

EL DERECHO A LA SALUD: ALGUNAS LÍNEAS DE
ACCIÓN EN EL ESCENARIO ACTUAL

Nydia Contardo y Soledad Barría

NYDIA CONTARDO

Nydia Contardo Guerra, Ingeniera Comercial de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, ex Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud

SOLEDAD BARRÍA

Soledad Barría Iroumé, Médica de la Universidad de Chile, Profesora Conferenciante de la Universidad de Los Lagos, ex ministra de Salud.

EL DERECHO A LA SALUD: ALGUNAS LÍNEAS DE ACCIÓN EN EL ESCENARIO ACTUAL

Hablar del derecho a la salud nos obliga a clarificar, en primer lugar, cuál es el concepto de salud que asumen las autoras en este artículo. Esta se entiende habitualmente como la o las enfermedades que una persona padece o bien cómo las tratamos. Es decir, se la asocia a la recuperación e, incluso, a la prevención de las enfermedades.

Sin embargo, la salud es mucho más que eso. La Organización Mundial de la Salud (OMS) asocia salud al completo bienestar mental, físico y social, tal como se observa en su Constitución:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.

La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.

El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.

La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

Los gobiernos tienen la responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. (OMS, 1949)

En esta definición, la salud se asocia al bienestar, y se la entiende, además, como una responsabilidad de los países, al referirse a esta como «la salud de los pueblos».

Salvador Allende (1939), en tanto ministro de salud, publicó un libro en el cual ya en esos años relacionó los muy malos indicadores sanitarios que había en nuestro país con las condiciones de vida de los habitantes, especialmente en cuanto a la vivienda, alimentación, higiene y salarios.

En la Conferencia Internacional de Alma Ata, realizada en 1978, se vinculó la salud al desarrollo de las comunidades y la necesidad de una atención primaria comprometida con los territorios para lograr alcanzar una salud para todos en el año 2000 (OMS, 1979). En los años posteriores, varios autores siguieron ahondando en el mismo sentido, como Marc Lalonde, de Canadá, quien planteó que los problemas sanitarios no pueden ser resueltos solo entregando servicios, sino que también requieren de la entrega de protección social y herramientas hacia la comunidad, para que esta sea partícipe de condiciones de vida más saludables (1981). También serán relevantes los trabajos de equipos latinoamericanos, como el de Cristina Laurell (Otálvaro, 2015), que abordó la naturaleza histórica y social de los procesos de salud y enfermedad, que fue retomada bajo la idea de la determinación social de la salud y la epidemiología crítica, como propone magistralmente Jaime Breilh (2013).

Años más tarde, en 1986, se realizó la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, donde se asoció fuertemente la salud con la calidad de vida y, por tanto, desde esa óptica, la promoción de la salud consistió en entregarle a las propias comunidades las herramientas para mejorar su calidad de vida (OMS, 1986).

El derecho a la salud se liga, entonces, a la calidad de vida de los pueblos y solo una fracción de este derecho se relaciona con la prevención o la recuperación para casos concretos de enfermedades. Se diferencia, de este modo, lo que es la salud colectiva de la salud individual. Una persona puede tener una enfermedad concreta producida por un agente causal XX (problema individual). Sin embargo, constatamos que, en un barrio determinado, con malas condiciones en calidad de vida, existen muchos de esos enfermos; en cambio, en otro barrio, con mejores condiciones, casi no aparecen casos. Como señala Rose, la causa de un caso no es la misma que la causa de la incidencia de casos (1985). Es decir, lo relevante para abordar la salud de las personas en un país no es solo el agente causal mismo, sino atender las condiciones en que se vive, en que se trabaja, los ingresos económicos de las personas, entre otros aspectos.

Eso es lo que llamamos los determinantes sociales de la salud. La Comisión OMS de Determinantes Sociales de la Salud, dedicada a exponer

esta perspectiva, evidenció fehacientemente que las desigualdades en resultados sanitarios se derivan de desigualdades injustas e inaceptables que viven muchos de los pueblos o grupos sociales de la tierra. La declaración, respecto a los más de 40 años de esperanza de vida de diferencia entre pueblos, señala en su punto 8 que «tal situación no es una fatalidad, sino más bien el síntoma de políticas fallidas y de inequidades en las condiciones de vida, en el acceso al poder y en los recursos y la participación en la sociedad» (OMS, 2009, p. 2).

Si bien el derecho a la salud tiene relación con las condiciones de vida de las sociedades, seguimos dando más importancia a las enfermedades individuales. Cuesta imaginar y separar lo que es responsabilidad de nuestra genética o condiciones biológicas de lo que son aspectos ambientales, sociales o de los mismos sistemas de salud a los cuales las diferentes poblaciones tienen acceso. En ese sentido, es muy ilustrador el estudio del Instituto Canadiense para la Investigación Avanzada (2002), que evalúa el impacto de los determinantes sociales en el estado de salud de la población (O'Hara 2005). Se encontró que ese impacto depende en un 50% de factores sociales y económicos, un 25% del sistema de salud, un 10% de condiciones ambientales y solo un 15% dice relación con las variables propias del individuo, es decir, las características biológicas o genéticas de las personas. Esto va en contra del sentido común que concibe que lo individual es lo más relevante en la salud de las poblaciones.

