

# La reforma neoliberal de la sanidad chilena: una valoración y una crítica\*

JEAN-PIERRE UNGER, PIERRE DE PAEPE\*\*, GIORGIO SOLIMANO Y ÓSCAR ARTEAGA\*\*\*

## RESUMEN<sup>1</sup>

Con las medidas de privatización de la sanidad que el régimen de Pinochet introdujo en los años setenta, Chile se convirtió en precursor de la reforma neoliberal, consistente en permitir a los ciudadanos la elección entre aseguradoras privadas y la seguridad social pública para acceder a los servicios sanitarios. En este artículo se presentan los principales componentes de esta reforma y las consecuencias sobre la equidad y la eficiencia que ha tenido. Se subraya que, a pesar de los incentivos a la expansión del sector privado como agente financiador y proveedor de asistencia sanitaria, éste nunca ha llegado a cubrir a más de una cuarta parte de la población chilena. Los autores defienden que los relativamente satisfactorios indicadores de salud que, en comparación con otros países de la región, registra Chile actualmente se explican en virtud del considerable protagonismo que el sistema público de salud ha logrado mantener durante todo este tiempo.

\* Este artículo fue publicado en *PLOS Medicine*, revista de acceso público y contenidos revisados por pares, que edita la Public Library of Science, en su número 5,4 (1 de abril de 2008). Los autores concedieron el permiso para su traducción al castellano y su publicación en *Panorama Social*.

Traducción del original en inglés de Elisa Chuliá.

\*\* Investigadores del Departamento de Salud Pública del Instituto de Medicina Tropical de Amberes (Bélgica) (jpunger@itg.be).

\*\*\* Profesores de la Escuela de Salud Pública (Facultad de Medicina) de la Universidad de Chile.

<sup>1</sup> Los autores desean agradecer a la Dirección General de Cooperación al Desarrollo (Gobierno de Bélgica) la financiación recibida para realizar este trabajo.

## 1. INTRODUCCIÓN

El sistema chileno de sanidad ha sido objeto de múltiples análisis (Jack, 2000). Su configuración actual es el resultado de una reforma emprendida por el Gobierno de Pinochet tras el golpe de Estado de 1973. Esta reforma estableció la competencia entre los sistemas de aseguramiento público y privado, impulsando la expansión de los servicios sanitarios privados conforme a los principios neoliberales. Como es sabido, el neoliberalismo da nombre a un movimiento económico y político que suscitó amplio respaldo en los años ochenta entre organizaciones internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). Este movimiento postula la introducción de reformas que avancen el libre comercio, la privatización de empresas, bienes y servicios de propiedad pública, la eliminación de distorsiones a los precios fijados por el mercado y una limitada intervención gubernamental. Tras la publicación del Informe del BM *Invirtiendo en Salud* (1993), Chile se convirtió en un modelo de reforma neoliberal de los servicios sanitarios.

En este artículo valoramos los efectos de la reforma chilena de Pinochet hasta 2005, incluyendo, por tanto, el período de la transición a la democracia en 1990. Sugerimos que la referencia a Chile para ilustrar los beneficios del modelo neoliberal de sanidad es desacertada. Mientras que otros estudios han prestado atención prioritaria al avance del sector asegurador privado como componente esencial de la reforma neoliberal, nuestro foco de interés reside en el papel dominante del sistema público. Una revisión de la reforma sanitaria chilena 25 años después de que comenzara

a implantarse permite llegar a nuevas conclusiones potencialmente importantes para países como Ecuador y Bolivia, embarcados actualmente en procesos de reforma de la sanidad, e incluso para Estados Unidos, país también inmerso en un debate sobre el seguro de salud universal.

## 2. LA REFORMA DE PINOCHET Y SU CONTEXTO

Chile ha representado una suerte de laboratorio social en los últimos cincuenta años: ha conocido un régimen liberal democrático (1958-1964), una etapa de reformismo democristiano (1964-1970), otra de socialismo democrático (1970-1973), un largo período de autoritarismo neoliberal (1973-1989) y tres Gobiernos democráticos de coalición desde 1990 hasta el momento presente (Silva, 2005). Las reformas neoliberales iniciadas en los años setenta no se limitaron al sistema sanitario, sino que también se aplicaron al sistema de pensiones, a la educación y el sector de la industria estatal, en el que se impulsaron las privatizaciones. Muchos de los cambios del sistema de salud cobraron posteriormente solidez conceptual en documentos auspiciados por el BM (Titelman y Uthoff, 2000).

Tras haber reprimido brutalmente la oposición al golpe de 1973 contra el presidente socialista Salvador Allende, a finales de los años setenta el régimen de Pinochet se aprestó a iniciar una reforma radical del sector sanitario basada en las doctrinas neoliberales<sup>2</sup>. Paralelamente al sistema público de sanidad se desarrolló un sistema de aseguramiento privado, ISAPRES, con voluntad de convertirlo en el dominante. Los dos sistemas seguían lógicas absolutamente distintas: el sistema público –conforme al modelo de seguridad social típicamente bismarckiano (los afiliados contribuyen con una proporción de sus salarios y reciben prestaciones y servicios en función de sus necesidades)– promovía la solidaridad a través de medidas orientadas a compartir el riesgo y redistribuir internamente los recursos sanitarios; el sistema privado, en cambio, ofrecía pólizas de aseguramiento sanitario ajustadas a las aportaciones de cada individuo asegurado.

