
No es más Estado ni más mercado: es diseñar para nuestra naturaleza

“...Alemania, creadora del seguro moderno de salud en 1883, permite que cerca de 100 fondos privados compitan libremente por afiliados. Sin embargo, el Estado regula con precisión: todos deben ofrecer el mismo paquete básico y existe un mecanismo de compensación de riesgos...”.

PAULA DAZA

Directora ejecutiva de CIPS UDD
Facultad de Gobierno

Algo no cuadra en las matemáticas del gasto nacional en salud. El Estado gasta mucho, pero sigue siendo insuficiente para cubrir lo básico. Los ciudadanos terminan pagando de su bolsillo remedios, exámenes y atenciones esenciales. Si sumamos ese gasto directo, representa entre el 30% y el 35% del total en salud: casi el doble del promedio OCDE.



¿Qué ocurre en Chile que, teniendo profesionales destacados, infraestructura y una larga tradición sanitaria, no logramos un sistema eficiente y de calidad?

Algo falla en la arquitectura del sistema y la discusión política no está ayudando a resolverlo.

Hemos caído en la lógica de los “bandos”. Quienes defienden el mercado a ultranza asumen que las personas son agentes puramente competitivos; quienes exigen un monopolio estatal suponen un altruismo incondicional. Ambos enfoques son reduccionistas.

Como recordó Álvaro Fischer en “El Mercurio”, la evolución nos hizo simultá-

neamente competitivos y colaborativos. Cooperamos para construir comunidad, pero también competimos para progresar y buscar eficiencia. El desafío de las políticas públicas es diseñar incentivos que alineen prevención, competencia legítima y atención oportuna.

La experiencia internacional muestra que los mejores sistemas sanitarios equilibran ambas dimensiones.

Alemania, creadora del seguro moderno de salud en 1883, permite que cerca de 100 fondos privados compitan libremente por afiliados. Sin embargo, el Estado regula con precisión: todos deben ofrecer el mismo paquete básico y existe un mecanismo de compensación de riesgos. Así, atraer a un enfermo crónico deja de ser un problema financiero y la competencia se traslada a la calidad del servicio y la prevención.

Israel también ofrece una lección relevante. Con un gasto en salud equivalente al 7,6% de su PIB, supera el promedio OCDE en la mayoría de los indicadores clave. Su modelo combina cuatro fondos en competencia regulada con un comité técnico independiente que actualiza la canasta de prestaciones. Además, destina el 41% de su gasto sanitario a atención primaria y prevención.

Corea del Sur demuestra el valor de la interoperabilidad clínica para tomar decisiones basadas en evidencia. Costa Rica

confirma que fortalecer la atención primaria reduce hospitalizaciones y disminuye el gasto de bolsillo.

Ninguno de estos países eligió entre libertad o protección. Diseñaron sistemas donde ambas conviven porque entienden la naturaleza real de las personas.

Para que Chile avance en esa dirección, se requieren tres pasos concretos.

Primero, implementar una compensación de riesgos robusta. Las isapres no son el problema en sí mismas; el problema es un diseño que todavía premia seleccionar pacientes sanos. La Ley Corta de 2024 fue necesaria pero insuficiente. Un fondo de compensación bien diseñado permitiría competir en calidad y servicio.

Segundo, actualizar periódicamente el GES/AUGE con criterios técnicos y transparentes. La medicina avanza rápido y muchas garantías se han quedado atrás, obligando a miles de familias a enfrentar gastos que debieran estar cubiertos.

Tercero, financiar seriamente la atención primaria. Si el primer nivel funciona y previene, todo el sistema gasta menos y obtiene mejores resultados.

La crisis de las isapres abrió una oportunidad histórica. El riesgo es desperdiciarla repitiendo el debate entre más Estado o más mercado. Chile necesita una discusión menos ideológica y más pragmática: preguntarse qué es lo que realmente funciona.