

¿REFORMA ESTRUCTURAL EN SALUD O REGULACIÓN DEL NEGOCIO?

Matías Goyenechea [™]

RESUMEN

En este artículo se examinan los principales problemas del sistema de salud, considerando la dimensión del aseguramiento, caracterizada por una segmentación de la población según ingresos y riesgo a enfermar, y la de la concentración del sistema privado, caracterizada por la constitución de *holdings* de salud ligados a los grandes grupos económicos del país. Es en este contexto que se aborda la discusión respecto de modificaciones o reformas al aseguramiento, tanto en el gobierno de Piñera como en el actual proceso de discusión, con la conformación de una nueva comisión presidencial. Ésta última ha planteado una propuesta de largo plazo que implica limitar el papel del mercado y una propuesta de corto plazo, que si bien avanza en terminar con abusos que comete la industria, no constituyen una reforma estructural que consagra y asegura un derecho social, y sólo implican una regulación estatal del negocio en salud.



Palabras clave >

Lucro, integración vertical, seguridad social, solidaridad, financiamiento.

En Chile tenemos un sistema de salud que está marcado por la reforma estructural realizada por la dictadura, que promovió una fragmentación de la red pública, incorporó a actores privados en la función del aseguramiento (Isapres) e instaló lógicas propias del mercado en la red pública de salud (externalización, copagos, precios). Estas transformaciones han moldeado el devenir de la salud, causando una desigualdad en términos de financiamiento (el acceso a la atención sanitaria está en función de la capacidad de pago de los individuos), así como una segmentación de la población según riesgo a enfermar.

En este marco, se comienza a incubar una crisis en el sistema de salud, que se expresa en los colapsos reiterados de la red pública de salud, así como en su déficit estructural de financiamiento. La salud privada no está lejos de esta situación de crisis, dada la excesiva concentración de su propiedad, la discriminación de la población por riesgo e ingresos y la avalancha de procesos judiciales ligados a los reajustes unilaterales de los precios.

I. PROBLEMAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

La política sanitaria de Chile está alineada con el papel subsidiario del Estado al menos desde inicios de la década de los ochenta. Si bien en el área de salud siempre existió un ámbito de prestadores privados, éstos eran limitados y en su mayoría circunscritos a las antiguas consultas médicas. Las principales transformaciones que se realizan para dar paso a nuestro actual sistema de salud tienen relación, por un lado, con la creación del sistema de Isapres a partir del Decreto con Fuerza de Ley N° 3 del Ministerio de Salud de 1981, cuyos principios inspiradores fueron asegurar la “libertad de elección” en el sistema de salud y promover la inversión privada¹. De esta manera, se impulsa el crecimiento del mercado en la salud que hoy concentra más de la mitad del gasto sanitario del país². Los efectos del crecimiento del mercado sanitario se comienzan a manifestar en el aumento de la desigualdad en la distribución del gasto sanitario, así como en la generación de una segmentación de la población según su capacidad de pagos y en riesgo a enfermar. Desde la óptica de la seguridad social, Camilo Cid plantea que la base fundamental de los seguros de salud es que “los ciudadanos tienen la opción de elegir aseguradora y cuando aportan sus cotizaciones a una Isapre están saliéndose del pool de riesgos conjuntos y solidarios de toda la sociedad y entrando en un pool de una aseguradora que se encuentra en competencia con otras Isapre. En este contexto se compete por seleccionar riesgos en vez de competir por generar mayor valor en salud”². Posteriormente, señala que como resultado de esta lógica “habrá personas que no pueden escoger aseguradora o encontrar proveedor ante una necesidad de salud y terminarán siendo cautivos de una Isapre o expulsados del sistema. Cuanto más compleja su situación de salud, mayor puede ser la dificultad para satisfacer sus necesidades a un costo razonable”³. Al día de hoy, el 39% del total de afiliados de las Isapre está cautivo (es decir, no puede cambiarse y, de hacerlo, sólo puede moverse a Fonasa)

La segmentación que se produce en el sistema de salud se puede apreciar observando la composición de los cotizantes del seguro público y las Isapre.

