

Novedades

30/11/2020

El Derecho a la Salud en Chile de cara al Proceso Constituyente

23/11/2020

Política

Políticas contra la desigualdad territorial: de enmendar sus "fallas" a co-crear mercados. El ejemplo del Programa de Zonas Rezagadas

04/11/2020

Política

¿Por qué la juventud se involucra políticamente?

13/10/2020

Política

**¿Por qué es necesario cambiar de Constitución?
Preguntas sobre el Proceso Constituyente**

24/09/2020

Política

Nueva Constitución: "Una oportunidad para re-pensar el sistema político chileno"

Acerca de

Este informe ha sido revisado por el Consejo Editorial de Asuntos Públicos. El contenido no representa necesariamente la opinión del Centro de Estudios del Desarrollo, CED.

©2000 asuntospublicos.cl. Todos los derechos reservados.

Se autoriza la reproducción, total o parcial, de lo publicado en este informe con sólo indicar la fuente.

El Derecho a la Salud en Chile de cara al Proceso Constituyente

Laura Mancilla Rubio¹

Fernando González Escalona²

Una mirada general a los modelos de sistemas de salud

Un sistema de salud podría definirse en términos generales como "todas las actividades cuyo objetivo principal es promover, restaurar o mantener la salud" (OMS, 2000). La OMS ha descrito seis funciones esenciales o componentes básicos, que conforman los sistemas de salud. Estos son: la gobernanza, la información, el financiamiento, la prestación de servicios, los recursos humanos y los medicamentos/tecnologías. Señala, no obstante, que no basta con considerar los elementos aisladamente, sino que son igualmente importantes las relaciones, interacciones e interdependencias que se dan entre ellos. De esta manera, la respuesta del sistema es el resultado de la interacción entre los elementos, más que el cambio en alguno de ellos en forma aislada (Achenson, 1988). Sobre la base de los contextos histórico, político, institucional y regulatorio, estas funciones pueden desarrollarse de manera indistinta (CDC, 2020).

Según Kutzin (2011), los seguros de salud son un instrumento clave para lograr la protección financiera en los modelos de financiamiento Bismarkianos³. El seguro de salud se define como "una forma de distribuir el riesgo financiero asociado con la variación de los gastos de atención médica de los individuos al mancomunar los costos a lo largo del tiempo a través del pago anticipado, y de las personas mediante la agrupación de riesgos" (OECD, 2004). Por lo tanto, un buen seguro de salud debiera generar una mancomunidad de recursos amplia y efectiva, o bien incorporando a toda la población en un solo fondo de riesgo, o bien por grupos heterogéneos (sin selección por riesgo ni capacidad de pago), desvinculando la capacidad de pago de las necesidades de salud. Esto se puede lograr a través de diferentes diseños institucionales. Entre ellos se encuentran: el Sistema (o Servicio) Nacional de Salud (en adelante SNS); el Seguro (o Fondo) Único de Salud (en adelante SUS); el Sistema de Seguros Sociales de Salud (en adelante SSS); y el Sistema de Seguros Privados de Salud (en adelante SPS)⁴.

¹ Abogada de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Máster en Parliamentary Procedures and Legislative Drafting de las universidades LUISS Guido Carli, Universidad Complutense de Madrid y el Institute of Advanced Legal Studies de la Universidad de Londres.

² Médico Pediatra de la Universidad de los Andes, Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, e Investigador colaborador del Departamento de Salud Pública de la Universidad de los Andes.

³ Sistema de salud que se basa en los seguros sociales para financiar la sanidad pública. Los ciudadanos disfrutan de atención sanitaria a través de organizaciones (públicas o privadas) y, para ello, tanto empresarios como trabajadores pagan cotización que va directamente a las empresas (aseguradoras) que gestionan los servicios médicos.

⁴ Los Sistemas Privados de Salud pueden ser también Seguros complementarios en todos los otros sistemas, pudiendo coexistir distintos modelos de recaudamiento y aseguramiento, cambiando la base sobre la cual se recauda el grueso del financiamiento.

