

Derecho a la Salud

INTRODUCCIÓN

Como se indicó en la introducción de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), el análisis de estos derechos en el presente Informe busca indagar de manera especial la situación al respecto en el segmento más joven de la población nacional. Aquellos jóvenes cuyas edades van entre los 15 a los 24 años –y los que colindan esas edades– y pertenecen a los quintiles de menores ingresos del país, ven cómo estos derechos se satisfacen en la medida que ellos, o sus familias, posean condiciones económicas que las permitan recurrir a los sistemas privados de aseguramiento de estos derechos. La salud, tal como la educación, no escapa de este desolador análisis que contraría todos los estándares internacionales de protección de los derechos humanos, en particular los del PIDESC, que establecen la obligación para los Estados Partes de garantizar el goce de estos derechos sin discriminación de ningún tipo¹, incluidas aquellas relativas a las capacidades económicas de sus ciudadanos.

Chile posee una de las tasas de distribución de la riqueza más desiguales del orbe, lo que obliga al Estado a realizar esfuerzos a través de sus políticas públicas para entregar un trato más digno a sus ciudadanos². Esto queda de manifiesto en lo referido al derecho a la salud, puesto que, en un sistema

¹ Artículo 2.2 del PIDESC.

² Véase *Pobreza, distribución del ingreso e impacto distributivo del gasto social*, Vol. 1 Serie CASEN 2003, Gobierno de Chile, Ministerio de Planificación Nacional, 2004.

como el chileno, el ingresos de cada familia es un dato crucial. El sistema de salud chileno es de carácter mixto: de una parte, existen las Instituciones de Salud Provisional –las ISAPRE– a través de las cuales se concretiza el sistema privado de salud. De otra, el Fondo Nacional de la Salud (FONASA), la cara pública del sistema³. Ambos sistemas funcionan sobre la base de cotizaciones de los asegurados, que corresponde a un 7% de la renta de estos. Sin embargo, en el caso de las ISAPRE, los afiliados están habilitados para imponer cifras más altas, dependiendo del tipo de plan de salud con el cual quieran cubrir su salud. Ello, desde luego, dependerá de los recursos de que disponga y de la cotización que la ISAPRE le entregue. Para determinar el monto de esta última, edad y sexo son algunos de los factores –los principales– que se tienen a la vista para determinar las cantidades que deberá pagar el afiliado. La utilización de estos estándares da lugar, en los hechos, a una serie de prácticas discriminatorias que las más de las veces terminan en tribunales. Como las ISAPRE funcionan como verdaderas aseguradoras, estas se encargan de evaluar el riesgo de salud que para ellas representa cada grupo de asegurados⁴; acá, como se verá, mujeres y adultos llevan las de perder.

Como contrapartida, los hombres jóvenes son la población atraída por el sistema privado de salud. La de menos ingresos y de más riesgo –no jóvenes– van a FONASA. Con todo, se trata de poblaciones que son atraídas por los sistemas, pero en ningún caso ello quiere decir que los jóvenes, entonces, se encuentran todos afiliados al sistema privado: para que un joven pueda ingresar a una ISAPRE requiere, primero, encontrarse trabajando. Ello pues, como se ha señalado, las ISAPRE funcionan como aseguradoras cuya cobertura está en directa relación con las primas que el asegurado puede pagar y dependiendo, en todo caso, del riesgo que su salud representa para la institución que lo cubre. Luego, si hay que pagar, sumas, por lo demás, nada de bajas, las ISAPRE concentran jóvenes, es cierto, pero solo los jóvenes que están trabajando; en consecuencia, ninguno de los que se ubican en los quintiles de me-

³ Véase, sobre el funcionamiento del sistema, Informe 2003, pp. 381-382.

⁴ Véase Pollack, Molly, Equidad de género en el sistema de salud chileno, CEPAL, Unidad de Estudios Especiales, Serie financiamiento del desarrollo 123, Santiago, 2002, p. 10.

nores ingresos, como se verá enseguida al analizar los segmentos de la población que se encuentran afiliados a uno y otro sistema⁵.

Todavía es preciso realizar otra distinción en los jóvenes afiliados, esta es, entre jóvenes cotizantes y jóvenes beneficiarios: un porcentaje importante de jóvenes es beneficiario de las prestaciones de salud del sistema, sea privado, sea público, pero ello se debe a que sus padres cotizan por ellos, es decir, la mayoría de los jóvenes que recibe atenciones de salud en el país, lo hace porque ingresa al sistema como cargas de sus padres (u otros familiares) más que por ser, ellos mismos, cotizantes del sistema. Así, de acuerdo a cifras de la Superintendencia de ISAPRE y de FONASA –correspondientes al año 2000– el número total de beneficiarios hasta los 20 años es de 2.162.556, de los cuales 363.480 (16%) son cotizantes y 1.798.076 (83%) beneficiarios. Cuando las cifras se desagregan entre sistemas de salud –público y privado– se aprecia que, efectivamente, los jóvenes que se encuentran en el sistema privado de salud lo hacen en su mayoría como beneficiarios y no como cotizantes⁶, es decir, el acceso a los jóvenes en el sistema privado sigue estando restringido para aquellos que se encuentran trabajando y que no poseen cargas familiares.

El siguiente cuadro demuestra la afirmación anterior⁷:

Tramo hasta 20 años	BENEFICIARIOS	COTIZANTES	CARGAS
ISAPRE	1.124.027	8.322	1.115.705
FONASA	1.038.529	356.158	682.371

No es la calidad lo que distingue al sistema de acceso a la salud; la encuesta CASEN 2003 –cuyos resultados fueron entregados en 2004– entrega un perfil del estado de la salud en

⁵ *Ibíd.*, p. 12.

⁶ De todas formas, si se mantienen las condiciones que se han venido mostrando en los capítulos anteriores, relativos a educación y trabajo, lo más probable es que esos jóvenes, hoy beneficiarios del sistema de ISAPRE sean, luego, cotizantes.

⁷ Véase Pollack, Molly, *Equidad de género en el sistema de salud chileno* (cit.), p. 14.

Chile⁸. Una de las primeras conclusiones a que arriba la encuesta, es que los beneficiarios del sistema público (FONASA) aumentaron en un número importante. El crecimiento experimentado por el fondo público de salud ha sido paulatino; así, en 1996 un 59,7% de la población se encontraba bajo la tutela del sistema público de salud, cifra que aumentó a 61,9% en 1998 y al 72,1% en 2003. La contrapartida de este aumento en el sistema público lo constituye, como puede adivinarse, la disminución del número de afiliados a las ISAPRE, pasando de un 24,6% en 1998 al 16,3% de 2003⁹. De otra parte, el porcentaje de personas que no pertenecen a ninguno de los sistemas de salud también ha disminuido; en 1998 ese porcentaje llegaba al 10,9%, mientras que hoy alcanza el 7,2%.

En términos concretos, el porcentaje de personas que pasó al sistema público aumentó, desde 1998, en algo más de 10 puntos porcentuales. A su vez, quienes dejaron las ISAPRE bordean el 7% y la cifra de quienes, sin tener sistema de protección en 1998, pasaron a tener uno, a 2003, es cercana a los 3 puntos porcentuales. Es decir, el aumento de los cotizantes del sistema público sin duda se debe, más que a la entrada de los desprotegidos o sin sistema, a la incorporación de aquellos que se retiraron de las ISAPRE y pasaron, ahora, a FONASA. Recuérdese que en Chile la cifra de personas pobres alcanza los 2.179.600 (14,1% de la población nacional) y las indigentes 728.100 (4,7%), de suerte que ese 7,2% que hoy no posee cobertura en salud está situado en los quintiles de menor ingreso. Los indigentes, por su parte, pueden acceder al sistema por su calidad de tales. Este porcentaje de personas, desde luego, quedan al margen del “sistema de protección de salud que les brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del nivel más alto de salud posible”, en abierta contradicción con lo que dispone la Observación General N° 14 del Comité de DESC¹⁰.

Lo que resulta problemático, para el tema que acá venimos tratando, es que ese 7,2% de la población que no se encuentra

⁸ Véase Principales resultados en módulo salud, CASEN 2003, Santiago (diciembre 2004), versión en línea en: www.mideplan.cl/publico/ficha_tecnica.php?cenid=171, visitada el 22 de diciembre de 2004.

⁹ *Ibid.*, p. 3.

¹⁰ Véase Observación general N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 11 de agosto de 2000, párrafo 8.

afiliado a sistema alguno de salud, no está distribuido homogéneamente en la población, esto es, no se trata de una cifra que se encuentra por igual en todos los tramos de edad, sino que presenta mayores niveles de concentración en los tramos que van de los 15 a los 24 años, con un 10,5%, y en el que va de los 25 a 34 años, con un 9,9%¹¹. Dicho de otra forma, son los grupos jóvenes los que concurren con los mayores porcentajes a ese 7,2% que se mantiene al margen de las prestaciones de salud –de hecho, los porcentajes de los jóvenes se sitúan sobre la media nacional de los que están sin sistema–. Ello es sumamente complejo; fuera de ser los jóvenes quienes presentan los mayores niveles de desempleo, que los margina, además, del sistema de salud, antes habíamos dicho que varios de ellos, si no todos, participan en el sistema como beneficiarios de las cotizaciones de sus padres (u otros familiares). También habíamos señalado que las ISAPRE, por regla general, son más accesibles para los jóvenes hombres, ello porque los costos que se suman a las mujeres y a las personas mayores son más altos; y, sin embargo, son los mismos jóvenes los que presentan los mayores niveles, como se ha visto, de exclusión del sistema.

Ahora bien, fuera de que el sistema deja al margen de sus beneficios a un número importante de personas (7,2%), lo que en sí ya es una violación a los estándares internacionales de derechos humanos, incurre en otra vulneración más de esos estándares. En efecto, el desplazamiento que se produce de afiliados que cambian el sistema privado por el público, se debe, en una medida importante, a los altos costos que significa el estar afiliado a una ISAPRE. Dos de las conclusiones de la encuesta CASEN sostienen lo anterior.

Primero, que la afiliación a FONASA es mayor en los quintiles de menores ingresos. Así, del total de afiliados a algún sistema de salud en el primer quintil, un 91,1% está en FONASA y solo un 1,6% en alguna ISAPRE. La situación es radicalmente opuesta en los últimos quintiles –los de mayores ingresos– donde un 33,6% pertenece a FONASA y un 50,5% a alguna ISAPRE. Segundo, la caída en los niveles de afiliación detectada para las ISAPRE se concentra en los primeros quintiles de ingreso; es decir, a pesar que, en comparación al año 2000, todos los quinti-

¹¹ Véase Principales resultados en módulo salud (cit.), p. 7.

les registraron descensos en su afiliación a las ISAPRE, los tres primeros tramos muestran una variación más acentuada¹².

Variación por quintil en las ISAPRE	I	II	III	IV	V
2000	3,1%	7,8%	17,6%	29,5%	54,2%
2003	1,6%	5,6%	11,2%	24,0%	50,5%

En definitiva, el Estado presenta las conclusiones de la encuesta CASEN, relativas al aumento del número de afiliados en el sistema público, como un éxito total del sistema estatal (“los beneficiarios de FONASA aumentan de manera muy importante”), cuando no es otra cosa que la manifestación de la dualidad de sistemas que muestra como quienes poseen recursos económicos se mantienen en el sistema privado de salud, mientras que los quintiles de menores ingresos se mantienen en el sistema público. El acceso a las prestaciones de salud, luego, no se encuentra distribuida en términos equitativos, toda vez que depende (esa distribución) de las capacidades económicas de las personas, en abierta contradicción con la Observación General N° 3, del Comité DESC¹³.

Otra de las conclusiones a las que llega la encuesta CASEN, es que el número de personas afiliadas por tramo de edad ha aumentado. Es decir, dentro de cada uno de los tramos de edad, el número de afiliados es mayor. Así lo indican las cifras que se entregan a continuación:

Tramo de edad	ISAPRE	FONASA
5 - 19 años	16,1% Hombres	74,6% Hombres
	16,8% Mujeres	74,4% Mujeres
20 - 39 años	19,7% Hombres	62,0% Hombres
	17,8% Mujeres	71,2% Mujeres

¹² *Ibíd.*, p. 6.

