

EL DERECHO A LA SALUD EN EL PLAN AUGE

“La aprobación del AUGE es una excelente noticia para que Chile entre a la vanguardia del mundo, ya que todos los chilenos tendrán garantizado un plan de salud en el cual no habrá discriminación económica ni de ubicación geográfica, cultural ni racial”¹

ABSTRACT

El derecho a la protección de la salud es un derecho subjetivo fundamental reconocido por la Constitución Política de la República de Chile y por una serie de tratados internacionales ratificados por Chile y plenamente vigentes. En cuanto derecho fundamental, importa el cumplimiento por parte del Estado de una serie de obligaciones negativas y positivas tendientes a garantizar, en la práctica, su pleno goce y ejercicio. En particular, el derecho a la protección de la salud exige la satisfacción de niveles mínimos o esenciales de prestaciones médicas y una obligación de no discriminar al momento de su aplicación. El presente capítulo analiza algunos de los aspectos más críticos de lo que ha sido el funcionamiento de la reforma a la salud AUGE por los operadores sanitarios. En particular, esta sección del *Informe...* presta atención al modo en que la implementación práctica del plan AUGE –desde las Guías Clínicas a la insuficiente cantidad y calidad de personal médico– vuelve inefectivo el acceso real a ciertas prestaciones anunciadas por la autoridad. Del mismo modo, el capítulo se detiene en algunas consecuencias negativas del plan que afectan específicamente a las mujeres, concluyéndose que el Estado de Chile no sólo incumple con sus obligaciones generales de respeto y garantía del derecho a la salud de las mujeres sino que incurre, además, en prácticas discriminatorias incompatibles con sus obligaciones internacionales.

PALABRAS CLAVE: derecho a la salud, garantías explícitas en salud, acceso efectivo a la salud, disponibilidad médica, discriminación contra la mujer.

¹ SUPERINTENDENTE DE SALUD, MANUEL INOSTROZA, “Isapres ponen fin a planes sin útero”, *La Nación*, Santiago, 12 de mayo de 2004.

I. INTRODUCCIÓN

Los niveles de bienestar y las oportunidades que tengamos para desarrollarnos en la vida y para ser felices están supeditados, en buena parte, por el tipo de acceso que tengamos a un cuidado sanitario adecuado. El llamado “derecho a la protección de la salud” resulta crucial para garantizar que cada miembro de la sociedad pueda, como dispone la Constitución, alcanzar su máximo potencial dentro de un Estado comprometido a “asegurar el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional”². Si bien el texto constitucional contempla el derecho humano a la asistencia sanitaria en su artículo 19 N° 9³, se ha entendido que no se trata del reconocimiento de un derecho subjetivo exigible directamente, sino, más bien, de una *norma programática* orientadora de la acción del Estado y de los operadores jurídicos, sin eficacia directa al no establecer un “verdadero derecho” ni mecanismos de tutela jurídica⁴. Para la mayor parte de la doctrina nacional se trataría, entonces, de un fin al que el Estado debiera propender en la medida que sus posibilidades económicas se lo permitan⁵.

² *Constitución Política de la República de Chile*, artículo 1°.

³ *Op. cit.*, artículo 19: “La Constitución asegura a todas las personas”: N° 9° “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”.

⁴ El recurso de protección, según dispone el artículo 20 de la Constitución, sólo garantiza el inciso final del artículo 19 N° 9, esto es, lo relativo a la libre elección del sistema de salud.

⁵ Mario Verdugo y Emilio Pfeffer destacan las profundas modificaciones que tuvo el texto original propuesto por la Comisión de Estudio de la Constitución en el Consejo de Estado y en la Junta de Gobierno donde ya no se reconoce –como pretendía el texto de la Comisión– el derecho a la protección de la salud y que “todo el quehacer en salud del sector privado debe ser subsidiario a la responsabilidad del Estado” sino que, por el contrario, se da una mayor presencia al principio de subsidiariedad y el Estado ya no “garantiza” el derecho sino que únicamente “protege” el libre e igualitario acceso a las prestaciones de salud, dejándosele un simple papel supervisor. Mario VERDUGO, Emilio PFEFFER y Humberto NOGUEIRA, *Derecho Constitucional*, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 1994, tomo 1, pp.

El modo en que el constituyente del año ochenta quiso concebir el derecho a la protección de la salud –no como un derecho de prestación, sino sólo como derecho negativo que contempla la *libertad* de adquirir asistencia en el mercado de la protección de la salud– ha colocado a Chile en los peores lugares del mundo en los *ranking* de desarrollo humano. Según el *Informe sobre la salud en el mundo* del año 2000 de la OMS, nuestro país padece serios problemas de discriminación y equidad debido a sus altos índices de desigualdad tanto en el acceso a los servicios básicos como en los deficientes resultados de los indicadores nacionales que se expresan, entre otros, en diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas⁶.

Como se analizó en detalle en el *Informe de derechos humanos 2005. (Hechos 2004)*, la reforma AUGE introdujo mecanismos que pretendían asegurar una cobertura mínima de asistencia sanitaria. Las GES –según lo anunciaba el gobierno en los proyectos de ley que dieron vida a la reforma– transformarían en derechos exigibles, tanto para el sistema público como para el privado, las garantías de *acceso, calidad, oportunidad y cobertura financiera* de las prestaciones asociadas a las patologías que son decretadas como cubiertas (son cincuenta y seis las enfermedades AUGE y se pretende llegar a ochenta en el año 2010). Junto con ello, la reforma incorporó modificaciones institucionales que aumentarían la eficiencia, transparencia y responsabilidad de los prestadores. La ley AUGE, entonces, parecía ser el mecanismo por el cual el Estado de Chile pretendía responder a las deudas sociales sanitarias denunciadas por la OMS, garantizando un mínimo vital o *mínimo sanitario decente* que daría contenido al derecho a la protección de la salud contemplado en la Constitución y en los tratados internacionales de derechos humanos que forman parte de la legislación nacional.

II. LAS EXCLUSIONES DE LA REFORMA A LA SALUD AUGE

Las obligaciones internacionales de Chile en el ámbito de la protección de la salud derivan de instrumentos tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que dispone que:

201-204. En el mismo sentido véase José Luis CEA, *Derecho Constitucional chileno*, Santiago, Ediciones de la Universidad Católica de Chile, tomo II, pp. 300-311.

⁶ OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, en www.oms.org

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”⁷.

Por su parte, el PIDESC establece que:

“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (...) Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán (...) c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”⁸.

Para la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades...” de modo que la responsabilidad de los gobiernos en la salud de sus pueblos sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas capaces de garantizar “el disfrute del más alto nivel de salud física y mental”⁹.

En este contexto, la reforma a la salud iniciada con la ley AUGE pretendió exigir a FONASA y a las ISAPRES planes de salud contruidos sobre la base de ciertas prioridades sanitarias –las cincuenta y seis enfermedades mencionadas– con las siguientes garantías explícitas:

- a) Garantía de acceso, conforme a la cual todos los individuos deberán recibir atención y ser parte de una red de salud *en su lugar de residencia*;

⁷ Declaración Universal de los Derechos Humanos. Artículo 25.1, en www.un.org

⁸ PIDESC, artículo 12.1. El PIDESC fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 19 de diciembre de 1966, suscrito por Chile el 16 de septiembre de 1969 y ratificado el 10 de febrero de 1972. Sólo entró en vigencia en nuestro país el 27 de mayo de 1989.

⁹ Preámbulo del tratado constitutivo de la Organización Mundial de la Salud de 1946, suscrito por Chile en 1948.

- b) Garantía de oportunidad, según la cual habrá un límite máximo de tiempo preestablecido para asegurar tanto la primera atención de las personas como la atención posdiagnóstico;
- c) Garantía de calidad, que asegura que las prestaciones seguirán patrones de exigencia técnica preestablecidos y contruidos a partir de pruebas de evidencia médica, y
- d) Garantía de cobertura financiera, en virtud de la cual el pago de las prestaciones no será un obstáculo para recibir los servicios asociados al sistema AUGE y sus cincuenta y seis patologías iniciales. Además, dispone financiamiento fiscal para la atención de salud de los carentes de ingresos o indigentes y establece la obligatoriedad de cotizar para salud de los trabajadores independientes.