Cuadro 1: Distribución de cotizantes de salud según tramo de ingresos y seguro de salud.

Tramo de renta imponible	Fonasa		Isapre	
	Total cotizantes	Porcentaje	Total cotizantes	Porcentaje
\$1 - \$250.000	2.792.954	51,1%	40.147	3,4%
\$250.001 - \$500.000	1.614.153	29,6%	172.004	14,6%
\$500.001 - \$900.000	765.308	14,0%	334.548	28,5%
> \$ 900.001	289.093	5,3%	629.154	53,5%
Total general	5.461.508	100,0%	1.175.853	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de series estadísticas de la Superintendencia de Salud y Fonasa.

Matías Goyenechea
Cientista Político, experto en economía de la Salud y Director de la Fundación Creando Salud.

1 Goyenechea, M. (2012, 6 de diciembre). Isapres: la industria de la segregación y el lucro. El Mostrador. Recuperado en: <http://www.elmostradormercados.cl/destacados/opinion-isapres-la-industria-de-la-segregacion-y-el-lucro/>

2 Cid, C. (2011). Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional. En Temas de la Agenda Pública. Centro de Políticas Públicas UC.

3 Ibid.

Como se puede apreciar en el cuadro 1, existe una concentración de cotizantes con menores ingresos en Fonasa de un 51,1%. Este mismo tramo de ingresos en las Isapre alcanza sólo al 3,4% de sus cotizantes. En el caso del tramo de mayor ingreso, vemos que en Fonasa este grupo representa un 5,3% en cambio en las Isapre este tramo llega a 53,5% de total de sus cotizantes.

Una forma de ver la segmentación por riesgo es analizar la composición de los beneficiarios según los tramos de edad (considerando que a mayor edad existe un mayor riesgo a enfermar), cuestión que se muestra en el cuadro 2. Los datos, al ser comparados con la realidad de los cotizantes en su conjunto, muestran cómo las Isapre logran atraer a personas del tramo de 20 a 39 años (de menor riesgo), y en contrapartida expulsan a las personas de más de 60 años (que concentran la mayor cantidad de riesgo).

Cuadro 2: Distribución de beneficiarios por tramo etario y Seguro de Salud.

Rangos De edad	Isapre		Fonasa		Ambos	
	Total Beneficiarios	%	Total Beneficiarios	%	Total beneficiarios	%
< 20	868.738	29,7%	3.833.205	29,4%	4.701.943	29,4%
20 - 39	1.076.767	36,8%	3.713.634	28,5%	4.790.401	30,0%
40 - 59	759.498	26,0%	3.382.601	25,9%	4.142.099	25,9%
60 y más	220.662	7,5%	2.111.360	16,2%	2.332.022	14,6%
Total	2.925.665	100,0%	13.040.800	100,0%	15.966.465	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de series estadísticas de la Superintendencia de Salud y Fonasa.

Al respecto, Camilo Cid plantea: “Fruto de la competencia generalizada en riesgos, en el sistema de seguridad social de salud chileno se aprecia una diferenciación de riesgos entre sistemas Fonasa e Isapre cercana al 33% en promedio en 10 años, al considerar sexo, edad y los diagnósticos clínicos pasados a nivel individual, en un modelo de estimación de riesgos”⁴.

Desde el punto de vista del gasto sanitario, también se aprecian desigualdades, sobre todo en cómo se distribuye el gasto. El total del gasto sanitario del país llega el 2012 a 7,6% del producto interno bruto (PIB), El crecimiento del gasto sanitario alcanza entre 1995 al 2012 un 2,4% del PIB, con un crecimiento anual promedio de 0,02% PIB⁵.