En 1979 se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), organismo público encargado de recaudar y gestionar los recursos financieros provenientes

<sup>2</sup> Véanse, por ejemplo, Reichard (1996), Arteaga (2003) y Borzutzky (2003).

de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores que optaban por permanecer en el sistema público (o que no podían permitirse suscribir un plan de seguro apropiado con una de las empresas de ISAPRES), así como también de las partidas destinadas a sanidad por el Gobierno nacional. FONASA reconoce cuatro categorías de asegurados: A, indigentes; B, ciudadanos con muy bajos ingresos; C, ciudadanos con ingresos medios-bajos; D, ciudadanos con ingresos medios-altos. Quienes se hallan incluidos en las categorías B, C y D tienen derecho a elegir la provisión de servicios sanitarios fuera del sistema público, con niveles variados de copago. Los ciudadanos englobados bajo la categoría A sólo pueden acceder a los servicios públicos, tanto de atención primaria como especializada.

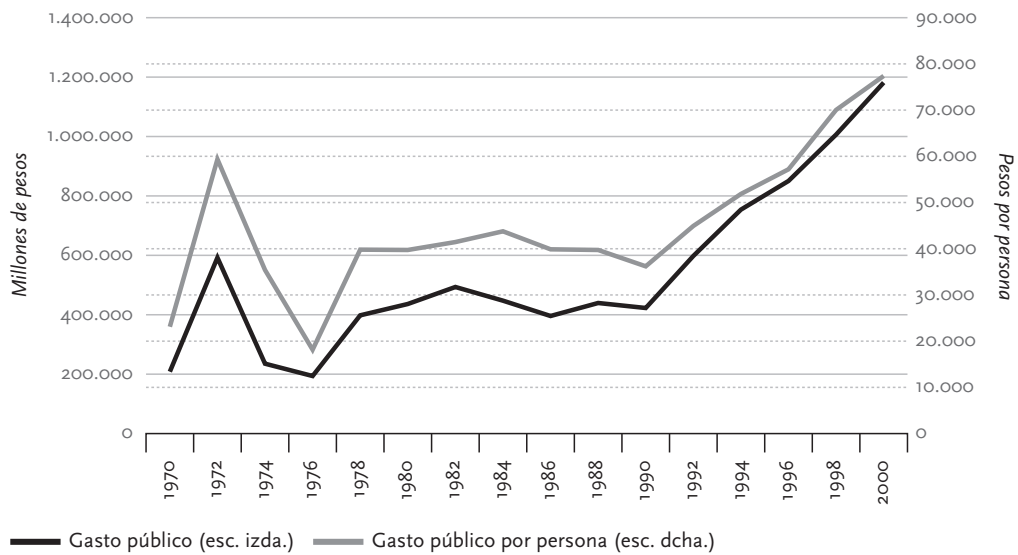
El sistema privado, ISAPRES, se creó en 1981 para gestionar las contribuciones sobre el salario asignadas a la sanidad de aquellos que optaran por salirse del sistema de salud público (*opting-out*). Las compañías aseguradoras adscritas a ISAPRES compraron la mayor parte de los servicios sanitarios al sector privado, que recibió así un fuerte impulso (Barrientos, 2002). El mercado de ISAPRES ofrecía no menos de 8.000 planes individuales diferentes, diseñados conforme a criterios de sexo, edad, riesgo sanitario, primas complementarias y copagos. El mercado se concentró en clientes relativamente ricos, con riesgos de salud más bajos; los ingresos medios de los afiliados a ISAPRES en 2003 eran más de cuatro veces superiores a los de los afiliados a FONASA (Cid *et al.*, 2006). Los márgenes de beneficios de ISAPRES excedían el 20 por cien (Homedes y Ugalde, 2002).

El Servicio Nacional de Salud se descentralizó en 26 autoridades territoriales sanitarias. Estas entidades asumieron la responsabilidad de la atención hospitalaria, mientras que los servicios de atención primaria se transfirieron a los municipios. La financiación de los servicios sanitarios públicos se redujo drásticamente (Vergara y Martínez, 2005); en consecuencia, también se restringió la oferta pública de prestaciones sanitarias.