Al preguntarnos, entonces, si hoy en día tenemos el derecho a la salud en nuestro país, debemos considerar a lo menos dos aspectos. En primer lugar, cómo nos cuidamos, en tanto sociedad, de las determinantes sociales; y, luego, cómo se realiza la prevención y recuperación de las enfermedades. La salud remite, por un lado, a un concepto amplio vinculado con la calidad de vida de las personas, aspecto que va a determinar cuál es el nivel de salud de los grupos humanos y de la salud pública o colectiva; pero también remite a un concepto de prevención, recuperación de enfermedades y al acompañamiento a las personas en sus cuidados. De eso nos ocupamos, generalmente, cuando hablamos del «sistema de salud».

EVOLUCIÓN JURÍDICA DEL DERECHO A LA SALUD

En Chile, la Constitución Política establece en el número 9 de su Artículo 19 el derecho a la protección de la salud:

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado. (*Constitución Política de la República de Chile*, 1980)

Se debe hacer notar que, aun cuando generalmente se escucha o se lee que en Chile se encuentra garantizado constitucionalmente el derecho a la salud, el artículo recién mencionado deja claro que lo que se garantiza es el libre e igualitario acceso a las acciones de salud.

La misma Constitución establece que el Estado tiene carácter de subsidiario y que, por lo tanto, no es un Estado social. En el área de salud y específicamente en las prestaciones de promoción, prevención y atención de la enfermedad, el Estado chileno se ha convertido en prestador para una amplia mayoría de sus habitantes, debido a las condiciones económicas que no permiten el acceso de más del 70% de la población a prestaciones privadas. Sin embargo, en los últimos años, dada la incapacidad de responder a las necesidades de la población, se ha desarrollado aceleradamente la compra de servicios desde el Estado hacia los privados, lo que ha postergado la mejora de las condiciones y desarrollo del sistema público de salud.

En la legislación internacional, el derecho a la salud aparece, a lo menos teóricamente, reconocido hace muchos años. Así lo recoge la Declaración Universal de Derechos Humanos, que lo entiende como aquello que debe encaminar el quehacer de los países. En esta guía internacional de intenciones, se establecieron, además, los llamados derechos humanos de segunda generación, como muestra el artículo 22:

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad. (*Declaración de Derechos Humanos*, 1948)

Estos derechos se han ido afinando a través del tiempo. Así, se han establecido nuevos marcos, como el tratado multilateral del año 1966, ratificado por Chile, llamado Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y

Culturales. En este texto se establecieron derechos como la vivienda, la salud, la educación, el trabajo y condiciones laborales, recreación y acceso a la cultura, y se consagraron los derechos económicos, sociales y culturales como parte integral de los derechos humanos. Se establecieron, a su vez, las obligaciones de los estados de garantizar y proteger estos derechos. Concretamente, respecto a salud, el primer inciso del artículo 12 afirma que: «los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental» (PIDESC, 1966).

A este Pacto se le anexó, posteriormente, un Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como el Protocolo de San Salvador, que fue suscrito por Chile en el año 2001 y entró en vigor en julio de 2022. En dicho documento, claramente se reconocen a los derechos económicos, sociales y culturales como derechos humanos, y se los entiende en el mismo nivel de los derechos civiles y políticos, estableciendo que «las diferentes categorías de derechos constituyen un todo indisoluble que encuentra su base en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana, por lo cual exigen una tutela y promoción permanente con el objeto de lograr su vigencia plena» (Protocolo de San Salvador, 2022, Decreto 244).

Respecto a lo que en concreto interesa de este artículo, el Protocolo contiene, en su Artículo 10, una definición de Derecho a la Salud:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Parte se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
 - b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
 - c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
 - d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
 - e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y

f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables. (Protocolo de San Salvador, 2022, Decreto 244, Art. 10)

Respecto a estos derechos, no está claro cómo se exigen en Chile, cómo se vinculan con el desarrollo de políticas públicas que permitan su cumplimiento y cómo se establecen estándares que permitan avanzar por etapas con los adecuados mecanismos de control. En ese sentido, Nash (2011) señala que:

Para el cumplimiento de las obligaciones con un fuerte contenido prestacional, es necesario que el Estado adopte medidas efectivas para su realización, lo que implica en ciertos casos la adopción de políticas públicas. Es posible que estas medidas de realización del mandato normativo impliquen la adopción de políticas públicas de largo plazo que tiendan a satisfacer plenamente el derecho.

En estos casos, las medidas que adopte el Estado deben cumplir ciertos requisitos mínimos: deben tender progresivamente a la plena realización del derecho y, en ningún caso, se podrán adoptar medidas de carácter regresivo. De este modo, el respeto de obligaciones que importan una fuerte carga prestacional, admite que sea justificable que el Estado no esté obligado a cumplir plenamente con el mandato normativo, pero debe haber un desarrollo progresivo de éstas. Que el proceso sea progresivo no quiere decir en ningún caso que éste quede a la discrecionalidad de la autoridad. Por una parte, se contempla la prohibición de tomar medidas que perjudiquen los derechos que se han ido concediendo a la población. Por otra parte, la progresividad también comprende la obligación de justificar la imposibilidad de cumplimiento y asegurar el proceso de consecución del fin propuesto. En efecto, lo que está en juego en estos casos es, precisamente, un derecho subjetivo, por tanto, si no es posible cumplir con tal derecho será necesario satisfacer un cierto test mínimo de razonabilidad. (p. 67)

Por otra parte, cuando se habla de salud se debe considerar la necesidad y la existencia de recursos para garantizar el desarrollo de la medicina, el acceso a nuevas tecnologías, la implementación de nuevos procedimientos y medicamentos, el surgimiento de nuevos problemas de salud vinculados a cuestiones como el envejecimiento de la población, el desplazamiento de personas y el cambio climático, que están provocando trastornos en la salud de la población. En la medida en que resulta complejo establecer qué es lo exigible, es necesario dejar explícito cuáles son las metas en salud, para vincularlas al incremento permanente de recursos a fin de lograr lo deseado y comprometido.

