

Percepciones sociales respecto del derecho a la salud y expectativas de cambio en el sistema de salud de Chile

Ximena Sgombich^a • Irene Agurto^b • Diego Córdoba^c • Susana Mena^d • Aquiles Moreno^e • Ciro Ibáñez^f • David Debrott^g • Sebastián Pavlovic^h

RESUMEN

Este artículo resume un estudio realizado en Chile entre 2017 y 2018 acerca de las percepciones sociales respecto al derecho a la salud y expectativas de cambio del sistema sanitario. Se utilizaron técnicas cualitativas de investigación social (grupos de discusión, historias de vida, entrevistas a actores institucionales, revisión documental y de prensa).

Se levantan los discursos ciudadanos sobre el derecho a la salud hoy en día, mostrando la tensión entre la expectativa de derechos universales y la percepción de imposibilidad de ejercerlos debido a la desigualdad social y la persistencia de una posición dominante del discurso del consumidor en sustitución de aquel de ciudadano: Los derechos en salud no son exigibles, llevando a percepciones de desprotección y vulnerabilidad. Se contrasta esta percepción con la existencia de 80 problemas de salud que hoy se encuentran bajo el régimen de garantías de acceso, protección financiera, calidad y oportunidad de atención, denominado Garantías Explícitas de Salud (GES). Se valora altamente esta priorización de problemas de salud, pero hoy muestra limitaciones para asegurar universalidad de derechos y un abordaje preventivo y poblacional a la salud. Hoy parecen haber coincidencias amplias en los problemas del sistema y de las políticas públicas de salud, pero persisten discrepancias profundas en los caminos de cambio a seguir.

PALABRAS CLAVES: Derechos humanos, derechos sociales, sistema de salud, garantías explícitas de salud, cobertura universal en salud, Chile.

^a Profesora de Filosofía de la Universidad de Austral de Chile. Directora Ejecutiva de Nous Consultores.

^b Doctora de Universidad Complutense de Madrid, España. Consultora de Nous.

^c Maestro en Comunicación Política por la Universidad de Chile. Consultor de Nous.

^d Periodista. Colabora con Nous en el diseño y monitoreo de estrategias de comunicaciones, estudio de audiencias y en la evaluación, interpretación y diseño de medios.

^e Sociólogo. consultor en estudios y diseño metodológico cuantitativo y cualitativo, posicionamiento y branding.

^f Investigador del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud.

^g Jefe del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud.

^h Superintendente de Salud.

Fecha de recepción: 15 de junio de 2018.

Fecha de aprobación: 04 de julio de 2018.

Social perceptions regarding the right to Health and expectations of change in Chile's health system

ABSTRACT

This article summarizes a study conducted in Chile between 2017 and 2018 about social perceptions regarding the right to health and expectations of change in the health system. Qualitative social research techniques were used (discussion groups, life stories, interviews with institutional actors, documentary and press review).

Citizen discourses on the right to health are raised today, showing the tension between the expectation of universal rights and the perception of impossibility of exercising them due to social inequality and the persistence of a dominant position of consumer discourse in substitution of that of citizen: health rights are not enforceable, leading to perceptions of vulnerability. This perception is contrasted with the existence of 80 health problems that are currently under the regime of access guarantees, financial protection, quality and care opportunity, called Explicit Health Guarantees (GES). This prioritization of health problems is highly valued, but today it shows limitations to ensure universality of rights and a preventive and population approach to health. Today there seems to be broad coincidences in the problems of the system and public health policies, but deep discrepancies persist in the paths of change to follow.

KEY WORDS: Human rights, social rights, health system, explicit health guarantees, universal health coverage, Chile.

Introducción

Las dificultades que viene arrastrando el sistema de salud en Chile, tanto en su esquema de aseguramiento público (Fondo Nacional de Salud, FONASA), como en el esquema de seguro privado (Institución de Salud Previsional, ISAPRE), son de conocimiento público y cada cierto tiempo se relevan con renovada fuerza. Las listas de espera tanto para intervenciones quirúrgicas como para consultas de especialidad y exámenes diagnósticos son problemas recurrentes en el sector público. Este tipo de problemas, muy probablemente correlacionados con un déficit de oferta en los prestadores del sector público, requiere de mayor dotación de personal médico en sus estableci-

mientos, pero por muchas razones eso no sucede con la velocidad que la población lo requiere.

