

Política Social

3

La política social en la encrucijada. ¿Hacia dónde van las reformas?

Eugenio Rivera Urrutia

Introducción.

El último informe de la OCDE ha ratificado lo que una numerosa bibliografía venía sosteniendo desde hace un tiempo: la alta influencia del fundamentalismo de mercado junto con el estilo que ha asumido el crecimiento de la economía mundial ha provocado un aumento de la desigualdad en los países desarrollados. La OCDE sintetiza la situación de la siguiente manera:

“El informe de la OCDE del 2008 ‘Creciendo desigualmente’ mostró que la brecha entre ricos y pobres había venido creciendo en la mayoría de los países de la OCDE. Tres años después la desigualdad ha devenido en una preocupación universal, entre los formuladores de política y las sociedades en su conjunto. Hoy en las economías avanzadas, el ingreso promedio del 10% más rico es casi 9 veces el ingreso del 10% más pobre. En algunos países como Israel y los Estados Unidos, la desigualdad ha crecido aún más. Pero aún en los países tradicionalmente más igualitarios – como Alemania, Dinamarca y Suecia – la brecha de ingreso entre ricos y pobres se está expandiendo – desde 5 a 1 en los 80s a 6 a 1 en la actualidad. Sólo unos pocos países han podido escapar a esta tendencia: la desigualdad del ingreso ha caído recientemente en Chile y México, pero los más ricos de estos dos países tienen aún ingresos más de 25 veces los de los más pobres” (OECD, 2011)

Enfrentamos en consecuencia desafíos de alcance universal. El deterioro general en materia de desigualdad permite valorar aún más los resultados alcanzados en países como Chile y México, pero queda inmediatamente en evidencia que las mejoras no han incidido en un mejoramiento sustancial, por el contrario las diferencias siguen siendo abismales. Crece además la percepción de que la comparación entre los quintiles más ricos y más pobres de la población no da cuenta adecuada de las graves diferencias que caracterizan a nuestros países. En efecto, Solimano y Torche al ordenar la distribución según grupos de 10% y 5% se observa que “la desigualdad de ingresos en Chile se debe principalmente a una concentración en la parte alta de la distribución (10% y 5% más ricos respectivamente) más que a una pobreza muy acentuada en la base de la distribución de los ingresos. Además, la distribución es relativamente uniforme (baja disparidad de ingresos) desde los deciles 1 a 9” (Solimano, 2010)

En este contexto, y como efecto de un generalizado malestar social que encontró particular expresión en las

”

Las tensiones ideológicas conceptuales, así como las iniciativas sociales del gobierno exigen reconsiderar la política social de la derecha, que parece querer encontrar una fórmula que se aleja de la focalización y que busca compatibilizar la ampliación de los objetivos y beneficiarios de la política social con su privatización y apertura de negocios para los privados.

movilizaciones contra Hidroaysén, contra el sistema educacional y contra la profunda desigualdad entre Santiago y las regiones no resulta extraño que la política social siga siendo el eje principal del Gobierno de Piñera. Fue así como en octubre 2011 se envió un proyecto sobre ingreso ético; en diciembre del mismo año se presentó otro que busca transformar sustancialmente el sistema de ISAPRES; y en marzo del presente año se ha anunciado la iniciativa que busca recortar jornada de trabajo de empleadas domésticas de 72 a 45 horas en un período de 3 años. A ello se suman fuertes declaraciones de varios ministros en contra de los abusos empresariales e iniciativas a favor de los consumidores, como es la entrada en vigencia del SERNAC financiero en el mismo mes de marzo.

La decidida acción de los ciudadanos de Aysén y el anuncio de diferentes organizaciones estudiantiles que persistirán en la lucha por un nuevo sistema educacional permite observar que el cuestionamiento de la desigualdad en el acceso a la educación y a la salud; de la desigualdad regional en la distribución de los beneficios y costos ambientales de los grandes proyectos no parece posible de ser superado con iniciativas menores que no permiten abordar los problemas estructurales que se han venido evidenciando.

Pese a que las políticas gubernamentales no "dan el ancho", el énfasis "social" del gobierno han generado polémicas en la derecha. Se perciben fuertes diferencias. Frente a una política sistemática del empresariado, de la derecha más vinculada a la dictadura de Pinochet, de los centros de pensamiento como Libertad y Desarrollo y del duopolio existente en la prensa escrita, la nueva derecha dice querer romper con el paradigma de la teoría del chorro y del "Estado mínimo" y se pronuncia contra el "mito", que la agenda social es patrimonio de un sector (Ignacio Briones, en Qué Pasa, 9.3.2012).

Estas tensiones ideológicas conceptuales, así como las iniciativas sociales del gobierno exigen reconsiderar la política social de la derecha, que parece querer encontrar una fórmula que se aleja de la focalización y que busca compatibilizar la ampliación de los objetivos y beneficiarios de la política social con su privatización y apertura de negocios para los privados. Es así como en la siguiente sección se analiza el modelo social chileno y las proposiciones de reorientación que se perciben en el debate público y los planteamientos de las autoridades gubernamentales, por una parte, y de la oposición social por otra. En la tercera sección se analiza el debate en torno a la reforma del sistema privado de salud. En la cuarta sección se analizan brevemente los otros temas que han llenado la agenda social. Finaliza el trabajo con algunas conclusiones.

El modelo social chileno.

La política social de la dictadura de Pinochet estuvo estructurada en torno al objetivo de privatizar la salud, la educación y la previsión y asociado a ello la exclusión creciente del Estado tanto de su papel rector como (y era el objetivo de largo plazo) de proveedor de los servicios. Inspirada en el impuesto negativo de Friedman, Pinochet reservó al Estado un papel crucial en la atención de los grupos más pobres, los cuales eran concebidos como personas incapaces de

cuidar por sí mismos. El rol acotado del Estado estaba estrictamente orientado por la focalización de los recursos utilizados en los más pobres. Se rompió así con la política universalista que había orientado al Estado de Bienestar europeo, más allá de las distintas modalidades que asumió en los distintos países y, que de manera precaria se había impulsado en Chile. La decisión de excluir al Estado de la prestación de servicios sociales y su sustitución por una nueva "industria" se tradujo en el deterioro generalizado de los servicios públicos.