Se requiere, entonces, de políticas públicas que aseguren el derecho a la salud en forma progresiva, en el sentido de mejorar la calidad de vida de la población y, adicionalmente, asegurar la ejecución del derecho a las prestaciones. Para lograr estos objetivos, el protocolo ya citado recomienda la universalidad de las prestaciones, la existencia de una atención primaria y de servicios de salud que lleguen a todos y todas, favoreciendo, especialmente, a las poblaciones más desfavorecidas. Es decir, estas políticas deben estar enfocadas en la equidad.

SALUD COMO CUESTIÓN PÚBLICA O PRIVADA

Hasta fines del siglo XIX «el orden social antiguo descansaba sobre dos pilares: el palacio y el hospicio» (Illanes, 1993, p. 21). Al lado de las propiedades de los patrones, se levantaban los espacios para la caridad: hospicios, orfanatos, asilos y hospitales. De acuerdo con el sitio web educativo Memoria Chilena, en los albores de la república surgió el movimiento cristiano que consideraba indispensable la caridad; bajo su alero, se crearon las Juntas de Beneficencia. Por otra parte, el Estado buscaba mantenerse al margen de la administración de los hospitales, entre otras cosas.

Así lo relata Memoria Chilena:

En 1866 el Ministro del Interior señalaba «la intervención del gobierno en la administración de la beneficencia pública debe limitarse a auxiliar y reglamentar. A los privados es a quienes les incumbe ejercitar la caridad a fin de que los más favorecidos ayuden a los menesterosos. No sería posible ni conveniente que el Estado se constituyese en el bienhechor único del país». (Memoria Chilena, s/f)

En ese momento, las pestes y enfermedades infecciosas como la viruela, la tuberculosis, el tifus exantemático, la sífilis y otras asolaban el país (Illanes, 1993). Los trabajadores, especialmente los inquilinos y sus familias, eran considerados parte de la propiedad privada de los señores, y su salud también. Un ejemplo notable de esto lo muestra Illanes: cuando llegó la vacuna contra la viruela que diezaba poblaciones, muchos de los señores se opusieron porque el Estado se inmiscuía en su propiedad (Illanes, 1993). En 1886, el presidente Balmaceda envió un proyecto de ley de vacunación obligatoria que fue rechazado por atentar contra la propiedad privada. Tampoco había conciencia de la relevancia de las condiciones ambientales para la salud, pese a que tanto en Europa como en Argentina ya se había logrado una drástica disminución de la mortalidad general con la construcción de alcantarillados (de 32 a 20 cada 1.000 habitantes

entre 1872 y 1875 en Berlín, y de 32 a 16 cada 1.000 habitantes en Buenos Aires) (Memoria Chilena, s/f).

Había por entonces una oposición importante al mero establecimiento de políticas públicas que fueran en beneficio de la población. De todos modos, en 1887, Balmaceda decidió iniciar la vacunación contra la viruela para los recién nacidos mediante un decreto (Illanes, 1993, pp. 81-83). Pese a esto, hacia 1909 la mortalidad general aún era muy alta —de 30,2 por cada 1.000 habitantes—, y la mortalidad infantil en 1939 era de 250 por cada 1.000 nacidos vivos. La esperanza de vida, a fines del siglo XIX, era de 27-28 años (Memoria Chilena, s/f). A modo de comparación, hoy la mortalidad general es de 5,7 por cada 1.000 habitantes, y la mortalidad infantil es de menos de 7 por 1.000 recién nacidos vivos (Llorca-Jaña, 2021).

Los derechos sociales no existían, al menos en el debate público, sino hasta inicios del siglo XX, cuando aparece la llamada «cuestión social». En ese contexto, surgieron cuestionamientos que provenían desde distintos sectores: por un lado, los católicos planteaban menos caridad y más acción social; el movimiento radical, los movimientos de trabajadores y los grupos socialistas abogaban por derechos. Al respecto, de acuerdo con Illanes, hacia finales del siglo XIX empezaron a levantarse dos movimientos: el de la solidaridad social, por una parte, y el de la rebeldía, por otra. En paralelo se levantó la voz de profesionales médicos, quienes en 1892 y luego de la cruenta guerra civil, finalmente lograron que se instaurara la institucionalidad sanitaria básica a través del Consejo Superior de Higiene Pública (Illanes, 1993, pp. 88-89).

La situación de miseria y enfermedades que enfrentaba la clase trabajadora se vio acrecentada por la enorme migración rural a las ciudades. En 1924, frente al «ruido de sables», se aprobó en el Congreso un paquete de leyes sociales que estaban estancadas y que permitieron crear el Seguro Social Obligatorio y luego el Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo, gran aspiración de trabajadores, en el primer caso, y de los profesionales médicos de la época, en el segundo (Illanes, 1993, pp. 203-207). Las grandes masas de pobladores vivían carencias sociales, económicas y sanitarias graves, como lo atestigua, en 1939, el entonces ministro de salud, Salvador Allende, al que ya hemos hecho referencia anteriormente. Por otra parte, el terremoto de Chillán ocurrido durante ese mismo año hizo necesario replantear el sistema de salud, con el propósito de organizarlo y superar la fragmentación de entidades existentes, que hasta ese momento, se encontraban repartidas entre acciones de caridad, acciones municipales, entre otras. En 1942 se envió el proyecto de Ley de creación del Sistema Nacional de Salud (SNS), el que solo vio la luz una década más tarde, en 1952.