En marzo de 1990, con la transición a la democracia, accedió al Gobierno una coalición de partidos de centro, que desde entonces ha ganado todas las elecciones parlamentarias. Su política social ha sido en general “socialdemócrata”, tratando de asociar un Estado del bienestar de corte occidental a una economía emergente y dinámica de mercado (Hiscock y Hojman, 1997). En ese mismo año (1990) se creó una agencia regulatoria gubernamental, conocida como la Superintendencia de ISAPRES, con

GRÁFICO 1

GASTO PÚBLICO EN SANIDAD DE CHILE, 1970-2000 (EN PESOS DE 2000)



Fuente: United Nations Development Programme (2002).

el fin de establecer algún tipo de regulación sobre el sistema de aseguramiento privado. Como muestran los gráficos 1 y 2, el gasto público sanitario aumentó significativamente a partir de 1990, casi tres veces más en pesos constantes (UNDP, 2002). Mientras la proporción de gasto público en sanidad permaneció bastante estable alrededor del 3 por cien, desde un escaso 2 por cien en 1976, el crecimiento económico explica el aumento del gasto en términos absolutos. El gasto sanitario privado se mantuvo en proporción al PIB, pero también registró un fuerte aumento en términos absolutos. Para financiar este creciente gasto público se aprobó una reforma fiscal que revocó las deducciones fiscales de la época de Pinochet<sup>3</sup>.

No obstante, ninguna de las características principales de las reformas de Pinochet descritas arriba se modificó de manera sustancial. Más recientemente, el Gobierno del Presidente Lago (2000-2006) inició un nuevo programa de reforma sanitaria (el denominado Plan AUGE), destinado a mejorar la calidad y acortar los tiempos de espera en el sector

<sup>3</sup> Sobre estas cuestiones véanse Reichard (1996), French-Davis (2003) y Vergara (1996).

público, así como también a implantar un programa de cobertura mínima en ISAPRES; pero, una vez más, esta política ha resultado ampliamente compatible con los principios de la reforma neoliberal.

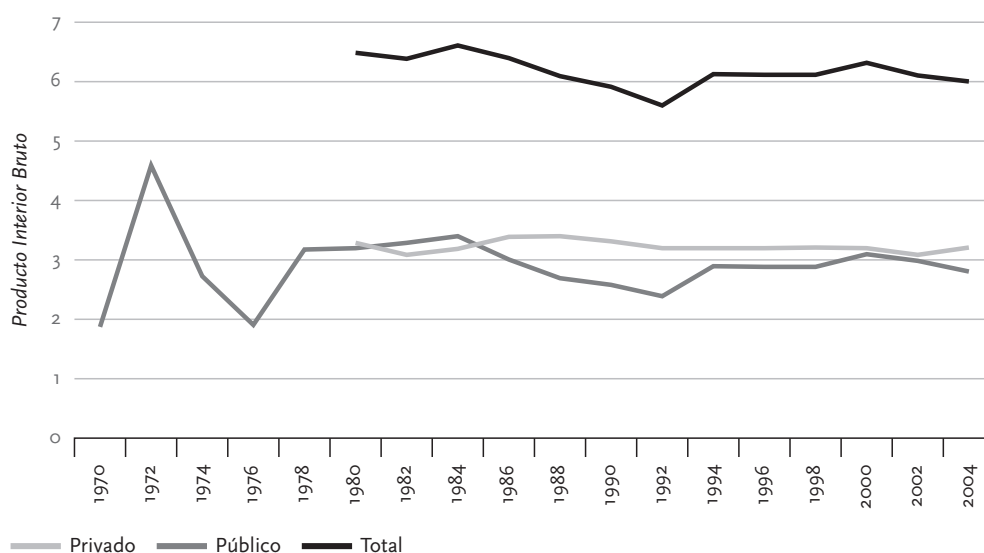
### 3. LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA REFORMA SANITARIA NEOLIBERAL DE CHILE

#### La privatización parcial de la seguridad social

El sistema de salud chileno prevé que las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleados se destinen bien al sistema público FONASA, bien a una de las aseguradoras privadas de ISAPRES. Durante el régimen de Pinochet, los empresarios fueron liberados del requisito de cotizar por sus empleados. El cuadro 1 presenta las fuentes de financiación del gasto sanitario para el año 2003 (Vergara y Martínez, 2005).

GRÁFICO 2

GASTO EN SANIDAD DE CHILE, 1970-2004 (EN PORCENTAJE DE PIB)



Fuente: United Nations Development Programme (2002).

En 1995, de los aproximadamente 16 millones de población chilena, dos millones y medio de sus ciudadanos más acomodados estaban afiliados a compañías aseguradoras de ISAPRES (este fue el año en el cual la afiliación a ISAPRES alcanzó su máximo histórico, después del cual ha experimentado un descenso). ISAPRES estaba autorizada legalmente a establecer primas basadas en factores de riesgo individuales. Aunque el control sobre ISAPRES se endureció con la creación de la Superintendencia, persistieron los problemas

de financiación por causa de accidentes, que afectaban fundamentalmente a los afiliados a ISAPRES con ingresos más bajos. Bajo presión de la Superintendencia, ISAPRES decidió en 2001 cubrir algunas contingencias provocadas por accidentes, pero el nivel del "deducible" (la cantidad que debía ser sufragada por el paciente) se mantuvo muy elevado.