Si analizamos el gasto sanitario de Chile a partir del gasto per cápita se verá que en 1995 éste alcanzaba los 396,5 USD (ajustado por paridad de poder adquisitivo) y los 1.711 USD en 2012. En esas mismas fechas el gasto per cápita en salud en la OCDE alcanza

4 Cid, C. (2011). Diagnoses-based Risk Adjusted Capitation Payments for Improving Solidarity and Efficiency in the Chilean Health Care System: Evaluation and Comparison with a Demographic Model. Tesis doctoral, Department of Economics- Institute for Health Care Management, Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Alemania. Recuperado en: <http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlet/s/DocumentServlet?id=25690>

5 Elaboración propia en base a OCDE.Stat. Recuperado en: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

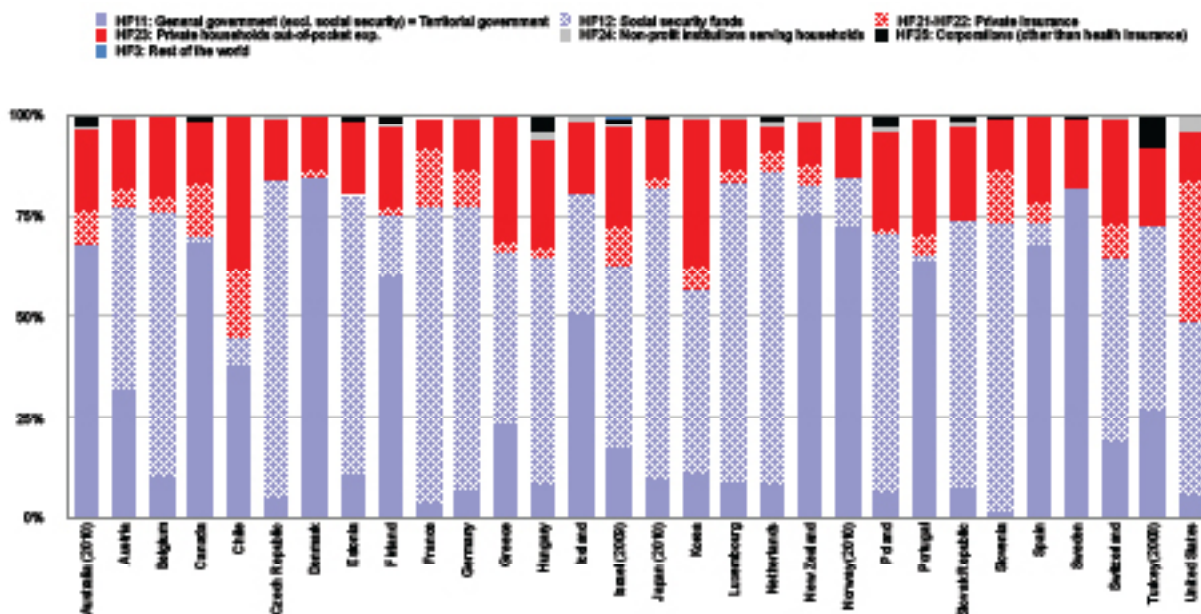
3.788 USD (1995) y 8.508 USD (2011)⁶. Si bien a primera vista se puede apreciar un incremento sustancial de 332% respecto el gasto per cápita en salud en Chile, esta forma de análisis no nos permite ver la forma en la cual están distribuidos esos recursos, considerando la fragmentación público-privada de nuestro sistema sanitario.

Para ver cómo se distribuye el gasto sanitario se hace necesario, analizar cuáles son los agentes que financian el gasto sanitario del país. De esta forma se podrá apreciar la distribución del gasto en salud, considerando gasto público y privado, así como en los distintos tipos de gasto privado en salud.

Las fuentes del gasto sanitario son los impuestos generales, que se traducen en aporte fiscal, fondos de seguridad social (Fonasa), fondos de seguros privados y el gasto de bolsillo.

El aporte fiscal en nuestro país corresponde al 38,25% del gasto de salud, los fondos recaudados por el 7% legal que terminan en Fonasa corresponden a un 6,6% del gasto de salud, es decir que el gasto público en salud alcanza un 44,85%. Esto equivale a un gasto público de salud de 3,4% del PIB (2012). El gasto privado alcanza un 55,14% del total en gasto sanitario, equivalente a 4,19% PIB, incluyendo el gasto del bolsillo (38,26%) y los fondos de las Isapre (16,87%).

Gráfico 1: Gasto en Salud OCDE según agente de financiamiento.