Fue así como al asumir el gobierno, el Presidente Patricio Aylwin se encontró con escuelas y hospitales en condiciones desastrosas. La reforma tributaria de 1990, concordada con Renovación Nacional, estuvo orientada a comenzar la recuperación del sistema público. Esta política se tradujo en un fuerte incremento de la inversión pública en salud y educación, un incremento de las remuneraciones de trabajadores y profesionales vinculados a ambos sectores. No obstante, las definiciones de la Concertación respecto de la focalización fueron al menos ambiguas. En algunos campos, se continuó de manera estricta con las orientaciones anteriores. Un ejemplo paradigmático fue la mantención, en niveles muy bajos de las ayudas monetarias a las familias. Otro ejemplo fue la autorización del copago en el sistema escolar público y subvencionado que fortaleció definitivamente el hecho que el poder de pago determinaba la calidad de la educación a la que los diferentes sectores podían acceder.

Por otra parte, y ya bajo el gobierno del Presidente Eduardo Frei, la decisión positiva de crear las condiciones para asegurar la jornada escolar completa, se tradujo en una política, que facilitó a los prestadores privados los recursos para mejorar su infraestructura sin que este subsidio estuviera condicionado al cumplimiento de normas básicas que guían la educación pública (en sentido amplio) como es la no existencia de fines de lucro y la prohibición de efectuar procesos de selección. Se retomaba, en ese sentido, la política de la dictadura de facilitar el desarrollo de negocios privados en torno a la prestación de los servicios sociales fundamentales.

Conviene detenerse en este momento para sistematizar con la ayuda del gráfico, las características fundamentales del modelo social chileno para luego, sobre esa base, conceptualizar la naturaleza de las políticas de los últimos 12 años, en particular las iniciativas en marcha de la administración Piñera y el impacto que tienen sobre el modelo básico que intentamos esquematizar. El gráfico deja en evidencia la naturaleza fragmentada del sistema de protección social. Enfrentamos en primer lugar el mundo separado de los pobres, beneficiarios de una política social para pobres tanto porque en su concepción fundamental está focalizada en ese segmento de la población como porque, al estar orientada por el principio de selección adversa, mantiene las prestaciones a niveles mínimos para evitar las filtraciones. En este mundo la gratuidad es un elemento constitutivo del sistema e incluso involucra transferencias monetarias relativamente importantes para sus beneficiarios. Es posible acceder a salud, educación gratuita y a una pensión solidaria.

En su versión inicial, el título habilitante para acceder a estas prestaciones no son los derechos sino algo similar a los principios de caridad y derivan de la preocupación por evitar explosiones sociales. Implícito en el modelo está

la idea de que este mundo es transitorio y que al graduarse de “no pobre” se supera definitivamente la pobreza y se accede al mundo normalizado de las oportunidades.

CUADRO 1

El modelo social chileno	
<p>La política social para pobres</p> <p>Preocupación por el incapaz y/o desafortunado</p> <p>Prestación focalizada de servicios sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud gratuita • Educación gratuita • Transferencias monetarias <ul style="list-style-type: none"> • Subsidio y asignación Familiar • Pensión asistencial • Subsidios agua y otros servicios <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Pobre política social que no habilita para ser no pobre</p>	<p>Mercantilización de la política social</p> <p>La libertad de los no pobres: La capacidad de pago determina acceso y calidad de servicios</p> <p>¿Protección social privada?</p> <ul style="list-style-type: none"> • AFP • Vouchers para educación • Mercantilización de la salud • Dificultades para acceder a puestos calificados <p>Las “imperfecciones” del mercado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mala regulación y problemas de competencia • El consumidor desprotegido • La descalificación de trabajo <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Vulnerabilidad: 80% población con riesgo de volver a la pobreza</p>

Fuente: Elaboración propia

En el mundo de las oportunidades, la gratuidad desaparece y los servicios sociales operan como un mercado más. Salir del mundo de la pobreza es acceder al mundo de la “libertad de elegir”, el colegio, el médico, la ISAPRE, la clínica y la AFP de su preferencia. Como contrapartida, el no pobre pierde “sus derechos” a acceder a muchos beneficios y enfrenta la realidad de que debe financiar personalmente las prestaciones. La oportunidad de acceder a servicios distintos a los de los pobres se hace posible sólo si se dispone de los ingresos necesarios. Aparece el copago en la escuela; los altos costos de los planes de las ISAPRES que para el 90% de la población implica costos difíciles de enfrentar y que, además, no aseguran cobertura financiera suficiente, lo que abre paso a la posibilidad de perderlo todo en caso de una enfermedad catastrófica.

Como los otros mercados, el mercado de la salud, de la educación, de la previsión, están sujetos a numerosas “imperfecciones” que se traducen en una extrema vulnerabilidad: la principal, es que la mayoría de los no pobres corre el riesgo de volver a la pobreza. Es a partir de este modelo fundamental que es posible conceptualizar los debates en torno al sistema.

Sin duda el Plan Auge en salud representa un esfuerzo sustancial por entregar una nueva orientación a la política social. La declaración fundamental era que

la salud era un derecho que se garantizaba para todos los residentes, dentro de las capacidades del país, para lo cual se establecían garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera y se generaban los instrumentos para el efectivo ejercicio de éstas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles (Gobierno de Chile, 2002). Sin embargo,

“Para resguardar el derecho a la salud, no basta con su declaración, sino que se hace necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera y generar los instrumentos para el efectivo ejercicio de éstas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles.” (Ibid)

Al mismo tiempo, la iniciativa introdujo un giro desde la preocupación por la extrema pobreza hacia el objetivo más ambicioso de reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y acceso universal a la atención de salud, distanciándose explícitamente de las visiones predominantes a favor de la focalización. Introducía además, el principio de solidaridad, entendido como el esfuerzo intencionado que hace la sociedad chilena para que los más vulnerables tuvieran iguales garantías que los más favorecidos lo que implica que los sanos solidarizan con los enfermos, los hombres con las mujeres, los jóvenes con las personas de edad avanzada y los ricos con los pobres.