El sistema GES pretendía ser un elemento fundamental para mejorar la equidad en el acceso y en el financiamiento. En efecto, las cincuenta y seis patologías garantizadas apuntan al 60% de la carga de enfermedad de los chilenos, además de asegurar coberturas apropiadas para problemas de salud que suponen importantes gastos para las personas lo que, entre otros factores, determina de forma negativa los índices de movilidad y vulnerabilidad de la población¹⁰. La estructura GES

“apunta eficazmente a la reducción de las barreras financieras que implicaban pagos de bolsillo insalvables para ciertos grupos de población frente a problemas verdaderamente críticos. También apunta a estandarizar de algún modo la calidad técnica, bajo formatos de protocolo establecidos”¹¹.

Con todo, la implementación del sistema GES posee serios problemas, pues se incorporaron técnicas de racionamiento sanitario derivados de análisis costo-beneficio propios de la economía de la salud sin, a la vez, incluir criterios de equidad que pudiesen –como ocurre en el Derecho Comparado– paliar la injusticia inherente de sus resultados.

En efecto, la revisión de las Guías Clínicas de cada una de las patologías AUGE evidencia la utilización de mecanismos de racio-

¹⁰ Dante CONTRERAS, Ryan COOPER, Jorge HERMANN y Christopher NIELSON, *Movilidad y vulnerabilidad en Chile*, Santiago, Corporación Expansiva, Serie en Foco, N° 56, 2005.

¹¹ Marcos VERGARA, *Reforma del sector de la salud en Chile: avances y problemas en la implementación*, Santiago, Corporación Expansiva, Serie en Foco, N° 112, 2007, p. 13.

namiento sanitario que contrarían directamente los objetivos autoimpuestos por la autoridad de garantizar “a toda la población” un mínimo sanitario decente con determinados requisitos de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera. La ley AUGE, N° 19.966 (promulgada el 25 de agosto de 2004), estableció un régimen de garantías en salud que pretendía asegurar que:

“*toda persona* residente en el territorio nacional, independientemente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, pueda contar con un mecanismo de protección social que le dé *acceso universal* a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar las situaciones de enfermedad”¹².

Sin embargo, ello resulta imposible si se admiten, como criterios de exclusión, elementos como la edad del paciente o su lugar de residencia en prácticamente todas las Guías Clínicas AUGE, que son las que especifican las condiciones y requisitos para ser beneficiario del sistema.

*a) Guías Clínicas y acceso efectivo a prestaciones de salud:
el caso de la artrosis y la epilepsia*

Para comprender lo anterior es necesario recalcar que cada vez que una patología es incorporada como GES en el “Listado de Prestaciones Específico” del AUGE por vía del DS correspondiente, se acompaña, a su vez, una *guía clínica*, que es la encargada de describir, en detalle, el tipo de prestación a la que ella da derecho. Dicho de otra manera, son las Guías Clínicas las que determinan con exactitud qué es lo que realmente incluye la correspondiente garantía AUGE. Así, a modo de ejemplo, la Guía Clínica para la *artrosis de cadera* *EXCLUYE* a las personas menores de sesenta y cinco años sobre la base de cálculos económicos que, sin que medie una justificación epidemiológica objetiva, deja sin atención médica a un importante sector de la población. En efecto, las razones que la autoridad sanitaria entrega para restringir la cobertura del tratamiento para la artrosis de cadera no son de índole *epidemiológica*, sino que la restricción tiene sólo un fundamento *económico* que implica que parte de la población –la propia Guía Clínica reconoce, citando datos de la Organización Panameri-

¹² Mensaje presidencial N° 1-347 del proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud de 22 de mayo de 2002. *Boletín* 2947-11. Lo destacado es nuestro.

cana de la Salud, que el 40% de las personas mayores de sesenta años también padecen de artralgias¹³– quede en el AUGE sin atención.

Por su parte, el tratamiento contra la *epilepsia* exceptúa a las personas mayores de quince años sobre la base de un cálculo costo-beneficio que reconoce incluir sólo al 70% de los niños con epilepsia¹⁴. Ello contradice la propia ley AUGE que, en su artículo 2º, garantiza que sólo “variables *objetivas* pertinentes”¹⁵ pueden permitir justificar la exclusión de algunas personas como beneficiarios de las GES. De igual modo, se violan las garantías de acceso –sin discriminación– y oportunidad, aseguradas por la misma ley. Si bien no existe una definición de “variables objetivas” dada por el propio legislador, creemos que bajo este término se entiende variables ‘epidemiológicas’, es decir, razones ‘médicas’ que justifiquen por qué toda la población que requiere el servicio no es atendida (esto es, se tiene que probar que, por ejemplo, quienes son excluidos lo son porque no pueden ser beneficiarios del tratamiento en cuestión, pues esa enfermedad no los afecta).

Al igual como ocurre con la “edad”, muchas de las GES aplican técnicas de racionamiento relacionados con el “lugar de residencia”. Así, por ejemplo, según la Guía Clínica contra el *cáncer de testículos* –que también, por cierto, tiene restricciones de edad– sólo se puede garantizar tratamiento a menos del 30% de la población. Lo anterior, debido a que en Chile existen sólo dieciocho centros PANDA –centros de cáncer del adulto– que se ubican en los establecimientos de mayor complejidad de la red (incluso, hay tres regiones –III, VI y XI– que no poseen ni siquiera uno de dichos centros)¹⁶. De igual forma, y debido a que sólo se cuenta con una cobertura nacional de especialistas neurólogos equivalente a un 26% de los servicios de salud del país (concentrados en su mayoría en la RM) el tratamiento contra la *epilepsia* es inaccesible para la mayoría de la población chilena.

¹³ MINISTERIO DE SALUD, *Guía Clínica “Endoprótesis total de Cadera en personas de 65 años y más. Con artrosis de cadera con limitación funcional severa”*, Santiago, 2005.

¹⁴ MINISTERIO DE SALUD, *Guía Clínica “Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años de edad”*, Santiago, 2005.

¹⁵ Ley N° 19.966. Artículo 14: “Considerando los estudios señalados en el artículo precedente, y la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus prestaciones asociadas, debiendo descartarse de éstas todas aquellas para las cuales no haya fundamentos de que significan un beneficio para la sobrevivida o la calidad de vida de los afectados”.

¹⁶ MINISTERIO DE SALUD, *Guía Clínica, “Cáncer de testículo en personas de 15 años y más”*, Santiago, 2005.

Esto se debe a que sólo puede autorizar el ingreso al plan AUGE por padecer de epilepsia, un especialista neurólogo de la red pública¹⁷.

Lo anterior, vulnera la propia garantía explícita de *ACCESO*, conforme a la cual “todos los individuos deberán recibir atención y ser parte de una red de salud *en su lugar de residencia*”¹⁸.

El PIDESC prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo. Los Estados están obligados a proteger a los miembros vulnerables de la sociedad asegurándoles, en cuanto al derecho a la protección de la salud, la *igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud*. Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes impidiendo toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial en lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a cuidado sanitario.

Una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta. Si bien no toda diferenciación de trato constituye una discriminación –no lo es “si los criterios para tal diferenciación son razonables y objetivos y lo que se persigue es lograr un propósito legítimo en virtud del Pacto”¹⁹– sí es un trato discriminatorio aquél sustentado únicamente en análisis de costo y eficiencia que, sin que medien razones epidemiológicas, dejan a buena parte de la ciudadanía sin atención médica.

Una exclusión sustentada sólo en virtud de la edad del paciente o su lugar de residencia –sin que existan motivos técnico-científicos para ello– no es ni razonable ni objetiva, además de resultar paradójica pues uno de los principales fundamentos declarados para el establecimiento de las GES –tanto en el sistema público como en el privado de las ISAPRES– fue, precisamente, garantizar el acceso a prestaciones de salud *sin discriminación*.

*b) Disponibilidad de personal médico
y acceso efectivo a las prestaciones de salud*

Estas exclusiones sin justificación epidemiológica objetiva parecen constituir una suerte de “puerta de entrada” al acceso efectivo de la

¹⁷ MINISTERIO DE SALUD, *Guía Clínica “Epilepsia en el adulto”*, Santiago, 2008.

¹⁸ Mensaje presidencial (n. 12).