El Sistema Nacional de Salud, Sistema Universal, o SNS, es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado -públicas y privadas- de manera que en él se integran todas las estructuras y servicios públicos sanitarios. Fue creado para articular mejor las competencias de las diversas Administraciones Públicas, con lo que se persigue extender los servicios de manera que sea fácil el acceso a toda la población, procurando altos niveles de calidad y coordinación (Modelo Beveridge⁵). Se define por ser un pagador único y universal, que se financia mediante impuestos generales. En comparación con otros esquemas de seguros, el sistema universal se caracteriza por el hecho de que el derecho a la asistencia sanitaria no está vinculado al pago de una prima o cotización, sino a la residencia en un país determinado. Por tanto, la asistencia sanitaria es un derecho de los ciudadanos de ese país (Freeman 2010).

El Seguro Único de Salud, o SUS, emerge dentro del rango de posibles modelos de financiamiento de la salud como una forma de avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud, garantizando el acceso a la atención médica, reforzando la administración y mejorando la eficiencia de los sistemas. El seguro nacional de salud se entiende como el principio según el cual el Estado obliga a todos los residentes a contratar una póliza de seguro médico que cubra los servicios esenciales de salud que establezca el Estado. La característica del Seguro Único es que existe un único fondo público en el que se recaudan las cotizaciones, y ejerce la función de compra en la red pública y privada, por medio de un sistema multi-pagador. El Estado puede proporcionar subsidios a los ciudadanos de bajos ingresos (que de otra manera podrían tener dificultades para pagar la prima del seguro con regularidad) y puede imponer una regulación, incluso muy estricta, del mercado de seguros (Mossialos, 2002).

El Sistema de Seguros Sociales de Salud, o SSS, es aquel en que el Estado requiere que ciertas categorías de trabajadores paguen contribuciones de su salario a un fondo de seguro de salud, y por tanto suelen ser varios seguros para los distintos grupos, por lo que se le conoce también como "sistema Multi-seguros". Los fondos del seguro médico son administrados por organizaciones públicas, o cuasi-públicas sin fines de lucro, sujetas a estrictas regulaciones gubernamentales, designadas para cobrar las contribuciones de sus suscriptores. Los cotizantes del fondo reciben el reembolso total o parcial de los gastos médicos incurridos, según el plan de salud establecido. Por lo tanto, el modelo divide a la población en grupos, que tienen diferentes niveles de libertad. Por un lado, están aquellos que, como miembros de determinadas profesiones, deben pagar cotizaciones obligatorias. No pueden elegir si se inscriben o no en el plan de seguro médico, ya que se ven obligados a hacerlo. Por otro lado, hay quienes no están sujetos a ninguna obligación; si lo desean, pueden contratar una póliza de seguro voluntaria o hacerse cargo del "*gasto de bolsillo*" para su atención médica (Saltman, 2004).

El sistema de Seguros Privados de Salud, o SPS, es aquel en que el Estado transfiere la función de aseguramiento de la salud de la población (total o parcialmente) a instituciones privadas (con o sin fines de lucro), a las cuales los trabajadores les pagan sus cotizaciones voluntarias u obligatorias, según el arreglo social. El nivel de regulación es variable, así como el costo y reembolso por los gastos médicos incurridos, según el plan de salud contratado.

⁵ Sistemas de Salud caracterizado por el financiamiento a base de impuestos generales, con cobertura universal (o casi universal) de la salud, sin estar sujeto a la capacidad de pago.

Tabla N°1: Comparación de Modelos de Sistemas de Salud en distintos países, y sus características:

País	Modelo	Fuentes de Ingreso		Aseguramiento			Provisión (propiedad)	
		Pública	Privada	Recolección	Mancomunación	Compra	APS	Hospitales
Australia	SUS + SSS	69,7%	30,3%	Seguro universal (Obligatorio a Asegurador público único: Medicare)	Alta: Ingresos y riesgos distribuidos, independiente de estado de salud	Paquete único de beneficios definido por gobierno	Privada	Pública 65%, Privada 35%
				Seguros Privados (múltiples fondos)	Baja (grupos separados de acuerdo a seguro)	De acuerdo a contrato individual		
Alemania	SSS + SPS	84,6%	15,4%	Seguro obligatorio (múltiples aseguradores, con transferencia a fondo central)	Media (Grupos separados por ingreso/ ocupación)	Paquete de beneficios definido a nivel distrital	Privada	Pública 50%, Privada sin fines de lucro 33% ; Privada con fines de lucro 17%
				Seguro Voluntario (Múltiples fondos)	Baja (Grupos separados por acuerdo al seguro)	De acuerdo a contrato individual		
Chile	SSS + SPS	55,9%	44,5%	Seguro obligatorio (Múltiples Aseguradores-público (FONASA) y privados (ISAPREs), con fondos distintos)	Baja: Se produce selección por riesgo de salud y capacidad de pago	Aseguramiento Público: Paquete de beneficios definido a nivel central; Aseguramiento Privado: Paquete establecido en contrato	Privada	Pública 50%, Privada sin fines de lucro 33% ; Privada con fines de lucro 17%
				Seguros Voluntarios (Múltiples fondos)	Baja (Grupos separados por acuerdo al seguro)	De acuerdo a contrato individual		
Holanda	SSS + SPS	87,6%	12,2%	Seguro Básico (Múltiples aseguradoras con transferencia a fondo central)	Alta: Ingresos y riesgos distribuidos, independiente de estado de salud	Paquete único de beneficios definido por el gobierno	Privada	Privada sin fines de lucro

				Seguro Privado complementario (múltiples fondos)	Baja: Grupos separados de acuerdo a seguro	Otros servicios no incluidos en paquete básico		
				Cuidados de largo plazo (fondo único)	Alta: contribución independiente de ingresos y estado de salud	Alojamiento en instituciones, cuidados personales, médicos y transporte		
Corea del Sur	SUS	54,3%	45,7%	Seguro Universal (obligatorio, adm. pública, con proveedor único)	Alta: Contribución es independiente de estado de salud.	Paquete único de beneficios definido por el gobierno	Privada	Privada sin fines de lucro 90%
				Medical Aid (adm. pública, financiado por impuestos)	Alta: Contribución es independiente de estado de salud.	Paquete único de beneficios definido por el gobierno		
Reino Unido	SNS + SPS	79,6%	20,4%	Servicio Nacional de Salud (NHS) (adm pública financiado por impuestos)	Alta: Contribución es independiente de ingresos y estado de salud.	Paquete único de beneficios definido por el gobierno	Principalmente Privada (66%)	Principalmente pública
				Seguros privados (múltiples fondos de adm privada)	Baja. Grupos separados de acuerdo al seguro	Acceso más rápido y conveniente a servicios.		

Elaboración propia a partir de Villalobos P. 2017: "Sistemas de Financiamiento y Aseguramiento de Salud: Reformas y Alternativas para Chile. Los casos de Australia, Alemania, Holanda, Corea del Sur y Reino Unido⁶.

Evolución del sistema de salud chileno

A principio del siglo XIX los servicios de salud estaban bajo el control de varias instituciones públicas y privadas. A partir de 1824 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo. Luego de un siglo, en que la salud estaba depositada principalmente en manos de la beneficencia, en 1948 se constituyó el Colegio de Médicos de Chile que tuvo una gran injerencia en la formulación de políticas de salud.

⁶ Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14790_recurso_1.pdf

En la década del cincuenta se estructuró, con una fuerte injerencia estatal y del gremio médico, el Servicio Nacional de Salud (SNS), materializando un modelo sanitario riguroso el cual integró un conjunto de políticas y estrategias de salud dispersas en ese momento. El SNS, incorporó aspectos del Modelo de Beveridge en cuanto a la universalidad, ampliando la cobertura de protección y acceso de la población a través de una red de asistencia propia. En 1952 se aprobó la ley N° 10.383⁷, que estableció un seguro obligatorio contra los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte, incorporando elementos del modelo alemán de Otto Von Bismark, con la lógica del seguro público de grupos específicos de empleados. El principal mérito de la creación del Servicio fue la unificación de los distintos organismos que prestaban servicios de salud. Es a partir de este hito, cuando el Estado se hizo cargo de la contratación de los recursos para la producción de prestaciones de salud y los organizó bajo su directa administración, construyendo una red de servicios. Este fue una solución para los obreros y personas en condición de extrema pobreza del país.