La afiliación a ISAPRES, que en 1995 se situaba en un 26 por cien de la población, cayó

CUADRO 1

FUENTES DE GASTO SANITARIO EN CHILE, 2003 (EN MILLONES DE PESOS CHILENOS)

	Contribuciones s/ salario	Financiación pública	Gasto privado (individuos y familias)
ISAPRES	737.160	*	515.129
FONASA	477.142	706.518	202.530
<b>Total</b>	<b>1.214.302</b>	<b>706.518</b>	<b>717.659</b>

\* Subsidio por maternidad, importe desconocido.  
Fuente: Vergara y Martínez (2005).

hasta el 16 por cien en 2006, cubriendo a una proporción pequeña de la población, y no precisamente a la más necesitada de servicios sanitarios. El descenso se debió al mejor funcionamiento del sector público, al desempleo causado por la crisis asiática de los noventa, al plan AUGE y al coste creciente de los planes privados de sanidad. Algunos expertos han estimado que en 2010 ISAPRES quizá no cubra a más del 10 por cien de la población (Altura Management-Diario Estrategia, 2004).

**Segmentación y ausencia de solidaridad entre dos sistemas de aseguramiento paralelos**

El sistema ISAPRES atrae a los varones acomodados, jóvenes y urbanos. En el quintil más pobre de la población, sólo el 1,6 por cien son afiliados a ISAPRES, en comparación con el 50,5 por cien en el quintil más rico (Vergara y Martínez, 2005). Las mujeres adultas pagan hasta cuatro veces más que los hombres por sus planes de salud, mientras que la proporción de afiliados a ISAPRES de más de 60 años desciende abruptamente, ya que han de afrontar primas hasta ocho veces más elevadas que los adultos jóvenes. Los adultos de más de 60 años están obligados a incorporarse a FONASA. Algunas compañías de ISAPRES disfrutan de una posición de oligopolio: las tres principales empresas comparten cerca del 80 por cien del mercado (Arteaga, 2003).

El Estado ha subsidiado a ISAPRES de distintos modos. En primer lugar, hasta hace poco la subsidiaba con aproximadamente el 2 por cien del salario de aquellos que cambiaban de FONASA a ISAPRES. En segundo lugar, paga la baja por maternidad de los afiliados a ISAPRES. En tercer lugar, el 25 por cien de los pacientes cubiertos por ISAPRES reciben prestaciones en establecimientos públicos porque no pueden afrontar los copagos. En hospitales públicos se presta también asistencia a casi la mitad de todos los accidentes que se producen entre los hijos de afiliados a ISAPRES (World Bank, 2000).

Además, FONASA financia al sector sanitario privado, ya que los pacientes encuadrados en las categorías B, C y D pueden escoger tratamiento por proveedores privados a través del sistema de bonos o *vouchers*. El dinero transferido de esta manera al sector privado es cuantioso, superando el monto del que se gasta en la asistencia sanitaria primaria municipal.

**El retorno de la democracia: el restablecimiento de un sector público infrafinanciado**

El Gobierno de transición heredó del régimen de Pinochet una serie de problemas relacionados con los servicios públicos de salud, entre ellos un sustancial deterioro de las infraestructuras públicas y una gestión ineficiente de las organizaciones descentralizadas (Annick, 2002). Los servicios de atención primaria adolecían de escasa coordinación entre las autoridades sanitarias regionales y las autoridades municipales. Las condiciones de trabajo y los salarios habían empeorado visiblemente. Las áreas rurales y los distritos urbanos más deprimidos fueron los más afectados en cuanto a la cantidad y calidad de los servicios provistos, marcando diferencias regionales hasta entonces desconocidas.

Sin embargo, desde 1990 a 2002 los ingresos fiscales se doblaron, permitiendo así un incremento del gasto social de 240 por cien en ese mismo período. En el año 2000, el gasto en sanidad ascendía al 7,3 por cien del PIB: 3,1 por cien en sanidad de provisión pública, y 4,2 por cien en asistencia sanitaria privada. En 2004, el gasto que desembolsaban directamente las familias ascendía al 27 por cien del gasto sanitario total.

Pasemos ahora a valorar el impacto de la reforma centrando la atención en la equidad (respecto a la financiación, el acceso a los servicios y el estado de salud) y en la eficiencia.

**4. EL IMPACTO DE LA REFORMA: LA EQUIDAD**

**Equidad financiera**

Chile comparte con Brasil la dudosa distinción de tener una de las pautas de distribución de la renta más regresivas de Latinoamérica. La distribución del gasto en sanidad no supone una excepción. El sector privado absorbe una proporción excesiva del gasto sanitario total (en 2004, 38 por cien del gasto sanitario total se gastó en el 21 por cien de la población). Esta es una inequidad básica; denota una quiebra de la solidaridad social, dado que FONASA e ISAPRES disponen de financiación separada.

Dentro del sistema de FONASA se produce alguna redistribución interna entre las categorías A-B y C-D, toda vez que las últimas ayudan a financiar la atención sanitaria de las primeras (Bitrán *et al.*, 2000). Entre FONASA e ISAPRES también existe una redistribución limitada e indirecta: los afiliados a ISAPRES contribuyen directamente a sus planes de salud individuales, pero indirectamente efectúan algunas aportaciones a la sanidad pública a través de la financiación basada en impuestos generales que recibe FONASA, aproximadamente la mitad de sus ingresos (Savedoff, 2000).