¹⁹ COMITÉ DESC, Observación general N° 14, párrafo 13, p. 4, en www.ohchr.org

de la población al cuidado sanitario. En Chile, es posible advertir una enorme escasez de médicos, tanto generales como especialista. Así, según un estudio realizado por la Universidad de Chile y la División de Gestión y Desarrollo de las Personas del Ministerio de Salud en el año 2007, el sistema público de salud poseería *menos de un médico (0,84) por cada mil habitantes*, cuando la media elaborada por la OMS para América es de 1,98 médicos por cada mil personas, mientras que países como España y Alemania cuentan con tres médicos por cada mil habitantes²⁰. A su vez, en el estudio *Estadísticas sanitarias mundiales 2007* de la OMS, se confirma que en Sudamérica Chile sólo supera a Brasil en la baja tasa de médicos por cada mil personas lo que, por cierto, sólo logra si se suma a los médicos del sector público los que trabajan en el sector privado, alcanzándose una tasa de 1,09 médicos, mientras que Brasil tendría sólo 0,93 médicos por cada mil habitantes²¹.

Vale la pena recordar que, según dispone el Comité de DESC, el derecho a la protección de la salud debe cumplir con ciertos estándares de *calidad*, lo que significa que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, lo que requiere, entre otras cosas, “personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas”²². En este sentido, resulta llamativo que, a pesar de que la reforma del AUGE implicaba aumentar al máximo las exigencias al sistema de salud, la autoridad no haya modificado una política sanitaria clave: la que dispone que los hospitales públicos funcionan solamente *media jornada*, en las mañanas, para permitir que los médicos puedan trabajar en las tardes en el sistema privado. Esta práctica podría tener un impacto directo en la capacidad efectiva del sistema público de salud para responder a las demandas derivadas del plan AUGE. Como señala el diputado Enrique Accorsi (PPD),

“no hay ningún país del mundo en que los hospitales públicos funcionen media jornada, así como no hay ningún orga-

²⁰ “Sistema público de salud posee menos de un médico por cada mil habitantes”, en *El Mercurio*, Santiago, 30 de julio de 2007.

²¹ Los líderes de la región serían Uruguay, con 3,63 médicos, y Argentina, con 3,01 médicos por cada mil personas. OMS, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007*, Washington, 2007.

²² *Ibid.*

nismo público que funcione media jornada. Aquí no valen las reformas”²³.

Un informe de la consultora Altura Management, que se construyó con datos aportados por el 50% de los servicios de salud del país –los que atienden al 40% de la población adscrita al sistema público– y que analizó catorce de las enfermedades más demandadas del AUGE, reveló un notable aumento en los tiempos de espera en cirugías que están dentro y fuera del plan. Por ejemplo, para intervenciones AUGE por cáncer al testículo la espera es de hasta *trescientos setenta y nueve días*, pese a que el tiempo garantizado es de *noventa*; lo mismo sucede con la esquizofrenia, que supera en *trescientos veintisiete días* la garantía de atención, originalmente de *veinte días*. Más grave es la situación de aquellas personas excluidas del AUGE por razones de edad, pues, según el estudio, la lista de espera para la operación a la vesícula (colecistomía), cuando las personas no cumplen el requisito de estar entre los treinta y cinco y cuarenta y nueve años de edad, ha aumentado de *cuarenta y cuatro* semanas a *ochenta*, mientras que aquéllos considerados “beneficiarios” AUGE sólo deben esperar *diez* semanas, lo que es una clara e injustificada discriminación²⁴.

La gravedad de estas demoras está siendo objeto de una fiscalización por parte de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, la que se estaría efectuando a los quince recintos hospitalarios con mayores problemas en el ámbito nacional. En ella se ha constatado que en el hospital Hernán Henríquez Aravena, de Temuco, la lista de espera sólo para intervenciones quirúrgicas asciende a *ocho mil pacientes*, la más larga del país. Junto con ello, se ha demostrado la carencia de especialistas, de técnicos y las enormes falencias en la infraestructura. Fernando Barrientos, presidente del Colegio Médico de Temuco, señaló que:

“Aquí hay 25 camas por cada 10 mil habitantes. En camas UCI el promedio es de 3,4, mientras que en Alemania son 25; por

²³ Diputado Enrique ACCORSI, “No hay ningún país del mundo, salvo Chile, donde los hospitales públicos funcionen media jornada”. Entrevista publicada en la página web de la Biblioteca del Congreso Nacional, 24 de abril 2008. <http://www.bcn.cl/entrevistas/entrevistasweb.2008-04-24.0470468139>.

²⁴ “Informe de consultora fue presentado a comisión que investiga cumplimiento de las garantías del plan. AUGE con esperas de hasta un año”, en *La Nación*, Santiago, 11 de diciembre de 2007; “Diputados denuncian 11 mil nuevos casos de incumplimientos en el plan AUGE”, en *El Mercurio*, Santiago, 2 de septiembre de 2007; “Salud reconoce que atrasos en el AUGE son del 7% y no del 1%”, en *El Mercurio*, Santiago, 5 de septiembre de 2007.

tanto, requerimos urgentemente de una inyección de recursos, dado que esto no da para más”²⁵.

En tanto, Patricio Smith, médico cirujano del servicio de urgencia, pidió a los parlamentarios visitar los hospitales sin previo aviso, pues le extrañó la poca presencia de pacientes que había a la hora de la inspección.

"Es probable que no se hayan realizado las derivaciones desde los hospitales periféricos a Temuco. En una mañana yo atiendo cerca de 50 personas, mientras que hoy sólo pasaron 15 personas por los boxes de atención”²⁶.

A su vez, de la visita del hospital de Victoria se concluyó que *nueve mil personas* esperan por consultas de especialidades e intervenciones quirúrgicas. En el recinto carecen de médicos y paramédicos para atender una población de cien mil personas.

Según la comisión, hay unas *ciento veinte mil personas en listas de espera en el país*, de las cuales el 50% son patologías AUGE. Por su parte, los consultorios tienen una carencia de 50% de horas profesionales²⁷.

El Comité DESC ha sostenido que los elementos esenciales del derecho a la protección de la salud implican, al menos, la garantía de “disponibilidad” –esto es, número suficientes de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud– y “accesibilidad”, es decir, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, *sin discriminación alguna*, dentro de la jurisdicción del Estado-parte. Para el Comité, es necesario aplicar medidas destinadas a eliminar la discriminación relacionada con la salud, aun cuando existan situaciones de limitaciones graves de recursos. La noción de accesibilidad supone accesibilidad tanto física, económica y de información. La primera exige que los establecimientos, bienes y servicios de salud estén al alcance geográfico de *todos los sectores de la población*, en especial los grupos más vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones

²⁵ “Hospital de Temuco: 8 mil pacientes esperan intervención quirúrgica”, en *El Mercurio*, Santiago, 28 de mayo de 2008.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Ibid.*

indígenas, las mujeres etc.²⁸, todo lo cual, según se ha revisado, se incumple permanentemente con la reforma a la salud del AUGE.

III. DISCRIMINACIÓN POR GÉNERO EN EL AUGE

Según la OMS, el primer objetivo de los sistemas de salud es estrechar las brechas de *equidad sanitaria*. La relación entre pobreza y mala salud es destacada permanentemente por diversos estudios que demuestran que las personas que viven en la pobreza reciben menos de la parte proporcional que les corresponde de los fondos públicos para la salud en comparación con las clases acomodadas²⁹. El fracaso básico que supone la pobreza, sostiene Amartya Sen, está en mantener “capacidades inadecuadas” al entregar igual cantidad de bienes a todas las personas, sean cuales sean sus necesidades. Por ello, dar los mismos recursos a un hombre y a una mujer no es justo, pues sus características biológicas y los factores sociales asociados al embarazo, a los cuidados de los recién nacidos, a la distribución convencional de los papeles en la familia etc. colocan a la mujer en evidente desventaja³⁰.

Para la OMS la equidad de género en el ámbito del cuidado sanitario debe entenderse como la eliminación de aquellas disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres que se asocian con desventajas sistemáticas en el contexto socioeconómico. La equidad de género en el estado de salud implica el logro de niveles comparables de bienestar físico y psicológico entre hombres y mujeres, lo cual no significa tasas iguales de mortalidad o morbilidad para ambos sexos, sino que se refiere, más bien, a la “eliminación de diferencias evitables entre hombres y mujeres en cuanto a sus oportunidades de obtener y mantener la salud, y a las probabilidades de enfermar, sufrir discapacidad o morir prematuramente por causas prevenibles”³¹. En este contexto es importante resaltar que la ventaja de supervivencia que usualmente poseen las mujeres no equivale necesariamente a una mejor salud, pues, por el contrario, las observaciones empíricas indican que ellas tienden a experimentar mayor

²⁸ COMITÉ DESC (n. 19), p. 4.

²⁹ OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2003*, en www.oms.org, pp. 136-137.