¹³ Véase Observación general N° 3, La índole de las obligaciones de los Estados Partes (Párrafo 1 del artículo 2 del PIDESC), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 14 de diciembre de 1990.

Sin embargo, a diferencia de lo que hicimos más arriba, la encuesta CASEN deja de lado la distinción entre jóvenes que están afiliados porque ellos mismos cotizan o porque se encuentran en el sistema como beneficiarios (cargas).

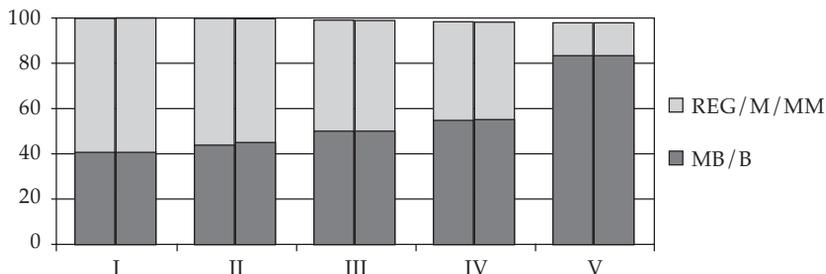
Lo que sí hace la encuesta, es detectar los niveles de satisfacción de las personas con su salud, lo cual no es otra cosa que un índice que permite muchas especulaciones respecto al rol del Estado. En efecto, las cifras indican que, en general, las personas de 15 años y más declaran que su salud es buena (50,6%) o muy buena (12,1%). Pero, sin duda, lo que interesa indagar, más allá de si la salud de las personas –de acuerdo a su percepción– es buena o mala, es cómo funciona el sistema cuando esa buena (o muy buena) salud presenta alteraciones, es decir, cuando presenta enfermedades que requieren que el sistema de salud, pasivo mientras la salud era buena, reaccione. Pese a todo, las cifras no son, todas, para celebrarlas; en efecto, un 35,4% de la población nacional declara que su salud es regular, mala y muy mala, índices que se elevan a medida que sube la edad de los encuestados. Así, en los mayores de 60 años solo una cifra del 40% –y que sigue descendiendo– declara que su salud es buena o muy buena. Indagando un poco más allá, se detectan dos deficiencias del sistema de salud, detectadas, también, en los derechos a la educación y al trabajo, y que demuestran que el Estado chileno está lejos de poseer un sistema a prueba de críticas¹⁴.

Primero, que son las mujeres las que representan el porcentaje mayor de chilenos que dicen poseer una salud regular, mala o muy mala. Así, de los encuestados sobre la percepción que poseen de su salud, los hombres que declaran poseer niveles buenos o muy buenos de salud alcanzan el 69,2%, cifra que cae al 59,2% en las mujeres. Enseguida indagamos más sobre cuáles son las probables razones, varias de las cuales se han adelantado ya.

Segundo, que a medida que nos acercamos a los quintiles de menores ingresos, los porcentajes de satisfacción con la salud, bajan. En los primeros quintiles de ingreso un 52,3% de los encuestados dijeron poseer, en su percepción, niveles de salud buena o muy buena. Lo preocupante es que, en el quinto quintil de ingreso, donde se ubican las personas de mayores recursos,

¹⁴ Véase Principales resultados en módulo salud (cit.), pp. 11-12.

ese porcentaje llega al 77,6%, un 25% más. El siguiente cuadro muestra la evolución de las cifras por quintil de ingreso¹⁵:



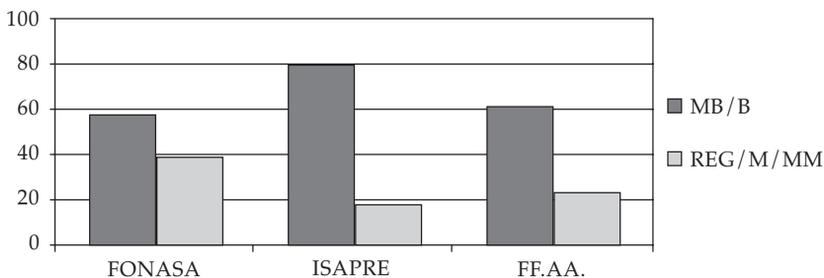
Como se aprecia, la satisfacción de la personas con sus niveles de salud disminuye, como es la tónica en los demás DESC, a medida que descienden los ingresos de las familias. En el caso de los jóvenes, entonces, se produce una doble vulnerabilidad; ya hemos señalado, a lo largo de estos capítulos, que los jóvenes poseen precarias condiciones de satisfacción de sus DESC. El derecho a la salud no es la excepción; mientras los jóvenes presentan los mayores niveles de exclusión del sistema, además muestran, en los quintiles de menores recursos, la percepción de que su salud es más mala en comparación con los jóvenes de los quintiles de mayores ingresos. Juventud y pobreza, entonces, atentan en contra del desarrollo de una vida digna. El sistema, en contravención al PIDESC, no está en condiciones “de garantizar niveles esenciales de derechos” para este grupo de personas¹⁶. Las limitaciones, como ya se ha señalado, son de orden económico, otra de las infracciones detectadas al Pacto.

La fórmula es, más o menos, la que sigue: a mayores recursos económicos, mayores niveles de satisfacción de derecho a la salud (y demás DESC). ¿Cómo se comprueba esto? Hemos señalado que los costos de estar afiliado a una ISAPRE son mayores que los que exige el sistema público de salud. Por ende, el sistema privado, como su propio nombre lo indica, es privativo para quienes no posean recursos económicos suficientes para pagar los altos costos. En efecto, vimos, también, cómo el porcentaje de personas afiliadas a las ISAPRE disminuye a medida

¹⁵ *Ibíd.*

¹⁶ Artículo 2.1 PIDESC.

que nos acercamos a los quintiles de menores ingresos, justamente porque los costos de afiliación a las ISAPRE son más altos. Dijimos, además, que ello significaba que las personas recibían salud de acuerdo a sus capacidades económicas, lo que, en concepto de los estándares de derecho internacional de los derechos humanos, es una clara discriminación del Estado hacia sus ciudadanos de menores recursos. Lo que resta por hacer, todavía, es indagar acaso el sistema privado de salud presenta más ventajas que el sistema público. Ello sobraría por mucho este trabajo, pero cifras no faltan¹⁷; en efecto, y siguiendo con el análisis de las cifras que entrega la encuesta CASEN, las personas afiliadas a las ISAPRE presentan mayores niveles de satisfacción con su salud (calificándola como muy buena o buena), en comparación con quienes están suscritos al sistema estatal. Préstese atención al siguiente gráfico¹⁸:



Es decir, quienes están afiliados al sistema privado de salud perciben que sus niveles de salud son buenos o muy buenos; ¿depende ello de los recursos económicos con que cuentan las personas? Pareciera que sí, pues, en efecto, las personas que declararon tener una salud mala o muy mala, son las mismas que declararon haber sufrido, en los últimos 30 días, algún problema de salud (enfermedad o accidente). Como vimos, el mayor porcentaje de personas que declaró tener una salud mala o muy mala se ubica en los quintiles de menores ingresos, a su turno, los que presentan mayor número de afiliados al sistema público de salud.

¹⁷ Véase Informe 2003 (cit.), p. 396.

¹⁸ Véase Principales resultados en módulo salud (cit.), p. 12.

Todavía otro dato más que ayuda a sostener las conclusiones entregadas: si uno analiza el porcentaje de consultas de las personas, verá que los quintiles de mayores ingresos presentan las tasas más altas. Así, el quinto quintil presenta tasas del 79,7%, altas en comparación con las tasas del primer (73,9%), segundo (76%) y tercer (74,7%) quintil. Si bien se trata de tasas que, con todo, se muestran más o menos parejas –el promedio es 76,3%–, el panorama cambia cuando se echa mano a dos datos más¹⁹. Primero, la población afiliada a las ISAPRE son las que presentan la mayor cantidad de tasas de consulta; como se conoce, entonces, la población de mayores ingresos es la que muestra la mayor cantidad de consultas por concepto de salud. Segundo, si se indaga, ahora, en las razones que se tuvo a la vista para no consultar, se aprecia el siguiente cuadro de respuestas²⁰:

¿Por qué no tuvo consulta?	Total nacional
(1) No lo consideró necesario, no hizo nada	29,8%
(2) No lo consideró necesario, utilizó remedios caseros	38,3%
(3) Pensó en consultar, pero no tuvo dinero	13,1%
(4) Pensó en consultar, pero no tuvo tiempo	8,0%
(5) Pensó en consultar, pero cuesta llegar al lugar de atención	2,9%
(6) Pidió hora, pero no la obtuvo	5,4%
(7) Consiguió hora, pero no la utilizó	0,6%
(8) No contesta	2,0%
TOTAL	100%

¿Qué datos nos agrega esta tabla de respuestas? Dentro de las razones que se tuvo a la vista para no consultar un médico, se señalan como la más alta, y ello es lo que destaca como importante la encuesta CASEN, que “no lo consideró necesario”, con un porcentaje de 29,8%²¹. Lo que, en verdad, habría que hacer, es dividir esas respuestas entre causales que dependen de la voluntad de las personas, de las que no lo hacen.

¹⁹ *Ibíd.*, pp. 19-21.

²⁰ *Ibíd.*, p. 21.

²¹ La encuesta destaca que “[l]a principal razón para no consultar frente a un problema de salud es porque ‘no lo consideró necesario’”. *Ibíd.*, p. 21.

Mientras las primeras hacen descansar la responsabilidad de no consultar, en parte importante, en la propia persona, las segundas impiden que las personas consulten a un médico por razones que escapan en última instancia a su propia voluntad, esto es, donde las personas dejan de ser responsables por las consecuencias que de ello se sigue. De acuerdo al cuadro, las causales que pertenecen al primer grupo, es decir, aquellas en que la no consulta depende exclusivamente de la voluntad de las personas, son que no lo consideró necesario, no hizo nada (29,8%), no lo consideró necesario, utilizó remedios caseros (38,3%), consiguió hora, pero no la utilizó (0,6%) y un 2,0% no contesta*.

El resto, evidentemente, queda comprendida dentro de las causales de segundo orden, esto es, causales que significan que las personas no concurren a consultar a un médico ante un problema de salud, no porque no hayan querido utilizar la hora ni porque no lo consideraron necesario, sino, cosa distinta, a causa de factores que van más allá de su voluntad y que, así las cosas, no pueden controlar. Estas segundas causales son que pensó en consultar, pero no tuvo dinero (13,1%), pensó en consultar, pero no tuvo tiempo (8,0%), pensó en consultar, pero cuesta llegar al lugar de atención (2,9%) y que pidió hora, pero no la obtuvo (5,4%).

Como se aprecia, estas segundas causales, todas ellas, son las importantes, pues la no consulta depende de factores externos a la mera voluntad de las personas involucradas. Dentro de estas, la que posee los porcentajes más altos es que no consultó porque no tuvo dinero, o, si lo tuvo, le costaba llegar al lugar de atención o no obtuvo la hora, cuando la solicitó. Cada una de ellas no hace sino reflejar el estado actual del derecho a la salud de los grupos de menores recursos económicos en Chile²².

Primero, que la satisfacción de niveles adecuados de salud depende de la capacidad económica de las personas. En efecto, una vez que se desagregan las causales señaladas, por quintil de ingreso, se observa que un 15,4% del primer quintil declaró no haber consultado por falta de dinero, mientras que, en el

* Incorporamos esta causal acá, solo por razones de análisis. No altera, en absoluto, las conclusiones.

²² Hemos excluido, por cierto, la causal que indica que la no consulta se debe a la falta de tiempo. Con todo, no puede dejarse pasar por alto las constantes trabas con que se encuentran las personas para obtener permisos laborales con el fin de revisar el estado de su salud.

quinto quintil, el porcentaje fue de 7,6%. Segundo, que las cifras están en lo cierto cuando indican que, pese a las mejoras, todavía hay escasez de consultorios por número de habitantes. Esto también dice relación con los recursos por quintil; así, el primer quintil indicó que no había consultado porque le cuesta llegar al lugar de atención en un 4,5%, muy por sobre el 0,4% del quinto. Y, tercero, que la capacidad de atención de los que existen es limitada al punto tal de, en ocasiones, no poder prestar servicios a personas que así lo requieren. En el primer quintil un 6,5% de las personas no obtuvo hora una vez que la pidió, porcentaje que en el quinto quintil llegó a escasos 0,8%²³. Ello tiene que ver con el hecho de que la población de los quintiles de mayor ingreso concentró sus consultas en establecimientos privados. En esos establecimientos consultó un 36,8% del quinto quintil, mientras que, del primer quintil, solo lo hizo un 5,2%. Los porcentajes se invierten cuando se indaga en las personas que consultaron establecimientos públicos: ahí el quinto quintil consultó en un 5,0% mientras que, el primero, 32,1%²⁴.