La creación del SNS como entidad centralizada, autónoma, desconcentrada en zonas territoriales y cada una con poblaciones a cargo, es, a juicio de Alejandro Goic, el evento más importante de la primera parte del siglo xx (Goic, 2015), ya que permitió una visión integrada de las necesidades sanitarias desde el punto de vista social y de condiciones de vida, con una atención médica que reparaba tanto en lo individual como en lo poblacional. Nacen, así, durante la segunda mitad del siglo, los programas preventivos y de promoción de salud. Especial mención requiere el programa infantil con controles de salud y vacunaciones masivas, la lucha contra la desnutrición, la mejora sustancial de la alimentación de niños y niñas; y, por supuesto, el programa maternal con atención de parto por profesionales matronas a lo largo del país, así como la entrega masiva y gratuita de anticonceptivos. Ello, sumado a las mejoras de las condiciones económicas y sociales, ha permitido un enorme salto en los indicadores sanitarios del país, alcanzando una esperanza de vida de 81,2 años el 2023.

En 70 años hemos logrado ganar más de 40 años de expectativa de vida y bajar la mortalidad infantil de 250 a 6,5 por cada 1.000 recién nacidos vivos. Con un Índice de Desarrollo Humano de 0.855, nuestro país ocupa el tercer lugar en las Américas, después de Canadá y Estados Unidos (OPS, 2022).

Pese a estos grandes avances, que marcan un período en que se estructura un gran esqueleto de acción sanitaria pública, no se logró superar la fragmentación de la atención médica, por lo que se mantuvo la división entre obreros y empleados. Los primeros se atendían en consultorios de atención primaria y hospitales públicos, mientras que los segundos tenían otro sistema: el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena), que funcionó entre 1942 y 1979 y que les permitía una atención particular.

En la dictadura, bajo el fuerte impulso neoliberal presente en todas las políticas públicas, se inició otra época para las políticas de salud, que podemos caracterizar como una nueva transferencia de la responsabilidad de la salud desde el Estado hacia lo privado y, particularmente, hacia las personas —entendidas como individuos—.

Se inició el proceso de privatización que separó la salud de las pensiones, las que hasta ese momento formaban parte de la seguridad social y se financiaban con aportes tripartitos (Estado, empleador y trabajador). En el caso de las pensiones, se crearon las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), entidades privadas con fines de lucro y, en la práctica, se obligó a los y las trabajadoras a cambiarse desde el antiguo sistema al nuevo, de orden privado (Uthoff, 2001).

En el caso de la salud, en 1981 se creó el sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), instituciones privadas —también con fines de

lucro— que funcionarían como seguros privados de salud. La cotización del propio trabajador era baja (2% de su sueldo), por lo que el régimen subió esta cotización al 4%, mientras que el Estado subsidiaba a las personas que optaban por cambiarse con un 2% adicional del sueldo (subsidio que recién se eliminó el año 2005, 24 años después de la creación de las Isapre). Sin embargo, el 4% tampoco fue suficiente para estas nuevas entidades, por lo que el Estado subió la cotización obligatoria para salud al 7% y, adicionalmente, tomó a su pleno cargo la totalidad de las licencias maternales, tanto para personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud (Fonasa) como a la Isapre (Titelman, 2001).

Con todo ello, se avanzó en la idea de que salud es un asunto individual y que cada persona «decide» dónde poner su cotización. La realidad ha sido que las Isapres nunca aseguraron a más del 25% de la población, y desde hace más de diez años aseguran solo entre el 13 y 15% de la población más rica, más joven y sana, ya que les está permitido no aceptar cotizantes cuando lo consideran de riesgo. Por otra parte, la entidad financiera estatal, Fonasa, que responde por algo más del 80% de la población, es un fondo solidario que no hace diferencia entre quienes cotizan, e incluye a quienes no lo hacen. Sin embargo, arrastra grandes problemas financieros, dado que el sistema público se hace cargo de la mayoría de la población mayor, con enfermedades crónicas y otras personas de mayor riesgo sanitario¹.

Este traspaso de la responsabilidad pública al espacio privado en materia de salud ha sido especialmente relevante en lo que respecta a la salud individual, es decir en la recuperación de las enfermedades. No obstante, desde la vuelta a la democracia, en 1990, las políticas públicas de salud siguen considerando —en general— a la totalidad de la población y son financiadas con aporte fiscal. Este es el caso de programas como el de inmunizaciones para niños y niñas (NN) y para adultos mayores y otros grupos de riesgo; de la alimentación complementaria para NN y adultos mayores; y de los que requieren usar los beneficios de la Ley Ricarte Soto, que cubre enfermedades de alto costo. Otros programas son solo para grupos determinados, como es el caso de las garantías explícitas (GES) que cubren solo a personas afiliadas a Fonasa y a Isapre (BCN 2004), quedando así excluidas las personas de las Fuerzas Armadas, Carabineros y Policía Civil, que son atendidas por otro sistema. En el caso del Chile Crece Contigo, programa destinado a mejorar la equidad del desarrollo de la infancia, la población objetivo es la perteneciente al 60% más vulnerable.