Fuente: OCDE. Stat (2013).

Chile tiene la proporción de gasto privado más alta de la OCDE, superando incluso a EE.UU. (51%). Esta distribución del gasto sanitario en Chile evidencia una hegemonía del gasto privado por sobre el público, también dentro de todas las fuentes de

6 Ibid.

financiamiento es el gasto de bolsillo el principal, dando cuenta de que en salud, al menos desde el punto de vista de cómo se financia, se puede homologar a un “bien de consumo” y no un derecho social.

II. LA CONCENTRACIÓN DEL SISTEMA PRIVADO ⁷

Otro grave problema que se evidencia en el aseguramiento y prestadores privados tiene relación con los altos niveles de concentración económica del sector. Para 1985 existían en funcionamiento 17 Isapre (10 abiertas y 7 cerradas). Para 1990, esta industria alcanza su máxima expansión (medida en número de Isapres), alcanzando 34 empresas, 21 abiertas y 13 cerradas. Sin embargo, desde 2000 se comienza a generar una reducción. En ese año el número llegó a 23 y en 2005 nuevamente disminuye a 15. Actualmente existen 13, siendo 7 Isapre abiertas y 6 cerradas. Desde el punto de vista de la distribución de los beneficiarios, 5 Isapre controlan el 91,5% del total de la cartera de beneficiarios de la industria. Aquí nos referimos a Consalud S.A (21,6%), Isapre Banmédica S.A. (20,9%), Cruz Blanca S.A. (19,6%), Colmena Golden Cross (16,1%), Masvida S.A. (13,3%). Esta concentración de la propiedad y de los beneficiarios en pocas Isapre también se relaciona con otro fenómeno, la integración vertical de la industria. Esto implica que se han constituido *holdings* de empresas que agrupan a los seguros y a los prestadores (clínicas), cumpliendo las Isapre la función de intermediarios financieros que permiten a los *holdings* direccionar la demanda sanitaria a sus propias clínicas. Esto se realiza a través de las coberturas ofrecidas; si un usuario decide atenderse en las clínicas del *holding* deberá cancelar un menor porcentaje de copago, mientras que si el usuario quiere realizar la atención en otro centro de salud se le castiga mediante mayores copagos por la misma atención. Otra forma que se utiliza para direccionar la demanda es a través de planes con prestadores preferentes, que permiten a las Isapre ofrecer cobertura a ciertos problemas de salud sólo en sus respectivas redes de prestadores.

Por ende, tras las Isapre el verdadero poder económico se articula a partir de un conjunto de *holdings*, siendo los principales *holdings* de la salud privada la Cámara Chilena de la Construcción, empresas Banmédica (grupo Fernández-León y PENTA) y el Grupo Cruz Blanca (Said).

La Cámara Chilena de la Construcción (CCHC) a través de inversiones ILC, controla a la Isapre Consalud S.A. Además la CCHC posee una enorme red de prestadores, como la red Megasalud, la Clínica Tabancura, Clínica Bicentenario, Clínica Avansalud, Clínica Arauco Salud y 13 Clínicas regionales. Las utilidades obtenidas durante 2013 por este grupo ligadas a salud son: Isapre Consalud \$7.070 millones, su red de prestadores obtuvo utilidades por \$13.205 millones.

El holding empresas Banmédica es controlado por el grupo Fernández-León y empresas PENTA (Carlos Alberto Délano y Carlos Eugenio Lavín). El holding es dueño de dos Isapres, Isapre Banmédica S.A. e Isapre Vida Tres. Por otro lado empresas Banmédica posee una gran cantidad de clínicas y prestadores de salud, donde destacan la Clínica

⁷ Los datos que se presentan para cada grupos económico fueron obtenidos de sus respectivas memorias anuales publicadas en sus sitios web.

