuye en su financiamiento.

### *Formas de participación social en el sector*

Concluida la dictadura, la promesa de participación social fue parte de los supuestos cambios que se realizarían al sistema, se creó el Plan Nacional de Promoción de la Salud, con el que se vislumbraron pocos avances en esta línea. Posteriormente, en los 2000 con el proceso de reforma, se vuelve a realzar la participación social en salud como uno de los principios orientadores de su diseño, sin embargo, en la práctica tal participación no alcanzó a convertirse en un mecanismo real de empoderamiento de la población (Méndez y Vanegas López, 2010).

Dentro de las leyes de la reforma, la Ley de Autoridad Sanitaria es la que permite la participación de la ciudadanía a nivel de los establecimientos de salud. Además, la Ley de Proyecto de Derechos y Deberes de las Personas en Salud establece aspectos con relación a los ciudadanos y el sistema, como, por ejemplo: acceso a la información, regulación a la investigación clínica, consultas y reclamos y participación de los/as usuarios/as.

### *Otros cuerpos administrativos relacionados, serían:*

- Resolución exenta N°19 (13 de enero de 2009): tiene como objetivo la coordinación del sector para dar cumplimiento al Instructivo Presidencial N°008 (27 de agosto del 2008) que mandata la creación del Comité de Trabajo Sectorial de Participación Ciudadana en Salud; cuyas tareas serán coordinar, dirigir, monitorear y evaluar el proceso de implementación en ambas Subsecretarías y en los organismos autónomos.
- Resolución exenta n° 168 (2 de abril de 2009): Norma general de participación ciudadana del Ministerio de Salud, que se debe aplicar también en el FONASA, la Superintendencia de Salud, Central de Abastecimiento e Instituto de Salud Pública.



- Ley N° 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la gestión pública (16 de febrero del 2011), institucionaliza la Participación Ciudadana en el País, cuya misión establecida es: *“Fomentar la participación ciudadana para promover una cultura de corresponsabilidad, fortaleciendo los espacios de comunicación entre el gobierno y la ciudadanía, aumentando la transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas públicas”* (BCN, 2011).

A pesar de contar con un esbozo de mecanismos jurídicos que debieran promover la participación en salud, no pasan de ser tímidos esfuerzos poco efectivos para el ejercicio de algún tipo de control social, dentro de un sistema sumamente jerarquizado y con nula participación de la comunidad, ya que la participación se ha entendido solamente desde una perspectiva consultiva.

### ***Dinámica sociopolítica del proceso de reforma***

#### *El proceso sociopolítico de la formulación e implementación de la reforma*

Una vez terminada la dictadura cívico militar chilena, la clase política dominante incumple las promesas de justicia social y bienestar, trasladando el debate sobre derechos sociales universales a la tecnocracia en los poderes representativos del estado. Con una ciudadanía que hasta el año 2011, prácticamente no tuvo incidencia en la toma de decisiones en ninguno de los ámbitos de la vida, colonizados por el mercado. El debate, acerca de una necesaria reforma de salud para nuestro país, se dio con un pueblo espectador de los diálogos entre el gobierno y los empresarios, naturalizando una visión mercantilista de la Salud, que se centra en la asistencia y en la forma más racional, económicamente hablando, de darla (Izquierda Autónoma Salud, 2016).

Es en este contexto, en que se produce la profundización del carácter subsidiario del Estado (heredado desde la dictadura), durante el Gobierno de Ricardo Lagos (2000-2006); y que aún no termina de consolidarse en los gobiernos de Michelle Bachelet (2006-2010 y 2014-2018) y de Sebastián Piñera (2010-2014 y 2018 en adelante). Se trata de una política y una visión del Estado, acordada entre los sectores políticos y económicos que deciden por el país y que pone el interés financiero por encima del sanitario, generando nichos de acumulación para el capital privado, asegurados por el Estado. Por esta razón, los conflictos principales en el tema de salud son entre grupos empresariales, pues ellos son los que han influido en la dirección hacia donde el sector se desarrolla. Los conflictos políticos al interior de los grupos dominantes se caracterizan por repercusiones de las disputas oligarcas, sin que los sectores llamados progresistas hayan logrado levantar algún proyecto alternativo, terminando en el caudillismo, las ventajas cortoplacistas y beneficios personales.

En ese marco, el mercado y decisiones en salud están sustentadas en los grandes holdings y otras empresas medianas y pequeñas, que aprovechan la oportunidad de hacer negocios. Para conseguir estos fines, ha sido llamativa la contratación de exdirectivos públicos del sector, así como también el financiamiento a la clase política gobernante. Esta vergonzosa situación, se evidencia claramente en la resistencia por parte del duopolio gobernante para realizar cambios al sistema ISAPRE. Será el Tribunal Constitucional (TC) quien terminara declarando inconstitucional la discriminación por sexo y edad a la que están sometidos/as sus beneficiarios/as (2008) (Bates, 2009).

Luego de 3 comisiones presidenciales para analizar esta situación, el actual proyecto Ley de ISAPRE que se tramita en el Congreso, si bien se hace cargo de los planteamientos del TC, no tiene como objetivo terminar con la discriminación, sino otorgar certeza jurídica y viabilidad al negocio, tratando de contener las numerosas demandas por parte de los/as afiliados/as, por las alzas injustificadas de los planes de salud (La Tercera, 2019). El proyecto contempla que los/as usuarios/as paguen un valor de prima igual para todos/as, para acceder a un Plan Garantizado de Salud (PGS), lo que es evidentemente regresivo. Esta propuesta de reforma demuestra un nuevo triunfo de las ideas de derecha, donde quien tiene más dinero tiene mejores opciones de estar sano/a, por una franca discriminación de ingresos.