La situación de los seguros privados es distinta, el esquema de tarificación y de selección por riesgos que caracterizan a esta industria, y que se traduce en discriminaciones que impiden o encarecen la afiliación de mujeres en edad fértil, adultos mayores, enfermos y recién nacidos; el alza creciente de los precios unido a un esquema de organización cuasi de integración vertical en parte importante de las aseguradoras, han generado una crítica constante al funcionamiento, falta de transparencia, rol y comportamiento de las compañías que administran las cotizaciones de la seguridad social. Detrás de estos cuestionamientos está la judicialización de la llamada tabla de

factores y luego del alza anual de las primas, las cuales, aunque toleradas según el marco regulatorio, han sido sistemáticamente cuestionadas por los tribunales, por los beneficiarios y por la sociedad en su conjunto. Estas son las consecuencias de un marco institucional que induce a resultados indeseados para un segmento significativo de la población, y que fue expuesto en su diagnóstico y en las potenciales soluciones en el Informe de la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema Privado de Salud, 2014 (Cid, *et al.*, 2014), entregado en octubre del año 2014 a la presidenta Bachelet.

Antecedentes

De acuerdo a los estudios de opinión, la salud como área de gestión gubernamental tiene una desaprobación durante los últimos tres años de aproximadamente un 75% de la población (Adimark, 2017). La ciudadanía no está conforme con el sistema de salud en Chile: un 47% señala que está entre bastante insatisfecho y completamente insatisfecho (CEP, 2017), cifra que se ha mantenido en el tiempo, y sólo un 26% señala que se encuentra entre bastante y completamente satisfecho (ídem).

Respecto de la percepción de protección que le brinda su respectivo seguro de salud, en 2015 se señalaba que un 48% de los beneficiarios del FONASA y un 73% de los de ISAPRE se sentían protegidos o muy protegidos. Respecto de las razones de la percepción de desprotección, los usuarios del FONASA señalan la mala calidad del sistema de atención de salud, el alto costo o baja cobertura en las atenciones y largos tiempo de espera; mientras que los usuarios de las ISAPRE mencionan el alto costo de las atenciones o las bajas coberturas y también la mala calidad

del sistema de atención de salud. Respecto de la necesidad de cambios, un 31% está de acuerdo con la frase “*Nuestro sistema de salud tiene muchas cosas malas y tenemos que reconstruirlo por completo*”. En este sentido, pareciera ser que mayoritariamente la población está de acuerdo en realizar cambios significativos en el sistema de salud (Superintendencia de Salud, 2015).

Ante la pregunta de si estaría dispuesto a pagar mayores impuestos por mejorar el nivel de atención salud de las personas, un 31% declara estar bastante o muy dispuesto, mientras un 42% señala estar bastante o muy indisposto (CEP, 2017).

Aquí se develan contradicciones en la sociedad que es necesario desentrañar, entre ellas, ¿Cómo entienden distintos segmentos de la sociedad el derecho la salud?, ¿Qué opinión tendrán distintos segmentos de la población respecto del lucro en la atención y aseguramiento en salud?

Hasta el momento, no se conocen estudios que profundicen en las alternativas de reformulación de nuestro sistema de salud, vale decir que puedan adentrarse no sólo en las carencias que nuestro sistema tiene, sino también en las percepciones y razonamientos que las personas tienen respecto de eventuales cambios en el sistema de salud y en las expectativas que tienen al respecto. Es por ello que el objetivo de la presente investigación fuera la necesidad de conocer cómo piensan y sienten, cuáles son las expectativas y cómo evalúan los ciudadanos el sistema de salud que tienen y, fundamentalmente, cómo esperarían que fuera en el futuro.