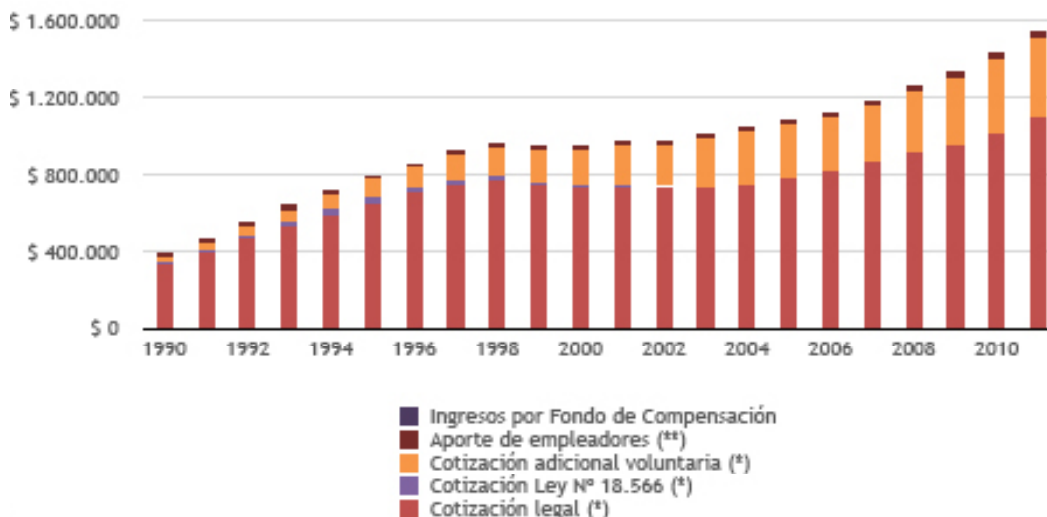
Santa María, Clínica Dávila, Vidaintegra, Clínica Alameda, Clínica Vespucio, Clínica Biobío, Clínica Ciudad del Mar y HELP (también tiene porcentajes importantes en más clínicas nacionales e internacionales). Las utilidades del holding durante el 2013 llegaron a los \$48.702 millones, de los cuales 15 mil millones corresponden a las Isapre del grupo y 27 mil millones a las utilidades de las clínicas.

Un tercer holding es el “Grupo Cruz Blanca”, controlado por el grupo Said y el grupo BUPA-Sanitas (capitales españoles). Al igual que los anteriores *holdings* Cruz Blanca es dueño de Integramédica, Clínica Reñaca, Clínica San Jose y Clínica Antofagasta. Las utilidades de este holding para el 2013, llegaron a los 10.993 millones.

Otros actores de menor tamaño son Colmena Golden Cross, controlada por “Inversiones y Servicios Apoquindo S.A.”, específicamente por Carlos Trucco Brito, entre otros (no tiene presencia en los prestadores de salud), y finalmente Masvida, Isapre de propiedad de 7.000 médicos socios. Tiene participación en las clínicas El Loa, de la Familia, Las Lilas, Isamédica, Chillán, Universitaria de Concepción, Los Andes y Magallanes.

Un elemento importante respecto de la composición de las utilidades, es que éstas son mayores en los prestadores de salud y no en las Isapre.

Gráfico 2: Ingresos operacionales de las Isapre (en millones 2011).

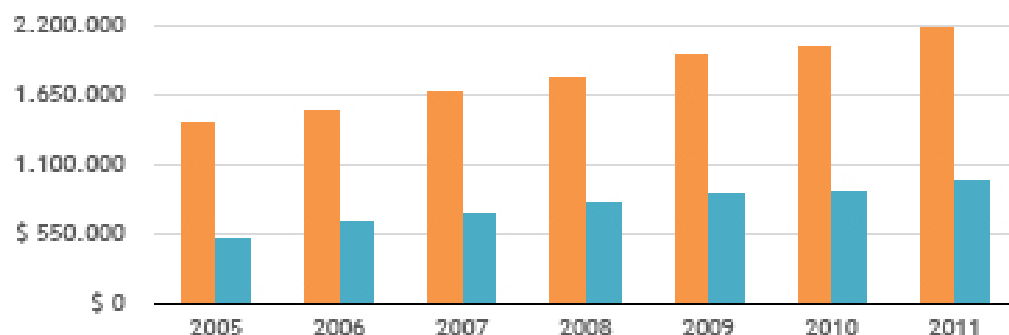


Fuente: Elaboración propia en base a superintendencia de salud.