Todas estas son infracciones sustantivas al PIDESC en donde, sin priorizar unas sobre otras, nos muestra, una vez más, que el sistema chileno de salud posee mejores niveles de atención y satisfacción de derecho a la salud en aquellos segmentos de la población de mayores recursos económicos. Así, al sistema de salud privado, avalado por el Estado como un éxito de las reformas chilenas, transforma al sistema público en uno que funciona exclusivamente para pobres, mujeres, ancianos e indigentes²⁵. No es de extrañar que esta citación de desigualdad obligue al Estado a concentrar sus recursos en la población de menores ingresos. Como lo señala la encuesta CASEN 2003, un 62% del subsidio neto en salud se concentra en el 20% de hogares más pobres del país²⁶ lo que, vistas las cifras, es aún insuficiente.

Dentro del contexto señalado, cabe precisar que la mayoría de los cotizantes del sistema público son mujeres. Las causas, como se ha señalado, son que los costos que las ISAPRE impo-

²³ Véase Principales resultados en módulo salud (cit.), p. 22.

²⁴ *Ibíd.*, p. 26.

²⁵ Véase www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/sistemaisapre.pdf, visitado el 5 de enero de 2005, p. 3.

²⁶ Véase, Principales resultados en módulo salud (cit.), p. 32.

nen a las mujeres son mayores, concentrando, estas últimas, a los jóvenes, hombres y sanos como exclusivos beneficiarios. Se da por descontado, con todo, que las personas que poseen los recursos económicos suficientes, a pesar de los costos que imponen las ISAPRE, podrán, de todas formas, acceder a sus beneficios. De acuerdo a la CEPAL, existe equidad en el sistema de salud, si es el caso que “todos tienen igual oportunidad de lograr su máximo potencial en salud, sin desventajas por consideraciones de raza, género, etnia o condición socioeconómica para alcanzar ese potencial”²⁷, todo lo que concuerda con las obligaciones de acceso igualitario que establece el PIDESC.

Como hemos señalado, las ISAPRE persiguen rentabilidades para convertirse en modelos eficientes de lo que son, un sistema privado de aseguradoras, por lo tanto, su atención se centra en captar aquellos clientes que les permiten mantener los dineros siempre rentando; esos afiliados son los sanos. Para el resto de los afiliados, en cambio, los costos de salud se encarecen, pues, ellos mismos, son bajas para el sistema. Ya en 2003 la Corte Suprema señaló que ello es contrario al fin propio que deben perseguir las instituciones de salud previsional, disponiendo que: “[q]ue la citada conducta deja en evidencia el propósito de la recurrida [la ISAPRE] de permitir únicamente la afiliación de personas que gocen de buena salud, (...) no se compadece con la normativa legal que le es aplicable y que le permite excluir o limitar determinadas prestaciones respecto de enfermedades que puedan ser catalogadas como preexistentes (artículo 33 bis de la Ley N° 18.933)”²⁸.

Con todo, al ser el recurso de protección una herramienta que está lejos de funcionar como un sistema eficaz de tutela de derechos fundamentales, unido, ello, a la inexistencia de precedentes en el sistema judicial chileno, las ISAPRE, en la práctica, operan sobre la base de la edad, sexo e ingreso del cotizante para excluirlos –a los viejos, pobres y mujeres– del sistema. En el caso de las mujeres –los otros ya los hemos abordado– la propia ley de ISAPRE es la que contempla la herramienta que permite a estas instituciones discriminar arbitrariamente a sus cotizantes por razones de sexo al establecer, su artículo 38, que las ISAPRE tienen la facultad de revisar una vez al año los

²⁷ Véase Pollack, Molly, *Equidad de género en el sistema de salud chileno* (cit.), p. 19.

²⁸ Corte Suprema, Rol N° 3968-03, 27 de octubre de 2003, Considerando 10°.

contratos de salud, pudiendo adecuar sus precios, prestaciones convenidas y la naturaleza y monto de sus beneficios, a condiciones generales entre los afiliados de un mismo plan²⁹. Para lograr ese objetivo, las ISAPRE utilizan la prima que se cobra al afiliado, la cual varía de acuerdo al “riesgo que representa ese afiliado”. De acuerdo a las estadísticas del Servicio Nacional de la Mujer, las primas que se cobran a las mujeres son más altas que las establecidas para los hombres, en igualdad de condiciones; además, la relación de cotización entre hombre y mujer es más alta en la edad temprana de estas. Una mujer de 20 años cotiza mensualmente unos \$ 39.270 (US\$ 67), mientras que un hombre, de la misma edad, \$ 16.352 (US\$ 28). La relación de cotización entre hombre y mujer, a los 20 años, es de 2,4. A los 30 es de 3,1 y a los 35 comienza a descender, desde los 2,8. Luego, la mujer –entre los 20 y 60 años, pero particularmente entre los 18 y 44 años– debe siempre pagar más caro que un hombre por un mismo plan de salud³⁰. La situación es más problemática cuando se toma en consideración el hecho de que las mujeres, en Chile, ganan menos que los hombres³¹ y poseen niveles de desempleo más elevados³². Al igual como ocurría con los jóvenes, quienes en su mayoría estaban dentro del sistema de salud como beneficiarios, esto es, gracias a las cotizaciones de sus padres u otros, en el caso de las mujeres ocurre lo mismo. Es decir, y hasta 1999, del total de mujeres que recibía prestaciones de salud de una ISAPRE, solo un 30,3% lo hacía como cotizante del sistema³³.

En las líneas que siguen, el presente informe indaga en la situación de la salud de los jóvenes, en Chile, dando una breve mirada, además, a los principales hechos relativos a este derecho durante 2004. Finalmente, parte importante de este capítulo está destinado al análisis de los diferentes proyectos que conforman la reforma a la salud, cuya entrada en vigencia no ha estado exenta de críticas.

²⁹ Véase, Pollack, Molly, *Equidad de género en el sistema de salud chileno* (cit.), p. 20.

³⁰ *Ibíd.*

³¹ Véase Informe 2003 (cit.), pp. 454-455.

³² Como se demostró en el capítulo sobre Derecho al Trabajo, en este mismo informe.

³³ Véase Pollack, Molly, *Equidad de género en el sistema de salud chileno* (cit.), p. 21.

Jóvenes y salud. Plan de acción en juventud en materia de salud

De acuerdo al informe sobre la juventud en Iberoamérica³⁴, cuatro son las áreas críticas de la salud en los jóvenes: primero, la vulnerabilidad de estos frente a los temas relativos a la salud; segundo, el desconocimiento que existe respecto de la situación, en concreto, de la salud de ellos; tercero, los niveles y causas de mortalidad en los jóvenes; y, cuarto, el estado de su salud sexual y reproductiva. Chile no escapa de este escenario. Al igual cómo ocurre en el resto de los países iberoamericanos, la situación de los jóvenes, cuyas causas de muertes no suelen estar relacionadas con enfermedades, no es objeto de estudios y, sobre esa base, se llega a conclusiones más intuitivas que informadas, todo lo cual incide en la elaboración de las políticas estatales.

No se les presta la atención adecuada y se transforman, más que en sujetos de derecho (a la salud), en objetos de las políticas públicas que, así diseñadas, no reclama de estos participación ni obtiene información. La regla general, entonces, es que como no presentan grandes enfermedades se les suele atribuir un estado de salud medio y las acciones de salud se dirigen a los demás sectores de la población³⁵. Las observaciones del Comité de DESC han señalado que los Estados tienen la obligación de “proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud”³⁶. Ello ocurre en el caso chileno. Todo esto, unido a la deficiente cobertura, principalmente, de los jóvenes situados en los quintiles de menores ingresos, atenta gravemente en contra del derecho a la salud de este sector de la población.

De acuerdo al informe sobre América Latina al que antes nos hemos referido, uno de los temas preocupantes en materia de salud es la alta tasa de suicidios que muestran los jóvenes lati-

³⁴ Véase La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias, CEPAL y Organización Iberoamericana de Juventud, Capítulo IV Salud y Sexualidad (pp. 129-163), Santiago, 2004.

³⁵ *Ibid.*, p. 130.

³⁶ Véase, Observación general N° 14 (cit.), párrafo 23.

noamericanos. Ello se repite en Chile. Si bien Chile se alza como uno de los países que muestra una de las menores tasas de mortalidad juvenil, después de Costa Rica y Argentina, llama la atención que, en el caso particular de nuestro país, las muertes producto de suicidios y otras causas violentas presente, aún, porcentajes altos³⁷. En Chile, un 11,3% de los hombres jóvenes (entre 15 y 24 años) muere producto de suicidios, cifra que, en las mujeres, alcanza el 8,0%. El resto de las causas externas³⁸ llega al 73,6% en hombres y 39,8% en mujeres, replegando a un lugar secundario a las enfermedades transmisibles, al VIH/SIDA, las enfermedades que afectan el sistema circulatorio y tumores.

El problema que tiene entre manos el Gobierno y al cual no ha podido o no ha sabido darle una respuesta, es que, a pesar de los índices bajos de mortalidad de la población juvenil chilena, los índices relativos a muertes violentas, incluidos suicidios, es de los más elevados del Iberoamérica. De hecho, Chile es el segundo país en donde el suicidio en ambos sexos constituye una causa de muerte más recurrente que el homicidio (el primero es Argentina)³⁹. Pese a la preocupación que el Gobierno ha mostrado al respecto⁴⁰, no existen políticas públicas concretas destinadas a prevenir suicidios y detectar sus causas. En efecto, de acuerdo a las propias declaraciones del Ministerio de Salud, la cartera cuenta con escasos recursos relativos a la prevención de suicidios, patologías psíquicas y trastornos mentales –como si las únicas causas de los suicidios fueran estas–. En este sentido, el Gobierno advierte que una de las principales novedades del AUGE –que se analiza, en detalle, más abajo– es que incorpora algunas enfermedades mentales (depresión, esquizofrenia, drogadicción y alcoholismo)⁴¹.

Otro de los aspectos que el Informe sobre Latinoamérica cuestiona respecto de las políticas públicas del Estado en materia de salud y jóvenes, es la expansión creciente del VIH/SIDA en varios de los países de la región, escenario del cual Chile no

³⁷ Véase, *La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias* (cit.), pp. 134-136.

³⁸ Definidas por el informe como “eventos de intención no determinada, ahogamientos y accidentes que obstruyen la respiración, entre otras”, *Ibíd.*, p. 137.

³⁹ *Ibíd.*, p. 138.

⁴⁰ “Alza en tasa de suicidios inquieta a salud”, *El Mercurio*, 6 de junio de 2004 (C p. 5).

⁴¹ “Con campañas preventivas sobre depresión se intenta frenar el mal”, *El Mercurio*, 6 de junio de 2004 (C p. 5).

escapa. Los jóvenes se muestran, frente a esta enfermedad, más vulnerables. En ese sentido, uno de los problemas que se ha debido enfrentar es la estigmatización de los temas polémicos, particularmente los relativos a las vivencias sexuales. En el *Informe 2004* señalamos que esa perniciosa actitud era complementada por la polémica que se generó cuando algunos canales de televisión –y la Iglesia Católica– se colocaron en contra y decidieron no transmitir los *spots* relativos a la campaña del Gobierno sobre prevención y VIH/SIDA⁴². Como se recordará, en contra de los canales que no adhirieron se interpuso un recurso de protección que fue, finalmente, rechazado por la Corte de Apelaciones⁴³, la que sostuvo que la libertad programática de los canales de televisión estaba por encima de las políticas –y los fines que buscan– del Ministerio de Salud⁴⁴. Ocurrido esto, el Gobierno decidió enviar al Parlamento un proyecto de ley destinado a entregar nuevas facultades al Consejo Nacional de Televisión, con miras a que este pueda calificar campañas comunicacionales como “campañas de interés público”. Una vez que se logre esa calificación –de acuerdo al proyecto– los canales de televisión, entre otros medios, estarían obligados a incorporar las publicidades⁴⁵.