Otras dimensiones de la equidad también resultan problemáticas. El sistema ISAPRES discrimina a las mujeres, cuya participación en 2001 era sólo del 34,4 por cien, con planes de salud de más baja calidad que los de los hombres (Arteaga, 2003). El acceso a los planes de ISAPRES depende de las rentas, y las mujeres, por lo general, cuentan con ingresos más bajos o se hallan fuera de la población empleada en el mercado de trabajo. Las primas de aseguramiento para las mujeres en edad fértil pueden costar cuatro veces más que las de los hombres de la misma edad (Pollack, 2002).

#### Equidad de acceso a la sanidad

Partiendo de la desigualdad básica de la sociedad chilena y la inequidad de la financiación de su sector sanitario, cabría esperar un acceso también desigual a la sanidad por parte de quienes disponen de menos recursos. Ahora bien, la evidencia es ambigua: el acceso a la sanidad es bastante equitativo, aunque no lo es a servicios sanitarios de calidad.

En efecto, algunos datos indican un acceso relativamente equitativo. En 1999, la tasa de utilización (consultas por persona por año) entre los pacientes de FONASA era 3,85 por cien y entre los pacientes de ISAPRES, 4,12 por cien. Una encuesta nacional de salud efectuada en 2003 (encuesta CASEN) mostró que entre aquellos que afirmaban haberse sentido mal durante el último mes, 73,9 por cien del quintil más pobre consultó con personal médico, mientras el porcentaje registrado en el quintil más rico ascendió a 79,7 por cien (Mideplan, 2004).

Pero las pautas de inequidad pueden surgir en la calidad de los servicios sanitarios. La frecuencia de las pruebas quirúrgicas y de laboratorio se hallaba positivamente correlacionada con la renta; y lo que es más importante, las consultas con los

especialistas eran al menos tres veces más frecuentes entre los pacientes incluidos en la décima decila que entre los incluidos en la primera decila (Mideplan, 2004). El acceso a los especialistas se reveló como deficiente en el servicio público, con listas de espera de hasta cuatro años en algunas especialidades, como oftalmología. En cambio, las urgencias eran dos veces más frecuentes en el grupo de ingresos más bajos.

Otras evidencias sugieren un acceso inequitativo a la sanidad. Así, las ratios de utilización difieren sustancialmente entre los municipios ricos y pobres: en la atención primaria, el factor se sitúa en 2,8; en las urgencias, en 3,9, mientras que en cuanto a pacientes ingresados, el factor es 2,0 (Pan American Health Organization, 2001).

Según los datos arrojados por la ya mencionada encuesta CASEN de 2003, sólo el 57,5 por cien de los afiliados a FONASA describieron su salud como "buena" o "muy buena", mientras que entre los afiliados de ISAPRES el porcentaje ascendía a 80,6 por cien. Esto debería reflejarse en tasas de utilización más altas entre los afiliados a FONASA. Sin embargo, como se ha mostrado ya, se da justo el fenómeno contrario.

#### Equidad del estado de salud

El modelo chileno de desarrollo se ha asociado con un rápido crecimiento económico: el PNB experimentó un crecimiento medio de 7,9 por cien en los años noventa (Annick, 2002). El país ocupa el vigésimo segundo lugar en el Índice de Competitividad Global (World Economic Forum, 2005), muy por delante de cualquier otro país latinoamericano, y el trigésimo séptimo en el Informe de Desarrollo Humano. Ahora bien, el modelo de desarrollo chileno ha creado una desigualdad social elevada. De hecho, la desigualdad ha continuado aumentando incluso bajo el régimen democrático post-Pinochet (cuadro 2).

Ciertamente, la pobreza (definida como la proporción de individuos y de familias que se encuentran por debajo de la línea de pobreza) se redujo drásticamente bajo los Gobiernos democráticos, cayendo del 45 por cien en 1985 al 21,7 por cien en 1998 y al 13,7 por cien en 2006 (Mideplan, 2006; Raczynski y Serrano, 2000). No obstante, la desigualdad de renta creció, convirtiendo a Chile en el "paladín de la desigualdad", en las duras palabras de Parada (2005). Antes de 1970, el índice de Gini de Chile (una medida de

CUADRO 2

**PORCENTAJE DE RENTA TOTAL POR DECILAS (1969-2000)**

	1969	1989	2000
Decila más pobre	1,3	1,2	1,2
Decila más rica	39	41,6	47

Fuente: United Nations Development Programme (2002).

desigualdad de la renta expresada en una escala de 0 a 100, en la que 0 equivale a perfecta igualdad de renta y 100 a completa desigualdad) se situaba en 45; en los años ochenta saltó hasta 65. En 2003 ascendía a 57,5, una cifra muy desfavorable comparada, por ejemplo, con la de Costa Rica (45,9). El 20 por cien (quintil) más rico obtenía 17 veces más renta que el 20 por cien más pobre; para poder contrastar mejor estos datos, cabe mencionar el caso de Estados Unidos, donde por entonces el quintil más rico registraba 8,9 veces más renta que el más pobre, o el caso de Perú, país en el que el quintil más rico contaba con 10,5 veces más renta que el más pobre.