1. Existe también un sistema especial para FFAA, Carabineros y Policía civil. Debido a lo focalizado del sistema, este no es abordado en el artículo.

EL DERECHO A LA SALUD HOY

Ya vimos que los derechos económicos, sociales y culturales son de alcance progresivo, y se encuentran en permanente evolución y desarrollo, especialmente aquellos que se manifiestan a través de prestaciones como las acciones de protección y rehabilitación de la salud de las personas. El desarrollo de la ciencia, la tecnología y la técnica permite avanzar en los derechos que se deben garantizar; cada día se incorporan al quehacer sanitario del mundo nuevos insumos, medicamentos, métodos de diagnóstico y técnicas de rehabilitación, y hay una rápida obsolescencia de lo existente. Para funcionar a la par, se requieren recursos crecientes; aumentar el porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) destinado al presupuesto directo en salud, y asimismo en aquellos sectores que también son determinantes para garantizar la salud de la población, como educación, medio ambiente, vivienda, transporte, etc. ¿Cómo se aborda esto en Chile?

El Estado, en su obligación de garantizar y proteger los derechos, entre los cuales se incluye el derecho social a la salud, tiene el deber de incrementar las acciones a realizar y considerar medidas activas que eviten la discrecionalidad en el acceso, buscando la igualdad entre todas las personas.

Actualmente, se incorporan garantías o derechos de muy diversas formas y con temporalidades diferentes en el país, con la intervención de actores que terminan imponiendo criterios alejados de los exclusivamente sanitarios y presupuestarios, como ha sucedido, por ejemplo, con derechos vinculados a la salud sexual y reproductiva, así como a la educación sexual en la niñez y adolescencia. En estos temas, pese a que estamos en el contexto de un Estado que se declara laico, los distintos grupos religiosos que ostentan poder en el ámbito político y comunicacional imponen sus criterios, por sobre importantes demandas técnicas que también son compartidas por la ciudadanía.

Existe, además, una gran desigualdad en el acceso según la región en que se habite, por lo que no hay garantías para habitantes rurales o de regiones alejadas del centro económico y político. De esa manera, los grandes avances que efectivamente existen en salud —como el aumento en la esperanza de vida, el fin de la desnutrición infantil como problema de salud pública o el desarrollo de la atención primaria y hospitalaria— esconden en sus promedios grandes desigualdades que se ven, por ejemplo, al examinar indicadores por municipio, como los Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP)², información que es posible

2. Sumatoria comunal de años potenciales perdidos (AVPP) dividido por la población de

encontrar de manera detallada en un informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2024).

Para la realización de las prestaciones, en el sistema público existen centros de salud a lo largo de todo el país, que disponen de todos los niveles de atención, mientras que el sistema privado solo cuenta con centros de atención abierta y clínicas en las ciudades más grandes del país. Los establecimientos privados atienden a quienes están asegurados en una Isapre y también a aquellas personas de Fonasa que quieren y pueden atenderse, pagando la totalidad del precio como privado o la diferencia que exista con la cobertura de libre elección a través de un copago de Fonasa (bono). Así, el privado es el sistema con mayores recursos per cápita³, de modo que puede brindar, a quien pueda pagar, la atención más moderna y segura para tratar los distintos problemas de salud. Por otra parte, queda invisible un tercer sistema: el de las Fuerzas Armadas, financiado fundamentalmente con recursos públicos y, a su vez, totalmente ajeno a lo «público y privado».

Entre las dificultades del sistema de salud y las fallas en las garantías, no es posible soslayar lo que ocurre con el pago de las licencias médicas, que es realizado por el fondo público o el seguro privado, según corresponda, para sustituir al empleador en su obligación de remunerar al trabajador durante el tiempo en que no pueda ejercer las labores por enfermedad común. Las licencias por enfermedad profesional o accidente del trabajo, y las de enfermedad grave o estado terminal de hijos menores de edad, son pagadas por entidades especiales, y las correspondientes a embarazo y sus complicaciones, pre y post natal, al igual que enfermedad de hijo menor de un año, son pagadas siempre por el Estado a través de Fonasa. Este pago, muchas veces determinante para la subsistencia del trabajador y de su grupo familiar, en la mayoría de los casos no logra ajustarse a las posibilidades económicas individuales, lo que trae graves consecuencias, y en ocasiones causa el empobrecimiento de las familias y la reincorporación prematura al trabajo, previo a la recuperación de la salud. Este problema, presente en todos los casos, es mucho más grave en los pagos que debe realizar el sistema público a través de Fonasa.

referencia de la comuna (0 a 79 años), ajustada por cada 1.000 habitantes. Los AVPP son calculados a nivel individual como la diferencia aritmética entre la edad de defunción y una meta ideal de sobrevivencia definida en 80 años.

3. Las Isapre se comportan en general como seguro: seleccionan y tienen a las personas de mayores ingresos, que pagan en general más del 7% obligatorio, y a los más jóvenes y sanos. Por otra parte, sus cotizantes tienen derecho a obtener del sistema público algunos beneficios ya mencionados en el texto.