Con todo, ello no evitó el reproche internacional al Estado chileno; en efecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, junto con mostrar su preocupación por el aumento del contagio con VIH/SIDA, en particular entre la población joven, recomendó al Estado de Chile “intensificar sus esfuerzos, incluidos campañas de información pública, en el control de la expansión de la enfermedad”, debiendo, para el informe siguiente, “entregar [al Comité] información sobre las medidas tomadas, incluidas los efectos de las campañas mediáticas y de televisión”. El Estado debe, además, informar sobre el rol de la sociedad civil y de los grupos religiosos al respecto⁴⁶.

⁴² Véase Informe 2004, p. 281.

⁴³ Sentencia de 29 de abril de 2004, Corte de Apelaciones de Santiago.

⁴⁴ Considerando 8°.

⁴⁵ Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que inicia un proyecto de ley que introduce modificaciones a la Ley N° 18.838, que crea el Consejo Nacional de Televisión, en materia de campañas de Interés Público (Mensaje N° 103-351), 30 de junio de 2004.

⁴⁶ Consideration of Reports Submitted by States Parties, Under Articles 16 and 17 of the Covenant, Economic and Social Council, United Nations, 26 November 2004, párrafo 55 (la traducción es nuestra).

El Plan de Acción en Juventud⁴⁷, por su parte, señaló que uno de los nudos críticos entre la salud y los jóvenes lo constituía el desarrollo de una sexualidad segura, con todo lo que ello involucra: control de natalidad, relaciones sexuales en buenas condiciones y control de enfermedades de transmisión sexual. Para solucionar ese “nudo”, el Ministerio de Salud aumentaría la oferta de consejería en salud sexual y reproductiva, incluyendo el autocuidado preventivo del VIH/SIDA, contando, además, con métodos adecuados de control de fertilidad. Como se conoce, todas estas iniciativas han contado con tenaz oposición de varios grupos que han terminado con varias de estas disputas en tribunales de justicia.

El tema, de conformidad a las recomendaciones del Comité DESC, no es nada menor. En Chile, a fines de 2001, existían 4.749 personas notificadas de la enfermedad, llegando a 3.230 las fallecidas⁴⁸. Más aún, y afectos al tema principal de este capítulo, la mayor parte de personas portadoras del virus se ubica entre los 20 y 50 años de edad (69,2%). Pero ¿existen elementos para afirmar que la política del Estado chileno ha sido ineficaz en el control del VIH/SIDA? Que las campañas públicas sobre el uso del condón sean restringidas por concepciones morales y grupos religiosos, que los tribunales apoyen esas restricciones y que, finalmente, el Estado de Chile como un todo no sea coherente en el trato y diseño de políticas que entrega a sus jóvenes, se refleja en las cifras que indican que la categoría que muestra los mayores niveles de contagio sea la vía sexual, con un 93,9%⁴⁹, muy por encima de otras formas de transmisión (sanguínea y vertical⁵⁰). A principios de 2005, además, se conoció un informe de la Organización Panamericana de la Salud que indicó que Chile presenta una grave carencia de políticas públicas para prevenir el contagio del SIDA entre sus jóvenes: escaso traspaso de fondos desde el nivel central a los consultorios, falta de indicaciones a los jóvenes sobre cómo deben usar un condón, ausencia de confidencialidad⁵¹ y escasez

⁴⁷ Chile se Compromete con los Jóvenes, Plan de Acción en Juventud, Ministerio de Planificación, Instituto Nacional de la Juventud, Comité Intergubernamental en Juventud, Santiago, 2004 (mayo).

⁴⁸ Véase Panorama epidemiológico de la infección por VIH/SIDA en Chile Año 2001, Comisión Nacional de SIDA, CONASIDA, Chile, Revista Chil Infect (2002); 19 (4), p. 255.

⁴⁹ *Ibíd.*, pp. 253-254.

⁵⁰ Madre-hijo.

de condones (a lo que se suma la dificultad para la entrega masiva de los mismos⁵²). A ello se suma las críticas en contra del Ministerio de Salud por rebajar los montos destinados a la adquisición de condones y para ayudar a financiar al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA, así como una completa desatención al diseño de planes de estudios serios en materia de sexualidad⁵³.

De acuerdo a las cifras oficiales, la importación de condones de 2001 a 2003 aumentó. Mientras en 2002 se importaron cerca de 14 millones de condones, durante 2003 la cifra llegó a los 21.437.670; sin embargo, la realidad social muestra que el solo aumento de las importaciones, desde luego, es insuficiente en el control del VIH/SIDA. Mientras un 84% de los consultados en una encuesta de Sidacción asegura que cree que el condón es eficaz en el control del VIH, un 32% asegura que no sabe cómo utilizarlo, mientras que un 68% no sabe si lo ha utilizado correctamente⁵⁴. Las campañas públicas, sea que provengan del Gobierno, sea que provengan de iniciativas de alguna ONG, son siempre objeto de fuertes cuestionamientos. Mientras las organizaciones Sidacción y Vivo Positivo⁵⁵ planeaban acciones públicas destinadas a incentivar el uso del condón en la población, otra agrupación, VIHDA, señalaba que las campañas públicas deben orientarse no solo al uso del condón, sino también a la abstinencia y fidelidad como vías adecuadas para evitar la infección⁵⁶. Por su parte, la Comisión

⁵¹ Según plantea el informe, realizado por la Consultora Hexagrama, para que un joven pueda adquirir un bono y, en consecuencia, obtener hora de atención, requiere como mínimo la cédula de identidad de los padres, de suerte que ello es, en sí, una barrera que muchos jóvenes no pasan, pues no están dispuestos a conversar estos temas con sus familiares. "Salud no facilita acceso a prevención del sida", *El Mercurio*, 24 de enero de 2005. Ello contraría, además, las observaciones del Comité de DESC que ha señalado, al respecto, que "[e]l ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva". Véase, Observación general N° 14, (cit.), párrafo 23.

⁵² Salud-Chile: Sida retrocede pese a fallas en prevención, en www.tierramerica.net/2004/1016/noticias3.shtml, visitado el 22 de enero de 2005.

⁵³ "Adolescentes carecen de planes contra el sida", *El Mercurio*, 24 de enero de 2005.

⁵⁴ Llegada de condones sube en 93%, *El Mercurio*.

⁵⁵ Véase, www.vivopositivo.org www.sidaccion.cl.

⁵⁶ "ONGs polemizan por campañas de uso de condones", *El Mercurio*, 23 de abril de 2004 (C p. 7).

Nacional del Sida (CONASIDA) también se vio afectada por hechos relativos a las campañas públicas y el uso del condón. Durante mayo de 2004 el diario *La Nación*, en una de sus ediciones del día domingo, repartió condones a quienes compraran el diario, el que incluía el logo de la institución. Los reclamos de varias agrupaciones terminaron con la remoción del jefe de comunicaciones de la Comisión⁵⁷.

Todas estas son cifras que, lamentablemente, han venido constantemente en alza⁵⁸, así como las políticas estatales y educacionales, en materia de prevención, parecen no cumplir los estándares internacionales que establecen que “[l]a prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas (...), exigen que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA”⁵⁹.

No han sido las “únicas novedades en materia de VIH/SIDA. En el *Informe 2004* dimos cuenta del primer caso que se presentó en tribunales de justicia en virtud de la –así denominada– Ley del Sida⁶⁰. Durante 2004 se conoció el primer fallo por discriminación en contra de una persona portadora del VIH, un joven de 23 años, quien, luego de ser víctima de un asalto, concurrió al Instituto de Seguridad del Trabajo en Punta Arenas para recibir los primeros auxilios. Cuando se identificó como portador del VIH, a través de un citófono por medio del cual requirió la asistencia, un funcionario del recinto le indicó que por esa razón –ser portador– no lo podían atender. El 2° Juzgado de Policía Local de Punta Arenas condenó a la entidad al pago de una multa de 200 UTM (cerca de US\$ 10.000) y un millón de pesos (US\$ 1.700) por concepto de daño moral.

La sentencia es un avance en materia de reconocimiento de los derechos de las personas portadoras del VIH/SIDA, a pesar que las prácticas discriminatorias están lejos de desaparecer. Así, una de las situaciones que ha llamado la atención, es la

⁵⁷ “Salud golpea la mesa tras lío por condones”, *El Mercurio*, 12 de mayo de 2004 (C p. 4).

⁵⁸ “50% aumenta demanda por remedios para tratar el sida”, *El Mercurio*, 2 de julio de 2004 (C p. 7).

⁵⁹ Véase Observación general N° 14, (cit.), párrafo 16.

⁶⁰ Informe 2004, pp. 282-283.

exigencia de examen de VIH que se exige a las mujeres que, estando privadas de libertad, quieran mantener relaciones con sus parejas libres. Como se conoce, los espacios que las cárceles femeninas reservan para que las personas internas mantengan sus relaciones íntimas con sus parejas, son denominados venussterios. La normativa que afecta a las mujeres privadas de libertad y portadoras del VIH/SIDA se configura como una excepción a la regla general que dispone que el examen para identificar la presencia del virus, en la sangre, es voluntario⁶¹; ellas, en cambio⁶², poseen una reglamentación especial que consta de una serie de requisitos: (a) solicitud por escrito; (b) mantener buena conducta, y (c) examen de VIH/SIDA. La pregunta que resta responder, desde luego, es por qué estas personas son objeto de restricciones a sus derechos, más allá del resto de las personas. Que se encuentren privadas de libertad, en caso alguno es carta blanca para que el Estado limite otros derechos fundamentales. Una respuesta posible es que el Estado señale que las condiciones en que se encuentran recluidas estas personas no permite contar con niveles seguros de salud, pero ese tipo de respuesta, sin duda, no hace sino poner en jaque al propio deber del Estado de entregar un trato digno a las personas que se encuentra privadas de libertad⁶³.

El derecho a la protección de la salud; las reformas a la salud

Dada la importancia de las reformas que se incorporan al sistema de salud, en lo que sigue se analizará en detalle, y exclusivamente, el estado en que queda el derecho a la salud, luego de las modificaciones.

La reforma al sistema de protección de la salud y su discusión parlamentaria son un ejemplo paradigmático de lo que la protección real de los DESC puede generar en Chile, no solo como productora de importantes cambios sociales, sino que como instigadora de una discusión inédita relativa a cómo debe

⁶¹ Artículo 5º, Ley 19.779, publicada en el *Diario Oficial*, 16 de diciembre de 2001.

⁶² Para quienes rige el D.F.L. N° 1, de 1997, del Ministerio de Defensa Nacional; por el D.F.L. N° 2, de 1968, del Ministerio del Interior, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el D.S. N° 412, de 1992, del Ministerio de Defensa Nacional y por el D.F.L. N° 1, de 1980, del Ministerio de Defensa Nacional.

⁶³ Todo esto es materia del capítulo principal de este informe.

un Estado justo distribuir los recursos escasos entre sus ciudadanos. Lo que está ocurriendo hoy con la reforma de salud puede estimarse como el paso más notable y profundo que se realiza en Chile en muchos años con el fin de cumplir de manera seria con las obligaciones que le impone el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) que le exige no solo *garantizar* el derecho a la protección de la salud, sino que hacerlo *sin discriminación* de ninguna especie⁶⁴.

Si bien la última encuesta Casen 2003 mostró una mejora en la capacidad económica de pobres e indigentes, Chile exhibe aún altas tasas de desigualdad⁶⁵ debido, por una parte, al abandono tradicional que han sufrido los DESC de parte de la doctrina que los consideraba derechos de segunda categoría –a pesar de que al suscribirse la Declaración y Programa de Acción de Viena de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos se declaró que “Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes” por lo que deben ser tratados “en pie de igualdad y dándose a todos el mismo peso”⁶⁶– como también debido a que en el pasado dichos derechos estuvieron en manos de aquellos sectores denominados “ultraliberales”⁶⁷.

⁶⁴ Artículo 2.2 y artículo 12 del PIDESC.