A pesar de esta desigualdad, los indicadores de salud medios de Chile son buenos, con una esperanza de vida elevada y una baja mortalidad infantil y maternal, incluso teniendo en cuenta que el 27,3 por cien de los niños de menos de diez años vivía en la pobreza en 2003. El relativamente equitativo acceso a la sanidad ha desempeñado probablemente un papel en este logro, como también los programas de protección materno-infantil que ha desarrollado el sector público. No obstante, el número de años de vida potencialmente productivos perdidos resulta —en el grupo de edad entre 20 y 79 años residente en la capital, Santiago— mucho más alto en el quintil más pobre, concretamente 35 por cien más elevado, que en el quintil más rico (Sánchez, Albala y Lera, 2005).

Otro estudio apunta desigualdades sanitarias entre los municipios: la ratio máximo/mínimo de incidencia de tuberculosis entre municipios ascendía a 5,53, y la de desnutrición infantil a 5,00 (Pan American Health Organization, 2001). Según el Departamento Nacional de Epidemiología, la mortalidad ajustada se sitúa en 6 por mil en la decila más pobre, frente a 4,8 en la decila más rica (Paz, 1998).

**5. LA EFICIENCIA**

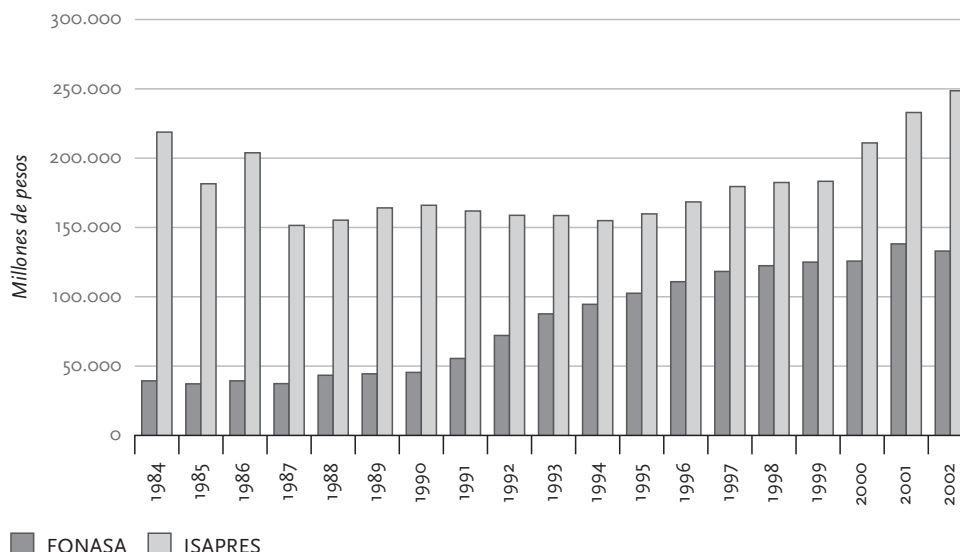
La evidencia respecto a la eficiencia conseguida mediante la reforma sanitaria es menos ambigua. ISAPRES apenas ha logrado contener los costes. Las compañías adscritas tampoco lo intentaron nunca: disponen de escasos incentivos para convertirse en compradores eficientes de servicios sanitarios para sus clientes. Sí son, en cambio, eficientes en la selección de sus usuarios (están autorizados a rechazar a clientes). Enfocan su interés hacia los usuarios de bajo riesgo y elevados ingresos, con la voluntad de conseguir beneficios. Gastan por cada afiliado diez veces más en administración y aproximadamente dos veces más en servicios sanitarios que FONASA (gráfico 3), aun cuando los afiliados a ISAPRES gozan de mejor salud y tienen, por tanto, menor necesidad de atención. ISAPRES confía a un floreciente sector privado la provisión de servicios sanitarios, reembolsándolos sobre la base de pago por acto, lo cual induce una oferta elevada de servicios de dudosa utilidad, pero rentables.

**6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**

Los indicadores de salud de Chile son buenos comparados con los de otros países que disfrutan de un nivel de riqueza nacional similar, como Colombia y Argentina. Estos resultados se deben, en parte, al elevado crecimiento económico de Chile y a su espectacular reducción de la pobreza (Hiscock y Hojean, 1997; Mideplan, 2006; Arellano, 2004). La amplia proporción de población que tiene acceso a agua potable y alcantarillado, así como las altas tasas de alfabetización entre los adultos y los elevados niveles educativos apuntan también en la misma dirección. A la consecución de estos

GRÁFICO 3

GASTO POR AFILIADO DE FONASA Y DE ISAPRES (1984-2002)



Fuente: United Nations Development Programme (2002).

índices han contribuido decisivamente el acceso relativamente equitativo a la atención sanitaria –sobre todo, a través de la sanidad pública, que cubre al 80 por cien de la población– y los programas de protección materno-infantil implantados en la red sanitaria pública.