³⁰ Amartya SEN, *Nuevo examen de la desigualdad*, Madrid, Alianza, 2000, p. 45.

³¹ OPS/OMS, *Unidad de género, etnia y salud*, “Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud”, Washington, D.C., OPS/PALTEX, 2004. p. 15.

morbilidad que los hombres a lo largo del ciclo vital, lo que se expresa en incidencias más altas de trastornos agudos, una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales, y niveles más altos de discapacidad en el corto y largo plazo³². A esto hay que agregar que la pobreza afecta desproporcionadamente a la salud y sobrevivencia de las mujeres³³.

La equidad de género, en lo que se refiere a la atención de la salud, presupone, a lo menos, tres cosas:

- a) que los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades específicas de hombres y mujeres;
- b) que los servicios se reciban según las necesidades particulares de cada sexo; y
- c) que el financiamiento y pago de los servicios se ajusten a la capacidad económica y no a los riesgos propios de cada sexo o a sus necesidades.

Ahora, el principio de equidad financiera se viola fuertemente en los sistemas de financiamiento no solidario, como el chileno, debido a las necesidades impuestas por la función reproductiva de la mujer y por su mayor morbilidad, lo que se agudiza si tenemos en cuenta la menor capacidad económica que posean, como grupo, en todos los países³⁴.

Según el último informe del Foro Económico Mundial “Informe mundial de brecha entre géneros”, Chile se ubica en el puesto 78 en-

³² La pobreza conlleva un riesgo de muerte prematura que es de cuatro a doce veces mayor entre las mujeres. Elsa GÓMEZ GÓMEZ, “Equidad, género y salud: retos para la acción”, en *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, vol. 11 N° 5/6, 2002, p. 456.

³³ Onora O’Neill destaca la realidad de las mujeres pobres insertas en economías pobres, pues ellas conviven con las peores condiciones sociales del mundo. Son, en primer lugar, seres que dependen de otros, pero carecen de la supuesta seguridad de la dependencia. Son, además, indigentes, aunque de manera usual actúan como proveedoras. Finalmente, carecen de poder, pero deben asumir la protección de otros seres aun más vulnerables. Se encuentran relegadas y subordinadas a una esfera doméstica donde su existencia separada y distintiva es legitimada no por razones de justicia, sino que por una estrecha visión de la vida familiar y el honor. Se encuentran, también, con que la esfera doméstica está inserta en una economía que está subordinada a distantes economías ricas. No sólo crían hijos en la pobreza sino que, además, se encargan de las cosechas y asumen los trabajos peor pagados y más inseguros cuyos beneficios se alojan en el corazón de distantes fuerzas económicas. Onora O’NEILL, “Justice, Gender and International Boundaries”, in Amartya SEN y Martha NUSSBAUM (eds.), *The Quality of life*, Oxford, Oxford University Press. 1993, pp. 303-323.

³⁴ Elsa GÓMEZ GÓMEZ, “Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica”, en *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, vol. 11 N° 5/6, 2002, p. 332.

tre ciento cincuenta y cinco países en un estudio que incluye datos sobre oportunidades económicas, nivel educacional, salud y esperanza de vida de la mujer, por lo que en Latinoamérica sólo superamos a Ecuador y Bolivia³⁵. Lo anterior, se debería no sólo a que se trata de mujeres sino, también, a su pobreza. En efecto, entre los quintiles de menores ingresos –donde las mujeres vuelven a ser mayoría– los porcentajes de satisfacción de la salud bajan. En el caso de las mujeres pobres se produce una doble vulnerabilidad y una precaria satisfacción de sus derechos económicos, sociales y culturales. El bajo estatus sanitario de las mujeres y su baja educación genera diferencias enormes entre los índices de mortalidad infantil entre las de los primeros y de los últimos quintiles de ingreso³⁶. De igual forma, la injusta división de roles que las sobrecargan de trabajo hace que un gran porcentaje de los usuarios de la garantía AUGE por problemas de depresión sean mujeres³⁷.

El plan AUGE pretendió, según se desprende de los proyectos de ley que le dieron origen y del discurso de la autoridad, eliminar las diferencias e inequidades de género que existen tanto en el sistema público de salud como en el privado. En el primer caso, el AUGE proyectó considerar como prioritarias las necesidades sanitarias de las mujeres, dando cobertura como GES a aquellas patologías que las afectan especialmente. Con todo, según veremos, este objetivo parece no haberse alcanzado. En efecto, en el proceso de especificación de las garantías AUGE, las medidas de racionamiento sanitario fundadas en razones de eficiencia –y no, como promueve la OPS, en razones de necesidad sanitaria³⁸– nuevamente han significado un perjuicio para las mujeres. Así, y a modo de ejemplo, si se revisan las Guías Clínicas GES, llama especialmente la atención el tratamiento de enfermedades mortales como los cánceres, entre los distintos sexos. Si bien los hombres de todas las edades están cubiertos frente al *cáncer de próstata*, en el caso del *cáncer de vesícula biliar* –que es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres y la segunda

³⁵ “Chile, entre los peores en igualdad de géneros”, en *El Mercurio*, Santiago, 22 de noviembre de 2005.

³⁶ Liliana JADUE e Iris DELGADO, *Los objetivos sanitarios para la equidad en Salud*, Santiago, Corporación Expansiva, Serie en Foco, N° 105, 2007, p. 3 y ss.

³⁷ El plan AUGE incorporó como garantía de acceso y de oportunidad el diagnóstico y tratamiento de la depresión para las mujeres de entre veinte y cuarenta y cuatro años. (Nótese, nuevamente, la injustificada restricción del recurso por razones de edad).

³⁸ OPS/OMS, “Género, equidad y reforma de la salud en Chile”, en *Serie Género y Reforma de Salud*, N° 1, Santiago, noviembre 2002.

causa de hospitalización en este mismo grupo poblacional– existen límites de edad muy restringidos.

A continuación, se revisarán otros casos de discriminación contra la mujer implementados y avalados por el AUGE, tanto en el sistema de salud público como en el privado.

*a) El “derecho” al parto sin dolor:
una garantía sólo en el papel*

En mayo de 2007 la autoridad anunció que “todas las mujeres que así lo requieran tendrán derecho a anestesia y otros tratamientos para reducir el dolor en el parto a partir del 1º de julio”³⁹. Con todo, lo que parecía ser una gran noticia, resultó una garantía sin contenido, una GES para unas pocas mujeres que, por distintas circunstancias, pueden hacer uso de este “derecho”. El anexo del DS N° 44 de enero de 2007, que incorpora esta patología, dispone lo siguiente:

“La prestación de salud Analgesia del Parto, será otorgada a toda mujer que una vez informada del procedimiento indicado por médico tratante, acepte el manejo de dolor mediante apoyo farmacológico durante el trabajo de parto o en el parto vaginal. Para efecto de protección financiera, el valor de la prestación incluye el procedimiento médico de la administración de analgesia; los medicamentos, insumos y material utilizados en la aplicación del procedimiento; la mantención de vías permeables y sueros respectivos; los controles efectuados por médico, matrona y personal paramédico; la atención de complicaciones. En los casos de aplicación de técnica de analgesia con epidural continua, se entenderá que la prestación incluye todas las nuevas dosificaciones que sean necesarias para mantener el efecto del manejo de dolor”⁴⁰.

Para cumplir con los requisitos técnicos que exige esta GES no existen, en la mayoría de las ciudades del país, los recursos físicos y humanos necesarios, cuestión que, por lo demás, era de conocimiento de las autoridades sanitarias al momento de ‘prometer’ la incorporación de la analgesia en el parto, según se desprende de la lectura de

³⁹ “Parto sin dolor y artrosis ingresan al AUGE”, en *El Mercurio*, Santiago, 5 de mayo de 2007.

⁴⁰ MINISTERIO DE SALUD, anexo del DS N° 44 de enero de 2007.

la Guía Clínica respectiva, que especifica las condiciones en las que las mujeres que lo solicitaran podrían acceder a los métodos farmacológicos requeridos. Así, la *Guía sobre analgesia en el parto* dispone que los tres tipos de analgesia que existen –regional (neuraxial/bloqueos periféricos/local o infiltración), inhalatoria y sistémica (intravenosa o intramuscular)– *sólo serán accesibles en la medida en que lo permitan “los recursos locales humanos y físicos”*⁴¹. Esto significa que lo que la GES garantiza no es más que el apoyo farmacológico según las posibilidades locales del servicio público respectivo. Luego, “la elección de la técnica analgésica dependerá de la condición de la parturienta y del progreso del trabajo de parto, además de los recursos humanos y físicos disponibles en el centro asistencial”⁴².