De esta forma, la iniciativa ponía en cuestión los principios básicos de la salud privada que obligaba a cada individuo asumir individualmente los riesgos de salud. Más aún obligaba a mujeres en edad fértil asumir personalmente los costos de la maternidad, responsabilidad social básica. Instrumento clave para operacionalizar esta perspectiva era la creación del Fondo de Compensación Solidaria (FCS) destinado a “redistribuir los costos del Auge entre los miembros de los sistemas públicos y privados... financiado a través de un monto fijo por los miembros de ambos subsistemas sistemas (y tomado del 7% de las contribuciones obligatorias de los trabajadores dependientes). El FCS tenía como objetivo terminar con las diferencias de precio relativas al sexo, edad y otros factores de riesgo” (Mireya Dávila, citado por (Castiglioni, 2007). El FCS no fue aprobado En lo que nos concierne en el presente trabajo, aquí radicaba el aspecto revolucionario básico del Plan Auge¹.

La administración de la Presidenta Bachelet mantiene la preocupación por una perspectiva de derechos pero es menos radical en su cuestionamiento de la focalización, ya que no releva su efecto disruptivo sobre la cohesión social sino que sólo destaca su inadecuación para los problemas actuales. En relación con lo primero la idea básica es que se transita desde una concepción de las

1 En efecto, la iniciativa representaba un significativo esfuerzo por innovar en una serie de ámbitos del sistema de salud: su énfasis en la prevención y la idea de que éste era un esfuerzo intersectorial que sobrepasaba con mucho el “sector” salud, la creación del régimen de garantías explícitas, un nuevo modelo de atención que enfatizaba la prevención entre otras. Al respecto ver Gobierno de Chile (2002) y Sandoval (s/f).

personas consideradas como "sujetos de necesidad" a "sujetos de derechos". Al mismo tiempo, se destaca que "toda la evidencia empírica apunta a mostrar, no sólo un acelerado proceso de reducción en la magnitud de la pobreza, sino el paso de una pobreza tradicional a una pobreza moderna que le cambia su rostro (más escolarizada, con accesos a mejores condiciones de habitabilidad y servicios sociales básicos, etc.) A la par, aumentan los sectores no pobres, pero con bajos ingresos y empleos precarios, así como se produce la coexistencia de accesos masivos a prestaciones, pero de calidades muy distintas, situación que genera, junto con un aumento de expectativas de movilidad social, frustraciones e inseguridades asociadas a estas nuevas desigualdades." (Hardy, 2010). Es por ello que:

"Las políticas focalizadas hacia la pobreza que son exitosas para abandonar esa situación, no lo son necesariamente para resolver los riesgos de caer en pobreza, riesgos que se distribuyen desigualmente en la sociedad, porque las vulnerabilidades están desigualmente distribuidas en una sociedad con grandes brechas socioeconómicas: el 70% de los hogares tiene ingresos por debajo del ingreso promedio nacional. Lo anterior muestra que persistir en políticas de protección social enfocadas sólo hacia los más pobres puede convertirse en una opción regresiva considerando la amplitud de sectores no pobres vulnerables que, sin soporte ante los riesgos, enfrentan la incertidumbre e inestabilidad laboral, o los bajos ingresos, o ambos". (Ibid)

Esta perspectiva se traduce en que la Administración avanza en garantizar derechos sociales a la población (involucrando a todas las políticas sociales a lo largo del ciclo vital de las familias), y extenderlos a sectores más allá de la pobreza e institucionalizarlos en la forma de un Sistema de Protección Social que, para efectos de su difusión a la ciudadanía, fue denominado Red Protege. No obstante, "no se construyó un estándar de población a ser protegida y cuya definición determinara los requerimientos presupuestarios, materia que queda pendiente al término del gobierno de Bachelet y que se recoge en la actual discusión -y que estuvo presente en la reciente campaña electoral presidencial y parlamentaria del 2009- sobre la necesidad de extender la protección social a las clases medias"². En este debate no se aborda la necesidad de servicios universales y la principal medida en este campo, la reforma previsional, si bien crea un pilar solidario importante, legitima la fragmentación al potenciar el sistema de AFP (liberado de las carga de los más pobres).

Las políticas de la administración Piñera representan, por su parte, también énfasis particulares. Por una parte, retoman en los hechos los cuestionamientos de la focalización extrema eliminando o reduciendo la contribución del 7% de salud de los jubilados más allá del 20% más pobre y estableciendo el postnatal (formalmente) universal. No se trata sin embargo de un compromiso con un sistema de protección social universal. En efecto, en políticas como

² Esta perspectiva contrasta con la defensa sin condiciones del grupo liderado por Andrés Velasco de la focalización extrema. Al respecto ver Rivera (2011).

la del ingreso ético retoman las orientaciones de la focalización extrema. Por otra parte, amplían significativamente las oportunidades de negocio del sector privado en salud (creciente compra de servicios al sector privado, incluso en beneficio de los más pobres) y en educación (los mayores beneficios para los estudiantes son extensivos tanto para los que estudian en universidades estatales como para las privadas con fines de lucro). Esta privatización, mantiene como orientación fundamental la fragmentación y la existencia de lógicas contrapuestas que determinan el funcionamiento del sistema público por un lado y del privado por el otro.

Como contrapartida, en las fuerzas opositoras se empieza a perfilar un modelo distinto basado en la universalización de los servicios y en un aumento del rol del Estado como instancia rectora y en la prestación de los servicios. Los estudiantes han planteado la construcción de un nuevo sistema educacional estructurado a partir de la educación pública; se habla de una AFP estatal que podría derivar en un nuevo sistema previsional y se fortalecen las críticas al sistema privado de salud.

Las iniciativas para transformar el sistema privado de salud.

Si bien la movilización estudiantil contra el modelo educacional chileno concentró la atención en el 2011, ya desde hace tiempo se venía expresando un fuerte malestar respecto del sistema de salud. El malestar alcanzaba tanto al sistema público como al privado, pero las desigualdades existentes entre ambos sistemas potencian la irritación. En su estudio, el académico de la Universidad Católica Camilo Cid llama la atención que del 7,5% del PIB que se gastaba en salud en el año 2008, 6,9% del PIB se gastaba entre beneficiarios ISAPRE y FONASA. De esa cifra el 19% de los ciudadanos afiliados a las isapres usaba el 2,4% del PIB en gastos en salud, mientras que el 81% restante, afiliado a FONASA, utilizaba solo el 4,5% del PIB³.