El problema

El sistema de salud actual presenta posibilidades de acceso diferenciadas de acuerdo a su posición

laboral y sus ingresos, en el entendido que cada trabajador debe aportar el 7% de su salario a salud, ya sea al sistema público (FONASA) o privado (ISAPRE). Esto se traduce en una capacidad de elección limitada respecto de qué tipo de salud es a la que pueden aspirar los distintos segmentos de la sociedad entre ambos sistemas. Una primera arista de la complejidad del sistema de salud es que ciudadanos y consumidores aparecen en permanente contradicción desde una perspectiva de derechos. La noción de Estado subsidiario parece estar naturalizada en concordancia con la segmentación por riesgo sanitario e ingreso. Una segunda arista de esta complejidad se asocia al mercado de trabajo, en el cual una significativa porción de trabajadores se inserta como independientes o cuenta propia; mientras que otro segmento alterna entrando y saliendo del mercado de trabajo en una condición de asalariado e intercalado con una condición de cuenta propia. Estas situaciones tienen impactos directos en la incertidumbre de su aseguramiento en salud. Una tercera arista se relaciona con la imagen que evoca cualquier reforma *universalista* del sistema de salud en la subjetividad de segmentos relevantes de la sociedad como *uniformidad en la precariedad*, lo cual ciertamente opera como un inductor negativo en la percepción de un cambio o reforma.

Metodología

El estudio fue realizado entre diciembre del 2017 y febrero del 2018, y su objetivo general fue conocer, analizar e interpretar, desde el punto de vista cualitativo, las percepciones sociales respecto del derecho a la salud y las expectativas de cambio en el sistema de salud actual.

Se utilizaron técnicas cualitativas de investigación social de actores sociales: 4 historias de vida y de salud; 8 grupos de discusión y 17 entrevistas

a actores relevantes, revisión y análisis documental y análisis focalizado de prensa. Las historias de vida se realizaron de acuerdo a una muestra que permitía caracterizar la evolución de los cambios en salud, recogiendo las biografías puestas en relación con el contexto social. A diferencia de la historia de vida, los grupos de discusión interesan en tanto es la producción colectiva de discursos sobre las relaciones entre los recorridos vitales y los cambios sociales. Se considera que los actores relevantes son personas que han aportado a la discusión y diseño de políticas sanitarias desde sus trayectorias políticas y profesionales desde el ejercicio de roles públicos, la academia o la cooperación no gubernamental. Así, se incluyeron actores que han ejercidos roles ministeriales importantes (exministros, hacedores de política), académicos e investigadores de universidades públicas, miembros de organizaciones no gubernamentales, dirigentes de colegios profesionales, directivos de servicios de salud, representantes del mundo de las aseguradoras, profesionales de organismos internacionales, asociaciones de pacientes, entre otros. En el contexto de este estudio se buscó sistematizar sus experiencias y posiciones en relación con el derecho a la salud.

Aspectos conceptuales sobre el derecho a la salud: Potencialidades y limitaciones

Para esta sección, se seleccionaron aquellos documentos sugeridos por organismos internacionales y regionales que ofrecen una discusión conceptual sobre las perspectivas teóricas que orientan una comprensión amplia del derecho a la salud. Así se incluyeron documentos que respaldan convenciones y declaraciones internacionales suscritas por Chile en el marco de los derechos económicos, sociales y culturales, entre otros, así como el análisis de los cuerpos legislativos. Cabe señalar que dichos documentos han sido poco

discutidos principalmente porque en la sociedad chilena predomina el ejercicio del derecho mediado por el uso de mecanismos de judicialización. En este sentido, este marco conceptual busca ofrecer una perspectiva más amplia desde donde orientar la interpretación del derecho a la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de salud como “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. A la vez, enmarca la salud como un derecho humano “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”.

El derecho a la salud se entiende como parte de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), estos derechos se solían considerar como programáticos y no propiamente derechos efectivos, sin perjuicio de reconocerse que respecto de ellos se debe predicar los mismos deberes de los Estados respecto de los DDHH, esto es protección, promoción y respeto¹.

La OMS ha caracterizado el derecho a la salud de acuerdo con los siguientes aspectos: No discriminación, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, rendición de cuentas, y universalidad (OMS, 2015).

¹ Párrafo 33 de la Observación General N° 14 señala: “Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.”

En 2014, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define su estrategia de Acceso y Cobertura Universal a la Salud, como parte de la ampliación del concepto de derecho a la salud. La cobertura es definida como “... la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento”. El acceso es definido como “la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan...” (OPS, 2014).

En 2011, la CEPAL promovió el concepto de protección social como una política que operacionaliza los DESC y releva el carácter universal de los mismos.