No son iguales, por cierto, los tres sistemas de analgesia “ofrecidos” por FONASA. Según la Guía Clínica, las dos últimas técnicas son poco recomendables ya que, en el caso de la *analgesia inhalatoria* –que implica la utilización de óxido nitroso– “éste no ejerce un efecto analgésico potente en el trabajo de parto activo”, es decir, no parece cumplir con el objetivo perseguido con la analgesia misma. Además,

“considerando el lento metabolismo de los opioides en el recién nacido, se han planteado posibles efectos no deseados, principalmente depresión respiratoria. Por esta razón, esta guía recomienda su uso sólo en situaciones excepcionales”⁴³.

Por su parte, en el caso de la *analgesia sistémica intravenosa o intramuscular* –que involucra la utilización de analgésicos opioides como la meperidina– la Guía señala que “la experiencia es limitada y sus efectos y eficiencia son discretos”, además de poseer importantes efectos secundarios⁴⁴. De este modo, es el primer método –el sistema regional– el más recomendado y efectivo, pues en los últimos veinte años

“se ha transformado en la mejor alternativa para el alivio del dolor en el trabajo de parto (...) reportándose su uso en el 60 a 70% de los nacimientos en los Estados Unidos. Entregan alivio del dolor, sin comprometer niveles de conciencia maternos y fetales”.

⁴¹ MINISTERIO DE SALUD, *Guía Clínica Analgesia del Parto*, Santiago, Minsal, 2007.

⁴² *Ibid.*

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*

Éste es el método que incorpora la anestesia epidural o peridural y que fue anunciado por la autoridad sanitaria al momento de incorporar las últimas GES.

Sin embargo, como ya se ha adelantado, se trata de un procedimiento médico que requiere contar con determinados recursos humanos, físicos y equipamiento apropiado, tanto para su administración como para el tratamiento de sus complicaciones⁴⁵. Dicho de otro modo, es *una garantía GES que sólo puede entregarse en aquellos hospitales públicos que cuenten con especialistas y que sean de alta complejidad, esto es, calificados por la literatura médica como hospitales tipo 1 o 2*. Un *hospital tipo 1* es el que se encuentra ubicado en ciudades con más de quinientos mil habitantes y que posee una atención cerrada con el mayor nivel de complejidad y con un centro de diagnóstico terapéutico adosado. Además, sus recursos humanos comprenden la casi totalidad de las especialidades y subespecialidades clínicas. En pocas palabras, son hospitales que poseen servicios de urgencia organizados, residencia interna diferenciada por servicio clínico y UTI. A su vez, un *hospital tipo 2* –ubicado en ciudades con más de cien mil habitantes–, tiene un servicio de urgencias diferenciado de la residencia interna, además de servicios clínicos diferenciados para especialidades básicas, unidades de tratamiento intermedio y, en casos justificados, UTI. Junto con ello, poseen especialistas médicos entre los que se incluyen anestesistas⁴⁶.

Luego, la pregunta obligada es, ¿cuántos hospitales públicos en Chile son de los tipos 1 o 2? O, lo que es lo mismo, ¿en qué ciudades o localidades del país es posible, para los afiliados a FONASA, exigir la garantía GES de analgesia en el parto? Según los datos de la Superintendencia de Salud sobre prestadores de salud por Región, existen en Chile veintidós hospitales tipo 1 y treinta y siete tipo 2⁴⁷ distribuidos del modo establecido en la siguiente tabla:

⁴⁵ “La elección de una técnica neuraxial hace necesaria la existencia de recursos apropiados para el tratamiento de sus complicaciones (hipotensión, toxicidad sistémica por anestésicos locales, anestesia espinal total, depresión respiratoria, náuseas y vómitos, aspiración de contenido gástrico). Para esto es necesario que el lugar donde se administran cuente con oxígeno de uso médico y aspiración central, elementos para el manejo y control de la vía aérea, monitoreo materno y fetal”. MINISTERIO DE SALUD (n. 41).

⁴⁶ Rodrigo CASTRO, *Midiendo la eficiencia de los hospitales públicos en Chile*, Santiago, Corporación Expansiva, Serie en Foco N° 108, 2007, pp. 9-10.

⁴⁷ SUPERINTENDENCIA DE SALUD, *Catálogo de prestadores institucionales*, en www.supersalud.cl

| REGIÓN | HOSPITAL TIPO 1 | HOSPITAL TIPO 2 |
|---------------|--------------------|--------------------|
| I | 1 | 0 |
| II | 1 | 1 |
| III | 0 | 1 |
| IV | 0 | 3 |
| V | 2 | 6 |
| VI | 1 | 1 |
| VII | 2 | 1 |
| VIII | 4 | 4 |
| IX | 1 | 2 |
| X | 2 | 1 |
| XI | 0 | 1 |
| XII | 0 | 1 |
| Metropolitana | 6 | 15 |
| XIV | 1 | 0 |
| XV | 1 | 0 |

FUENTE: Tabla confeccionada por los investigadores sobre la base de la información proporcionada por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD (n. 47).

Como se puede apreciar, la cantidad de centros hospitalarios capaces de proporcionar la GES de analgesia en el parto es muy escasa, incluso en las ciudades de más de quinientos mil habitantes⁴⁸. Esto, por cierto, resulta agravado por el hecho de que en aquellos hospitales públicos tipo 1 y 2 los especialistas necesarios para entregar dicha prestación poseen jornadas laborales tan extraordinariamente reducidas que las posibilidades de acceder a analgesia no sobrepasan el *30% de las pacientes*, según ha reconocido la propia autoridad. El

⁴⁸ Un caso aparte es el de la Isla de Pascua, que posee *un sólo hospital tipo 4*—o sea, una especie de posta rural— para atender las necesidades sanitarias de cuatro mil trescientos habitantes en extrema condición de aislamiento geográfico —a lo que hay que sumar una población flotante estimada entre las dos mil personas y las ocho mil personas—. Si bien desde 2006 se está anunciando la construcción de un nuevo hospital, ello aun no se concreta. Por cierto que el proyecto anunciado no va a solucionar los problemas de acceso a cuidado sanitario que posee la población, pues el futuro hospital, que estará ubicado en Hanga Roa, contará *con sólo dieciséis camas*, lo que significa que es un hospital de muy baja complejidad, por lo que las mujeres de Isla de Pascua no tiene ni tendrán en el futuro acceso ni a la GES de analgesia en el parto ni a personal calificado para atender sus necesidades sanitarias relacionadas con el embarazo. “Hospital de Isla de Pascua costará US\$ 13 millones”, en *Diario Financiero*, Santiago, 14 de marzo de 2008.

subsecretario de redes asistenciales del Ministerio de Salud, Ricardo Fábrega, sostuvo en su momento que la nueva garantía AUGE significaba en la práctica “que todas las mujeres que decidan atenderse con anestesia al momento de dar a luz, podrán hacerlo” agregando que “en el caso que la totalidad de las mujeres que se atienden en hospitales tipo 4, decidiera usar anestesia de tipo epidural (...) a lo más habría que trasladar a 7.700 mujeres al año a recintos de mayor complejidad”⁴⁹. Sin embargo, esta solución no sólo es insuficiente por las razones recién mencionadas –falta de especialistas y turnos de medio día en dichos hospitales de mayor complejidad– sino que fue inmediatamente cuestionada por diputados de oposición puesto que, a su entender, ello significa que

“en vez de darle recursos a las regiones y potenciar los hospitales tres y cuatro, se les está quitando esta posibilidad cierta que tienen las madres de poder tener a sus hijos en hospitales que están ubicados *cerca de sus hogares*”⁵⁰.

El diputado Marcelo Díaz, quien ha seguido de cerca este problema, solicitó a la Cámara de Diputados –en octubre de 2007– una explicación de la ministra de Salud y el director del Servicio de Salud de Coquimbo, por la falta de analgesia en los partos de los hospitales de Vicuña y Andacollo (tipo 4)⁵¹. En respuesta a dicho oficio, la Ministra señaló que *no se va a disponer* de la anestesia de tipo peridural en los hospitales de tipo 4 sino que, por el contrario, va a haber otro tipo de anestesia sustitutiva que es el óxido nitroso el cual, según vimos, es un analgésico poco recomendable por su baja efectividad y el peligro de depresión respiratoria que representa para el recién nacido⁵². Además reconoce abiertamente que, aun después de tres meses de entrada en vigencia de la respectiva GES, ni siquiera se han adquirido los insumos para cumplir con la misma, señalando:

⁴⁹ Colegio Médico, www.colegiomedico.cl/Noticias/NoticiasdeSalud/Abrilde2007/tabid/496/Default.aspx. Viernes 27 de abril de 2007.