Es posible observar otra gran ausencia de garantías en lo referido a la salud mental, donde hay insuficiencia en las prestaciones necesarias, tanto en el sistema público como privado, y tanto en la atención abierta o ambulatoria como en la atención cerrada con hospitalización de corto, mediano o largo plazo. La cobertura financiera en el sistema privado, al igual que la oferta de horas profesionales y de camas para hospitalización en el sistema público, son insuficientes también. Ya hace algunas décadas, se inició en el país una reforma al sistema que plantea la protección de enfermos psiquiátricos en la familia y en la comunidad, y que sin embargo no provee de suficientes herramientas ni recursos para hacerse efectivamente cargo de estas personas, cuestión que se repite en el caso de adicción al alcohol y drogas. En regiones alejadas del centro político y económico la situación es aún peor, lo que acrecienta la desigualdad en la garantía de derechos por parte del Estado.

Al analizar los grandes problemas de desigualdad y fallas en la garantía del derecho a la salud, es necesario mencionar lo que ocurre con los pueblos originarios que luchan por preservar sus saberes y cultura, entre los cuales la salud es uno de los más importantes. Ha habido intentos de rescatar y respetar la medicina tradicional en los distintos tratamientos de algunas enfermedades, de conservar su pensamiento arquitectónico respecto a los recintos destinados a entregar atención en salud, así como resguardar saberes ligados a la forma de parir y la atención a la madre y a la criatura.

Por parte de quienes realizan la actividad vinculada a la salud y a la maternidad tradicional de los distintos pueblos existentes en el país, ha habido una aceptación de la entrega de salud que se podría denominar moderna y mayoritaria, estableciendo un orden o jerarquía para las atenciones donde los saberes ancestrales suelen proporcionarse en las primeras etapas. Sin embargo, este esfuerzo no se ha realizado en forma continua ni se ha enraizado en la cultura de los trabajadores de salud; tampoco es materia que se le enseñe a los nuevos técnicos y profesionales que se incorporan al sector. Esto provoca poca adhesión y dificultades hasta en la comunicación, lo que constituye una vulneración de derechos específicos a esa comunidad.

La descentralización del primer nivel de atención del sistema público —la atención primaria que es administrada por los municipios— tiene ventajas, porque las decisiones se toman más cerca de las personas. No obstante, también refleja las desigualdades de todo tipo que existen entre estos a lo largo del país. La diferencia de ingresos comunales es demasiado grande como para que el esfuerzo estatal de aplanar los ingresos per cápita se consiga. Aun con la existencia de un fondo que se reparte y busca la igualdad entre comunas, la diferencia en las prestaciones que se entregan en salud, educación, vialidad,

cultura, deportes, apoyo y cuidados a los adultos mayores, así como a personas con discapacidades, son grandes y conocidas.

El nivel local es importante para intervenir y avanzar en las decisiones de inversión en establecimientos de salud. Pese a ello, en ocasiones no se cuenta con las herramientas necesarias, ni con profesionales que dispongan de las capacidades para el desarrollo de proyectos, quienes, si buscan financiamiento, lo harán compitiendo con otros municipios. De la misma manera, es posible encontrar tal nivel de desigualdad cuando se busca contratar y conservar a los profesionales y técnicos, responsables del primer nivel de atención, que entregan las prestaciones de salud correspondientes.

Por otro lado, la atención de pacientes hospitalizados o en tratamientos que deben realizarse en establecimientos de segundo o tercer nivel de atención es un gran problema en localidades más alejadas de las grandes ciudades o, por sobre todo, del centro político y económico del país. Es una situación que se replica cuando es necesaria una diálisis, grandes cirugías, tratamientos para el cáncer, o, incluso, para casos como el tratamiento y rehabilitación músculo esquelética. Muchos municipios no cuentan con recursos para movilizar a pacientes junto a sus familiares, ni para apoyar el pago de su estadía en los lugares donde se proporciona la atención. Todo ello nos muestra que existe un gran grupo de habitantes del país que no tienen las mismas garantías que le son otorgadas a los de comunas más ricas, o a quienes se encuentran más cerca de los centros de poder político y económico.

Las garantías en salud han logrado ser exigidas de distintas formas y una que se ha hecho notar en los últimos años es la opción de recurrir a la justicia ordinaria. De esta manera, las cortes de justicia han establecido fallos de distinta naturaleza, que han logrado que, en determinado momento, algunas personas hagan efectivo el derecho a la salud. Sin embargo, solo a *su* salud, es decir, siempre bajo la lógica individual, obligando al asegurador o al prestador respecto a esa persona en particular. Por lo tanto, otras personas, en situación similar, a lo sumo podrían invocar dicho antecedente en su propia petición, y siempre y cuando estén en conocimiento de este recurso. Este proceso, por otra parte, requiere la intervención de abogados, presentación de oficios y trámites burocráticos que no están disponibles ni son accesibles para todos los habitantes del país, ya sea por los recursos económicos que disponen o por los conocimientos respecto a cómo funciona este tipo de asuntos. En tales casos, es posible ver nuevamente la desigualdad en el acceso a la salud y a la garantía de los derechos de las personas.

Ahora bien, ¿cómo se ha logrado el establecimiento incremental de los derechos en salud? Aunque se ha dado de muchas maneras, ha pesado la

discrecionalidad. El mejor esfuerzo por disminuir esa discrecionalidad ha sido el GES: Garantías Explícitas en Salud, sistema que garantiza oportunidad, calidad y financiamiento a 86 problemas de salud relevantes para la población, tanto de Fonasa como de Isapre (Ley 19.666, 2004). Este sistema es claro y específico respecto a las garantías y el derecho a exigir las, y, sobre todo, establece el procedimiento y las normas para ir incrementando esas garantías. Hay que decir, sin embargo, que si bien es muestra de un avance, no aborda la totalidad de los problemas.