⁶⁵ Según la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen) 2003, a pesar de las grandes brechas en la distribución del ingreso en Chile, esta es mejor que hace tres años, porque los hogares más pobres mejoraron sus capacidades para generar recursos y, por tanto, ganan más que en 2000. Si bien menos de 1 de cada 5 chilenos viven hoy en situación de pobreza, hay miles de personas que actualmente ganan entre \$ 100.000 y \$ 300.000 mensuales, que los deja muy expuestos a volver a la pobreza e indigencia si pierden el empleo o los afecta una enfermedad grave. Sobre la distribución de los recursos, “el ministro de Planificación y Cooperación (Mideplan), Andrés Palma, afirmó que los indicadores de distribución del ingreso muestran, sin excepción, que hay una evolución positiva. Los ingresos del 20% más rico del país y los del 20% más pobre mejoraron entre 2000 y 2003 para todas las categorías de los ingresos (...) En la encuesta se observa que no solo mejoraron los sueldos de todos los sectores, sino que también se redujo la brecha en la distribución del ingreso. Entre el 20% más rico y el 20% más pobre, la diferencia salarial disminuyó de 15,3 a 14,3 veces en los últimos cuatro años. El 20% más pobre en poco más de 10 años duplicó el ingreso monetario y además multiplicó por cuatro su acceso a bienes y servicios fundamentales, como la salud y la educación. “Encuesta Casen 2003: Pobres e indigentes mejoraron sus ingresos”, *El Mercurio*, 20 de agosto de 2004.

⁶⁶ Declaración y Programa de Acción de Viena aprobada por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 25 de junio de 1993. Parte I, párrafo 5.

⁶⁷ Chile: 20 años de esquemas liberales de protección social. Documento preparado para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), presentado en el taller interregional “Protección social en una era insegura: un inter-

Por ello, el derecho a la protección de la salud sigue siendo uno de los más importantes para la población chilena y también uno de los que más ha preocupado a los gobiernos de la Concertación después de recuperada la democracia. Si bien se ha producido un claro mejoramiento en los indicadores sanitarios y en el aumento de las prestaciones de salud gracias a que durante la década de los 90 se incrementó de manera significativa el presupuesto sanitario,⁶⁸ en los últimos 15 años la salud sigue apareciendo sistemáticamente como una de las principales preocupaciones de la ciudadanía, según lo constata la última encuesta CEP que la ubica apenas por debajo del empleo y la delincuencia⁶⁹.

La inquietud por el funcionamiento del actual sistema sanitario se debe, posiblemente, a que Chile presenta, según la OMS, serios problemas de discriminación y equidad. Así, los altos índices de desigualdad se pueden observar 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 personas. Así, por ejemplo, un hijo de una madre sin instrucción tiene un riesgo de morir en el primer año de vida 5 veces mayor que un hijo de una madre con instrucción; y se registran diferencias de hasta 15 veces en la mortalidad infantil de comunas urbanas de alto nivel socioeconómico con sus homónimas rurales y pobres⁷⁰.

Por ello, en los *ranking* de desarrollo humano Chile figura, en lo que dice relación con la equidad de su sistema sanitario, con una de las peores evaluaciones del mundo. Dicha valoración toma en consideración tanto la carga financiera que representa la salud para las familias como también la desigualdad en la calidad y oportunidad de respuesta que ofrece el sistema. Un conjunto de variables (dignidad del trato brinda-

cambio Sur-Sur sobre políticas sociales alternativas en respuesta a la globalización", Santiago de Chile, 14 al 16 de mayo de 2002.

⁶⁸ Un informe hecho en 2000 por técnicos de Hacienda para CEPAL señaló que en la década de los 90 el gasto en salud aumentó 169%. Estudio del Instituto Libertad y Desarrollo, *El Mercurio* 31 de mayo 2004.

⁶⁹ *El Mercurio*, viernes 6 de agosto de 2004.

⁷⁰ Mensaje presidencial N° 1-347 del Proyecto de Ley que establece un Régimen de Garantías en Salud de 22 de mayo de 2002. N° Boletín: 2947-11

do a los pacientes; respeto a la persona; rapidez en hacerse cargo de la persona; calidad del entorno; acceso a los recursos de ayuda social durante el período de tratamiento y la elección por parte del individuo del prestador de atención en salud) sitúa al país por debajo de más de 100 países del mundo. De igual forma, en lo que respecta a la distribución de la carga financiera en salud, Chile está ubicado en el lugar 168° entre 191 países considerados en el *Informe de la Salud en el Mundo* para el año 2000, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (Naciones Unidas).

De igual forma, existen severas situaciones de discriminación dentro del actual sistema sanitario fundamentalmente debido a que las Instituciones de Salud Previsional (en adelante ISAPRE), creadas durante la década del 80 y que dan atención a cerca de 2 millones 941 mil beneficiarios⁷¹, al funcionar como compañías de seguros, segregan a quienes, por razones de sexo y edad, pueden resultar más caros al sistema, como es el caso de las mujeres en edad fértil y los ancianos. Así, por ejemplo, se ha estimado que el costo de contratación en el sistema previsional privado para las mujeres fértiles es de dos a tres veces más caros que el de los hombres que optan por el mismo plan⁷².

Este tipo de discriminación violaría tanto la Declaración Universal de Derechos Humanos que en su artículo 25 reconoce el derecho a un nivel adecuado de protección de la salud sin discriminación; el Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales en el artículo 12 que dispone que todas las personas deben tener derecho al disfrute más alto de salud física y mental; 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; y la Convención sobre los Derechos del Niño artículo 24 sobre el derecho a la salud, artículo 25 relativo al derecho a la salud de los menores internados en establecimientos del Estado y artículo 26 que reconoce el derecho de todos los niños a beneficiarse de la seguridad social.

⁷¹ Aproximadamente 19,5% de la población del país. Mensaje N° 82-347 del Proyecto de Ley sobre Instituciones de Salud Previsional, de 25 de junio de 2002. N° Boletín: 2981-11.

⁷² Véase Informe 2003 (cit.), p. 284.

El plan AUGE

Para resolver los problemas mencionados, el gobierno ha llevado adelante una reforma integral del sistema sanitario denominada Plan AUGE (Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas) que está formada por cinco proyectos de ley que tienen por objeto responder a las necesidades de transformación del sistema debido tanto a la prevalencia de la discriminación e iniquidad, como a importantes variaciones en el perfil epidemiológico y demográfico del país a consecuencia de progresivo envejecimiento de la población, las alteraciones en los hábitos de vida y las nuevas condiciones de trabajo. Así, por ejemplo, es posible observar en la actualidad una abrumadora prevalencia de enfermedades crónicas originadas por algunos o varios de estos factores, según los resultados de la primera Encuesta Nacional de Salud⁷³.

El régimen de garantías en salud

El primero de los proyectos es la Ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), hoy la Ley N° 19.966 (promulgada el 25 de agosto de 2004) que establece un Régimen de Garantías en Salud que asegura que toda persona residente en el territorio nacional, independiente 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

⁷³ Aunque existían varios estudios previos que informaban de esta verdadera epidemia, no se contaba con ninguno con la cobertura, representatividad y número de variables que incluyó esta encuesta. Los resultados reiteran algunas cifras relativamente conocidas sobre sedentarismo, tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes y obesidad, pero además muestran un dramático e inesperado aumento de la prevalencia de hipertensión, que afecta a uno de cada tres chilenos mayor de 17 años. De acuerdo a los estudios de la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades anteriores son responsables de más del 30% de las discapacidades y de los años de vida perdidos en forma prematura. Encuesta Nacional de Salud 2003, www.minsal.cl. Por esto, uno de los aspectos fundamentales de la reforma de la salud es aumentar en forma significativa las actividades de promoción de la salud y de prevención de enfermedades crónicas. De otra forma, “no habrá plan AUGE capaz de dar respuesta a la avalancha de enfermos crónicos que atiborrarán los hospitales” doctor Eduardo Atalah, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. *El Mercurio*, lunes 31 de mayo de 2004.

situaciones de enfermedad⁷⁴. En lo fundamental, la nueva ley contempla garantías para un conjunto priorizado de prestaciones de salud en términos de acceso, calidad, oportunidad y costo; esto es, establece un estándar mínimo en la atención de salud para las enfermedades que incluye, un tiempo máximo para recibir dicha atención y un desembolso financiero acotado para los pacientes⁷⁵.

Para resguardar este derecho la ley, entre otras cosas, obliga a FONASA (Fondo Nacional de Salud) y a las ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional) a ofrecer a todos sus beneficiarios un plan de salud construido sobre la base de ciertas prioridades sanitarias con garantías explícitas en 4 ámbitos: 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; 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*, según la cual las prestaciones seguirán patrones de exigencia técnica preestablecidos y construidos 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 56 patologías iniciales. Además, asegura 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 AUGE pretende, así, cubrir totalmente 56 patologías⁷⁶ consideradas como los problemas de salud que causan en Chile

⁷⁴ Mensaje presidencial N° 1-347 del Proyecto de Ley que establece un Régimen de Garantías en Salud de 22 de mayo de 2002. N° Boletín: 2947-11.

⁷⁵ En el proyecto definitivamente aprobado, las garantías quedan explícitamente establecidas en la ley. En todo caso, para los afiliados más pobres (beneficiarios A y B de Fonasa), el copago será igual a cero. Además, se otorga una cobertura financiera adicional, en caso de que los copagos excedan ciertos umbrales, definidos en la ley en términos de cotizaciones de salud legales o mensuales pactadas. Por ejemplo, para un afiliado de ISAPRE o del grupo D de Fonasa (mayores ingresos), el deducible equivaldrá a 29 cotizaciones legales o pactadas por cada evento que sufran él o sus cargas. "Aprobación del Plan AUGE", *El Mercurio*, 13 de agosto de 2004.

⁷⁶ Las enfermedades no incluidas en el AUGE seguirán siendo atendidas igual que lo son en la actualidad, pues la reforma, que parte garantizando la atención de los principales problemas de salud, tiene el objetivo de ir ampliando las garantías de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera, progresivamente.

más muertes y discapacidades (como, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares, que constituyen la primera causa de muerte con un 27,1% del total de defunciones; el cáncer con un 22% de las defunciones⁷⁷; la hipertensión arterial y la diabetes, principal causa de amputaciones y ceguera, por razones no traumáticas)⁷⁸ o las enfermedades que, sin causar la muerte, son las más costosas de atender (como es el caso del SIDA y de la esquizofrenia). Otro aspecto importante es que son problemas de salud que, si son pesquisados y tratados a tiempo, presentan una alta tasa de mejoría de las personas. Estas enfermedades, prestaciones y garantías se establecerán por Decreto Supremo y serán revisadas obligatoriamente cada tres años⁷⁹.

Numerosas son las transformaciones que origina la ley sobre Régimen de Garantías en Salud que se aplicará paulatinamente (actualmente hay 25 patologías cubiertas, y se anunciaron ocho más para 2005. En 2006 serán 40 y en 2007 se completarán las 56). Lo más importante de la ley es que por primera vez se establece un sistema de *prioridades sanitarias* exigibles por todos los usuarios (en principio, 56 enfermedades con cobertura, tiempos de espera y calidad conocida). Entre ellas está la obligatoriedad de un examen de medicina preventiva para todas las personas, sean de las ISAPRE o FONASA, además de la acreditación de prestadores individuales de salud y una red asistencial en cada servicio de salud. Otro de los aspectos que destaca y que ha sido incluido recientemente, es un sistema de medicación prejudicial ante acusaciones por presuntas negligencias médicas, por lo que si un beneficiario de FONASA tiene una queja podrá recurrir al Consejo de Defensa del Estado que nombrará a una persona encargada de buscar acuerdos. En el caso de las ISAPRE, la Superintendencia de Salud designará a un mediador. Finalmente, resulta llamativo que para evitar los endeudamientos, desde el próximo año será la Tesorería General de la República la que cobrará a aquellos pacientes que intenten vulnerar el sistema público. En el cuerpo legal se esta-

⁷⁷ Se considera con especial atención el cáncer cervicouterino, por el que anualmente mueren 727 mujeres. Esta enfermedad ocupa el primer lugar en términos de años de vida potencial perdidos y, además, tiene las mejores posibilidades de ser pesquisada, tratada y curada. Cada año, en el sistema público de salud son detectadas unas 6.600 mujeres con PAP positivo.