⁵⁰ “Los diputados de la Unión Demócrata Independiente (UDI), Juan Lobos y Sergio Correa, denunciaron que en los hospitales tipo tres y cuatro –rurales y de ciudades pequeñas– hay falta de anestelistas, lo que implica que no se podrán atender partos de acuerdo al Auge”. “Polémica por anestesia en partos Auge”. *El Mercurio*, Santiago, 27 de abril de 2007.

⁵¹ En entrevista realizada por los investigadores de este informe al diputado Marcelo Díaz, el 14 de abril de 2008, se nos entregó copia del oficio N° 4839 de 7 de agosto de 2007, enviado a la ministra de Salud Soledad Barría.

⁵² MINISTERIO DE SALUD (n. 41).

“El Servicio de Salud comenzó un proceso de licitación, para la compra local de óxido nitroso, la que se encuentra actualmente en trámite (...). La capacitación a los profesionales para la administración de la analgesia inhalatoria, se concretará una vez que se cuente con los insumos”⁵³.

Lo anterior quiere decir que las mujeres que viven en las localidades de Vicuña y Andacollo tendrán que esperar seguramente más de un año para poder acceder a algún tipo de anestesia en el parto. Aún más, según constató el diputado Marcelo Díaz, en los hospitales públicos tipo 2 –como el de La Serena y Coquimbo– “tampoco” se cuenta con la infraestructura suficiente para satisfacer toda la demanda de esas localidades pues los anestesiólogos tienen turnos de *sólo dos veces a la semana por medio día*, de modo que es posible sostener que aunque las pacientes sean trasladadas, tampoco van a encontrar la anestesia garantizada por el AUGE⁵⁴.

La reforma, a diferencia de lo que se había prometido, no ha introducido cambios significativos en lo que dice relación con el modo en que se entregan los servicios de salud a las mujeres y la escasa prioridad que se da a sus necesidades especiales. Aún más, ha dejado en evidencia las peligrosas condiciones en las que ellas son atendidas en el sistema de salud público (FONASA). Una vez que se incorporó esta GES en el AUGE los médicos generales de zona, que trabajan en los hospitales de baja complejidad del país, anunciaron que ellos no administrarían anestesia en los partos por carecer de la experiencia para ello “cualquier médico no puede otorgar la anestesia”⁵⁵. En lugares como Aysén, la situación genera tal inseguridad en las pacientes que prefieren trasladarse hasta Comodoro Rivadavia, en Argentina, para atenderse por un parto. Ello debido a que el hospital de Coyhaique, aun cuando es un hospital tipo 2, no tiene médicos especialistas –tales como obstetras o anestesiólogos– trabajando todo el día, de modo que los partos de urgencia son, en la actualidad,

⁵³ Respuesta al oficio N° 4839 de la ministra de Salud y del director del servicio de salud de Coquimbo, de fecha 19 de octubre de 2007, entregada por el diputado Marcelo Díaz a los investigadores del presente informe.

⁵⁴ “La falta de especialistas es un problema estructural de país, o sea, tenemos un problema general a nivel global, pero en particular en las regiones”. Entrevista realizada al diputado Marcelo Díaz por los investigadores de este informe, el 14 de abril de 2008.

⁵⁵ “Parto sin dolor y artrosis ingresan al Auge”, en *El Mercurio*, Santiago, 5 de mayo de 2007.

atendidos por el médico de turno⁵⁶, con las gravísimas consecuencias que se generan para la salud de las mujeres y de sus bebés. En efecto, cualquier complicación en el parto puede significar la muerte tanto para la madre como para el bebé si no es manejada por un especialista obstetra capaz de realizar una cesárea de emergencia que, por lo demás, requiere de la asistencia de un anesthesiólogo.

Para revelar la falta de especialistas para atender partos en la atención primaria el Colegio Médico promovió paralizaciones en septiembre de 2007. Según esta entidad, en el hospital de Coyhaique las mujeres sólo se pueden atender en “horario de oficina”, es decir, de lunes a viernes, hasta las 17 hrs.⁵⁷ De igual forma, según el presidente de la Asociación de Funcionarios Médicos del hospital San Borja Arriarán, Johnny Yáñez, es necesario revelar “a la opinión pública la pésima realidad que vive el Hospital San Borja Arriarán” debido a la falta de anesthesiólogos que existe en ese centro de salud público. “Actualmente trabajan 7 anesthesiólogos en el turno, cuando lo normal es que debieran ser 16”⁵⁸. Ello ha provocado la gravísima situación que significa que *personal no calificado esté, en la actualidad, administrando anestesia*. En efecto, la Sociedad de Anesthesiología denunció que:

“auxiliares, camilleros y hasta personal de aseo han asumido la tarea de colocar anestesia en los hospitales públicos (...). Las cifras entregadas por el organismo avalan esta realidad: en un 50% de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en el país, y donde se aplica anestesia, existe algún tipo de irregularidad”⁵⁹.

Todo lo cual supone un directo incumplimiento de las obligaciones del Estado de entregar cuidado sanitario con un mínimo de *calidad y seguridad*.

La obligación de proporcionar un cuidado sanitario de calidad –como elemento que forma parte del contenido mínimo del derecho a la protección de la salud– tiene directa relación con la idoneidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud. La dimensión de

⁵⁶ “Aysén: Denuncian falta de obstetras en servicio público”, en *La Nación*, Santiago, 3 de septiembre de 2007.

⁵⁷ “Paralización en Aysén”, en *La Nación*, Santiago, 4 de septiembre de 2007.

⁵⁸ “Denuncian falta de anesthesiólogos en el Hospital San Borja”, en *La Segunda*, Santiago, 17 de enero de 2008.

⁵⁹ “Una polémica sin anestesia”, en *La Nación*, Santiago, 6 de septiembre de 2003.

calidad implica que, además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, lo que requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado⁶⁰. Para ello, el gobierno debiera haber aumentado la inversión sanitaria tanto en los hospitales públicos en regiones como de la capital *antes* de la entrada en vigencia del último decreto AUGE, si realmente se quería cumplir con la garantía mínima de tener anestesistas, médicos-obstetras o médicos-cirujanos especialistas para atender a las mujeres. Mientras tanto se estará ante una situación que no sólo es una garantía de papel sino, además, evidencia las graves deficiencias sanitarias que enfrentan las mujeres en el sistema de salud público (FONASA) quienes, ante la falta de especialistas, se ven obligadas permanentemente a aceptar ser atendidas por personal no calificado, haciendo peligrar gravemente su salud⁶¹.

Las situaciones descritas violan el principio de equidad en el ámbito de la satisfacción de las necesidades de salud que se entiende como: “El igual acceso frente a igual necesidad, igual utilización para igual necesidad e igual calidad de atención para todos”⁶². En la observación general N° 14 del Comité DESC, titulada “Salud y Discriminación”⁶³, donde se analiza en particular el artículo 12 del PIDESC, se dispone que el derecho al cuidado sanitario “entraña libertades y derechos (...) entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de salud que brinde a las personas ‘oportunidades iguales’ para disfrutar

⁶⁰ COMITÉ DESC (n. 19), párr. 12 d.

⁶¹ Todo lo anterior empeora al constatar que la falta de servicios para la mujer es una práctica que la autoridad sanitaria parece querer mantener en el tiempo. Así lo ha denunciado recientemente el Colegio Médico al señalar que el tristemente célebre hospital de Curepto, al contar con tan sólo doce camas de hospitalización y ser un recinto de baja complejidad “cuenta con capacidad para atender sólo un parto”. “Gobierno reabre hospital de Curepto a dos meses de montaje en inauguración”, en *La Tercera*, Santiago, 3 de mayo de 2008. De igual forma, aunque el cáncer de mamas también se encuentra incorporado en el AUGE, el diputado Marcelo Díaz señaló que hace muy poco tiempo el Hospital de Vicuña había vuelto a tener un mamógrafo. “Lo que pasó es que sí había uno, pero se echó a perder y su reposición tardó meses, y el reclamo era que se encuentra la prevención del cáncer de mamas en las GES, y no podía ejercerse este derecho, porque no existía un mamógrafo en condiciones óptimas de poder realizar los exámenes”. Entrevista realizada al diputado Marcelo Díaz por los investigadores de este informe, el 14 de abril de 2008.