En un primer momento, se pensó que este sistema fuera incorporando un número cada vez mayor de problemas de salud, pero ha quedado estancado hace unos años en 86 de ellos. El mismo procedimiento sigue la llamada Ley Ricarte Soto (Ley 20.280, 2015), que asegura atención y tratamiento para problemas de salud de alto costo. Otras acciones de salud se han convertido en derechos por acciones de grupos incumbentes, tales como asociaciones de pacientes o de familiares de pacientes, sociedades científicas, laboratorios farmacéuticos, entre otros.

ALGUNAS IDEAS PARA DISMINUIR LA DISCRECIONALIDAD

Para hacer efectivo el derecho a la salud en el Chile de hoy es necesario disminuir la discrecionalidad recién mencionada. Para ello consideramos que se podría avanzar en algunas de las siguientes líneas de acción.

La primera línea que permitiría avanzar es la creación de una Defensoría Ciudadana que contuviera un capítulo de salud, a la cual pudieran recurrir personas naturales e instituciones, y que contara con un repositorio de diferentes fallos judiciales en salud y otras disposiciones y normas que han incidido en los derechos de las personas. De esta manera, por ejemplo, dicho repositorio representaría un primer punto de consulta para tomadores de decisión y para el mismo poder judicial en estos temas. Hoy, en esta sociedad de consumo, contamos con un Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC), pero no contamos con una Defensoría a la que puedan recurrir las personas afectadas o las instituciones interesadas en temas sociales.

La segunda línea —complementaria con la anterior— es la necesidad de contar con un organismo que evalúe los medicamentos y tecnologías en salud, y que tenga credibilidad para todos los actores. Desde hace muchos años existe un grupo en el Ministerio de Salud que estudia estos temas, denominado «Evaluación de tecnologías en salud» (ETESA), pero es indispensable robustecer esa institucionalidad y hacerla debidamente participativa y transparente. El negocio

de las enfermedades, su curación y las nuevas tecnologías que nos prometen grandes avances no necesariamente aportan seguridad para su diagnóstico o tratamiento. Por ello, es indispensable contar con una entidad que sea capaz de realizar un análisis técnico y político-económico respecto a la incorporación o no de esa tecnología en el país. Hoy existen sociedades científicas, agrupaciones de pacientes y de usuarios que podrían colaborar en la búsqueda de la debida transparencia para la toma de decisiones. Muy probablemente, este grupo podría funcionar con mayor autonomía en el Instituto de Salud Pública (ISP).

En tercer lugar, es indispensable seguir avanzando en la disminución de las inaceptables desigualdades en nuestro país. Las diferencias de resultados sanitarios entre diferentes territorios y municipios son escalofriantes. Para la pandemia de covid-19, todos y todas en Chile tuvimos acceso a vacunas y casi la misma posibilidad de hospitalización. Sin embargo, hay diferencias relevantes de fallecidos por cada 100.000 habitantes en comunas ricas y en otras más vulnerables o de menor desarrollo humano (García y Utreras, 2020; Villalobos et al., 2021), lo que da cuenta, una vez más, de la importancia que tienen las condiciones de vida y la determinación social de la salud, planteadas al inicio de este artículo.

Considerando lo anterior, la Defensoría propuesta podría apoyarse, en lo técnico, en las determinaciones de ETESA y, a su vez, en un Comité de Equidad, que, por ejemplo, verifique por comuna el nivel de inversiones, presupuesto y recursos humanos en relación con los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP)—que se consideran un buen indicador sanitario—. Para velar realmente por la equidad, necesitamos hacer diferencias de inversión y trabajo con otros sectores del Estado, para contrarrestar las desigualdades estructurales evidenciadas en el índice de desarrollo humano (IDH) por comuna. El 2024, tenemos un IDH de 0,298 en Alto Biobío; de 0,302 en San Juan de la Costa; y, por otra parte, de 0,961 en Vitacura o de 0,936 en Las Condes. Necesitamos instrumentos intersectoriales que velen por la equidad. Sin ello seguiremos mirando las consecuencias en los indicadores de salud. Este Comité de Equidad debiera estar conformado, entre otros, por representantes de usuarios, pacientes y sus familiares, sociedades científicas, universidades, municipios, entre otros actores, y estar fuertemente relacionado con los instrumentos de gobierno para avanzar en la intersectorialidad, como son los consejos regionales (CORE).

Finalmente, es necesario apoyar, hacer sostenible y consolidar la estrategia del Gobierno de avanzar en una Reforma de Salud con varios componentes (Minsal, 2023a). Bajo ese alero, se lleva a cabo una transformación progresiva—en diferentes comunas del país— de la denominada Atención Primaria Universal (Minsal, 2023b). Esta estrategia busca asegurar el derecho a la salud de

todas las personas de un territorio; toma como base la actual atención primaria, generalmente de administración municipal, con la finalidad de mejorarla, aumentando los horarios de atención y estrategias de trabajo para las personas con diferentes problemas crónicos. Esta es una manera de abordar tanto la necesidad de participación comunitaria como el trabajo intersectorial y regional, haciéndose cargo de los determinantes sociales más estructurales. La iniciativa hoy cubre 21 comunas en diferentes regiones, y se espera que el año 2025 pueda llegar a 100 comunas. Es necesario alcanzar la totalidad de las comunas para construir el derecho a la salud desde los propios territorios.