Durante la última administración, se ha sumado un proyecto de ley que pretende reformar el FONASA, conocido como *FONASA Plus*, que intenta un vuelco en su función y rol al interior del sistema de salud, para profundizar la lógica de un modelo basado en seguros, como una empresa aseguradora, pero de propiedad pública. Esto implicaría dar potestades a FONASA para intermediar entre sus afiliados/as y los prestadores de salud (públicos y privados), funcionando bajo la ley de la oferta y la demanda, así como que la competencia. La propuesta busca que el fondo público actúe como comprador en el mercado de la salud, en vez de un comportamiento colaborativo con acento en el fortalecimiento de la red pública de salud (Goyenechea, 2018).

Es importante mencionar, que, si bien siempre ha habido algunas resistencias de parte de la ciudadanía por una mejor salud, con problemas que se encuentran tanto en el sistema público, secundarios mayoritariamente al desfinanciamiento, como en el sector privado, por rechazos de las licencias médicas y las demandas contra el alza de planes en las ISAPRE. Y que, con el surgimiento en el año 2011 de las grandes manifestaciones por una Educación pública, gratuita y de calidad, se ha posibilitado que un segmento de la población rompa el cerco del duopolio político, así como que diferentes actores han comenzado a organizarse para contrarrestar el mercado en salud, hasta el 18 de octubre de 2019, no se había logrado comenzar a configurar un movimiento social que generara tensiones en la dilatada correlación de fuerzas político-empresariales.

### ***Dinámica e impactos en servicios de salud e infraestructura***

La gran mayoría de las autoridades de salud, académicos/as y la sociedad en general, comprende el modelo de salud chileno como un modelo mixto o dual, en donde se distingue el aseguramiento público y privado, y una prestación pública y privada. En el caso del sector público, es conocida la contracción histórica que ha vivido las últimas décadas, por más de 17 años no se construyeron hospitales públicos, y el gasto público en salud recién alcanzó un 4,5% del PIB en el año 2016, sin embargo, la recomendación internacional de la OMS/OPS refiere que el gasto público debiera ser a lo menos del 6% del PIB. En este sistema desigual, expresado en el gasto per cápita por beneficiario, y además segregado, por el efecto que producen las ISAPRE al generar una selección de sus afiliados en función del riesgo a enfermar de cada persona, produciendo que los grupos más propensos a enfermar deban migrar a la red pública. La salud privada es un sistema que tiene como su objetivo existencial, la obtención de utilidades, es decir, son empresas que lucran con los recursos destinados a un derecho, como lo es la salud.

Como resultado del proceso de reforma de salud del año 2005, se implementa el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), que constituye la principal transformación en materia de políticas públicas de salud durante las últimas dos décadas. Las garantías corresponden al acceso a intervenciones sanitarias para determinados problemas y condiciones de salud, con una atención establecida en plazos máximos, a una supuesta calidad acreditada de los prestadores que otorgan dichas actividades de salud y a protección financiera, con copagos fijos en cada una y un sistema de tope anual de copagos por grupo familiar (Escobar y Bitrán, 2014).

Si bien el GES, como modificación fundamental del proceso de reforma de la década anterior, con su listado actual de 85 enfermedades, logra influir en las prácticas cotidianas del sistema de salud, sus efectos positivos han sido limitados y sus problemas importantes: exceso de burocracia en el nivel primario de atención (desviando la atención integral), generación de discriminación a nivel hospitalario acerca de pacientes con o sin alguna de estas enfermedades (o su pertenencia a algunos de los grupos etarios específicos definidos) y un desvío significativo de recursos públicos hacia el sistema privado, por una supuesta mala planificación de recursos humanos de salud y un déficit no abordado de infraestructura y financiamiento público.

Hasta el día de hoy, no se han solucionado los graves problemas que justifican una reforma de salud, para las personas que se atienden en los Centros de Salud del nivel primario: falta de horas médicas y de otros/as profesionales, escaso tiempo para la promoción, prevención, atención y rehabilitación de salud, falta de medicamentos y exámenes, falta de especialistas (medicina familiar), con una repercusión grave en el resto del sistema público de atención. Ensombreciendo este escenario, a lo menos en teoría, la reforma planteó dar un impulso inédito a la atención primaria, sin embargo, a

pesar de las intenciones declaradas y con una reforma implementada desde hace más de 15 años, de situar a la atención primaria como el eje central del sistema de salud y de que han aumentado progresivamente los recursos destinados a este nivel de atención, en la práctica, existen problemas no abordados que amenazan el éxito de este proceso, uno de éstos es la ausencia de una política nacional de desarrollo integral de trabajadores/as de salud (Bass, 2015).

En el caso de la atención hospitalaria, persisten largas listas de espera para otras especialidades, falta de recursos para una atención digna, discriminación entre pacientes GES y No GES, desvío de recursos hacia el sistema privado, con el consecuente desfinanciamiento del sistema público, con el sistema de urgencia colapsado. Por lo tanto, en Chile con una alta carga de enfermedades crónicas, que no están siendo controladas y se manifiestan con complicaciones importantes, además, de una baja satisfacción usuaria. En un sistema de salud inequitativo en el acceso y en el financiamiento y una Constitución Política, que define la libertad de elección de aseguramiento como constitutivo de la seguridad social de salud, pero en la práctica transformado en dos sistemas para dos clases de ciudadanos/as.