El régimen democrático no alteró la esencia de la reforma sanitaria de Pinochet. Mantuvo características básicas de ésta, tales como la privatización parcial de la seguridad social y la disociación comprador-proveedor. Pero el gasto público en sanidad ha aumentado muy significativamente, destinándose a mejorar la infraestructura, contratar a más personal y proporcionar mejor equipamiento y salarios. Por otra parte, las compañías de ISAPRES se pusieron bajo el control de una agencia regulatoria del Gobierno para evitar abusos comerciales.

En cuanto a la contribución de la sanidad a la consecución de los favorables indicadores de salud que presenta Chile, del análisis presentado se desprende una conclusión clave: estos resultados comparativamente propicios descansan sobre la columna vertebral del sistema público que las reformas neoliberales quisieron, infructuosamente, quebrar. Es claro que los indicadores de salud del país

no responden al hecho de que una minoría más acomodada haya gozado de un mayor acceso a la sanidad; una minoría que, en cualquier caso, ha continuado confiando de manera significativa en el sistema público a la hora de acceder a no pocas prestaciones y servicios sanitarios. Los seguros de ISAPRES nunca cubrieron a más de una cuarta parte de la población, proporción que ahora se está reduciendo gracias a una notable mejora de los servicios sanitarios públicos. Incluso durante el régimen de Pinochet, el sistema chileno fue básicamente un sistema público, accesible al 75 por cien de los chilenos que no se podían permitir los seguros privados de ISAPRES. Por tanto, a los efectos de la salud pública, el impacto de la reforma sanitaria neoliberal de Chile ha sido marginal.

La reforma chilena creó un sistema de salud dual e inequitativo: FONASA y los servicios públicos, para la población económicamente más desfavorecida; ISAPRES y los servicios privados, para los más acomodados. ISAPRES absorbe actualmente el 40 por cien del gasto sanitario total, cubriendo al 16 por cien de la población. La reforma ha aumentado los ingresos de los proveedores del sector privado y disminuido la eficiencia del sistema sanitario (tanto a través del incentivo de sobretreatmento,



inherente al método de pago por acto, como a través de los costes mucho más elevados de administración y marketing, así como de la fragmentación en la provisión de los servicios).

Presentar la reforma chilena como un modelo que debe servir de referencia a otros países, como han hecho el Banco Mundial y otros organismos internacionales, supone ignorar la evidencia de que el relativo éxito en la provisión de servicios sanitarios se ha producido a pesar de la reforma, y no por ella, o porque la reforma neoliberal no pudo ser implementada como se previó inicialmente. Otra reforma neoliberal está avanzando en Colombia –aunque modificada, para evitar la segmentación que se produjo en Chile– con un resultado no precisamente alentador<sup>4</sup>.

A la luz de la experiencia de Costa Rica, una recomendación lógica para emprender una contra-reforma sanitaria en Chile consistiría en transitar desde un esquema multi-asegurador a un único esquema de aseguramiento público. Este único pagador (y sus afiliados) tendrían capacidad para elegir entre proveedores públicos y privados, pero adquirirían un poder de negociación acrecentado. Ello pondría fin a la inequidad derivada de que ISAPRES gaste dos veces más en sus afiliados que FONASA, aunque los afiliados de FONASA pertenezcan a una población de mayor riesgo.

## BIBLIOGRAFÍA

ALTURA MANAGEMENT-DIARIO ESTRATEGIA (2004), "700 mil personas saldrán del sistema de Isapres en seis años", *Diario Estrategia*.

ANNICK, M. (2002), "The Chilean health system: 20 years of reforms", *Salud Pública Mexicana*, 44: 60-68.

ARELLANO, J. P. (2004), *Políticas sociales para el crecimiento con equidad, Chile 1990-2002* (Serie de Estudios Socio/Económicos 26), Santiago de Chile, CIEPLAN.

ARTEAGA, A. M. (2003), *The Brutal Rationale of Privatisation*, Montevideo, The Third World Institute Social Watch ([www.socialwatch.org/en/informesNacionales/68.html](http://www.socialwatch.org/en/informesNacionales/68.html)).

<sup>4</sup> Sobre la reforma colombiana cabe consultar Homedes y Ugalde (2002) y De Groot, De Paepe y Unger (2005).

BITRÁN, R.; MUÑOZ, J.; AGUAD, P.; NAVARRETE, M. y G. UBILLA (2000), "Equity in the financing of social security for health in Chile", *Health Policy*, 50: 171-196.

BORZUTZKY, S. (2003), "Social security privatisation: the lessons from the Chilean experience for other Latin American countries and the USA", *International Journal of Social Welfare*, 12: 86-96.

CID, C.; MUÑOZ, A.; RIESCO, X. y M. INOSTROZA (2006), "Equidad en el financiamiento de la salud y protección financiera en Chile: una descripción general", *Cuadernos Médico Sociales*, 46: 5-12.

DE GROOTE, T.; DE PAEPE, P. y J. P. UNGER (2005), "Colombia: in vivo test of health sector privatisation in the development world", *International Journal of Health Services*, 35: 125-141.