Aunque el financiamiento de la salud en Chile como porcentaje del PIB ha crecido en los últimos años alcanzando el 8,3% en 2009, nuestro país se encuentra en el grupo de naciones con menor gasto en salud de los miembros de la OECD, con una composición público-privada muy distinta al resto de los países debido a una predominancia del gasto privado por sobre el público. Según indica el autor citado, el gasto público alcanzó el 3,2% del PIB en 2008, equivalente al 44% del total, mientras la OMS ha recomendado a países como Chile estar por encima del 4 a 5% del PIB en este indicador. Por otra parte, el gasto de bolsillo, el tipo de financiamiento de la salud menos eficiente y menos equitativo, ocupaba un 38 a 40% del financiamiento total en Chile en 2008, y aunque habría disminuido en 2009 a 34%, esta cifra

3 Lo que implica que en los ciudadanos afiliados a las ISAPRES se gasta 2,33 veces lo que se eroga por los ciudadanos afiliados a FONASA. Al igual que en educación, no es posible hablar de igualdad de oportunidades, menos aún si se considera que es probable que la población de menores recursos, por enfrentar condiciones de vida más precarias, presente mayores problemas de salud.

pone a Chile fuera de los parámetros de los países de la OCDE en que este tipo de gasto es menor al 10%⁴. Según Cid, este nivel de gasto de bolsillo cuestiona la universalidad del sistema chileno, ya que un componente vital de ella es que la cobertura de inscritos sea acompañada por protección frente a las catástrofes financieras en salud.

En Chile, con datos del INE 2007 para la Región Metropolitana, se ha estimado que cerca del 3,6% de los hogares pueden encontrarse en esta situación de catástrofe financiera considerando un umbral de gasto anual de 30% de la renta familiar (Camilo Cid, 2011). Como no existe un pool único para el financiamiento, la solidaridad del sistema ocurre solo en FONASA, es decir, entre los más pobres y más propensos a enfermar. Los más ricos y más sanos quedan fuera del arreglo financiero de seguridad social y no aportan en su interior.

FONASA, que cuenta con una cartera de beneficiarios más riesgosa, debe recibir y hacerse cargo financieramente y de forma permanente de los no seleccionados o eliminados del sistema ISAPRE, que son los que se enfermaron o se van a enfermar, los adultos mayores, las mujeres, todos grupos que se espera gasten relativamente más recursos en salud. Cuando estos grupos llegan a FONASA, se produce además un problema de equidad, ya que las ISAPRE nunca aportaron por ellos al pool público, y en el fondo público disminuirán los recursos disponibles para el conjunto (Cid, 2011, p.8) Analizado en sí mismo, el sistema privado de salud presenta graves problemas que sintetizamos en el cuadro de más abajo.

En síntesis, el sistema privado presenta una baja cobertura financiera y altos copagos, falta de distribución adecuada de los riesgos obligando a las personas a asumir individualmente los mayores costos provenientes de la maternidad y la vejez, alta cautividad producto de las preexistencias y una consecuente baja movilidad de los afiliados entre ISAPRES lo que confirma que para la mayoría de la población la idea de la libertad de elección que presuntamente garantiza el sistema privado es ilusoria.

La declaración de inconstitucionalidad por parte del Tribunal Constitucional de los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso tercero del artículo 38 ter de la ley N° 18.933, relativos a la estructura de la tabla de factores y el creciente número de demandas judiciales en contra de la discriminación por factores de género y edad puso en la agenda política nacional la necesidad de introducir modificaciones de fondo en el sistema privado de salud. En ese contexto, se presentaron dos proyectos de reforma uno originado en el Senado y otro presentado por el gobierno.

El 28 de septiembre del 2011, cinco senadores de diversas bancadas⁵ presentaron un proyecto de ley con el objeto de reformar profundamente el sistema privado de salud para superar así "los múltiples defectos y abusos" que lo caracterizan. Entre los objetivos del proyecto destacaban: aumentar las coberturas mínimas,

4 OMS 2010 sugiere tope de 15-20% al respecto

5 Guido Girardi Lavín (PPD), Francisco Chahuán Chahuán (RN), Juan Pablo Letelier Morel (PS), Fulvio Rossi Ciocca (PS) y Mariano Ruiz-Esquide Jara (DC).

para que ningún beneficio pueda excluirse de los planes ni tener una cobertura o bonificación inferior al 80%; impedir cualquier discriminación basada en el riesgo que las personas representen para el asegurador, obligando a las Isapres a uniformar sus precios, modalidades y condiciones; terminar con las exclusiones y no cobertura de las preexistencias, a fin de eliminar todo elemento discriminador; reformar el procedimiento de otorgamiento, autorización y rechazo de licencias médicas; eliminar el período de carencia de las licencias médicas, con el objetivo de que se paguen íntegramente al trabajador-paciente los días que ha permanecido en incapacidad laboral; establecer el carácter indefinido y vitalicio de los contratos de salud y fijar reglas mínimas de dichos contratos, que impidan la alteración unilateral de precios, prestaciones, planes de salud, coberturas y otras condiciones que puedan ir en perjuicio de los afiliados y sus beneficiarios.

Por último, el proyecto buscaba impedir el establecimiento discrecional de planes cerrados de salud, a fin de garantizar el principio de libertad de elección; establecer un indicador de variación de los precios del mercado de la salud, el cual regirá los reajustes que experimente el valor de los planes, y; obligar a las ISAPRES a hacer pública la información de sus planes, por la vía de extractos e informativos colocados en sus oficinas y establecimientos.

Por su parte, el gobierno presentó con fecha 7 de diciembre del 2011 el proyecto de Ley que modifica el sistema privado de salud, incorporando el Plan Garantizado de Salud (PGS). Objetivo del proyecto era crear una nueva institucionalidad dentro del Sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y definir un plan garantizado de salud y un mecanismo solidario de financiamiento, para todos los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional esto es un plan general que no discriminara por sexo ni edad y que eliminara la cautividad a la que están sometidos las personas con preexistencias, respecto de aquellas prestaciones que la legislación asegura a sus afiliados.

El proyecto de ley, en consecuencia, garantiza un conjunto uniforme de prestaciones, respecto de las cuales cada institución establecerá un precio único, cumpliendo de esta forma con el deber de garantizar el acceso a prestaciones básicas y uniformes. A juicio del gobierno la creación de un Plan Garantizado de Salud da cabal cumplimiento a los razonamientos expuestos por el Tribunal Constitucional.