⁷⁸ Mensaje presidencial N° 1-347 del Proyecto de Ley que establece un Régimen de Garantías en Salud de 22 de mayo de 2002. N° Boletín: 2947-11.

⁷⁹ Párrafo 5°, artículo 23, Ley 19.966.

bleció que en marzo de cada año el Fondo Nacional de Salud (FONASA) remitirá a la Tesorería una lista con el nombre y deuda de los pacientes morosos. En la operación renta se cobrará y se descontarán todos los años necesarios, hasta que se pague la deuda.

Durante la tramitación del proyecto de ley, y desde hace dos años, el gobierno comenzó a cubrir algunas de las 56 enfermedades a través de un Plan Piloto. En 2002 se partió con cardiopatías congénitas operables, cánceres infantiles e insuficiencia renal. En 2003 se unieron cáncer cervicouterino y cuidados paliativos del cáncer. Este año (2004) se incorporaron al plan el infarto, diabetes tipo 1, esquizofrenia, cáncer de mama, linfoma en adultos, cáncer de testículos en adultos, defectos del tubo neural, escoliosis, cataratas, artrosis de cadera, labio leporino y VIH/Sida⁸⁰. Dicho plan se financió, durante el 2003 y el 2004, gracias al aumento en la inversión en salud y al crecimiento de la economía⁸¹, lo que permitió aumentar a 25 las patologías durante agosto de 2004⁸².

La polémica que se gestó durante la tramitación del proyecto se debió, por una parte, a las dificultades para dar cobertura a las patologías del plan piloto, pues se comprobó la existencia

⁸⁰ Para el próximo año, 2005, se incorporan las infecciones respiratorias en menores de 5 años, neumonía en adultos mayores, hipertensión arterial, epilepsia, salud oral en menores de 6 años, retinopatía del prematuro, marcapasos y prematuridad. Para 2006 y 2007, se agregan (aún sin orden definido): atención del parto, cáncer de próstata, leucemia, cáncer gástrico, cáncer de vesícula, grandes quemaduras, politraumatismos, hernias del núcleo pulposo, tumores y quistes del sistema nervioso, aneurismas, vicios de refracción, pérdida de dientes en el adulto mayor, retinopatía diabética, cirugía que requiere prótesis, hipoacusia, hiperplasia benigna de próstata, órtesis en el adulto mayor, hemofilia, fibrosis quística, depresión, dependencia al alcohol y drogas, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, accidente vascular encefálico, accidentes que requieren UTI, artritis, trauma ocular, desprendimiento de retina, estrabismo, infecciones respiratorias en menores de 15 años y urgencias odontológicas. www.minsal.cl

⁸¹ "Analistas consideran realista el supuesto de crecimiento de 4,4%: (...) Sube en 5% la inversión real; se incorporan 12 patologías al plan AUGE que está operando con cinco en un plan piloto, y se asignan más recursos a los programas Chile Solidario y Chile Barrios, para sectores de extrema pobreza". "Presupuesto: Salud tendrá \$ 43 mil millones más en 2004. Incremento del 5,9% permitirá incluir 18 nuevas patologías del Plan AUGE", *El Mercurio*, 17 de octubre de 2003.

⁸² "Los cambios clave que la ley causará en la salud chilena: numerosas son las transformaciones que origina el Régimen de Garantías en Salud, o Plan AUGE", *El Mercurio*, 11 de agosto de 2004.

de áreas críticas, reconocidas por el Ministerio de Salud, que deben ser mejoradas. Así, por ejemplo, los problemas se concentraron en recursos humanos, equipamiento, entrega y calidad de medicamentos e insumos y acceso oportuno a compra de servicios fuera de la red pública y los sistemas de información⁸³. Con todo, la mayor parte de las críticas se originaron en la intención del gobierno de aprobar el llamado *Fondo de Compensación de Riesgo* que, debido a la fuerte oposición que generó en las ISAPRE y en el Colegio Médico, tuvo que ser eliminado de la ley definitiva quedando pendiente de discusión en la reforma a la Ley de ISAPRE. Los pormenores de dicha polémica se analizarán más adelante.

Una nueva autoridad sanitaria

El segundo de los proyectos, hoy la Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937, publicada el 24 de febrero de 2004, tiene por objeto mejorar la gestión de la red pública y de los establecimientos dependientes del sistema nacional de salud reforzando el rol rector y regulador del Ministerio de Salud sobre todo el sistema, tanto público como privado. Este proyecto entra en vigencia el 1 de enero de 2005.

La Ley de Autoridad Sanitaria realiza profundas transformaciones a las estructuras del sistema de salud. La autoridad sanitaria, en primer lugar, se radica en el Ministerio de Salud al que corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud además de establecer sus funciones y atribuciones. También se crean dos subsecretarías, una de Salud Pública y otra de Redes Asistenciales.

De la Subsecretaría de Salud Pública dependerán las Autoridades Sanitarias Regionales (SEREMIS de salud) y le corresponderá la administración y el servicio interno del Ministerio, así como la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades. La Subsecretaría de Redes Asistenciales coordinará un sistema para la atención integral de las personas y la regulación de las prestaciones de salud. Y, finalmente, la Superintendencia de Salud (que reemplaza a la actual Superintendencia de ISAPRE) supervigilará y fiscalizará a los aseguradores, FONASA e ISAPRE, y coordinará y controlará todas

⁸³ *Ibíd.*

las acciones de salud asociadas a las prestaciones individuales. Para ello se crearán las Intendencias de Fondos de Seguros Previsionales de Salud y de Prestadores de Salud.

Otra de las reformas de la ley, muy criticada por el Colegio Médico, fueron los hospitales *autogestionados*. Se identifican 56 establecimientos que funcionarán de manera autónoma y en red con mayor flexibilidad para manejar sus recursos y la posibilidad de comprar servicios clínicos externos para así incentivar la eficiencia y reducir la creciente deuda hospitalaria. Durante la tramitación del proyecto, Juan Luis Castro, Presidente del Colegio Médico, y Esteban Maturana, presidente de los trabajadores de los consultorios, estimaron que la ley de Autoridad Sanitaria, al contemplar la creación de los hospitales autogestionados, podría caer en riesgo de inconstitucionalidad por permitir a organismos privados (como las universidades) realizar la fiscalización de las prestaciones de salud. Por ello calificaron la reforma como una maniobra para encubrir la “privatización de los hospitales”⁸⁴ y realizaron varias movilizaciones para evitar la aprobación de estas y otras modificaciones como, por ejemplo, la inclusión en la ley de la posibilidad de que las ISAPRE alquilaran a FONASA camas de los hospitales públicos, lo cual fue, finalmente, eliminado del proyecto⁸⁵.

Las críticas y movilizaciones, sin embargo, no solo no tuvieron el efecto esperado de paralizar la tramitación de la reforma, sino que, paradójicamente, enfrentaron al Colegio Médico a una ola de críticas tanto internas como externas debido a las razones “ocultas”, para algunos, de las protestas del gremio como por el modo y los altos costos de las mismas. Así, la desaprobación a la actitud asumida por el Colegio Médico se dio tanto por miembros de la oposición política, como la senadora Evelyn Matthei (quien ha sostenido reiteradamente que el Colegio Médico luchaba solo por dinero)⁸⁶, como también por representantes del gobierno, que han consideran que “el

⁸⁴ “Estalla la pugna por concesiones de hospitales”, *El Mercurio*, 24 de marzo de 2004.

⁸⁵ El gobierno ha respondido a estas críticas sosteniendo que lo que la ley intenta es, por el contrario, inyectar recursos financieros para alcanzar una mejora de los establecimientos de salud, lo que fortalecería el sistema público. La administración y propiedad de los hospitales continuarán, por tanto, en manos del Estado. www.minsal.cl

⁸⁶ “Efecto de leyes AUGE: El peor momento del Colegio Médico”, sábado 31 de enero de 2004

Colegio Médico no ha sido claro en plantear qué quiere. Solo ha sido claro en decir que va a detener la Reforma (...) Hay un tema de poder, de identidad, y seguramente hay también un tema de dinero”⁸⁷.

Otros consideraron, también, que el gasto realizado para frenar el AUGE fue excesivo: en 2002 el gremio pagó casi \$ 100 millones en una campaña con *spots* radiales, afiches y un programa televisivo contra la reforma, y en 2003 gastó otros \$ 45 millones en más publicidad contra el plan. Además, fue muy criticado el “acarreo” de enfermos que llegó a costar \$ 680 mil para trasladar a obesos mórbidos y terminales para que reclamaran en el Congreso⁸⁸ por no ser considerados en las patologías del AUGE.

La reforma a la ley de ISAPRE

El tercer proyecto del AUGE tiene como fin la modificación de la actual Ley de Instituciones de Salud Previsional, N° 18.933. Las ISAPRE, como se adelantó, están orientadas hacia la población de mayores ingresos de nuestro país y la cotización mensual promedio alcanzaba en diciembre de 2001 aproximadamente 44.300 pesos, lo que representa en promedio el 9,2% de la renta imponible de sus afiliados. Aproximadamente el 58% de los cotizantes pertenece a los 2 quintiles superiores de ingreso, y un 7,2% pertenece al quintil de meno-

⁸⁷ “El doctor Carlos Villarroel ha señalado que los médicos con esta Reforma van a perder un millón 200 mil pesos mensuales promedio –lo que me parece que tendría que él demostrar cómo y dónde–, entonces es evidente que también hay un problema relacionado con el dinero. Pero hay una cosa muy clara: la forma como se ha conducido el proceso por parte de los dirigentes del Colegio Médico ha generado un tremendo rechazo en la opinión pública, porque es evidente que es muy poco ético que el presidente del Colegio Médico use a los enfermos para plantear sus reivindicaciones” Entrevista al doctor Hernán Sandoval, secretario ejecutivo de la Comisión Reforma de la Salud. *El Mercurio*, 25 de enero de 2004.

⁸⁸ “La orden enfrenta críticas internas y externas por los últimos episodios de protestas contra la reforma a la salud. Gastó mucho y no consiguió nada, arriesgando además la imagen (...) se usaron todos los recursos. Destinaron unos \$ 50 millones a una campaña publicitaria contra el AUGE y se puso como meta frenar la tramitación de los proyectos. Enfermos terminales y obesos mórbidos se transformaron en los ‘casos emblemáticos’ para ocultar su interés de fondo: el impacto de la reforma en sus sueldos”, “Efecto de leyes AUGE: El peor momento del Colegio Médico”, *El Mercurio*, 31 de enero de 2004.

res ingresos⁸⁹. Es de destacar que, a pesar de tratarse de un sistema privado, el porcentaje de población descontenta con su funcionamiento supera a la población disconforme con el sistema público de salud. En efecto, según la encuesta realizada por el Instituto Libertad y Desarrollo los días 3 y 4 del mes de mayo de 2004, mientras el 39% de los encuestados de FONASA dijo estar insatisfecho con el servicio (el 59% se manifestó conforme) en las ISAPRE la insatisfacción llegaba al 82% (solo el 17% dijo estar complacido con la atención recibida)⁹⁰.

Los principales cambios que la reforma busca hacer a la ley de ISAPRE son, en primer lugar, *limitar las alzas de precios* en los planes de los llamados “cotizantes cautivos”, es decir, de las personas que por razones de edad o antecedentes de salud se ven severamente restringidas o impedidas de contratar con otra institución de salud previsional. En este caso, el alza de los precios del plan no podrá superar el índice que establezca anualmente la Superintendencia, conforme a normas de general aplicación⁹¹. En segundo lugar, se busca la incorporación de un *arancel común y obligatorio* para las Instituciones de Salud Previsional, que contemplará las prestaciones incluidas en el arancel del FONASA en su modalidad de libre elección y que será elaborado por la Superintendencia de ISAPRE. La idea, luego, es lograr que las ISAPRE estén de acuerdo en proporcionar las garantías y prestaciones del AUGE con un precio parejo, con lo que se elimina la discriminación por sexo y edad y, además, conseguir que las instituciones entreguen, por un precio regulado y preestablecido, el plan mínimo de salud que incorporará las 56 patologías del AUGE, aunque ello pueda disminuir un poco sus ganancias⁹².

La polémica en torno a la reforma iniciada por las ISAPRE y la oposición política se ha centrado, fundamentalmente, en los

⁸⁹ Mensaje N° 82-347 del Proyecto de Ley sobre Instituciones de Salud Previsional, de 25 de junio de 2002. N° Boletín: 2981-11.