Las Isapre son intermediarios financieros, estas empresas manejan principalmente los recursos de la cotización legal (7% de seguridad social), tal como se puede apreciar en el gráfico 2. Sobre esos recursos están los aportes “voluntarios” de sus cotizantes. El porcentaje promedio (1990-2011) de los costos operacionales respecto de los ingresos es de un 81% del total, el costo operacional son básicamente las acciones de salud que se deben bonificar por parte de las Isapre. Esto representa una de las principales fuentes de ingresos que reciben las clínicas. Desde 1990 a 2011 las Isapre pagaron atenciones

por 28.974 millones de dólares en las clínicas privadas, solo el 2011 esta cifra alcanza los 2.184 millones de dólares. Sin embargo, las Isapre no son las únicas que compran atenciones de salud a las clínicas; el Estado es un gran comprador de prestaciones de salud, mediante la modalidad libre elección de Fonasa (subsidio a la demanda) y compras centralizadas y descentralizadas (hospitales públicos).

Gráfico 3: Transferencias públicas y privadas a las clínicas (en millones de USD).



Fuente: Elaboración propia en base a superintendencia de salud y DIPRES.

En el gráfico 3 se pueden apreciar los ingresos que reciben los prestadores privados por parte de las Isapre y el Estado (no se considera el gasto de bolsillo en atenciones). De esta forma las clínicas están recibiendo ingresos que van entre 2.000 y 3.000 millones de dólares al año, siendo de esta forma la mayor área de negocios en la salud.

III. ¿REFORMAS A LAS ISAPRE?

La discusión por generar una reforma a las Isapre lleva bastante tiempo, sin embargo en agosto de 2010 se produce un fallo por parte del Tribunal Constitucional (TC) que resulta clave para la apertura del debate. En esta oportunidad el TC declara como inconstitucional la discriminación por sexo y edad que se consagraba en la tabla de factores de riesgo (mecanismo que identificaba y clasificaba a los beneficiarios de las Isapre según grupos de riesgo). La principal razón que se esgrime por parte del TC es que las Isapre administran recursos de la seguridad social, y en ella no se puede vulnerar el principio de la igualdad.

El fallo del TC genera la necesidad de contar con una nueva ley de Isapre que no discrimine a los grupos de mayor riesgo a enfermar. Por esta razón el gobierno de Sebastián Piñera convoca a una primera comisión presidencial, la llamada comisión Illanes. Esta comisión establece dos propuestas, una de "mayoría" y otra de "minoría". En la alternativa de mayoría se proponía un fondo mancomunado que distribuiría los recursos del 7% compensando el riesgo de los beneficiarios con mayor riesgo a enfermar. La propuesta de minoría, por su parte, implicaba que el Estado debía subsidiar a los beneficiarios de mayor riesgo. Las propuestas de la comisión Illanes fueron desechadas por el gobierno de Piñera, a la vez que se envía al Congreso una ley

corta, que buscaba “aplanar” las primas y creaba el IPC de salud como un referente para la reajustabilidad de los planes. Este proyecto de ley corta fue retirado por el Gobierno por falta de piso político, e implicó la convocatoria a una nueva comisión, esta vez con un mandato que ya implicaba un producto: la creación de un plan garantizado de salud (PGS) para las Isapre. El PGS fijaba un precio único independiente del 7% para cubrir las prestaciones del GES, cobertura catastrófica (CAEC) y una serie de prestaciones que no alcanzaran a ser especificadas. Además se reincorporaba el IPC de salud para el reajuste de los planes. Este proyecto de ley no logra ser aprobado en el Congreso y una vez que asume el gobierno de Bachelet es retirado, creándose una nueva comisión presidencial con el fin de proponer una nueva reforma.