PROBLEMAS DEL SISTEMA PRIVADO DE SALUD Y PROPUESTAS DE SOLUCIÓN			
Problemas	Moción de reforma de senadores	Proyecto de reforma del gobierno	Observaciones
Baja cobertura financiera, Altos copagos y gasto en medicinas	Asegurar una cobertura de al menos 80% para los beneficios.	Plan garantizado de salud (PGS) asegura cobertura para GES. Se incluye un mecanismo solidario de financiamiento, para todos los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional.	Es probable que esta situación se mantenga en el caso de los sistemas complementarios
Discriminación por sexo y edad	Norma impide cualquier discriminación de este tipo, obligando a las Isapres a uniformar sus precios, modalidades y condiciones	PGS no discriminara por sexo ni edad y que eliminara la cautividad a la que están sometidos las personas con preexistencias, respecto de aquellas prestaciones que la legislación asegura a sus afiliados	Es probable que la discriminación se mantenga en relación con afecciones no incluidas en el PGS
Alta opacidad del sistema y multiplicidad de planes (Existen 50.000 planes, de los cuales un 40% tienen sólo un afiliado)		PGS incluye 1. Las Garantías Explícitas en Salud (GES); 2. La Cobertura para Gastos Catastróficos en salud. 3. La cobertura ante eventos de emergencia vital. 4. El Examen de Medicina Preventiva incluido en el régimen GES, y 5. Las prestaciones curativas y la cobertura financiera que se fijen conforme al procedimiento señalado al efecto.	
Falta de cobertura de preexistencias	.- Derógase la siguiente frase del inciso final del art. 190: ", excepto las correspondientes al embarazo y a enfermedades preexistentes, en los términos señalados en el artículo 189, letra g)"	El PGS asegura cobertura de todas las preexistencias incluida en el GES (Garantías explícitas de salud)	El proyecto del Gobierno no incluye las preexistencias de los afiliados de FONASA que quisieran pasarse a las ISAPRES.
Inexistencia de un índice de precios del sector		Crea el IPC de salud, que debe ser generado por el Instituto Nacional de Estadísticas	
Asimetrías en la capacidad de negociación entre ISAPRES y afiliados			No se aborda en ninguno de los proyectos
Efectos de descrome (costo esperado promedio por pacientes en FONASA 30 a 35% más que ISAPRES)			
Libertad de elección es casi un mito: movilidad alcanza a un 4% y el 35% de los afiliados son cautivos.		Se acota el problema respecto de enfermedades cubiertas por el PGS	Aún cuando en relación con el PGS podrá mejorar la movilidad, ello no ocurrirá respecto los problemas de salud no incluidos en el GES
Los precios de las primas del sistema privado de salud son altos, crecientes y diferenciados según riesgo, y han generado una rentabilidad promedio de 31,2% anual (utilidad sobre capital y reservas) en los últimos 20 años,		Se acota el problema para el PGS, aún cuando es posible que como con el Auge cobren primas más altas de lo que realmente se gasta	La débil regulación de los planes complementarios permite prever que las ISAPRES podrán mantener sus altas rentabilidades. El propio GES ha permitido mediante la sobreestimación de los requerimientos maximizar los ingresos por ese concepto.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Gobierno de Chile (2011); Senado de la República (2011) y Cid (2011)

Sin perjuicio de lo anterior, el proyecto abre la posibilidad a las partes de contratar beneficios complementarios que mejoren su cobertura, estableciendo así no sólo un mecanismo diseñado para entregar prestaciones básicas y uniformes, sino que, además, el marco normativo de las prestaciones que exceden de dicho mandato y que, por tanto, responden a otras necesidades de los beneficiarios del Sistema Privado de Salud. En relación con las

enfermedades preexistentes, el proyecto de ley dispone que respecto del PGS no se pueda imponer limitaciones a las coberturas o períodos de carencia en razón de condiciones de salud preexistentes. Por otra parte, y como efecto de la percepción de que existe arbitrariedad en la fijación de los precios de los planes de salud, el proyecto propone crear el IPC de salud, que debe ser generado por el Instituto Nacional de Estadísticas. En este contexto, las nuevas disposiciones crean el PGS que incluye: 1. Las Garantías Explícitas en Salud (GES); 2. La Cobertura para Gastos Catastróficos en salud. 3. La cobertura ante eventos de emergencia vital; 4. El Examen de Medicina Preventiva incluido en el régimen GES, y 5. Las prestaciones curativas y la cobertura financiera que se fijen conforme al procedimiento señalado al efecto.

Ambos proyectos presentan variados puntos comunes. Sin embargo, respecto de la iniciativa de los senadores se discute la constitucionalidad de la iniciativa puesto que algunos temas son de exclusiva iniciativa del Presidente de la República. En todo caso, hasta el cierre del presente análisis ambos proyectos se discutían paralelamente: el de los senadores en el Senado y el del Presidente de la República en la Cámara de Diputados.

El debate ha sido amplio. El director del Programa de Protección Social de la Fundación Chile 21, Rafael Urriola consideró que la iniciativa presidencial incrementará los costos de la salud para la población. "Plan Garantizado de Salud (PGS). ¿Cuáles serán estas prestaciones? Las del Plan AUGE, incluyendo el examen preventivo, más las catastróficas (muchas de las cuales ya están en el AUGE pero no se sabe cuales otras incluirán) y las urgencias. Es decir, este plan básico es equivalente a lo que hoy ofrece Fonasa con cobertura más bien universal y garantizada; en las demás enfermedades los afiliados quedan totalmente desprotegidos o cubiertos por planes complementarios que caerían fuera del concepto constitucional de seguridad social [...]"

Preocupa además a Urriola, la sutil privatización de la autoridad sanitaria y de las prioridades en salud al asignar al Consejo Consultivo del Plan Garantizado de Salud las "evaluaciones de tecnologías sanitarias con un criterio de costo efectividad y de priorización sanitaria" en que participarían [...] un representante de las Isapres, uno de los prestadores privados, uno del Ministerio de Salud y uno de la Dipres". Respecto del precio de este Plan Básico ha trascendido que el valor mensual del PGS podía alcanzar a 17.000 pesos por persona y que los costos del SIL eran unos 2.500 pesos adicionales. Esto significa, según Urriola, que una familia tipo de cuatro miembros con un solo trabajador -para cubrir el mínimo de prestaciones y quedar absolutamente descubierto para todo lo demás- debe aportar mensualmente \$70.500, es decir, el ingreso mínimo para estar en ISAPRES es de un millón de pesos. En Chile, según la encuesta Casen, el 90% de los hogares percibe ingresos inferiores a esta cifra. En conclusión, el proyecto de ley consagra un sistema excluyente y anti solidario ya que, justamente, los ingresos superiores podrán usar los excedentes en su particular provecho sin aportar nada a los de menores ingresos (Urriola, 2011).