Una de las formas para materializar los derechos económicos, sociales y culturales y su universalidad es a través del concepto de protección social, basado en la universalidad de los derechos de la ciudadanía. La protección social se le entiende progresivamente como una política para la realización de los derechos sociales y económicos para el conjunto de la población —y no sólo para quienes viven en una situación de pobreza y pobreza extrema— consolidando su foco de atención desde el prisma de la ciudadanía (Cecchini y Martínez, 2011).

Destaca también la CEPAL, la necesidad de avanzar hacia el empleo decente, es decir, que incluya contribuciones para salud y pensiones, estableciendo el concepto de doble inclusión que implica la inclusión laboral y aporte contributivo (aunque no exclusivo) como condición de la protección.

En la dimensión legal, la Constitución Política de Chile define así el derecho a la salud:

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo (...) es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado (Artículo 19, Constitución Política de Chile).

Las obligaciones del Estado frente al derecho a la salud son respetar, proteger y garantizar.

La exigibilidad del derecho a la salud es un tema en discusión, que, somera y simplificada-mente, se expresa en las siguientes posiciones: el constitucionalismo clásico que apoya ciertas lógicas cercanas a la instauración del Estado subsidiario, subraya el carácter programático de los DESC, a diferencia de los derechos civiles y políticos que tienen el carácter de fundamentales, y plenamente garantizados y exigibles; y otra lógica cercana al Estado social, que arguye que los DESC, al igual que los derechos civiles y políticos, merecen ser exigibles, y tener grados mínimos y decentes de garantías, para que la ciudadanía pueda reclamarlos, y vivir en condiciones de justicia más amplias y exigentes.

Tanto en los países de América Latina como en otros, los principales encargados de la exigibilidad de los derechos civiles, políticos y los DESC son los Poderes Ejecutivos (administrativos) y Legislativos. Al Poder Judicial le corresponde un papel subsidiario, pese a lo cual, ha sido empleado con frecuencia para dirimir aspectos del derecho a la salud.

UNESCO se refiere a los DESC, y al Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC) establecido en 1976:

El PIDESC contiene la lista y desarrolla los derechos económicos, sociales y culturales, como por ejemplo el derecho al trabajo, el derecho a la salud, el derecho a la educación y el derecho a un nivel de vida adecuado, que deben ser reconocidos por los Estados. Estos derechos requieren un rol proactivo de los Estados en materia de financiación y de recursos materiales. Puesto que estos recursos no son necesariamente y directamente asequibles, la implementación de los derechos económicos, sociales y culturales sólo puede llevarse a cabo de manera progresiva. Las provisiones del PIDESC fueron formuladas de una manera programática. Así, los Estados deben promocionar estos derechos y a la vez tener en cuenta las circunstancias nacionales. El mecanismo de supervisión es más modesto y consiste únicamente en un procedimiento de informes (UNESCO, 2017).

El énfasis en la cita anterior está sobre la condición programática de los PIDESC, lo que quiere decir en las discusiones sobre teoría del derecho, que este tipo de derechos debe ser promocionado, pero siempre teniendo en cuenta las circunstancias nacionales, es decir, tomando en consideración los recursos disponibles por parte del Estado, la situación de la economía y las prioridades del país en un determinado momento. En este sentido, se podría hipotetizar preliminarmente, que los PIDESC no corresponden de modo pleno a lo que denominaríamos derechos humanos, en tanto, tal como observa John Rawls (1979), un derecho humano no puede ser objeto de “transacción o regateo”, o bien como arguye Ronald Dworkin (1989), un derecho humano debe ser resguardado

y respetado, a pesar del cambio de las mayorías políticas o del color político del gobierno de turno. UNESCO señala a este respecto:

Sin embargo, la práctica muestra que las diferentes categorías de derechos humanos no se han desarrollado de igual manera. Comparado a los derechos civiles y políticos, las categorías de derechos económicos, sociales y culturales están menos desarrolladas. Esto se debe en parte a que los derechos económicos, sociales y culturales se han considerado durante mucho tiempo como ‘derechos secundarios’ comparado con los derechos civiles y políticos. Su denominada ‘imprecisa’ redacción, su naturaleza programática y la problemática de su justiciabilidad son las razones por las cuales se les ha atribuido tal status. Todavía existe una incompreensión a cerca de estos derechos en relación con su contenido y con la naturaleza de las obligaciones del Estado (UNESCO, 2017).