De esta forma, nuestra red pública de salud posee déficit financiero y de infraestructura, dentro de un proceso lento y controlado de desmantelamiento que tiene más de 45 años, profundizándose a través de una creciente mercantilización generada por la lógica subsidiaria del Estado, en que se ha creado un mercado de compra y venta de atenciones de salud. Lo que implica que las atenciones tengan precios sin relación al costo real, generando una enorme brecha entre el arancel que paga FONASA y el costo real para el establecimiento público. Esta carencia se materializa en la histórica deuda hospitalaria y en el déficit del financiamiento per cápita para la atención primaria, perjudicado el manejo económico del sector público, haciéndolo incapaz de cumplir con la demanda de salud de la población que requieren mayor acceso. Esta incapacidad se utiliza estigmatizando el sector público, para sostener el argumento que este sistema sería ineficiente y justificaría millonarios traspasos de recursos a los privados para resolver la falta existente de la capacidad pública, con lo que se financia el lucro en salud bajo el esquema de subsidios a la demanda. Este flujo constante de pacientes y recursos públicos ha producido una expansión gigantesca de la oferta privada, en detrimento de la oferta pública, la cual se ha reducido producto de este desangramiento constante. Esta situación conlleva que el Estado termina discriminando sus propios hospitales y favorece al sector privado que recibe mejores pagos por las mismas actividades, ya que el Fisco termina pagando sobrepagos respecto a los costos reales. Estos sobrepagos se transforman en las utilidades de los que lucran con el sistema.

Un principio fundamental que orienta la política de salud en Chile es el paradigma de la focalización, lo que implica que las políticas públicas son diseñadas para grupos específicos de la población que se encuentran en situación de "vulnerabilidad" y, por

tanto, requieren de la asistencia del Estado. Este enfoque terminó por liquidar la concepción de la universalidad en los derechos humanos, como el de la salud. Esta misma lógica se encuentra detrás del sistema GES, que cubre algunas patologías (actualmente solamente 85) y en ciertos tramos de edad, generando un problema de exclusión tanto en la cobertura como también de grupos que no acceden como beneficiarios/as.

Los daños producidos en la provisión pública hospitalaria, que durante la dictadura prácticamente no tuvo inversión, en los periodos posteriores se continuó con la pérdida de la capacidad del sistema público, con una reducción de a lo menos de un 12% de las camas hospitalarias. Por otra parte, la deuda hospitalaria no ha parado de crecer, a pesar de que cada año se pagan grandes sumas. Un factor que influye en esa deuda son los aranceles que financia FONASA a los hospitales públicos, ya que estos montos se actualizan según el índice de precios al consumidor (IPC), pero no reflejan los costos reales que tienen los hospitales.

Debido a la bochornosa política de disminución de camas hospitalarias durante los gobiernos de la Concertación de partidos “por la democracia”, el gobierno de Ricardo Lagos (2000-2006), inició una política de concesiones hospitalarias, favoreciendo consorcios extranjeros, situación que no puede calificarse como oportuna ni conveniente para el fisco y pueblo chileno. El Estado deberá pagar grandes sumas de dinero que quedan como ganancia para el concesionario, utilidad que se genera fundamentalmente por subsidio fijo a la construcción y a la operación. Otros países que han aplicado este sistema de “colaboración público-privada” no han tenido buenos resultados, tanto en la calidad de la asistencia, como en la conveniencia económica de modelo. Durante los gobiernos de la actual administración (2010-2014 y 2018 en adelante), se reimpulsa esta agenda privatizadora de hospitales concesionados, lo que probablemente termine hipotecando la calidad, financiamiento y administración del sistema público.

La red privada de prestadores ha contado con mecanismos mediante los cuales el Estado les entrega cuantiosos recursos por la compra de servicios y subsidios a la demanda: modalidad libre elección de FONASA, compra de servicios, que desde la implementación del GES se ha incrementado exponencialmente y desde el 2011, el bono GES. Estos fondos públicos alentaron a los grandes grupos económicos a organizar su negocio a través de holdings de salud, modelo a través del cual los aseguradores (ISAPRE) y los prestadores (clínicas y otros centros privados) pertenecen al mismo dueño.

Por el lado del aseguramiento privado, persiste la discriminación por medio de la selección de riesgo a sus afiliados/as, con el objetivo de maximizar el margen de utilidad en el negocio, tratando de predecir el comportamiento de riesgo a enfermar de su cartera de beneficiarios/as, para identificar los grupos más propensos a enfermar o de mayor “siniestralidad”, a los/as que se les cobra más por sus planes de salud. Esta selección de riesgo, que busca captar a las personas con recursos y sin problemas de salud, que les

generen beneficio económico e intenta expulsar a los/as que generen mayores costos, personas con menos recursos y/o problemas de salud o mayor edad.

### *Propuestas emancipatorias para un nuevo sistema nacional de salud*

La siguiente síntesis contiene las principales propuestas de transformaciones que requeriría el sistema de salud chileno, para refundarlo bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro:

Algunos actores académicos y de movimientos sociales en Chile vienen hace décadas planteando la necesidad de un marco de comprensión del derecho a la salud consagrado en la nueva Constitución, de características pública, universal gratuita y de calidad para todo/as. Sólo en un sistema donde desaparezca la segregación, y que funcione bajo un marco público y solidario lograremos satisfacer integralmente las necesidades de salud de la población.

Un Sistema Universal de Salud o Servicio Nacional de Salud, basado en atención primaria: caracterizado por un financiamiento por impuestos generales. El sistema es universal, constituyéndose un solo financiamiento nacional que distribuye los riesgos, sin discriminaciones por edad, sexo o enfermedades. Que se acompaña de un sistema público robusto (prestadores privados debieran ser solo complementarios y sin fines de lucro).