⁹⁰ Encuesta de Libertad y Desarrollo a mayores de 18 años afiliados a ISAPRE y FONASA, *El Mercurio*, 31 de mayo de 2004

⁹¹ El superintendente de ISAPRE, Manuel Inostroza, sostuvo: “Tenemos que cumplir un rol técnico de hacer pública la información objetiva: el alza de la prima de los planes (de las ISAPRE) ha sido de 11% nominal y en términos reales de 4%. “Reforma a la salud: ISAPRES y Moneda en nueva pugna”, *El Mercurio*, martes 6 de abril de 2004.

⁹² “Durante 2003, y aunque perdieron 100 mil beneficiarios, las ISAPRE tuvieron un incremento en sus utilidades de 71%”. *El Mercurio*, 6 de abril de 2004.

efectos adversos que, según este sector, tendría para el sistema privado el llamado “Fondo de Compensación de Riesgo”. Como se vio, una de las principales metas de la reforma al sistema de salud está orientada a evitar la exclusión de ciertas personas por razones económicas o por razones de riesgo, ya sea en el ámbito público o el privado. Para ello se propuso, en el proyecto inicial del AUGE, la creación del Fondo de Compensación Solidario que reuniría los aportes de todos los cotizantes de las instituciones de salud previsional y del Fondo Nacional de Salud por un monto equivalente a la *prima universal* determinada para el régimen de garantías en salud (AUGE). A través del recurso a este Fondo de Compensación se lograría la atención de todas las personas, sin discriminación, pues cada individuo aportaría el equivalente al valor de dicha prima permitiendo financiar el programa AUGE ya sea con sus cotizaciones o con aportes totales o parciales del Estado, en el caso de los indigentes o de los cotizantes de menores ingresos. La finalidad de este fondo, entonces, sería compensar entre las instituciones aseguradoras privadas (ISAPRE) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) los diferenciales de riesgo asociadas a sus respectivas carteras de cotizantes permitiendo la solidaridad al interior del sistema entre jóvenes y viejos, enfermos y sanos, mujeres y hombres.

Según la consultora Altura Management, que publicó los resultados de un estudio en enero del 2004, el problema de dicho fondo es que unas 165 mil personas de rentas inferiores a los \$ 400 mil se trasladarían de ISAPRE a FONASA y, además, las ISAPRE deberían endosar \$ 18 mil millones anuales al FONASA, pues en ella, se concentra el mayor número de clientes riesgosos. Luego, según la consultora, no solo se afectaría a las familias numerosas, que tendrían que pagar más por su plan de salud, sino que también a la gente de rentas bajo los \$ 400 mil que se verían obligadas a migrar a FONASA, pues, al destinarse parte de su cotización para financiar el AUGE, tendría menos dinero para financiar el plan de la ISAPRE⁹³.

La crítica, con todo, no menciona el hecho de que, una vez modificada la ley de ISAPRE, estas se verán obligadas a dar a todos sus afiliados, como plan mínimo de salud, el que garantice las 56 enfermedades aludidas y, además, al precio estableci-

⁹³ *El Mercurio*, 29 de enero de 2004

do por el Estado (que fijará costos máximos por patología). De este forma, la verdad es que la mayoría de los afiliados a ISAPRE verían mejorados sus planes (muchas de las enfermedades contempladas en el AUGE son consideradas por las ISAPRE como enfermedades catastróficas que deben ser cubiertas con un seguro aparte) y mantenido o incluso rebajado sus costos, especialmente en lo que dice relación con más de la mitad de los afiliados a ISAPRE que son mujeres en edad fértil y personas mayores.

Sin embargo, la oposición impugnó la constitucionalidad del AUGE por medio de los senadores Espina y Matthei, quienes hicieron reserva de legalidad de la operación del Fondo de Compensación Solidario en abril de 2004. El senador Espina argumentó que el principal problema de constitucionalidad se da al usar dineros de propiedad de las personas para fines específicos, como la salud, lo que sería utilizarlos como impuestos⁹⁴. Así, el Instituto Libertad y Desarrollo y el abogado Teodoro Ribera presentaron un informe señalando que las posibles inconstitucionalidades son: a) *Afectación del derecho de propiedad*. El Gobierno pretendería que el fondo se financie en parte con dineros que salen de las cotizaciones de los afiliados a ISAPRE. Estos dineros, según el informe, son de propiedad del afiliado, pues su destino constitucionalmente establecido es financiar acciones de salud de su propietario y su grupo familiar; b) *Libertad de elegir*. La Constitución protege el derecho a elegir un sistema de salud en el cual estar afiliado, por lo que cualquier acción del Estado destinada a menoscabar esa libertad se apartaría de la Carta Fundamental. “Cualquier gravamen que oriente la demanda por atención de salud de un sistema a otro contraviene los fundamentos constitucionales”, agrega el estudio; c) *Impuestos*. Se señala que traspasar recursos al fondo en forma obligatoria es establecer un *impuesto con fines exclusivos*. “Por mandato legal se le impone a una persona natural o jurídica una carga pública, de carácter patrimonial, para contribuir con parte de sus rentas al financiamiento estatal”, dice el informe, a lo que se agrega que es para un fin determinado, hecho que vulnera el artículo 19 de la Constitución⁹⁵.

⁹⁴ “Oposición impugna la constitucionalidad del AUGE”, *El Mercurio*, 13 de abril de 2004

⁹⁵ “Informe en derecho: Las inconstitucionalidades del AUGE”, *El Mercurio*, 18 de abril de 2004.

Como consecuencia de lo anterior, y puesto que si se recurría al Tribunal Constitucional la existencia de un fallo sobre las rentas vitalicias avalando la tesis del informe servía a la oposición de precedente, el gobierno evaluó la creación de dos fondos: uno para los afiliados de ISAPRE y otro para los del FONASA. Después de 10 años, estos fondos se unirían, siempre y cuando en ese momento el Estado subsidie a las personas que no puedan pagar el plan AUGE, aunque escojan atenderse en el sistema privado, es decir, crear los llamados “subsidiarios portables”. Esto fue estimado una “propuesta razonable” por Rodrigo Castro, de Libertad y Desarrollo (LyD)⁹⁶, aunque, sin embargo, el gobierno finalmente optó por eliminar la norma sobre el Fondo del proyecto AUGE, para permitir así su aprobación segura.

Ante esto, los diputados oficialistas mostraron su total rechazo. La diputada Carolina Tohá, del Partido por la Democracia (PPD), dijo que “si no tenemos un mecanismo para solidarizar con los más pobres o más enfermos, se desnaturaliza la reforma”. Su correligionario Enrique Accorsi dijo que “se acabó la solidaridad. Si no hay aportes de la gente que más tiene a los más pobres, no tiene sentido hacer esta reforma”⁹⁷. Por ello, para evitar que ahora, ya no la derecha, sino que la propia concertación rechazara la reforma a último momento, el gobierno, durante la votación del proyecto, tuvo que reponer el Fondo de Compensación Solidario en la Ley de ISAPRE. Finalmente, con 104 votos a favor, uno en contra y una abstención, el proyecto AUGE fue aprobado y en ese mismo acto el ministro de Salud, Pedro García, anunció que el plan piloto que ya cubría 25 enfermedades, sería obligatorio por ley a partir de enero de 2005⁹⁸.

Ahora, el Fondo de Compensación entre ISAPRE también ha generado críticas. Este propone que los afiliados de las ISAPRE compartan el mayor riesgo de algunos de ellos, ante lo que otro estudio de Altura Management plantea que las entidades más pequeñas y que poseen una renta promedio más baja entre sus afiliados serán las que más deberán aportar al fondo compensa-

⁹⁶ “Compensación de riesgos: Evalúan cambio al fondo del AUGE”, *El Mercurio*, 29 de abril de 2004.

⁹⁷ “Reforma a la salud: Diputados oficialistas contra acuerdo sobre fondo AUGE”, *El Mercurio*, 14 de mayo de 2004.

⁹⁸ *El Mercurio*, 11 de agosto de 2004.

torio, mientras que las que tienen clientes con mayores ingresos se transformarán en las principales receptoras. El problema, según el director de Altura, Bernardo Luque, es que "Aquí se da que las ISAPRE que tienen a los afiliados más jóvenes salen perdiendo, porque estos son menos riesgosos y la mayor parte de su cotización se va a los más riesgosos, quienes, en definitiva, son los más viejos y los que tienen más recursos para pagarse sus planes".⁹⁹ Ante esto el gobierno ha respondido que este presunto perjuicio para los más jóvenes será compensado cuando requirieran de la cobertura del sistema al acercarse a la vejez¹⁰⁰ y es que el modelo busca que entre ISAPRE fluyan dineros para ayudar a mujeres y adultos mayores, a fin de que estos no sean discriminados o castigados en sus planes por sexo o edad.

A pesar de toda esta polémica respecto del Fondo Solidario hay que destacar que su aprobación permitiría poner término a las exclusiones que se dan actualmente, pues, como se dijo, el AUGE estará garantizado en todos los contratos privados de salud (no se podrá negar la garantía AUGE) y a un mismo precio en todas las ISAPRE. De esta forma, la situación de los adultos mayores y las mujeres en edad fértil en las ISAPRE, es decir, la de las personas que tienen más riesgos en salud, mejoraría pues en ningún caso podrán quedar fuera de las ISAPRE o ser discriminados con planes más caros¹⁰¹.

Finalmente, durante la tramitación de los proyectos se han producido importantes cambios en el sistema sanitario. El primero tiene que ver con el aseguramiento, por parte de las ISAPRE de que, a pesar de que el AUGE producirá un aumento de costos al obligarles a dar cobertura a enfermedades que hoy no cubren (como el sida, la diabetes mellitus tipo 1 y la esquizofrenia), ello no se traduciría en el alza de los precios¹⁰². Y es que, al rechazar el Fondo de Compensación para compartir los gastos de las per-

⁹⁹ Salud privada: "Las ISAPRES chicas perderían con el fondo compensatorio", *El Mercurio*, 23 de agosto de 2004

¹⁰⁰ "Presidente Lagos promulgó ayer la polémica iniciativa: AUGE cubrirá 56 patologías en 2007", *La Nación*, 26 de agosto de 2004.

¹⁰¹ Las diferencias de costos para las mujeres y la obstaculización de ingreso a las ISAPRE ha sido objeto de reclamación judicial en distintas sedes, aunque sin éxito. Casas con Banmédica S.A, Corte de Apelaciones de Santiago, Rol: 2620-99, sentencia de 17 de diciembre 2001.

¹⁰² "Cifras de mayo: Clientes de ISAPRES aumentan por primera vez desde 1998", *El Mercurio*, 31 de julio de 2004.

sonas más riesgosas, las propias instituciones tuvieron que reconocer que “las ISAPRE pueden mantener un precio parejo para el AUGE sin dicho fondo”¹⁰³. Lo que, evidentemente, es una buena noticia para las mujeres en edad fértil y para los ancianos.

Otro de los importantes cambios fruto de la discusión de la Reforma se dio a conocer en agosto de 2004 cuando, a iniciativa de presidente de la Asociación de ISAPRE, Hernán Doren, y “como una colaboración a la implementación del AUGE, que creemos que es un avance tremendamente significativo para el país”, la Asociación (formada por el 80% de las ISAPRE) decidió no comercializar más planes sin cobertura de parto. Doren señaló que la determinación comenzará a regir a contar del 1 de septiembre y “se hizo pese a que la ordenación legal sería solamente cuando entre en vigor el AUGE”¹⁰⁴. Estos planes, conocidos como planes “sin útero”, afectan al 10% de las beneficiarias de ISAPRE, aproximadamente 20 mil mujeres¹⁰⁵. La decisión, además, no redundará en un alza de los planes, puesto que será parte de las prestaciones del plan AUGE de modo que para aquellas mujeres que actualmente tienen los planes “sin útero” la medida se mantendrá hasta que entre en vigencia la Ley del Plan AUGE, programada para mayo o junio de 2005. A partir de ahí, cuando se realice la adecuación del plan, se eliminaría esta discriminación.