Bajo el gobierno de Michelle Bachelet se vuelve a abrir la discusión respecto a la reforma en salud, convocándose una comisión asesora presidencial para que proponga un rediseño del aseguramiento de salud en Chile. El desarrollo de esta comisión no ha estado exento de polémicas, especialmente a partir de la filtración a la prensa de una votación al interior de la comisión en que se muestra como preferente la idea de una reforma que avance hacia a un asegurador único de carácter público (esto implica que las Isapre desaparecen, al menos como seguros que administran los recursos del 7% de cotización). Posterior a esta votación la ministra de salud Helia Molina realiza una declaración en que cierra la puerta a una reforma estructural, señalando que las transformaciones deben circunscribirse a resolver los problemas propios de las Isapre, reajustabilidad de los planes y la discriminación por riesgo. Esto último, si bien es positivo, implica regular a los seguros privados y no desmercantilizar el aseguramiento.

La comisión que se conforma con el gobierno de Bachelet parte con un mandato que implica:

- Terminar con la discriminación por riesgo (selección de asegurados).
- Controlar las alzas de precios y su variabilidad.
- Regular planes en cuanto a beneficios y co-pagos.
- Generar una propuesta que considere una mirada global del financiamiento del aseguramiento y de los prestadores.

La composición de esta comisión se presta a la crítica, dado que si bien se incluye al mundo de la academia y los expertos, también se incluyen a los representantes de clínicas e Isapres. Sin embargo se decidió al momento de constituir este espacio, la exclusión de todo el mundo social. En esta comisión no hay representantes de los usuarios, de trabajadores y ninguna organización social. De esta forma el Gobierno solo les otorga calidad de “actor” a los empresarios de la salud.

Los sectores empresariales de esta comisión han filtrado sistemáticamente información de la misma, junto con polemizar con las propuestas que allí se han levantado. Son críticas a la supuesta “estatización” de la salud, a que se expropiará la propiedad de los fondos de salud y atentará contra la libertad de elección de los afiliados a las Isapre, todas estas afirmaciones con el propósito de generar confusión y oposición a las propuestas de cambio. La comisión ha definido que presentará una propuesta de largo plazo y una propuesta de corto plazo.

En el largo plazo la comisión propone por mayoría adoptar la idea de un “Seguro Único de Salud”, lo que implica que existiría solo un seguro de salud y de carácter público que mancomunaría todos los recursos de la cotización legal, transitando las Isapre en este esquema hacia convertirse en seguros complementarios. Esta propuesta ha sido levantada por varios actores de la salud, así como por parte de la Fundación Creando Salud⁸, y ha sido demonizada por parte de los actores empresariales, que no están dispuestos a producir cambios estructurales. Del mismo modo, el Gobierno ha mencionado que no realizará una reforma estructural en la salud, por lo que termina descartando el Seguro Único.

La propuesta de corto plazo establece la creación de un Plan de Seguridad Social (PSS) igual para los afiliados a Fonasa e Isapre, en que se cubren las atenciones incorporadas por la modalidad institucional de Fonasa y la modalidad de libre elección, las prestaciones del GES, ley de urgencia, cobertura de enfermedades catastróficas, licencias médicas y las prestaciones de medicina preventiva. El PSS se financiará mediante la cotización del 7%. Por otro lado, las prestaciones o atenciones de salud tendrán porcentajes de cobertura fija y los precios solo variarán en función del precio fijado por el prestador, junto con proponer la fijación de límites anuales al copago. Se propone por parte de la comisión que el PSS no sea obligatorio, siendo los afiliados quienes decidan si continuar con sus actuales planes o cambiarlos al PSS, esto al menos por un plazo de 10 años.

Los fondos que aporten los afiliados a las Isapre irían a un fondo inter Isapre, que distribuirá los recursos compensando el riesgo de los afiliados. Las Isapre además podrán ofrecer planes complementarios. Otro elemento que se incluirá es que las Isapre no podrán obtener utilidades mediante el 7%, sino solo a través de los planes complementarios. Por otro lado se propone que la afiliación sea libre, de tal forma que no se pueda bloquear la entrada de ningún afiliado, lo cual terminaría con el actual problema de los “cautivos”. Se propone establecer un fondo mancomunado entre Fonasa e Isapre, cuyos recursos se destinarían al financiamiento de medicamentos de alto costo, sin embargo esto sólo tendría un alcance limitado equivalente al 0,35% de la cotización. Respecto al problema de las licencias médicas, se propone la creación de un fondo que administre y gestione los recursos para este propósito, así como una entidad regulatoria de carácter autónoma.