Las ventajas de un Servicio Nacional de Salud son muy relevantes: al representar el financiamiento más equitativo posible (en el contexto de un sistema impositivo de tipo progresivo) y, por ende, más justo en sus resultados sanitarios. El financiamiento está más protegido frente a los ciclos económicos y efectos en el mercado del trabajo. Orientado por los principios de universalidad, integralidad y equidad, asegura el logro de mejorar la salud para todos/as, con comprensión de un concepto integral de salud-enfermedad-atención-cuidados, dando más factibilidad al fin de la mercantilización de la salud y fin del lucro a partir de recursos públicos (Bass y Parada, 2020).

Otra mejoría de un Servicio Nacional de Salud es que la planificación se debiera efectuar de manera más simple y sin influencias del mercado. Un ejemplo sería la posibilidad de disminuir las grandes brechas de recursos humanos, sobretodo de profesionales médicos. De acuerdo al Departamento de Estudios, Planificación y Control de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, faltarían 4.900 médicos/as especialistas (El Mercurio, 2019). En el caso de la atención primaria, el déficit promedio de 4.500 jornadas médicas de 44 hrs. (Bass, Guerrero, Villacís, Ulloa, y Kremser, 2013), lo que sería factible de implementar con la cantidad actual de profesionales que hay en el país, siguiendo las orientaciones de modelos con atención primaria fuerte, donde un mínimo de 40% de los/as médicos/as del país se desempeñan en el primer nivel de atención (Bass y Parada, 2020).



En este contexto, se termina con las ISAPRE y el negocio que estas empresas realizan con la salud de la población, pudiendo transformarse en seguros complementarios, no suplementarios, voluntarios de salud regulados por la Superintendencia de Salud.

Financiamiento solidario: La forma en la cual hoy se está financiando la salud en Chile ha generado una desigualdad y segregación. Las propuestas a este respecto serían una reforma tributaria para financiar los derechos sociales y pasar a un esquema de financiamiento basado en impuestos generales. Reducción del gasto de bolsillo por sus catastróficos efectos en la salud de la población.

Participación y democratización: avanzar hacia la triestamentalidad en la toma de decisiones del conjunto del sistema de salud. Además, del respeto y fortalecer los saberes ancestrales y populares en salud.

Además, de otras medidas más específicas:

- Priorizar la promoción de la salud. Crear una nueva institucionalidad intersectorial para fomentar y articular el desarrollo de salud en todas las políticas.
- Consolidar el modelo de salud familiar y comunitario, fortaleciendo los equipos interdisciplinarios a través de planes de formación de habilidades interdisciplinarias e interprofesionales.
- Generar mecanismos de pago a la red de atención que consideren la equidad y los costos reales de resolución, la complejidad de los casos y los costos basales de las instituciones en todos los niveles de atención.
- Crear el "Plan Nacional de Formación en Salud" en conjunto con el Ministerio de Educación (MINEDUC) y Universidades para cubrir los déficits de trabajadores/as de salud que requiere el sistema.
- Crear un Plan Nacional de Formación de especialistas en salud familiar y comunitaria (MFyC), proponiendo reducir la brecha a través de incentivos e incremento de la capacidad formativa del sistema y favoreciendo su carrera en el sistema.
- Implementar evaluaciones de Impacto en Salud - ETESA, que consisten en el análisis de potenciales consecuencias en salud que pueden tener políticas de diferentes sectores.
- Quitar funciones operativas a Secretarías Regionales de Salud que representan al gobierno de turno.
- Terminar con el lucro en prestadores privados de salud con financiamiento desde la seguridad social. Regular el precio de los servicios y prestaciones, incluidos los medicamentos y similares.
- Carrera directiva para velar por la idoneidad y continuidad de las Políticas Públicas (Estatales, No gubernamentales), eliminando la discrecionalidad política (factible solo en el Minsal hasta 3er nivel jerárquico).
- Establecer un sistema de evaluación objetivo y universal del desempeño, tanto de los/as gestores/as, como de los/as trabajadores/as
- Mejorar los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas a la ciudadanía.

Un aspecto muy importante de la implementación de un nuevo SNS, es que debiera permitir el diálogo respetuoso de saberes entre la atención de salud alopática y los conocimientos ancestrales y populares, tendiendo a producir sinergia entre éstos. Además, de potenciar la autonomía de los pueblos en la generación de procesos de atención acordes con las dinámicas de las propias localidades, disminuyendo así la dependencia hacia la medicina occidental.

Nos encontramos en un momento decisivo para que se lleven a cabo las transformaciones que requiere un nuevo modelo de sociedad, que contenga un Servicio Nacional de Salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro. Y de una vez por todas, el neoliberalismo que nació en Chile muera en pos de los derechos universales, incluyendo a la salud.