Las reformas propuestas tampoco dejan contentos a las ISAPRES. El presidente de la asociación que reúne a esas entidades, Hernán Doren, ha venido sosteniendo que el PGS al incrementar el costo de las prestaciones "podría provocar la debacle del sistema". Su principal objeción es naturalmente el

principio básico que orienta a la propuesta gubernamental, esto es definir un paquete de prestaciones básicas que se garantizaría a toda la población y cuyo costo se prorratearía entre todos los afiliados a las ISAPRES con el objetivo de asegurar un costo uniforme para todos los beneficiarios (incluidos quienes están hoy expuestos a mayores costos, en especial mujeres en edad fértil y ancianos). Para Doren ello implica que, la iniciativa contradice el principio esencial del sistema privado de tarificar conforme a los riesgos que presentan los distintos individuos.

Para financiar el PGS subirán los precios de los planes de la población más joven. Según estimaciones de la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda, la elevación esperada de los precios de los planes implica que entre 500 y 800 mil personas emigrarán al sistema público, lo cual pone en serio riesgo el gran negocio que ha representado el sistema de ISAPRES. En este contexto, la UDI ha propuesto reducir a un 55% del costo del PGS a las cargas menores de 24 años (lo que se estima encarecería en un 5% el costo del plan universal). La asociación de ISAPRES, por su parte ha sugerido la conveniencia de aumentar la cotización obligatoria a un 10% (lo que resulta casi una provocación si se observan las rentabilidades extraordinarias que han logrado esas instituciones a lo largo de sus existencia y el aumento de precios en la salud privada frente a lo cual los organismos supervisores parecen no hacer nada).

Probablemente, uno de los puntos principales de la iniciativa del grupo de senadores era la proposición de terminar con la integración vertical que caracteriza al sistema privado de salud. Lamentablemente esta iniciativa fue desechada sin estudio. Quienes poseen las ISAPRES son también propietarios de algunos de los principales prestadores privados. El análisis económico tiende a minimizar los problemas que la integración vertical puede causar al adecuado desempeño de este sector. No obstante, no deja de ser preocupante la eventual existencia de colusión para elevar los precios entre las ISAPRES que definen los planes de salud y los prestadores. Ello puede dificultar el desempeño del IPC de salud. De ahí que sería de gran importancia la realización de un estudio independiente sobre los efectos de esta integración. En algún punto la discusión convergerá en torno al proyecto presidencial, el cual fue aprobado en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados el miércoles 21 de marzo del 2012.

Las múltiples facetas del debate social en el último semestre.

La educación ha mantenido un gran perfil aún cuando la movilización estudiantil bajó en intensidad a medida que se terminaba el segundo semestre del 2011. En el nuevo año escolar, los estudiantes están redefiniendo sus estrategias y fortaleciendo su capacidad propositiva. Existe consenso sobre la necesidad de buscar nuevas formas de movilización más acordes con una

batalla que se percibe como larga y vinculada a la resolución de los problemas políticos generales del país.

Por su parte, el Gobierno apuesta resolver los problemas de fondo con cambios de alcance menor desde el punto de vista de su resolución efectiva, pero que responden a intereses inmediatos de los estudiantes pobres y de clase media. La masiva reprogramación de deudas aprobada en enero del 2012 así como el proyecto que reduce la tasa de interés del CAE resulta de gran interés para la población estudiantil que estudia en universidades con fines de lucro. Esta política permite al gobierno fortalecer su esfuerzo por consolidar y legitimar la educación superior privada. En ese contexto, es crucial para el Gobierno el avance del proyecto enviado el 10 de noviembre del 2011, que crea la Superintendencia de Educación superior que como señala Harald Beyer, nuevo ministro de educación, debería fiscalizar las disposiciones legales que no permiten que las universidades tengan fines de lucro. (Entrevista a Harald Beyer, "La agenda social es claramente prioridad del gobierno", Pulso, 6 de febrero 2011, pp. 24 - 25). Particular importancia tiene desde el punto de vista de la Administración, también, el proyecto de carrera docente que ingresó a la Cámara de Diputados el miércoles 29 de febrero.

El proyecto parte del convencimiento que un factor clave en el logro de una mejor educación es la efectividad de los docentes en el proceso de enseñanza. Como punto de referencia, se señala que los países desarrollados destacan por la alta calidad de sus profesores y, aparejado con ello, el alto prestigio que goza la profesión docente. Con este objetivo, el proyecto incluye normas para el sistema de promoción y desarrollo profesional docente del sector municipal, los mecanismos de ingreso y selección a la dotación, la remuneración, los mecanismos de evaluación de los docentes y el término de la relación laboral. Se crea un examen que deberán rendir quienes quieran ejercer funciones docentes en establecimientos subvencionados y que medirá los conocimientos y habilidades de éstos. Será requisito aprobar dicho examen para ejercer en dicho sector. Por otra parte, el proyecto busca perfeccionar el sistema nacional de evaluación del desempeño de los establecimientos particulares subvencionados y aumenta la subvención por escolaridad. El costo del proyecto se estima en US\$ 1400 millones (Gobierno de Chile, 2012)

El proyecto ha sido valorado por especialistas del sector. Entre sus problemas se destaca que restrinja su alcance al sector municipal, pues se afirma que un sistema de provisión educacional mixta, con predominio de establecimientos privados las reformas deberían guiarse por el principio de igualdad de trato entre los distintos proveedores. En ese sentido se sostiene que el argumento de que el sector privado adoptaría por sí sólo las regulaciones diseñadas para el sector municipal "representa una recaída en la ideología ingenua de los automatismos de mercado". Se critica, además la omisión de las profesionales parvularias y la coexistencia de dos esquemas de evaluación de los docentes que operaría en diferentes niveles y con criterios diferentes (Brunner, 2012).