Hacia fines de la década del '60 se creó el Servicio Médico Nacional (SERMENA), sistema de libre elección orientado para empleados y sus cargas familiares. Éste, junto al Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (SATEP), fueron complementarios al SNS. Y es hacia 1973, que se realiza una importante reforma administrativa que tuvo por objetivo descentralizar el sistema, que culmina en el año 1980, con la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Tal sistema otorga prestaciones al sistema público, por medio de 27 servicios públicos descentralizados, y la municipalización de la atención primaria de la salud, a través de la cual se le traspasa la administración a las municipalidades. En este período el fenómeno de la privatización se hizo creciente, tanto en la prestación de servicios como en el aseguramiento, con la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que abrió la posibilidad de que la seguridad social fuera administrada por el sector privado, como ocurre también en paralelo con las pensiones y la educación. Junto a la creación del SNSS, se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), encargado de las funciones de financiamiento del sistema, desde la recaudación hasta la compra, pasando por la mancomunación (o *pooling*), así como también de la administración financiera del mismo. En definitiva, según la ley, el Ministerio de Salud contó con la función de definir las políticas, gobernanza y la rectoría del sector y el FONASA la función financiera⁸.

A principios de los noventa, y ya luego del retorno de la democracia, la situación del sector había cambiado significativamente. La evolución de las ISAPRE había consolidado el desarrollo de un subsistema de salud que se encontraba en manos de privados, con cerca de un tercio de la población adscrita a las ISAPRE y alrededor de un 40% de las camas hospitalarias pertenecientes a las clínicas y establecimientos privados.

Actualmente, el modelo de salud chileno puede caracterizarse como un sistema dual o mixto porque se compone de un subsistema público y otro privado. El modelo plantea una cobertura muy amplia, casi universal, en que los afiliados al sistema público son categorizados según su nivel de ingreso en cuatro grupos. Las personas que no generan ingresos tienen cobertura total y se atienden exclusivamente en el SNSS, mientras que las otras categorías tienen distintos porcentajes de cobertura en atención médica, odontológica, parto, medicamentos, etc, y pueden optar entre el SNSS en modalidad de atención institucional o a prestadores privados por modalidad de libre elección. Mientras que los que cotizan en ISAPRE, tienen una cobertura según el aporte y el contrato adscrito individualmente con cada ISAPRE. Cabe

⁷ Ley N° 10.383, que modifica la ley 4.054 relacionada con el seguro obligatorio, disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=26387>

⁸ Ver artículos 4 y 49 y siguientes del DFL 1 de 2006 del Ministerio de Salud, que Fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=249177>

señalar que hasta la fecha de la publicación del presente artículo, estas entidades realizan selección por riesgo, contemplan preexistencias y no existe el principio de solidaridad entre la distribución de la recaudación entre ambos sistemas, recibiendo las mayores cotizaciones las ISAPRE y las menores, así como quienes no cotizan, FONASA.

Comentarios finales

La Constitución de 1980 no pretende hacer responsable al Estado de los derechos sociales, otorgándole un rol subsidiario. Claramente este diseño no ha sido suficiente, de acuerdo a lo que han manifestado ampliamente los ciudadanos en cuanto a la satisfacción de los derechos sociales, y en especial respecto del derecho a la salud, y como este modelo ha profundizado inequidades. Estas se pueden ver en indicadores sanitarios como esperanza de vida al nacer, con cerca de 8 años de vida de diferencia entre el 10% con peor nivel socioeconómico y 10% con mejor nivel socioeconómico de un estudio realizado en Santiago (Bilal, 2019), en mortalidad infantil con riesgo de mortalidad de hasta 4 veces mayor entre las comunas con mayor y menor tasas de mortalidad infantil de la Región Metropolitana (González, 2020). También en indicadores de prevalencia de condiciones de salud, como por ejemplo que los adultos con menos de 8 años de estudios tienen prevalencia de 57% de tener Hipertensión Arterial, y 25% de tener Diabetes Mellitus, mientras que quienes tienen más de 12 años, tienen prevalencias de 15% y 7,7% respectivamente (ENS 2016-2017). Los indicadores de Calidad de Vida no se alejan de esa realidad ya que en un 12% de la población con educación superior completa refieren tener una regular o mala percepción de su estado de salud, versus un 44% de la población con educación básica incompleta o completa (ENCAVI 2015-2016).