### ***Relaciones entre Reforma y modo de regulación (régimen de acumulación y régimen de representación) en la Sociedad y el Estado***

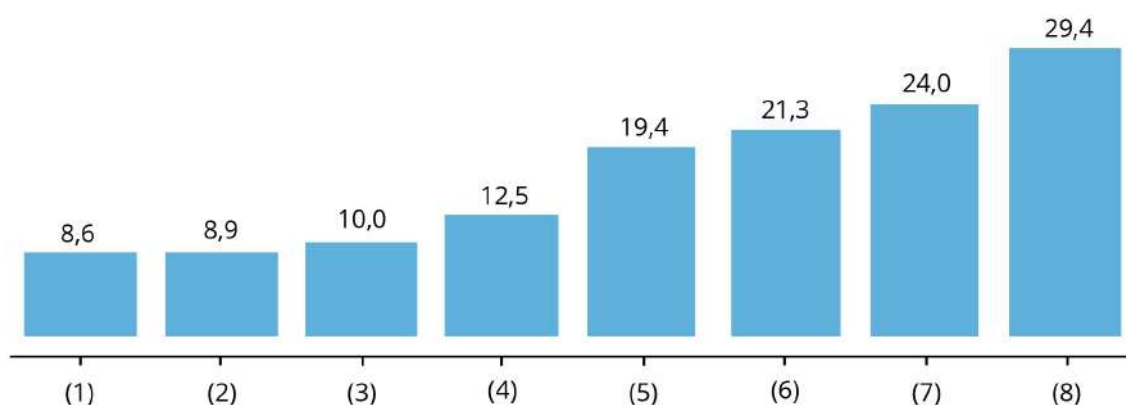
Desde 1973 a la fecha, debido a la desregulación, el sistema financiero presenta ayuda estatal y una posterior bancarización de las deudas familiares por servicios y productos, por acceder al consumo o satisfacer necesidades fundamentales. El Estado dejó de proveer servicios, como vivienda, salud, educación y otros, mientras las entidades financieras comenzaron a ocupar este espacio, en este nuevo desarrollo del capitalismo de financiarización de la economía de las personas. Las grandes empresas generan ganancias retenidas y las utilizan para financiar sus propias inversiones (grandes cantidades de dinero para invertir en los mercados financieros). En consecuencia, estas grandes empresas, incorporan una actividad financiera a sus propias ganancias. En este contexto, los bancos se adaptaron a estos mercados abiertos y pasaron a desempeñar un papel de intermediarios, con ganancias esencialmente por el cobro de transacciones u operaciones. Todos estos son instrumentos financieros, que corresponden a los ahorros de empresas y personas, nos enfrentan a una expropiación completa (Fundación SOL, 2019).

El espectacular crecimiento de los grupos económicos se ha visto favorecido por las bajas tasas del impuesto a la renta, impuesto cuyo diseño proviene de la reforma tributaria de 1984, que privilegió el fomento del ahorro y la inversión por sobre la recaudación fiscal o la redistribución de ingresos. De no haber existido el FUT (Fondo de Utilidad Tributaria), las utilidades habrían tributado a una tasa dos veces más alta y la acumulación de capital y de riqueza sería mucho menor. La concentración del ingreso y de la riqueza en los grupos económicos que controlan la propiedad de las empresas que generan parte significativa del PIB nacional, es un núcleo duro de la desigualdad, que explica entre otros hechos la inconsistencia que hay entre el elevado ingreso per cápita del país y el bajo nivel de vida de la mayoría de la población, que no accede a los empleos provistos por este sector de alta productividad (Desiguales, 2017).

Chile, como país “periférico”, se subordina las economías a las del centro. En los bancos nacionales, todos los productos bancarios cuentan con participación de capitales globales. Esto se ha traducido, en una integración de gran tamaño, con mercados financieros que mantienen flujos de capital gigantes en el centro del capitalismo. La referencia mundial a este estado de cosas se denomina liberalización, que describe una financiarización subordinada a las economías del centro.

En Chile, la desigualdad es parte de la fisonomía, aunque la tasa de pobreza se ha reducido, los ingresos de los hogares han aumentado, la matrícula escolar y universitaria se ha expandido, persisten enormes diferencias socioeconómicas que se reflejan en espacios urbanos segregados, tratos discriminatorios y capacidades muy distintas de influencia y poder. Aunque la tasa de pobreza monetaria o por ingresos oficial sería de un 8,6%, en la práctica existe una clara insuficiencia de ingresos del trabajo y las pensiones para permitir que las personas superen la pobreza monetaria. La vinculación entre bajos salarios, bajas pensiones y pobreza es robusta. La pobreza real pasa de un 8,6% a un 29,4% (de un 9% a un 31,7% en el caso de las mujeres y de un 8,2% a un 26,8% en los hombres). Incluso, si se calculan líneas de pobreza más exigentes, considerando el caso de la canasta de alimentos de calidad e ingresos del trabajo y pensiones contributivas, las personas en situación de pobreza pueden llegar a 7,6 millones (esto equivale a un 42,8% de la población) (Durán y Kremerman, 2018).