A diferencia de los derechos civiles y políticos, los derechos económicos y sociales dependen

...de lo que el legislador decida. Si se trata de derechos de carácter asistencial (como los de salud) los ciudadanos no tienen a su disposición resorte alguno para imponer al legislador o exigir a la Administración la organización de un sistema de prestaciones de cualquier clase, aunque sea mínimo. Lo que supone que la eficacia de los derechos depende de determinaciones del legislador que no son revisables por los Tribunales (Muñoz, 2009).

Los DESC resultan entonces derechos que dependerán de las decisiones del legislador, de los recursos del país, dejando a los ciudadanos supeuestamente sujetos de derechos en condición de indefensión legal y de asistencia. La discu-

sión presente ofrece, sin embargo, puntos de vista distintos tanto en relación con la existencia o no de derechos fundamentales y no fundamentales. De acuerdo con Zúñiga, esta distinción entre derechos fundamentales y no fundamentales no está vigente hoy “... *porque los derechos humanos no son jerarquizables, todos tienen la misma importancia*” (Zúñiga, entrevista 2017). Pese a ello, queda abierta la discusión en relación a los resguardos, a las garantías de los derechos, quién es el encargado de garantizarlos y cómo se pueden exigir.

Otro elemento en juego es que a diferencia de los derechos civiles que son absolutos, los DESC son relativos pues dependen en parte importante de los recursos disponibles en cada país. Pese a lo anterior, los países pobres no tienen una obligación menor en relación con los DESC. Esto, a su vez, tiene relación con el financiamiento de los DESC “*Los DESC, financiados por los impuestos, podrían ser la manera como asumimos responsabilidad social por las consecuencias no queridas pero previsibles del mercado, como la pobreza*” (Figuerola, 2009).

Por lo anterior, las reflexiones que se suscitaron a partir de la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Consejo Económico y Social de la ONU han resultado fundamentales para reconceptualizar tanto el contenido del derecho a la salud como sus relaciones e interdependencia con otros derechos, así pues, comienza afirmando categóricamente que “*la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos*”. A partir de estas reflexiones ha surgido una interesante analogía con el derecho al debido proceso, clásico derecho humano de primera generación, el cual, para su respeto efectivo requiere de un Sistema Judicial

y de una serie de mecanismos institucionales que deben ser financiados y que están en constante desarrollo, pues bien, el reconocimiento del derecho a la salud plantea un desafío similar a los países: articular un Sistema de Salud que avance en el desarrollo progresivo del derecho a la salud².

La justiciabilidad del derecho a la salud se ha vuelto un asunto relevante en los últimos años en América Latina. Este tema obliga a establecer previamente cuáles son las obligaciones del Estado frente al derecho a la salud. Cubillos-Turriago (2012) señala tres obligaciones, respetar, proteger y garantizar:

- La obligación de respetar implica la existencia de límites al ejercicio del poder estatal.
- La obligación de proteger implica expedir leyes / normas que creen mecanismos para proteger ante violaciones del derecho por parte de actores estatales y no estatales. Esta protección debe ser igualitaria.
- La obligación de garantizar se refiere al deber de adoptar las medidas necesarias (instituciones, procesos y recursos) que permitan a todas las personas el goce pleno y efectivo de los derechos humanos.

² Al igual que con un sistema judicial justo, un sistema de salud eficaz es una institución social central y, por esta razón, es crucial que ambos sistemas estén protegidos por los derechos humanos. Aunque muchos derechos humanos son importantes para un sistema judicial que funcione bien, la clave Uno es el derecho a un juicio justo, a través de tratados de derechos humanos, leyes y políticas nacionales, decisiones judiciales, entre otros. El derecho a un juicio justo ha ayudado a identificar las características clave de un sistema judicial justo, como un sistema independiente de justicia, el poder judicial y los juicios sin dilaciones indebidas. El derecho a un juicio justo no solo ha identificado procesos judiciales injustos, sino que también ha dado lugar a reformas positivas en muchos países. Por analogía, el derecho al más alto nivel posible de salud puede ayudar a establecer sistemas de salud que sean razonablemente equitativos. Traducción libre de Backman, *et al.*, 2008.