⁶² M. WHITEHEAD, “Los conceptos y principios de la equidad en salud”, en OMS/OPS, *Serie Reprints*, N° 9, Washington, DC, 1991.

⁶³ Véase www.cetim.ch/es/documents/codesc-2000-4-esp.pdf

del más alto nivel posible de salud”⁶⁴. Como ha señalado el Comité, el derecho a la protección de la salud debe cumplir con ciertos estándares de *calidad* que garanticen que “personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado” esté a disposición de las personas⁶⁵. En la misma línea, al referirse a la exigencia de *accesibilidad* de tipo física sostiene que la atención sanitaria requerida debe estar lo más cerca posible de la localidad en la que vive quien la necesita, lo que implica, evidentemente, que la persona debe poder acceder a la atención de salud necesaria sin poner en riesgo para ello su integridad, como ocurre en Chile cada vez que una mujer requiere de urgencia una atención relacionada con el embarazo en el sistema de salud público (FONASA).

*b) Del los “planes sin útero” en las ISAPRES
al Fondo de Compensación Inter-ISAPRE*

En Chile se mantiene vigente un sistema sanitario de tipo pluralista o mixto de consecuencias financieras fuertemente regresivas, pues las diferencias de atención entre quienes poseen y no poseen recursos todavía resulta enorme⁶⁶. En contraste con lo que ocurre en otros países, el sistema de salud no se financia con impuestos generales (como recomienda la OMS para minimizar las desigualdades en cuidado sanitario⁶⁷) sino que, en cambio, lo hace con la cotización obligatoria del 7% que permite al cotizante “optar” por afiliarse al sistema público (FONASA, que atiende a casi el 80% de la población) o al privado (ISAPRES). En ambos casos, por cierto, la atención exigirá, además, un copago directo del bolsillo del usuario, cuyo monto dependerá del tipo de atención de que se trate (salvo el caso de las personas que demuestren indigencia). La naturaleza del sistema de salud privado –que es, básicamente, un sistema de seguro– se basa en la segregación entre los afiliados en relación con su riesgo asociado, estableciendo planes de salud con primas muy diferentes. Este sistema se mantuvo debido a la imposibilidad política de modificarlo, lo que representa una notable deficiencia de la reforma AUGE en materia de discriminación.

⁶⁴ COMITÉ DESC (n. 19), párr. 8, p. 3.

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ Alejandra ZÚÑIGA FAJURI, “Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile”, en *Revista Acta bioética*, vol. 13, N° 2, Santiago, noviembre 2007.

⁶⁷ OMS (n. 6).

En el *Tercer informe periódico de Chile sobre aplicación del pacto de derechos económicos, sociales y culturales*, el CESCR, en sus observaciones finales, “recomienda al Estado Parte que vele por que la mujer en edad reproductiva no sea objeto de discriminación en el sistema de atención de salud privado”⁶⁸. Antes de la reforma del AUGE, las primas que se cobraban a las mujeres por las aseguradoras privadas de salud eran siempre más altas que las establecidas para los hombres en igualdad de condiciones, de modo que ellas pagaban más caro por un mismo plan de salud⁶⁹. Aún más, en el sistema de ISAPRES, los costos de diversas prestaciones para las mujeres llegaron a triplicar el de los hombres⁷⁰ lo que resulta agravado por el hecho de que las mujeres en Chile ganan menos que los hombres y poseen niveles de desempleo más elevados⁷¹.

Si bien desde septiembre del año 2004 algunas ISAPRES dejaron de ofrecer planes sin cobertura maternal –hasta esa fecha cerca de cien mil mujeres tenían contratos que no cubrían el parto– sólo con la entrada en vigencia del plan AUGE en junio del año 2005 los planes de salud contratados con las instituciones privadas serían readecuados según el nuevo modelo de salud⁷². El problema actual radica en que la ley dispuso que las ISAPRES sólo tienen la obligación de ofrecer desde un *25% de cobertura del parto*⁷³. Es decir, hay muchos planes de salud donde la cobertura de parto es bajísima, aún cuando se trata de “enfermedades AUGE”, por lo que las mujeres *todavía* se ven en la obligación de pagar más por sus planes de salud, manteniéndose la discriminación que la Reforma a la salud se había comprometido a eliminar.

Para minimizar las situaciones de discriminación que viven las mujeres, también en el sistema privado de salud, era necesario ampliar la reforma hasta el establecimiento de un *fondo solidario de salud*

⁶⁸ COMITÉ DESC, *Tercer informe periódico de Chile sobre aplicación del pacto de derechos económicos, sociales y culturales*, 44ª y 46ª período de sesiones, 18 y 19 de noviembre de 2004, y 56ª sesión, celebrada el 26 de noviembre de 2004, en www.un.org

⁶⁹ Molly POLLACK, “Equidad de género en el sistema de salud chileno”, en CEPAL *Serie Financiamiento del Desarrollo*, N° 123, Santiago, 2002, p. 20.

⁷⁰ OPS/OMS (n. 38), p. 13; Iniciativa chilena de equidad en salud, “Determinantes sociales de la salud en Chile, En la perspectiva de la equidad”, octubre 2005, Washington, D.C., p. 46. Disponible en www.equidadchile.cl

⁷¹ GÓMEZ GÓMEZ (n. 32), pp. 458-459.

⁷² “Isapres ponen fin a planes sin útero”, en *La Nación*, Santiago, 12 de agosto de 2004.

⁷³ “¿Sabía usted que mujeres de 80 años deben pagar por maternidad en sus Isapres?”, en *El Mercurio*, Santiago, 23 de abril de 2007.

que permitiera traspasar recursos del sistema privado al sistema público, logrando un efecto similar al de los sistemas sanitarios públicos universales y gratuitos, como el sistema español o el sistema inglés⁷⁴. Aunque ello no fue posible en su momento, la llamada “ley larga de ISAPRES” –que entró a regir en julio de 2005– sí implementó un fondo de compensación de riesgos por sexo y edad *entre las ISAPRES* abiertas del sistema⁷⁵. Entre los objetivos de dicho fondo estaba no sólo terminar con la venta de planes sin útero sino, también, “disminuir la discriminación por precios y la selección por riesgo, al introducir elementos de solidaridad que permitan compartir el riesgo financiero que representan las poblaciones que generan un mayor gasto en salud”⁷⁶, como las mujeres.

¿Ha servido el Fondo de Compensación Interisapres para eliminar la discriminación contra la mujer dentro del sistema de salud privado? Los hechos parecen indicar que no⁷⁷. Incluso, el Fondo de Compensación Interisapres –reconoce la propia autoridad sanitaria– demoraría cerca de seis años en ajustarse. Si bien la idea de este instrumento era, como se dijo, obligar a las instituciones a compensarse unas a otras, según los riesgos de sus afiliados, beneficiando a

⁷⁴ ZÚÑIGA FAJURI (n. 66).

⁷⁵ Con el fondo compensatorio interisapres se consolidó un sistema de salud mixto –público y privado– que permite la segmentación de la población por nivel de ingresos y riesgos, manteniendo la principal fuente de inequidad en el acceso a cuidado sanitario de la población.

⁷⁶ En cuanto a las críticas que ha realizado la Asociación de ISAPRES debido a que el fondo “perjudicaría a los jóvenes solteros y a las familias más numerosas”, Manuel Inostroza aclaró que todos los chilenos pasarán por los diversos ciclos de vida. “El soltero será aportante en su oportunidad, pero luego se casará y su riesgo aumentará con una esposa fértil y con niños menores de dos años. El riesgo nuevamente bajará cuando sus hijos sean mayores, pero una vez que éstos se van del hogar, el afiliado adulto mayor estará protegido y a los 80 años, nadie lo podrá expulsar del sistema. Esto quiere decir que el fondo protegerá a la familia en el momento justo que enfrente las situaciones más críticas”. “Fondo interisapres beneficiará a los grupos más riesgosos en salud”, en *La Nación*, Santiago, 25 de julio de 2006.