El Colegio de Profesores, por su parte, criticó que el proyecto se haya enviado sin consultas con el Colegio. Coincide con Brunner en cuanto a que no se incluyera el sector privado subvencionado, donde laboran la mayor parte de los profesores más jóvenes. En todo caso, más allá de los problemas del proyecto,

la iniciativa representa un avance y en tal sentido, un éxito de la movilización estudiantil.

La oposición, con el concurso de algunos parlamentarios de derecha ha seguido impulsando el proyecto de ley que termina con el lucro. El nuevo ministro Beyer criticó la iniciativa. Sin embargo, el 10 de enero, Arturo Fontaine, director del CEP, distanciándose de la postura tradicional de la derecha propuso que: "sería en principio preferible aceptar tres tipos de universidades: estatales que por sus estatutos sean instituciones tolerantes y pluralistas; corporaciones privadas sin fines de lucro como lo son muchas de las mejores universidades del mundo y que se financian con donaciones de particulares, aportes estatales y matrículas; y universidades con fines de lucro abierto y transparente. En este último caso, debieran pagar impuestos como cualquier empresa comercial, no podrían recibir donaciones que se descuenten de impuestos ni recibir, en general, financiamiento del Estado (préstamos con aval del Estado, por ejemplo)"

A mediados de noviembre líderes opositores presentaron el proyecto de reforma educacional "El Presupuesto de Educación 2012: Un nuevo paso hacia la reforma estructural de la educación chilena", conteniendo ocho ejes, entre los cuales plantea gratuidad hasta el séptimo decil, una reforma tributaria y unificar el sistema de becas⁶.

En suma, las demandas ciudadana por una educación pública gratuita y de calidad, el fin del lucro, la reorganización del sistema de becas, el apoyo a las universidades estatales y a la educación técnico profesional, y un financiamiento estable para financiar estas políticas, lo que exigiría una reforma tributaria, son temas que quedaron pendientes dado el receso de verano y la recuperación de clases. Estos volverán a adquirir notoriedad después de marzo cuando se redesplice la iniciativa estudiantil y ciudadana, todo ello en el marco de la competencia electoral de fines de año.

El "sube y baja" de las rentabilidades de los Fondos de Pensiones pese a los aumentos que han experimentado las bolsas a nivel nacional e internacional en los últimos meses sigue dejando en evidencia la volatilidad del sistema. Resulta complicado que el ahorro que debería operar en condiciones más seguras presente riesgos similares a las operaciones más riesgosas de los inversionistas profesionales. Son crecientes los especialistas que afirman que no va a ser posible cumplir las promesas de asegurar tasas de reemplazo en torno a 70%. De ahí que en los pasillos del Gobierno aumenta propone aumentar tasas y postergar jubilación. No es posible debatir este tema sin entrar a revisar los problemas del sistema: altas ganancias AFP, altos riesgos para los ahorros de los cotizantes, bajan pensiones, dificultades crecientes para alcanzar tasas de rentabilidad sobre 5%.

En este campo como en otros, es pertinente iniciar un debate ciudadano que evalúe la posibilidad de mejoras de fondo al actual sistema o su sustitución por un modelo que entregue más seguridad a los afiliados. Es perfectamente

6 <http://www.lanacion.cl/educacion-texto-completo-de-la-propuesta-de-oposicion/noticias/2011-11-14/152536.html>

posible una alternativa que manteniendo las cuentas individuales, asegure una tasa de rentabilidad razonable, introduzca elementos de solidaridad y reduzca significativamente los costos administrativos del sistema. El modelo sueco puede ser una interesante referencia.

Por su parte, continúa su tramitación el proyecto que crea el ingreso ético familiar. La iniciativa propuesta por la Comisión Presidencial de Trabajo y Equidad que dirigió Patricio Meller luego que la Iglesia reclamara la necesidad de un salario ético en torno a \$250.000 (del año 2007) ha derivado en una idea de ayudar a los extremadamente pobres y en montos muy pequeños. Se trata, en ese sentido, de un proyecto que se inscribe en el contexto de una focalización extrema, constituyendo un claro testimonio de la presencia importante de visiones en lo social de extrema derecha en el actual gobierno. En ese sentido, al problema básico que presentó el informe de la Comisión Meller de eludir la necesidad de una reforma laboral que permitiera una mejor distribución primaria del ingreso, mediante un subsidio estatal, se suma ahora que la propuesta gubernamental favorece a una 170 mil familias, esto sólo a las extremadamente pobres.

Interesante ha sido, que por primera vez en mucho tiempo, junto al problema de la extrema pobreza se empieza a debatir la extrema riqueza. Hay señales crecientes que el tema se empieza a incorporar en el debate internacional (discusión en Gran Bretaña sobre la posibilidad de establecer topes a los salarios de los ejecutivos; propuesta PS francés de subir a 70% tasa marginal del impuesto a la renta entre otras). En Chile la Fundación Sol ha llamado particularmente la atención sobre este problema:

“Según la encuesta CASEN 2009, en Chile 4.459 familias tienen un ingreso autónomo promedio de \$18.951.931, se trata del 0,1% de los hogares más ricos [...] En esta lista se encuentran los dueños de los bancos, compañías de seguro, los supermercados, las AFP, Isapres, las pesqueras, las eléctricas, forestales, mineras, salmoneras, medios de comunicación [...] sólo una treintena de familias en Chile manejan en conjunto casi US\$ 30.000 millones, es decir, el 10% de la riqueza total del país en activos líquidos, lo que representa casi el 1% de todo el dinero que hay en Latinoamérica (...) Estas familias están presentes (omnipresentes) en la decisiones que involucran la tasa de interés que usted termina pagando en un banco por un crédito de consumo, en los cobros excesivos de la cuenta de la luz, del agua o del gas, en las difíciles condiciones que se colocan a los pequeños emprendimientos que actúan como proveedores de las grandes empresas, en la cuenta de supermercado que usted paga mes a mes, en sus fondos de AFP que día a día pierden su valor y usted no entiende por qué, en la Isapre que le sube el valor de su plan, entre otras tantas batallas que usted debe dar para llegar a fin de mes” (Durán y Kremerman, 2012 (A))

En ese contexto, los mismos autores han sugerido un debate en torno a un salario máximo: “Así como existe un piso, ¿no debería también existir un

techo, o un salario o nivel de ganancias máximo?" (Durán y Kremerman, 2012 (B)). Naturalmente, este debate abona el terreno para promover una reforma tributaria en forma.