El derecho y la Reforma AUGE/ GES³ y la Ricarte Soto como casos de derechos exigibles en salud en Chile

En el texto constitucional no existen las prerrogativas ni los mecanismos para exigir directamente el derecho a la salud. De hecho, expresamente el constituyente ha excluido el derecho a la protección de la salud dentro de las garantías constitucionales cautelables por vía del recurso o acción constitucional de Protección –salvo el derecho a elegir el Sistema-. Con todo, atendida la íntima relación de este derecho con el derecho a la vida, en la práctica, desde temprano, los Tribunales Superiores de Justicia debieron pronunciarse en situaciones en las que el derecho a la salud estaba efectivamente en juego (acceso a terapia en VIH/ SIDA, acceso a diálisis, y más recientemente, el acceso a drogas de alto costo en enfermedades de baja prevalencia o raras). Con todo, por vía legal, en los últimos quince años se han dispuesto algunos mecanismos de exigibilidad directa respecto del derecho a la protección de la salud, reflejado en la llamada reforma a la salud con las Garantías Explícitas en Salud y más tarde con la llamada Ley Ricarte Soto.

En la historia de la salud en Chile, los 2000s son el momento de lo que se ha llamado la reforma a la salud. Esta reforma podría caracterizarse como la reforma madre de la salud en Chile, que hizo posible transitar hacia derechos reconocidos y exigibles a través de mecanismos transparentes.

³ Las Garantías Explícitas en Salud (GES), constituyen un conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas al FONASA y a las ISAPRES que se expresan en la atención, actualmente de 80 problemas de salud. Las Garantías son exigibles en términos de, acceso, derecho por Ley de la prestación de salud; oportunidad, tiempos máximos de espera para el otorgamiento de las prestaciones; protección financiera, la persona beneficiaria cancelará un porcentaje fijo de valor de la atención; calidad, otorgamiento de las prestaciones por un prestador acreditado o certificado. Estas rigen desde el año 2005, con excepción de la garantía de calidad que se ha implementado más recientemente.

- En 2000 se inicia el proceso de discusión de la Reforma AUGE/GES que introduce el concepto de “garantías explícitas”: Ley N° 19.966 de 2004, que establece un “Régimen de Garantías en Salud”, al interior de la cual se hacen “explícitas” garantías que son un conjunto de programas, enfermedades o condiciones de salud, que tanto el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) deben asegurar obligatoriamente a sus beneficiarios, en la forma y condiciones especificadas.
- En 2005, entra en vigor la nueva Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión que separa las funciones ministeriales, *“por un lado, la Subsecretaría de Salud Pública con responsabilidad sobre la formulación de políticas, regulación y fiscalización de las mismas. Por otra parte, se crea una Subsecretaría de Redes Asistenciales encargada de regular y coordinar el correcto funcionamiento de las redes sanitarias públicas, concepto incorporado con la reforma”* (Infante y Paraje, 2010), y la Ley de Garantías Explícitas en Salud, pilares del nuevo sistema de Salud chileno.

La posibilidad de exigibilidad directa recién mencionada es de carácter administrativo, y no judicial, y está limitada únicamente a los beneficiarios del sistema de atención GES. Se realiza través del reclamo del afectado, o su representante, ante la Superintendencia de Salud (que operaría como garante) la que tiene la potestad de sanción sobre los prestadores, como también sobre las aseguradoras, en el sector privado. En tanto, en el sector público, sus atribuciones son más restringidas, especialmente en materia sancionatoria. Para todo el resto de los usuarios del sistema de salud, los mecanismos de exigibilidad del derecho a la salud han tenido que desarrollarse de manera indirecta,

particularmente, en su relación con el derecho a la vida, como también casos de judicialización y de demandas en casos relativos al trato abusivo o de costos indebidos de los sistemas de aseguramiento privado de salud.

La posibilidad de la gratuidad selectiva como nueva modulación del derecho a la salud

En el marco de este estudio, se revisaron las investigaciones relativas a la percepción social del derecho a la salud desde los años noventa, previo a la reforma antes citada, hasta el 2015, cuando se buscó llevar adelante un conjunto de modificaciones fundamentalmente al sistema privado de salud en el país, pero que hasta la fecha no han prosperado.