FFRENCH-DAVIS, R. (2003), "Distribución del ingreso y pobreza en Chile", en: SÁEZ, J. C. (ed.), *Entre el neoliberalismo y el crecimiento con equidad: tres décadas de política económica en Chile*, Santiago de Chile, Lom.

HISCOCK, J. y D. HOJMAN (1997), "Social policy in a fast-growing economy: the case of Chile", *Social Policy Administration*, 31: 354-370.

HOMEDES, N. y A. UGALDE (2002), "Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica", *Gaceta Sanitaria*, 16: 54-62.

JACK, W. (2000), *The evolution of health insurance institutions: Theory and four examples from Latin America*, Documento del Banco Mundial [World Bank Group] (<http://wbi018.worldbank.org/LAC/lacinfoclient.nsf/27cc98c623e2d29b8525694c007202d7/5e9fe5ff76cd8f218525694b0065ce68?OpenDocument>).

LARRAÑAGA, O. (1997), "Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno", CEPAL, 49: 1-45.

MIDEPLAN-GOBIERNO DE CHILE (2004), *CASEN 2003, Encuesta de caracterización socioeconómica nacional. Principales resultados en salud*, Santiago de Chile, Gobierno de Chile.

– (2006), *CASEN 2006, Encuesta de caracterización socioeconómica nacional. Principales resultados en salud*, Santiago de Chile, Gobierno de Chile.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2001), *Información para la equidad en salud en Chile*, Washington DC, OPS.

PARADA LEZCANO, M. (2005), "Reseña de «La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990»", *Cuadernos Médico Sociales*, 44: 138-143.

PAZ, X. (1998), "Mortalidad y pobreza, análisis de comunas seleccionadas", *El Vigía - Boletín de Vigilancia Epidemiológica de Chile* (Ministerio de Salud de Chile), 2: 6-8.

POLLACK, M. (2002), *Equidad de género en el sistema de salud chileno* (Serie Financiamiento del Desarrollo, 123), Santiago de Chile, CEPAL.

RACZYNSKI, D. y C. SERRANO (2000), *Nuevos y viejos problemas en la lucha contra la pobreza en Chile*, Santiago de Chile, Asesorías para el desarrollo.

REICHARD, S. (1996), "Ideology drives health care reforms in Chile", *Journal of Public Health Policy*, 17: 83-98.

RODRÍGUEZ, C. y M. R. TOKMAN (2000), *Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999* (Serie Financiamiento del Desarrollo, 106), Santiago de Chile, CEPAL.

SÁNCHEZ, H. R.; ALBALA, C. B. y L. M. LERA (2005), "Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) en adultos del Gran Santiago. ¿Hemos ganado con equidad?", *Revista Médica Chile*, 133: 575-582.

SAVEDOFF, W. D. (2000), "Is anybody listening? Ignoring evidence in the Latin American health reform debates", *SDS/SOC- Health Note No. 2*, Washington DC, Inter-American Development Bank ([www.iadb.org/SDS/doc/AnyoneListening.pdf](http://www.iadb.org/SDS/doc/AnyoneListening.pdf)).

SILVA, P. (2005), "Intellectuals, technocrats and social change in Chile: past, present and future perspectives", en: ANGELL, A. y B. POLLACK (eds.), *The Legacy of Dictatorship: Political, Economic and Social Change in Pinochet's Chile*, Liverpool, Institute of Latin American Studies: 198-223.

TITELMAN, D. y A. UTHOFF (2000), *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia*, Santiago, CEPAL-ECLAC/Fondo de Cultura Económica.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP) (2002), *Chile: 20 años de esquemas liberales en protección social* (Taller interregional).

VERGARA, P. (1996), "In pursuit of 'Growth with Equity': the limits of Chile's free-market social reforms", *NACLA Report on the Americas*, 29.

VERGARA ITURRIAGA, M. y M. S. MARTÍNEZ GUTIÉRREZ (2005), "Financiamiento del sistema de salud chileno", *Salud Pública Mexicana*, 48: 1-36.

WORLD BANK [Banco Mundial] (1993), *World Development Report 1993, Investing in Health* (<http://www-wds.worldbank.org/>).

– (2000), *Health Insurance Issues. Old Age and Catastrophic Costs in Chile* ([http://wbln0018.worldbank.org/lac/lacinfodient.nsf/d29684951174975c85256735007fef12/725faf9bdb5f1c9f8525696000710527/\\$FILE/Chile%20Old%20Age%20full%20report.pdf](http://wbln0018.worldbank.org/lac/lacinfodient.nsf/d29684951174975c85256735007fef12/725faf9bdb5f1c9f8525696000710527/$FILE/Chile%20Old%20Age%20full%20report.pdf)).

WORLD ECONOMIC FORUM (2005), *Global Competitiveness Report 2005-2006*, Houndmills (Basingstoke), Palgrave Macmillan ([www.weforum.org/pdf/Global\\_Competitiveness\\_Reports/Reports/GCR\\_05\\_06/GCI\\_Rankings\\_pdf.pdf](http://www.weforum.org/pdf/Global_Competitiveness_Reports/Reports/GCR_05_06/GCI_Rankings_pdf.pdf)).