El Gobierno continúa activo en construir una imagen como defensor de los consumidores. La puesta en marcha del SERNAC financiero a principios de marzo ha estado acompañada de un fuerte discurso del Ministro Longueira contra los abusos. Igualmente, en defensa de los consumidores la ministra del Trabajo, Evelyn Matthei, anunció que a partir de febrero de 2012, la Subsecretaría de Previsión Social informaría mensualmente cuál es la AFP más barata y la más cara en el sistema previsional. Del mismo modo, a mediados de enero, el Presidente encabezó el lanzamiento de la Portabilidad Numérica Móvil en todo el país; y la Cámara aprobó el proyecto de ley que elimina de los registros del Dicom a quienes mantengan deudas publicadas hasta el 31 de diciembre del 2011 y que sean inferiores a \$2.500.000. En este contexto se escuchó a Jovino Novoa, advirtiendo que el gobierno será mal evaluado si avanza sólo en la lucha contra la desigualdad y los abusos, cuando es necesario generar crecimiento y seguridad ciudadana. (í. p. 17) ⁷. El debate en la derecha parece que no se va a detener.

Conclusiones.

El cuestionamiento estudiantil del modelo educativo, el proyecto de ley que establece un Plan Garantizado de Salud cuyo valor no depende de los factores particulares de riesgo de los distintos individuos, contradiciendo los fundamentos básicos del sistema privado (aún cuando dichos fundamentos se mantienen para las prestaciones fuera de ese Plan), la certeza cada vez más compartida de que la gran mayoría de los afiliados al sistema de AFP alcanzarán pensiones muy por debajo de las promesas dadas al instalarse en 1981, deja en evidencia que el país pasa por una encrucijada en que están en juego los rasgos principales del sistema de seguridad social. No es posible, en estos momentos, pronosticar la dirección que tendrán las reformas.

El país atraviesa fuertes tensiones cuya resolución dependerá en buena medida de la capacidad del movimiento social de articularse políticamente y de los resultados de las próximas elecciones presidenciales. Probablemente ello no sea suficiente. El imperio de la minoría, producto del sistema político vigente, puede trancar todos los esfuerzos de reforma. De ahí que la lucha por una nueva Constitución, aunque más difícil, puede ser la llave para dar paso a las reformas del sistema de protección social.

Las posibilidades de un desenlace positivo en estas materias se dificulta por el deterioro de la Concertación y de sus partidos y por la obcecación en considerar que basta con ordenar "el naipe electoral" tras la ya casi religiosa fe en el regreso de la ex presidenta Bachelet. Aún cuando el surgimiento de varias candidaturas abre esperanzas de que se supere esta situación, las señales

7 *El Mostrador*, 15 de octubre, 2011.

negativas son mayoritarias. Las dificultades se acentúan por la falta de debate público sobre los grandes temas políticos económicos y sociales.

Referencias

- Brunner, José Joaquín (2012), *Profesión docente: una oportunidad*, en La Tercera, 12 de marzo del 2012, p. 30
- Castiglioni, Rossana (2007), *Cambio y continuidad en política social: educación, pensiones y salud* en Funk (ed.) (2007)
- Cid Pedraza, Camilo (2011), *Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional*, Centro de Políticas Públicas, Universidad Católica, año 6, número 49, <http://politicaspublicas.uc.cl/media/publicaciones/pdf/20120123093752.pdf>
- Colegio de Profesores (2012), *Los niños, niñas y jóvenes de Chile se merecen una efectiva Carrera Profesional Docente*, <http://www.colegiodeprofesores.cl/images/stories/pdf/DP.carreraDocente.2mar.pdf>
- Durán, Gonzalo y Kremerman, Marco (A) (2012) La casta de las 4 mil familias que tienen secuestrado al país, <http://www.theclinic.cl/2011/11/02/la-casta-de-las-4-mil-familias-que-tienen-secuestrado-al-pais/>
- Durán, Gonzalo y Kremerman, Marco (B) (2012) ¿Y quién fija el salario máximo?, <http://www.elmostrador.cl/opinion/2012/03/21/%c2%bfy-quien-fija-el-salario-maximo/>
- Escobar, Luis Eduardo (Ed.) (2010), *Hacia un crecimiento inclusivo: propuestas de política económica*, CAF - Fundación Chile 21, Santiago.
- Funk, Robert (2007), *El gobierno de Ricardo Lagos. La nueva vía chilena al socialismo*, Colección Ciencias Sociales e Historia, Ediciones Universidad Diego Portales
- Gobierno de Chile (2002), *Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que inicia un proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud, 22 de mayo.*
- Gobierno de Chile (2011), *Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que inicia un proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud, incorporando un plan garantizado, 7 de diciembre.*
- Gobierno de Chile (2012), *Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que inicia un proyecto de ley que establece el sistema de promoción y desarrollo profesional docente del sector municipal, 29 de febrero,* http://www.saladehistoria.com/Educacion/pdf/Carrera_Docente.pdf
- Fuenzalida Asmussen, Javier (2010), *La ley de ISAPRES y sus problemas*, Santiago, Junio.
- Hardy, Clarisa (2010), *Sistema de protección social en Chile*, <http://prontus.ivn.cl/cambio21/site/artic/20110415/pags/20110415194210.html>
- OECD (2011), *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264119536-en>
- Sandoval Orellana, Hernán (s/f), *Igualdad de oportunidades en salud la reforma de salud en Chile*, Senado de la República (2011), *Proyecto de ley iniciado en Moción que modifica el sistema privado de salud*, Boletín N° 7.955-11
- Solimano, Andrés (2010), *Concentración económica, heterogeneidad productiva, políticas públicas y contrato social en Chile*, en Escobar (ed.) (2010)
- Superintendencia de Salud.- "Magnitud y Características de la Cautividad en el Sistema de ISAPRES" Septiembre 2009
- Urriola, Rafael (2010), *Ley nueva de Isapres: privatización de la autoridad sanitaria*, <http://www.elmostrador.cl/opinion/2012/01/06/ley-nueva-de-isapres-privatizacion-de-la-autoridad-sanitaria/>.