En el período previo a la reforma, la percepción social era de un fuerte sentimiento de desprotección frente a la enfermedad, de baja capacidad de respuesta del sistema de salud, y asociaciones causales entre el riesgo de enfermedad, la pobreza y las malas condiciones laborales (Gredis, 1996). En el 2009, con ocasión de una evaluación de las GES y una ampliación de la lista priorizada de problemas de salud de 56 a 80 patologías, se observó que se valoraba la mejoría del acceso y de la oportunidad de atención; la respuesta a problemas complejos de diagnóstico y tratamiento y la garantía de protección financiera como resultados de la reforma, pero también se señala el deterioro en la asistencia de las patologías o condiciones “no GES” (Minsal, 2009). En el 2015, se observó un relativo acuerdo en los cambios que serían necesarios al actual sistema de salud, fundamentalmente en relación al sistema privado de aseguramiento en salud (Banco Mundial, 2015; Nous, 2015). Al 2018, se observa que la línea que separaba las percepciones entre las bondades del siste-

ma privado y las deficiencias del sistema público tiende a no ser tan marcada como antes, los discursos sociales recogidos en este estudio indican que la calidad de la atención del sistema privado está siendo puesta en tela de juicio, debido a tiempos de espera en algunos casos percibidos como igualmente largos que en el sistema público, sensación de lucro y ganancia ilegítima, y discriminación de las ISAPRES por edad y género. En tanto, el juicio sobre las deficiencias del sistema público está siendo morigerado, se reconoce el AUGE/GES como un logro si bien no perfecto, al menos importante; como también las mejoras en los hospitales públicos y en la atención primaria en las comunas del país, aunque reconocen también la persistencia de problemas de falta de especialistas, listas de espera, deficiencias en el trato y exceso de burocracia.

Esta reforma marca un hito también en las percepciones del derecho a la salud; la gratuidad reemerge, entonces, como algo socialmente posible y exigible, inaugurándose un nuevo espacio de lo que es alcanzable como país. Se inician también controversias o polémicas públicas, al que concurren los ciudadanos, los medios de comunicación, y los profesionales de la salud, alrededor de qué debiera estar incluido como garantía y que no. La autoridad sanitaria fija criterios de inclusión entre los que se incluyen estudios de carga de enfermedad, costo-efectividad, y preferencias sociales, entre otros criterios.

El discurso social de derechos en la ciudadanía: Tensión entre derechos, dinero y desigualdad social y sus efectos en desprotección y vulnerabilidad

Los derechos aparecen como una voz tenue en los discursos de la ciudadanía recopilados en el marco de este estudio realizado en 2017 y 2018.

La palabra derecho da cuenta de algo incómodo, de un asunto no cotidiano, difícil de definir, poco conocido o conversado. Aparece la tensión entre la ilusión de unos derechos garantizados para todos, y una realidad donde estos no existen. Los derechos sociales son percibidos por la ciudadanía como derechos de carácter fundamental, como derechos efectivos, ya no programáticos como tradicionalmente se los caracterizaba, pero al mismo tiempo se estima que ellos son sistemáticamente vulnerados. Los derechos sociales son percibidos por la ciudadanía como derechos de carácter fundamental, y no programáticos como lo caracterizan la mayoría de los expertos y el constitucionalismo clásico. Los derechos sociales, señalan los ciudadanos, son de primera importancia, y están por sobre los derechos civiles y políticos; es decir, consideran que estos deben ser garantizados en todo momento, sin mediar el color político del gobierno de turno o los recursos disponibles en las arcas fiscales.

En relación con el ejercicio y la exigibilidad de los derechos⁴, en los discursos ciudadanos es largamente discutida la idea de que en Chile los derechos son más bien formalidades. Los derechos se poseen, pues están escritos, pero son percibidos como letra muerta. Los derechos no se pueden