**Gráfico 1** - Porcentaje de pobreza según distintas fuentes de ingreso – Año: 2017



**Fuente:** elaboración propia en base a microdatos CASEN 2017

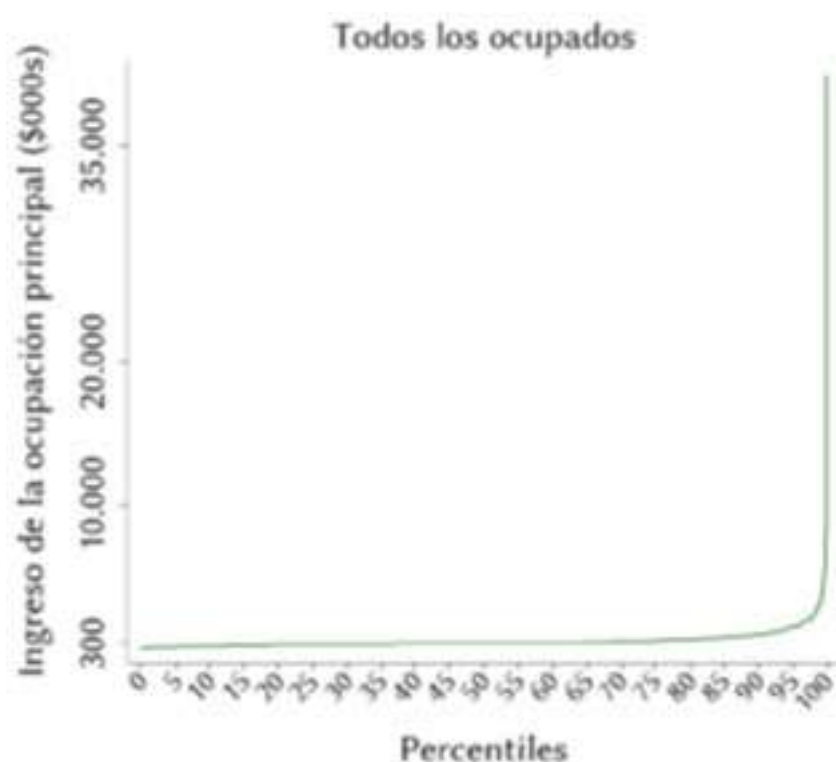
*Simulaciones:*

- (1) Oficial
- (2) Sin Asignación Familiar;
- (3) Sin Pensión Básica Solidaria (PBS)
- (4) Sin Subsidios (retirando todos los subsidios que se cuentan en CASEN 2017)
- (5) Sin Alquiler Imputado (precio que el propietario de la vivienda pagaría en caso de ser inquilino de la misma)
- (6) Sin Alquiler Imputado ni PBS
- (7) Sin Subsidios ni Alquiler Imputado
- (8) Sólo Ingresos del Trabajo + JC: Jubilación Contributiva (pensiones autofinanciadas)

Fuente: Durán y Kremerman, 2018.

La elevada desigualdad de ingresos se explica por los bajos salarios que afectan a un gran número de trabajadores/as (considerando como bajo salario, como el que es insuficiente para cubrir las necesidades básicas de un hogar promedio en ausencia de otras fuentes de ingresos), la mitad de los/as asalariados/as con jornada de treinta y más horas semanales se encuentra en esta situación. De acuerdo con la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) del año 2017, la situación es bastante crítica, ya que los/as trabajadores/as chilenos/as perciben \$516.892 líquidos al mes por concepto de ingresos asociados a la ocupación principal (US\$ 738). Sin embargo, el umbral máximo alcanzado por la mitad de estos/as sería de sólo \$350.000 líquidos mensuales (US\$ 500). Dicho de otro modo, en el país donde el ingreso promedio es de US\$ 25.891, el 50% de los/as trabajadores/as gana tan sólo US\$ 6.000 (casi US\$ 20.000 menos que el promedio). Lo que evidencia la extrema injusticia en los salarios del país, en que por el otro lado, el 1% más rico (los representantes del gran empresariado) acumulan 33% de los ingresos nacionales (Durán y Kremerman, 2019).

### Representación visual de la distribución de ingresos - Curvas de Pen



Fuente: Durán y Kremerman, 2019.

A la desigualdad que se origina en los bajos salarios, se suma la que produce un sistema de pensiones que no provee los medios de vida requeridos para la vejez. Alrededor de la mitad de los/as jubilados/as percibe hoy una pensión inferior a un valor mínimo (definido

en este trabajo como un 70% del salario mínimo). Este resultado considera la pensión contributiva más el monto que provee el Estado como aporte previsional solidario. En ausencia de este componente, un 72% de adultos mayores habría recibido una pensión inferior a la mínima. Por lo tanto, más que fortalecer los mercados financieros, resulta urgente sustituir el modelo de cuentas individuales administradas por las AFP, como pilar fundamental para financiar pensiones, considerando además que después de casi cuarenta años de funcionamiento el sistema de acumulación capitalista de capitalización individual no logró cumplir con el objetivo prometido de pensiones dignas (Gálvez y Kremerman, 2019).

*Las consecuencias de esta extrema desigualdad se expresan en diferentes ámbitos de la vida, algunos ejemplos de esta realidad se presentan a continuación:*

- El endeudamiento de los hogares chilenos alcanza máximo histórico, de acuerdo con el informe del Banco Central (Cuentas nacionales por sector institucional), los hogares registran una deuda equivalente a 73,3% del ingreso disponible. Además de este significativo nivel de endeudamiento, hay una gran carga financiera a ingreso de los hogares endeudados en todos los estratos de ingreso. También, se encuentran incrementos en los problemas de pago de deudas, por lo que los hogares ven reducidos sus márgenes financieros, y por tanto, su capacidad para enfrentar shocks futuros de ingreso y/o tasas de interés (Banco Central, 2019).