⁷⁷ Es más, incluso, algunas ISAPRES –Banmédica y Vida Tres– han seguido vendiendo “planes sin útero”, cuestión que causó gran sorpresa entre las autoridades. En el caso de *Banmédica* se comprobó que mantenía vigentes veintiún planes sin cobertura de parto, afectando contractualmente a mil doscientos treinta y siete afiliados. Ante ello sus responsables respondieron a la Superintendencia de Salud que “los afiliados que suscribieron contratos con planes especiales sin cobertura para embarazo lo hicieron en pleno conocimiento y para obtener un precio menor”. A su vez, Vida Tres mantenía hasta la fecha mil ocho planes sin útero, situación que perjudicaba a cuatro mil cuatrocientos treinta y cuatro afiliados. La autoridad multó a estas ISAPRES.

aquellos sectores que son más “caros” (niños hasta cuatro años, las mujeres en edad fértil y las de más de cincuenta y cinco años y los hombres mayores de cincuenta años, que en total abarcan poco más del 40% de afiliados) las ISAPRES parecen tener todavía fuertes incentivos para la discriminación⁷⁸. Según el superintendente de salud, Manuel Inostroza,

“Lo ideal es que en un futuro la compensación sea cero porque eso ocurrirá *cuando se acabe la discriminación* y todas las carteras de las Isapres sean homogéneas en cuanto a su estructura de hombres, mujeres, adultos mayores y jóvenes”⁷⁹.

Mientras se espera a que las ISAPRES terminen ‘voluntariamente’ con la discriminación actual por riesgo, la realidad es permanentemente denunciada por los distintos actores del sistema. Los funcionarios de la Federación de Trabajadores de Isapres –que reúnen a empleados de Vida Tres, Banmédica, Consalud, Cruz Blanca y Ferrosalud– han denunciado que sus comisiones por venta de planes a mujeres son menores que las obtenidas si el contratante es hombre. Incluso si ella tiene un hijo, en varios casos estaría prohibido venderles planes⁸⁰. Según relata Erica Rivera, presidenta del sindicato de vendedores de *Vida Tres*,

“las mujeres no son bienvenidas en las Isapres. Acá se desincentiva la venta de planes a ellas. Por ejemplo, si tú le vendes un contrato, la Isapre te paga sólo un 85% de la comisión. En cambio para el caso de los hombres te cancelan una comisión del 100%”.

A su vez, la tesorera del sindicato de Banmédica, Sandra Atensio, agrega que el sistema de incentivos es aún más perverso en su ISAPRE. “Acá la venta de un plan a una mujer es castigado hasta con cerca de un 50% de la comisión”. Por su parte, Sergio Solís, secretario del sindicato nacional de la compañía ING-Cruz Blanca, denun-

⁷⁸ “Fondo interisapres ajustará el sistema el 2010”, en *La Nación*, Santiago, 16 de septiembre de 2004.

⁷⁹ “Ordenan a Isapres entregar recursos a otras instituciones que tienen más afiliados de la tercera edad”, en *La Nación*, Santiago, 24 de julio de 2006.

⁸⁰ “No se admiten mujeres. El perverso incentivo de las isapres para excluirlas de los planes de salud”, en *La Nación*, 11 de mayo de 2008.

cia que la discriminación se da a través de un sistema menos notorio, pues: “Hay una bonificación extra para hombres entre cierto tramo de edad que no tengan carga. Es una bonificación que no se nos paga para una mujer de la misma edad y sin carga”⁸¹. En la misma línea, Sandra Carrasco, directora nacional por la zona sur del sindicato de Banmédica sostiene:

“Si llego con una mujer con carga no me pagan comisión. Y si se contrata el plan de un hombre donde la mujer con carga es parte de un plan familiar, o sea la empresa se ve en la obligación de aceptarla, a mí no me la pagan”.

La vendedora agrega otra práctica común:

“Nosotros estamos en la obligación de venderle a hombres sin carga, con carga y mujeres solteras. Pero ellas deben presentar un certificado que acredite que no han tenido licencias en los últimos 12 meses. Si tiene alguna debe justificarla muy bien, porque de ser siquiátrica queda absolutamente fuera”⁸².

Este trato inequitativo entre hombres y mujeres en el sistema de salud no sólo forma parte de diversas declaraciones de los propios funcionarios de estas instituciones de salud privadas⁸³. Según la propia Superintendencia de Salud:

“El gasto de bolsillo en salud es significativo: 27% del ingreso total para salud: 33% en Isapre y 22% en Fonasa. Los co-pagos se diferencian por subsector, sexo, edad y nivel de atención (...) En las Isapres hay una marcada *diferencia entre los copagos de hombre y mujer en edad fértil* que en la atención hospitalaria debe pagar un 10% más. En el nivel hospitalario, los copagos de isapres son 11 veces superiores a los del Fonasa”⁸⁴.

⁸¹ “No se admiten mujeres...” (n. 80).

⁸² *Ibid.*

⁸³ “Si en su empresa el cliente hombre debe cotizar un mínimo de 2 UF, las mujeres –por ser ‘las más caras’ deben pagar, por un plan básico, de entre 5 y 6 UF mensuales”, en *La Nación*, 11 de mayo de 2008.

⁸⁴ SUPERINTENDENCIA DE SALUD, “Monitoreo y seguimiento de la reforma: equidad en el financiamiento y protección financiera”, Santiago, Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, 2006.

Las situaciones de discriminación analizadas, tanto en el sistema público como en el privado de salud, comprometen la responsabilidad internacional de Chile al violentarse de manera permanente los derechos básicos de las mujeres. El derecho a la protección de la salud debe ser reconocido y asegurado –como dispone la normativa internacional– sin discriminación, es decir, en condiciones de igualdad entre las personas⁸⁵. El Comité DESC, al determinar algunas de las obligaciones genéricas que todos los Estados debieran cumplir, dispone que la “obligación de respetar” el derecho a la protección de la salud, implica que los Estados deben abstenerse de denegar o limitar el acceso *igual* de todas las personas a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos de modo que se rechaza la imposición de prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer⁸⁶. Por su parte, la “obligación de proteger” el derecho a la salud implica las obligaciones estatales de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros, además de *velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud*⁸⁷.

El PIDESC obliga a los Estados a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por, entre otros motivos, el sexo, lo que se ve reforzado al exigirse a los Estados-partes a que se comprometan a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el mismo⁸⁸. Por su parte, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece que:

“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular (...) f) *El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las con-*

⁸⁵ La discriminación vigente en el sistema de salud chileno viola la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 25), el PIDESC (artículo 12), la CADH (artículo 1º) y la Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la Mujer, que en su artículo 12 asegura el derecho de acceder a atención médica sin discriminación.

⁸⁶ COMITÉ DESC (n. 19), párr. 34.

⁸⁷ *Op. cit.*, párr. 35.

⁸⁸ PIDESC, artículo 2 y 3, en www.un.or

diciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción”⁸⁹.

En su observación general N° 14, el Comité DESC recomienda a los Estados incorporar la perspectiva del género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre. Como indica este Comité de Naciones Unidas:

“Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud”⁹⁰.

Para el Comité, luego,

“el principio de igualdad exige algunas veces a los Estados Partes adoptar disposiciones positivas para reducir o eliminar las condiciones que originan o facilitan que se perpetúe la discriminación prohibida por el Pacto. Por ejemplo, en un Estado en el que la situación general de un cierto sector de su población impide u obstaculiza el disfrute de los derechos humanos por parte de esa población, el Estado debería adoptar disposiciones especiales para poner remedio a esa situación. Las medidas de ese carácter pueden llegar hasta otorgar, durante un tiempo, al sector de la población de que se trate un cierto trato preferencial en cuestiones concretas en comparación con el resto de la población. Sin embargo, en cuanto son necesarias para corregir la discriminación de hecho, esas medidas son una diferenciación legítima con arreglo al Pacto”⁹¹.

Para suprimir la discriminación contra la mujer sería legítimo que el Estado de Chile –a diferencia de lo que ha ocurrido– disponga medidas concretas tendientes a beneficiarla, dando prioridad a sus nece-

⁸⁹ Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Artículo 11, en www.un.org

⁹⁰ COMITÉ DESC (n. 19), párr. 20, p. 6.

⁹¹ *Op. cit.*, párr. 10, p. 3.

sidades en materia sanitaria. Asegurar para ellas el goce en condiciones de igualdad del derecho a cuidado sanitario no puede significar identidad de trato “en toda circunstancia”⁹² sino que, por el contrario, supone mejorar su situación en atención a la realidad desmejorada que vive en todos los ámbitos. En palabras del Comité,

“es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe proveer en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de salud de alta calidad y al alcance de ella”⁹³.

⁹² COMITÉ DESC (n. 19), párr. 8, p. 3.

⁹³ *Op. cit.*, pp. 6 y 7.