La propuesta de corto plazo se hace cargo del fallo del TC, al terminar con la discriminación por riesgo en las Isapre, lo cual constituye uno de los elementos más graves del actual esquema de seguros privados. Así también se pueden apreciar otros elementos positivos, como el fondo mancomunado, el fin al lucro con el 7% legal y los límites al copago. No obstante lo anterior, la solidaridad está circunscrita sólo dentro de las Isapre y no con los beneficiarios de Fonasa, que como se mencionó tienen mayor riesgo a enfermar. La creación del fondo inter Isapre implica que habrá solidaridad entre los más ricos y sanos, y si bien esto podría haber sido minimizado con el fondo mancomunado, éste será tan pequeño que no conseguirá este propósito. Un efecto quizás indeseado es que esta solidaridad entre las Isapre puede terminar beneficiado

8 Goyenechea, M. (2014, 7 de julio). “Salud como derecho universal: propuesta para una reforma estructural. El Mostrador. Recuperado en: <http://www.elmostrador.cl/opinion/2014/07/07/salud-como-derecho-universal-propuesta-para-una-reforma-estructural/>

a las más grandes (porque tienen mayor riesgo), por lo cual las Isapre más pequeñas deberán compensar a las de mayor participación de mercado, lo cual podría implicar una aún mayor concentración en esta industria.

Resulta preocupante por otro lado que no exista relación entre la propuesta de largo y corto plazo, por lo que existe el peligro de que sea completamente abandonada y se termine legitimando y dando viabilidad a la industria de los seguros privados.

IV. ¿REFORMA ESTRUCTURAL?

Las propuestas de la comisión presidencial deberán ser convertidas en un proyecto de ley, por ende aún no se sabe con precisión qué elementos serán incorporados y cuáles serán desechados. Sin embargo, con seguridad este proyecto de ley no constituirá una reforma estructural, sino más bien una regulación estatal al negocio del aseguramiento.

No se cuestiona el lucro en la salud en su conjunto, por lo cual permanecería siendo lícito lucrar con las atenciones de salud. Y como ya se ha mencionado, el verdadero negocio no está en las Isapre, sino que en las clínicas privadas. Por otro lado, si bien se limita el lucro en el aseguramiento, este límite no implicará que las Isapre no lucren, dado que hoy las cotizaciones promedio llegan a un 10% y solo se impediría lucrar con la cotización legal.

La evidencia que existe sobre nuestro sistema de salud muestra la urgencia de contar con una reforma estructural. Para avanzar en este objetivo no basta solo con modificar o regular a las Isapre. Es fundamental abordar la dimensión de la Constitución, en tanto ésta actualmente solo entiende el derecho a la salud desde la perspectiva de la “libertad de elección”, por lo que se debe avanzar en la definición del derecho a la salud en su completa integralidad. Es fundamental fortalecer la red pública de salud que beneficia al 80% de la población, dotándola de los recursos y capacidades para satisfacer las necesidades y no solo solucionar los problemas de los más ricos y sanos. El problema del financiamiento de la salud es un eje fundamental, pero solo podrá ser abordado a través de un Seguro Único de Salud de carácter público, o bien a través de un sistema de financiamiento mediante impuestos generales, además de enfrentar el grave problema del gasto de bolsillo. Otro elemento que debe contener una reforma, es la participación, socializando procesos de decisión, así como incluir a los actores sociales en las discusiones claves, algo que hoy no ocurrió en la comisión del gobierno.

En suma, las propuestas que son emanadas desde la comisión de reforma de Isapres, si bien constituyen un avance, lo son más en la perspectiva de la regulación de los abusos de la lógica de mercado, antes que el cuestionamiento de lo inaplicable que resulta esta lógica a la hora de organizar la garantía de un derecho social como es la salud ▼