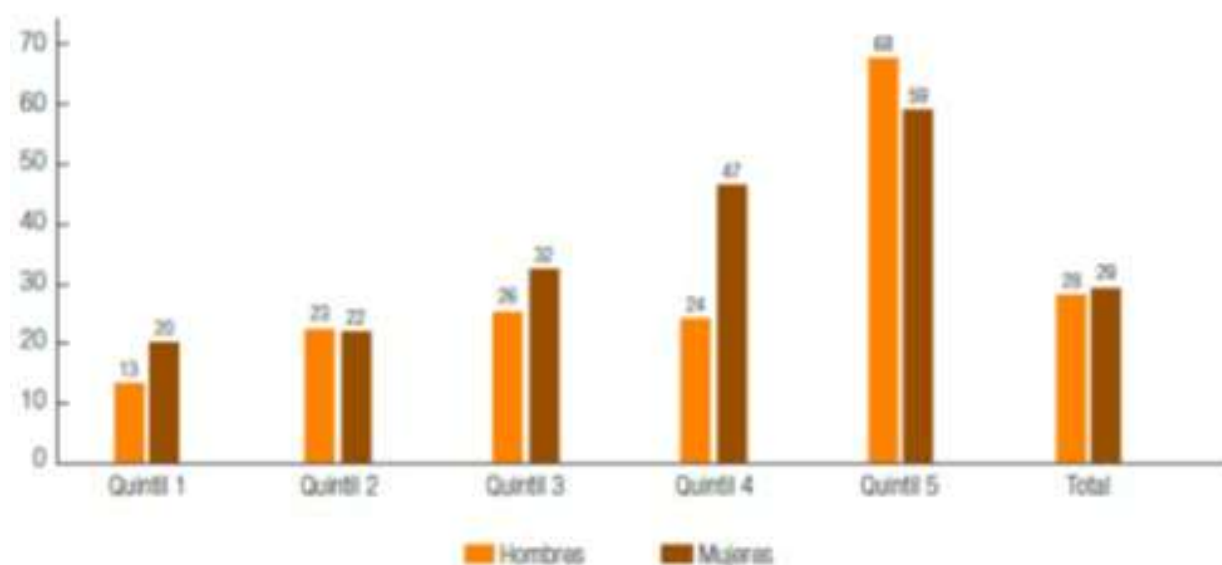
**Gráfico 2** - Deuda de los hogares (porcentaje del ingreso disponible)



Fuente: Banco Central de Chile, 2019.

- 7 de cada 10 chilenos/as declara tener o haber tenido algún problema o enfermedad asociada a la salud mental. Los problemas más frecuentes son ansiedad o angustia, depresión, trastornos del sueño y estrés. Un 35% declara tener o haber tenido depresión. Por su parte, el estrés laboral alcanza a más de la mitad de los/as de entre 36 y 51 años (CADEM, 2019).
- Confianza que tienen los/as ciudadanos/as en que se tendrá atención de salud en caso de enfermedad catastrófica o grave, donde el 63% de las personas que dicen tener mucha o bastante confianza en este acceso son del nivel socioeconómico alto, sin embargo, en el nivel socioeconómico bajo, solo 17,5% tiene confianza en poder ser atendido/a. En otras palabras, en Chile confiar en que las personas que se enferman gravemente serán atendidas es un lujo al que pocos pueden acceder.

**Gráfico 3** - Población mayor de 18 años que confía en que tendrá atención médica oportuna en caso de enfermedad catastrófica o crónica grave (%)



Fuente: Desiguales, 2017.

En este contexto, donde se puede afirmar que durante casi 45 años la sociedad chilena ha caminado por las veredas del neoliberalismo con extrema desigualdad y exclusión reinante. Se hace necesario, trabajar la capacidad de alianzas que el mundo del trabajo organizado pueda establecer con otros movimientos sociales con diferentes problemáticas que hoy aquejan a las clases subalternas (movimiento feminista, organizaciones de migrantes, movimiento mapuche, diversidad de género y sexual, movimientos en defensa de la naturaleza, movimiento de pobladores/as, luchas estudiantiles y recuperación de



las pensiones de manos del gran empresariado) (Ruiz, 2018). Se trata de espacios muy diversos que evidencian la lucha contra la mercantilización y precarización de la vida, y resultan sustantivos para un despliegue organizado a partir las condiciones reales del Chile del siglo XXI, y así se lleven a cabo las transformaciones que requiere un nuevo sistema nacional de salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro. Y de una vez por todas, Chile deje de ser un país donde la salud es un bien transable en el mercado.

## **Bibliografía**

Araya, Emy (2006). La salud en dictadura: Privatización insalubre. La Crisis hospitalaria y el negocio de las isapres durante la dictadura. 30 de julio de 2019, de Centro de Estudios Miguel Enríquez (CEME). Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: [http://www.archivochile.com/Dictadura\\_militar/muertepin8/muertepin8\\_0143.pdf](http://www.archivochile.com/Dictadura_militar/muertepin8/muertepin8_0143.pdf)

Banco Central. (2019). Evolución del ahorro, la inversión y el financiamiento sectorial en el año 2018. Cuentas nacionales por sector institucional. Chile.

Bustos, Reinaldo (1998). La Reforma de la Salud en América Latina: ¿Qué Camino Seguir? (la experiencia chilena). Santiago, Chile. Colegio Médico de Chile.

Bass, Camilo (2012). Family health model in Chile and greater resoluteness of PAHO: contradictory or complementary? *Medwave Dic*;12(11):e5571 doi: 10.5867/medwave.2012.11.5571

Bass, Camilo (2015). General practitioners' program for primary care in Chile. *Medwave* 2015. Mar;15(2):e6099 doi: 10.5867/medwave.2015.02.6099

Bass, Camilo y Parada, Mario (2020). CHILE: Por qué no es lo mismo un Servicio Nacional de Salud que el Seguro Único. Declaración del Grupo de Trabajo CLACSO Salud Internacional y soberanía sanitaria. Red de Sistemas y Políticas de Salud de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES Chile). Recuperado el 25 de enero de 2020, de: <https://www.clacso.org/declaracion-del-grupo-de-trabajo-clacso-salud-internacional-y-soberania-sanitaria/>

Bass, Camilo, Guerrero, Inés, Villacís, Fabricio, Ulloa, Omar y Kremser, Igrid (2013). Política Integral para el Recurso Médico de la Atención Primaria de Chile. *Cuad Méd Soc (Chile)*, 53(2): 105-116.