Es imprescindible avanzar en las garantías del derecho a la salud porque, a mejor salud, mejor calidad de vida, y a mejor calidad de vida, mejor salud. Ese es el espiral de desarrollo de las comunidades.

REFERENCIAS

- Allende, S. (1939). *La realidad médicosocial chilena*. Consultado en julio de 2024 de <https://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-7737.html>
- Biblioteca del Congreso Nacional. (2004). *Ley 19966, Establece Un Régimen De Garantías en Salud*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl 1), S13-S27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
- Biblioteca del Congreso Nacional. (2005). *Constitución Política de Chile, Decreto 100 Fija El Texto Refundido, Coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República de Chile*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=242302>
- Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Biblioteca del Congreso Nacional. (2022). *Decreto 244 Promulga el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales Y Culturales, «Protocolo De San Salvador»*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1183364>
- García, P., y Utreras, F. (2020). Diferencias en el impacto comunal del COVID-19 en la Región Metropolitana: análisis cartográfico de la Incidencia, Mortalidad y Letalidad, y su asociación con variables socio-demográficas. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones*. https://www.bcn.cl/transparencia/obtienearchivo?id=repositorio/10221/29425/1/Informe%20Comunal%20COVID-19_Oct2020_EditFinal-5.pdf
- Rose, G. (1985). Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *International Journal of Epidemiology*, 14, 32-38. Consultado en julio de 2024 de <https://dsp.faced.unam.mx/wp-content/uploads/2015/11/rose.pdf>
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(6), 774-786. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>
- Illanes, M. A. (1993). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia... Historia Social de la Salud Pública Chile 1880-1973*. Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria.

- Lalonde, M. (1981). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Minister of Supply and Services, Canada. Consultado en julio de 2024 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Ministerio de Salud. (2004). *Ley 19966 Establece Un Régimen De Garantías En Salud*. Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>
- Ministerio de Salud. (2015). *Ley 20850 Crea un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo y Rinde Homenaje Póstumo A Don Luis Ricarte Soto Gallegos*. Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1078148>
- Llorca-Jaña, M., Rivero-Cantillano, R., Rivas, J., y Allende, M. (2021). Mortalidad general e infantil en Chile en el largo plazo, 1909-2017. *Revista médica de Chile*, 149(7), 1047-1057. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000701047>
- Memoria Chilena. (2024). *Biblioteca Nacional Chile, Caridad Cristiana*. <https://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-97695.html>
- Memoria Chilena. (2024). *Biblioteca Nacional de Chile, Condiciones ambientales*. <https://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-97696.html>
- Memoria Chilena. (2024). *Biblioteca Nacional de Chile, Salud de la Población*. <https://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-97698.html>
- Ministerio de Salud. (2023a). Reforma a la Salud: Qué estamos proponiendo. <https://www.minsal.cl/reforma-de-salud-que-estamos-proponiendo/>
- Ministerio de Salud. (2023b). Atención Primaria Universal: El corazón de la Reforma. <https://www.minsal.cl/atencion-primaria-de-salud-universal/>
- Nash Rojas, C. (2011). Los derechos económicos, sociales y culturales y la justicia constitucional latinoamericana: tendencias jurisprudenciales. *Estudios Constitucionales*, 9(1), 65-118.
- O'Hara, P. (2005). *Creating Social and Health Equity: Adopting an Alberta Social Determinants of Health Framework*. Consultado en julio de 2024 de https://era.library.ualberta.ca/items/25da396d-90eb-4ce8-bc30-edde42624b39/view/b36f2986-a065-4fb5-be6f-6c3b83fe8ca0/2005_equity.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1949). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Consultado en julio de 2024 de <https://www.paho.org/gut/dmdocuments/Constituci%C3%B3n%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (1979). *Conferencia Internacional de Alma Ata*.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *1ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de La Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública*. Ottawa, Canadá. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Comisión Determinantes sociales de la salud*. Consultado en julio de 2024 de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Salud de las Américas: Perfil de Chile*. <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-chile>
- Otálvaro Castro, H., Morales Borrero, M. C., & Eslava Castañeda, J. C. (2015). Aportes de Cristina Laurell al estudio de la determinación social de la salud: reseña de la obra revisada. En M. C. Morales Borrero y J. C. Eslava Castañeda (Eds.), *Tras las huellas de la Determinación. Memorias del Seminario InterUniversitario de Determinación Social de la Salud* (pp. 163-178). Universidad Nacional de Colombia. <http://hdl.handle.net/10644/5590>
- Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC)*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2024). *El Desarrollo Humano de las Comunas de Chile*. Consultado en agosto de 2024 de <https://www.undp.org/es/chile/publicaciones/el-desarrollo-humano-de-las-comunas-de-chile>
- Titelman, D. (2001). Las reformas al sistema de salud: desafíos pendientes. En R. Ffrench-Davis y B. Stallinas (Eds.), *Reformas, crecimiento y políticas sociales en Chile desde 1973* (pp. 265-266). LOM-Cepal.
- Uthoff, A. (2001). La reforma del sistema de pensiones y su impacto en el mercado de capitales. En R. Ffrench-Davis y B. Stallinas (Eds.), *Reformas, crecimiento y políticas sociales en Chile desde 1973* (p. 232). LOM-Cepal.
- Villalobos, P., Castillo, C., De la Fuente, F. y Maddaleno, M. (2021). COVID-19 incidence and mortality in the Metropolitan Region, Chile: Time, space, and structural factors. *PLoS ONE*, 16(5), e0250707. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250707>