Finalmente, otro drástico cambio se ha producido en la salud privada que, de castigar a las mujeres con planes costosos por la posibilidad de embarazarse, comenzarán a cubrir algunos tratamientos contra la infertilidad. La ISAPRE Consalud será la primera en incorporar estos tratamientos en asociación con la Clínica Tabancura, y espera que en el futuro se sume el resto de las instituciones de salud. Actualmente las ISAPRE cubren solo algunos procedimientos establecidos por la modalidad Libre Elección del Fonasa, como seguimiento folicular, por ejemplo, pero hay otros que no están codificados, precisamente los más caros y en los que se debe recurrir a cirugías¹⁰⁶.

¹⁰³ Gonzalo Simón, gerente de estudios de la Asociación de ISAPRE. *El Mercurio*, 3 de agosto de 2004.

¹⁰⁴ “A contar de septiembre ISAPRES dejarán de vender planes sin cobertura del parto”, *La Nación*, 11 de agosto de 2004.

¹⁰⁵ “ISAPRES eliminarán planes sin cobertura de parto”, *El Mercurio* en Internet, 11 de agosto de 2004.

¹⁰⁶ “Cobertura adicional: Fertilización debuta en las ISAPRES”, *El Mercurio*, 20 de agosto de 2004.

El proyecto de ley (Boletín N° 2981-11) que “Modifica la ley N° 18.933, sobre instituciones de salud previsional”, se encuentra en la Cámara de Diputados en segundo trámite constitucional.

Nuevos derechos en salud

El cuarto proyecto AUGE es el de *Definición de Derechos y Deberes de las Personas en Salud* que mejoraría las relaciones entre los funcionarios de la salud y los pacientes a través del establecimiento de derechos como, entre otros, el derecho al libre e igualitario acceso a las acciones de salud sin discriminación (artículo 4 y 5 del proyecto de ley), el derecho a un trato digno (artículo 6), el derecho a la información (artículo 9) y el derecho al *consentimiento informado* (artículos 16- 20) regulado por primera vez en Chile.

Este último dispone que el paciente tendrá derecho, una vez que se le haya dado a conocer su estado de salud y las posibilidades de recuperación ofrecidas por los distintos tratamientos médicos, a aceptar o rechazar dichos tratamientos. Lo anterior, claro, con la excepción de los menores de edad, que deberán actuar representados, y en el caso de que el rechazo de la alternativa terapéutica ofrecida pueda conducir a la muerte. Ahora, en el caso de los pacientes terminales, este derecho resulta toda una novedad, pues se dispone que, una vez establecida la condición de “terminal”, el enfermo podrá decidir libremente, y *sin restricciones*, si continuar o no tratando su enfermedad.

El proyecto (Boletín N° 2727-11) sobre “Los derechos y deberes de las personas en materia de salud” se encuentra en la Cámara de Diputados en su primer trámite constitucional.

El financiamiento del AUGE

Finalmente, el quinto proyecto AUGE es el de *Financiamiento del Régimen de Garantías*, que busca aumentar el gasto en salud a través de tres fuentes de financiamiento adicional: reasignaciones presupuestarias, alza del IVA y alza de los impuestos específicos a alcoholes, tabaco, diésel y juegos de azar. La polémica en torno a este proyecto también ha sido impor-

tante. Si bien durante el 2002 el presidente Lagos sostenía que se usarían los impuestos y el aumento del 0,6 del 7% de cotizaciones obligatorias para financiar el fondo maternal y el Fondo de Compensación de Riesgo, durante el 2003 solo se logró la aprobación del aumento del IVA, fracasando el resto de la iniciativa. Las críticas al Fondo de Compensación de Riesgo y la acusación al gobierno de hacer mal los cálculos sobre el costo real del AUGE, hizo que finalmente dicho proyecto tuviera que ser retirado

Desde ya, con todo, la aprobación de este proyecto clave no será fácil, pues la buena administración de los recursos del Estado en materia de salud es constantemente puesta en duda. Si bien el propio gobierno reconoce que la eficiencia en estas materias es claramente un imperativo ético, ya que mientras mejor se utilizan los recursos disponibles mayor es la cobertura que se otorga a la población (lo que es particularmente relevante en un contexto donde los recursos serán siempre escasos en relación con la magnitud de las necesidades), resulta muy preocupante para la oposición que los estudios demuestren que la ineficiencia de los hospitales públicos hace perder cada año al Estado US\$ 107 millones, lo que equivale casi a la mitad de los recursos que se requieren para implementar el plan AUGE en desarrollo. Así lo reveló un estudio del Instituto Libertad y Desarrollo, en el que se midió el desempeño de 54 establecimientos asistenciales. De acuerdo al texto, denominado "Midiendo la (in)eficiencia de los hospitales públicos en Chile", solo 16 recintos muestran niveles de eficiencia adecuados. El análisis en 54 establecimientos responsabiliza de la ineficiencia a médicos y al marco administrativo de la cuestionada gestión.

Si bien Libertad y Desarrollo reconoce que durante los gobiernos de la Concertación se ha incrementado de manera notable el presupuesto a Salud (Chile invierte hasta 7,2% del PIB en salud, lo que representa un gasto per cápita de US\$ 700 en comparación con los US\$ 4.000 de Estados Unidos, y obtiene resultados relativamente parecidos en mortalidad infantil y esperanza de vida), las ineficiencias del sistema serían excesivas. "Aunque el estudio no entrega resultados sobre eficiencia absoluta, la posibilidad de "ranquear" permitirá mayor competencia, evaluar las características de gestión o liderazgo que se traducen en una mejor utilización de los recursos. Es posi-

ble que todos los hospitales presenten algún grado de ineficiencia absoluta”¹⁰⁷.

Así, las evidencias de ineficiencia en el sistema sanitario dan a la oposición mejores razones para rechazar un proyecto de financiamiento basado en el aumento de impuestos. Por ello, parlamentarios de oposición, como el senador José García (RN) y la senadora Evelyn Matthei (UDI) han enfatizado que en los trece años de gobierno de la Concertación los impuestos han aumentando demasiado. En cambio, el diputado oficialista Pablo Lorenzini (DC) cree que los tributos en Chile son bajos y tienen que ser incrementados, lo que es apoyado por el senador Jaime Gazmuri (PS) que coincide en que la carga tributaria actual (16,5% del PIB) es insuficiente¹⁰⁸.

La discusión del proyecto (Boletín N° 2982-11) sobre “Financiamiento del gasto fiscal representado por el Plan Auge y Chile Solidario” se encuentra en primer trámite constitucional en la Cámara de Diputados.

Los cambios que trae la reforma de salud

La reforma del AUGE pretende mejorar la atención y cobertura de salud eludiendo lo que ha sido hasta ahora una dinámica inevitable en otros países: el aumento constante de la demanda. Para ello, el Plan AUGE busca implementar nuevas fórmulas de atención que pondrían el énfasis en la promoción y en la prevención de la salud, lo que significará un cambio muy claro en las prioridades de inversión, en beneficio de la atención en el nivel primario. Este será, como ocurre en otros países, la puerta de entrada al sistema de salud y cada familia contará con un equipo médico de cabecera encargado de garantizar un cuidado integral y una atención de continuidad en el tiempo. Esto es muy importante si se tiene en cuenta que siete

¹⁰⁷ Un estudio revela alta ineficiencia en hospitales. La medición sostiene que el Estado pierde US\$ 107 millones anualmente. “Estudio revela alta ineficiencia en hospitales”, *El Mercurio*, lunes 7 de junio de 2004.

¹⁰⁸ *El Mercurio*, 7 de octubre de 2003. “La verdad es que si bien los estudios del 2002 del Servicio de Impuestos Internos muestran que junto con México tenemos la tasa más alta de impuesto a las personas (40%) (Francia es el líder mundial con 52,75%), nuestro impuesto de primera categoría, es decir, el que afecta a las empresas, está entre los más bajos del mundo, donde el promedio se acerca a 30%”.

de cada diez consultas que llegan a los centros de urgencia podrían haber sido solucionadas previamente en un consultorio de la atención primaria, evitando así el colapso de los hospitales y las interminables listas de espera¹⁰⁹.

La idea, luego, es que “la hospitalización constituya una excepción”, lo que sería un gran cambio respecto de la situación actual. Las hospitalizaciones solo deberán obedecer a emergencias, a enfermedades graves o a la necesidad de profundizar estudios diagnósticos que no se puedan realizar en el nivel primario ni en el ambulatorio de especialidades¹¹⁰. De lograrse lo anterior se conseguiría mejorar el acceso y abaratar los costos de salud, pues el sistema operaría en forma cerrada: los beneficiarios no tendrían libertad de elección de prestadores, como una forma de controlar los costos, lo que, como vimos, es una de las principales críticas del Colegio Médico. En efecto, para el gremio, al eliminarse la libertad de elección, se reducirán sus ingresos y su actual libertad para disponer tratamientos. Además, consideran que los planes cerrados de salud son impopulares, pues incentivan el ahorro de prestaciones de salud y eliminan la libertad de elegir¹¹¹. Su ventaja, claro, es que parecen ser el único mecanismo para evitar una escalada de costos que haría insostenible un plan que garantice el tratamiento rápido de algunas patologías.

Ahora, el énfasis del Plan AUGE en la atención primaria y en la prevención de las enfermedades tiene su origen en la experiencia comparada. En los años 80 surgió el llamado “Informe Black” en el que se mostraba que pese a haber acceso universal a la salud en Inglaterra, los diferenciales de mortalidad y morbilidad se mantenían e incluso acentuaban. En otras palabras, gastar más en salud no siempre tenía un efecto concreto en los resultados sanitarios, pues aspectos como el sedentarismo, la pobreza, el hacinamiento, la mala alimentación –que son temas sociales– provocan problemas como hipertensión, obesidad, diabetes o infartos cardíacos. Por ello, se estima que deben atacarse los factores previos y predominantes que causan las enfermedades, para lo que, según el gobierno, debe existir un organismo que estudie cuáles son esos factores y ofrecer políti-

¹⁰⁹ “Infructuosos planes en salud”, *El Mercurio*, martes 23 de marzo de 2004.

¹¹⁰ Mensaje presidencial N° 1-347 del Proyecto de Ley que establece un Régimen de Garantías en Salud de 22 de mayo de 2002. Boletín N° 2947-11.

¹¹¹ “Plan AUGE”, *El Mercurio*, 6 de junio de 2004.

cas que los solucionen. Como en Chile ese organismo no existe, el gobierno planea la creación del "Observatorio de la Salud", que tiene su gran referente en el Observatorio de Salud de Londres¹¹².

Quizás es por estas novedades que tanto la OMS como la OPS han apoyado la reforma a la salud. Lee Jong-wook, director general de la Organización Mundial de la Salud, elogió a Chile y calificó de "promisoria" la Reforma y las principales características del Plan AUGE en la edición 362 de la prestigiosa revista "The Lancet" en un artículo en el que se refiere a los desafíos de la salud mundial y la OMS. En el documento Lee Jong-wook alude a la necesidad de retomar los postulados del congreso de Alma Ata, de 1978, en el que se habló de lograr la salud "para todos" a través de, precisamente, modelos basados en la atención primaria, como el del AUGE. Chile en estos momentos, sostiene, "está desarrollando una promisoria reforma a la salud con un foco en salud primaria y con estrategias específicas para mejorar la equidad. Estas podrían ser aplicables en otros países de desarrollo intermedio"¹¹³. Valoró también la idea de establecer garantías para 56 prioridades que causan el 80% de la mortalidad y que ningún paciente tenga que pagar más del 20% del valor de una prestación sanitaria.

De la misma manera, la directora de la OPS, Mirta Roses, de visita en Chile en marzo del 2004, resaltó el modelo sanitario chileno y particularmente el trabajo que se realiza en los consultorios públicos asegurando que estos representan un modelo imitable, pues promueven la atención primaria para prevenir problemas de salud y logran una mayor equidad en la atención. Por ello, las experiencias logradas por Chile deberán, a su parecer, ser replicadas en otras naciones del continente¹¹⁴.

¹¹² "El último legado de Sandoval: Observatorio de la Salud", *El Mercurio*, 26 de julio de 2004.

¹¹³ "OMS da espaldarazo a reforma y plan AUGE", *El Mercurio*, 8 de enero de 2004.

¹¹⁴ "Organización Panamericana de la Salud respaldó reforma", *El Mercurio*, 30 de marzo de 2004.