Bates, Luis (2009). Sentencia del Tribunal Constitucional que declara inaplicable norma de la ley de ISAPRES y derechos económicos, sociales y culturales. Anuario de Derechos Humanos.

Benítez, Alejandra, Hernando, Andrés y Velasco, Carolina (2018). Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Análisis del cambio en el gasto entre 2012 y 2016. Puntos de Referencia MR, Edición Digital. N° 491, Centro de Estudios Públicos.

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2011). Ley 20.500. Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública. 22 de julio de 2019, de BCN. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <http://participacionciudadana.subdere.gov.cl/ley-20-500>.

CADEM (2019). Encuesta El Chile que Viene Salud 2019. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <http://www.cadem.cl/encuestas/chile-que-viene-salud-mental>

Comando Programático de Salud - Beatriz Sánchez. (2017). La salud en Chile. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: [https://www.frente-amplio.cl/sites/default/files/documentos/programa-beatriz\\_sanchez.pdf](https://www.frente-amplio.cl/sites/default/files/documentos/programa-beatriz_sanchez.pdf)

FONASA (2019). Documentos Estadísticos Institucionales. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos#documentos-estadisticos-institucionales>

Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado. (2014). Informe final. Santiago de Chile. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL\\_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf)

Cid, Camilo y Uthoff, Andras (2017). La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Rev Panam Salud Publica.*;41: e170. doi: 10.26633/RPSP.2017.170

Comisión ESP-COLMED (2018). Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Colegio Médico de Chile A.G.

Debrott, David (2018). Sistema de salud chileno: Funcionamiento, problemáticas y propuestas de reforma. En *Chile del Siglo XXI: Propuestas desde la Economía* (261-296). Santiago de Chile: Ediciones Böll y Estudios Nueva Economía.

Debrott, David e Ibáñez, Ciro (2014). Análisis y propuesta de financiamiento de la atención primaria de salud municipal. Instituto de Análisis de Políticas Públicas y Gestión. Asociación Chilena de Municipalidades.

Desiguales (2017). Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile. Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD).

Durán, Gonzalo y Kremerman, Marco (2018). La pobreza del “modelo” chileno, la insuficiencia de los ingresos del trabajo y pensiones. Fundación SOL.

Durán, Gonzalo y Kremerman, Marco (2019). Los bajos salarios de Chile, Análisis de la Encuesta CASEN 2017. Fundación SOL.

Escobar, Liliana y Bitrán, Ricardo (2014). Chile: Las Garantías Explícitas de Salud. Planes de Beneficios en Salud de América Latina: Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo.

El Mercurio. (2019, 23 de agosto). Recuperado el 25 de enero de 2020, de: <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2019/08/23/958913/Ministerio-de-Salud-estima-que-brecha-de-medicos-especialistas-es-de-4900-facultativos.html>

Fundación SOL (2019). Diez años construyendo “el cambio del momento actual”, y la financiarización de la economía global hoy. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <https://www.re-vuelta.cl/news/fundacion-sol-diez-anos-construyendo-el-cambio-del-momento-actual-y-la-financiarizacion-de-la-economia-global-hoy/>

Gálvez, Recaredo y Kremerman, Marco (2019). Pensiones bajo el mínimo. Resultados del sistema de capitalización individual en Chile. Fundación SOL.

Goyenechea, Matías (2018). Minuta de análisis de propuesta de modernización de Fonasa. Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUSS).

Llanes, María (2003). La revolución solidaria. Las Sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros: un proyecto popular democrático, 1840-1887. 22 de julio de 2019, de POLIS, Revista Latinoamericana. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500514>> ISSN 0717-6554

Izquierda Autónoma Salud (2016). Con reflexión, participación y movilización, vamos Creando Salud.

La Tercera. (2019, 1 de febrero). Denuncias contra Isapres se cuadruplican en últimos 10 años. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <https://www.latercera.com/la-tercera-pm/noticia/denuncias-isapres-se-cuadruplican-ultimos-10-anos-colmena-cruz-blanca-lideran-alzas-reclamos/511010/>

Méndez, Claudio y Vanegas, Jairo (2010). La participación social en salud: el desafío de Chile. *Rev Panam Salud Publica*.;27(2):144-8.

Oficina Central de Planificación de la Candidatura Presidencial del Dr. Salvador Allende (2006). Plan de salud, atención médica y medicina social - Chile 1964. *Cuadernos Médicos Sociales*,1,34. Santiago, Chile. Colegio Médico de Chile.

Parada-Lezcano, Mario y Moraga, Fabian (2019). Crisis del Aseguramiento en salud en Chile: enfermedad crónica socialmente transmisible. *Revista Electrónica Tempus, actas de saúde coletiva*, Brasília, 13(2). Jun/2019 ISSN 1982-8829.

Ruiz., Felipe (2018). El movimiento de trabajadores y trabajadoras en Chile: Diagnóstico, situación y perspectivas. *Nodo XXI*. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <http://www.nodoxxi.cl/el-movimiento-de-trabajadores-y-trabajadoras-en-chile-diagnostico-situacion-y-perspectivas>.

Salinas, Hugo y Lenz Rony (1999). *Las NO reformas de salud en Latinoamérica, razones que explican su fracaso*. Santiago de Chile: Editorial Andros.

Superintendencia de Salud (2019). Estadísticas consolidada de cartera del sistema isapre año 2017. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-15612.html>.

Tetelboin, Carolina (2009). Evaluación de las reformas a la salud y a la seguridad social en América latina. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <http://cdsa.academica.org/000-062/1495.pdf>.