La consagración de un Estado comprometido con la salud de todos los chilenos y chilenas puede ser un primer e importante paso en el cambio de condiciones de vida para muchas personas. El Estado debe propender al principio de justicia que asegure la protección del interés general y colectivo de nuestra población por sobre intereses privados. Si bien ello no impide una provisión de administración mixta de la salud, la provisión en salud debe estar guiada por una mirada de bien público y seguridad social (Allard Soto, Hennig Leal, & Galdámez Zelada, 2016).

La consagración del derecho a la salud es un tópico que deberán abordar los constituyentes. El Estado debe propender a la construcción de un nuevo sistema de salud que reconozca la salud como un derecho humano y colectivo de todos los chilenos y chilenas. Para que ello ocurra, se debe discutir abiertamente sobre los principios de seguridad social sobre los que se construyen los sistemas de salud, particularmente la solidaridad, universalidad y la justicia, que evidentemente han quedado rezagados en el sistema de salud del que gozamos actualmente.

Bibliografía:

- Acheson, D. 1988. Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development to the Public Health Function. Dept. of Health & Social Security. Stationery Office Books.
- Bilal, Usama et al. Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis. *Lancet Planet Health* 2019; 3: e503-10 December 10, 2019 [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30235-9](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30235-9)
- CDC, Centers of Disease Control and Prevention. Public Health System and the 10 Essential Public Health Services, disponible en <https://phnci.org/uploads/resource-files/EPHS-Spanish.pdf>.
- Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, MINSAL.
- Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCAVI) 2015-2016, MINSAL.
- Freeman, R & Frisina, L. 2010. Health Care Systems and the Problem of Classification. *Journal of Comparative Policy Analysis*, vol. 12 (n.1-2), pp. 163-178.
- Gonzalez F, Alfaro T, Horna-Campos O. Mortalidad Infantil en las comunas de la Región Metropolitana, periodo 2005-2014. *Rev Chil Pediatr.* 2020; 91(1): 34-45. Disponible en: [doi:10.32641/rchped.v91i1.1205](https://doi.org/10.32641/rchped.v91i1.1205)
- Kutzin, J. 2011. Bismarick vs. Beveridge: is there increasing convergence between health system financing. Geneva, Switzerland.
- Mossialos, E, & Dixon, A. 2002. Funding health care: an introduction. En Mossialos, E; Dixon A, Figueras, J & Kutzin, J (Ed.), *Funding health care: options for Europe* (pp. 59- 79). Buckingham: Open University Press.
- OECD. 2004. Proposal for a Taxonomy of Health insurance.
- OMS, 2000. WHO, Musgrove P, Creese A, Preker A, Baeza C, Anell A, et al. *The world healthreport 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, Switzerland; 2013.
- Ronconi, L. M. 2012. Derecho a la salud: Un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos. *Salud Colectiva*, vol. 8 (n.2), pp. 131-149.
- Saltman RB. (2004) Social health insurance in perspective: the challenges of sustaining stability. En Saltman RB, Busse R, Figueras J (Ed.), *Social health insurance systems in western Europe* (pp. 3-20). Maidenhead: Open University Press.
- Zuñiga Fajuri, A. 2011. El derecho a la protección de la salud en la Constitución chilena, antes y después de la reforma AUGE. *Medwave*. [doi:10.5867/medwave.2011.08.5107](https://doi.org/10.5867/medwave.2011.08.5107)