4 Cabe recordar que con antelación a la última Reforma (2005), las políticas e intervenciones en salud fueron principalmente “estrategias compensatorias de las falencias heredadas del régimen dictatorial, sin que se pudiera modificar estructuralmente la legislación, dada la falta de mayoría política impuesta por la institucionalidad política heredada, a la que nos hemos referido y sobre lo que volveremos, y que algunos califican como “democracia protegida” (Godoy, 2003). A esto se sumó la ausencia de un proyecto político común de salud en la Concertación (Lenz, 2007: 7)”, como señala Garretón (2012: 133). La Reforma avanzó en introducir al sistema “elementos significativos de equidad y regulación de la salud privada, pero no transformo el sistema establecido por la dictadura” (Garretón 2012: 140). Para algunos actores la discusión ideológica fue desplazada en beneficio de lograr un consenso político que permitiera avanzar en mejorar condiciones de acceso y equidad privilegiando una mirada más pragmática y de mediano plazo. Así, por ejemplo, el cuestionamiento a la continuidad de las ISAPRES post retorno a la democracia fue un tema secundario en la agenda de la Reforma. (en esta nota, las referencias pueden corresponder a Nous, 2018).

ejercer, ya que son percibidos, en gran medida, como marcados por las desigualdades económicas. En correspondencia con esto, hay una dicotomía entre un discurso que concibe a los derechos como aquellos relativos en su calidad de consumidores versus la percepción de los derechos ciudadanos: si se paga, hay mayor posibilidad de exigir el derecho; en cambio, no se reconoce esta facultad en el ámbito público-gratuito, en donde las prestaciones son concebidas antes como favores, beneficios, y no como derechos adquiridos y legítimamente ejercidos, además de financiados por la población.

Esta tensión entre derechos, dinero y desigualdad social da pie en los grupos para poner en cuestionamiento el principio constitucional que articula el derecho a la salud “la libertad de elegir”. En los discursos, la libertad de elegir aparece expresada como libertad de pagar, libertad de comprar bienes y servicios de salud superiores a los que pueden disponer todos. Comprar, por tanto, es desigualdad, estatus, diferencias traducidas en jerarquías. En esta línea, existe una tensión explícita entre libertades y derechos. Si los derechos en la Constitución pretenden conciliarse con la idea de la libertad de elegir, resulta interesante, entonces, tensionar el concepto de libertad para un amplio número de ciudadanos que perciben esa oferta no disponible para ellos, es decir, una oferta a la cual, debido a sus situaciones socioeconómicas, no pueden acceder.

Se identifican también algunas barreras prácticas que impiden a los ciudadanos exigir el derecho a la salud, como son: a) Tiempo: El trabajo no espera, el tiempo para el reclamo coincide con el tiempo del trabajo; b) Trámites engorrosos sin expectativas de resultados: Los trámites son lentos, tortuosos, las esperas son largas y los resultados dudosos; c) Desinformación acerca de derechos:

Un escenario de responsabilidades compartidas, en donde se reconoce que la información sobre derechos es escasa, o bien, confusa, pero donde también se admite una desidia respecto de una voluntad de saber, de conocer más sobre los derechos exigibles.

Esta percepción de un derecho ejercido de modo inequitativo, al mismo tiempo que formal y poco exigible, produce una sensación de desprotección que da cuenta de una precariedad, producto de un Estado que no garantiza las condiciones mínimas para que una gran parte de la población pudiera estar resguardada ante eventuales vicisitudes y riesgos presentes en la vida. El riesgo, las enfermedades catastróficas, los altos costos en la salud privada, frente a la indefensión, incertidumbre y desprotección en el sistema público son muestras de esta situación. Dicha precariedad, muchas veces redundante en un daño a los usuarios tanto del sistema público como el privado, a lo que definimos como vulnerabilidad. La vulnerabilidad se observa tanto en el daño a la dignidad, como también el patente estado de indefensión demostrado por la indiferencia de las instituciones, produciendo una sensación de abandono. Un Estado que se percibe como no garante, que no responde, y produce una sensación de impunidad y de desprotección.

Otro hallazgo de la investigación es la autopercepción de los ciudadanos como sujetos pasivos y con baja capacidad de agencia en el devenir de las prestaciones y el sistema de salud. Atenderse en el sistema público - además de la forma de expresarse, de vestirse, etc. - se percibe como la marca de pertenecer a una clase social baja; los usuarios perciben, que son tratados como ignorantes e infantilizados por el personal de salud, todo lo cual condensa la experiencia de discriminación social. En oposición a lo anterior, la declaración

institucional del usuario como crónico o miembro de una categoría de edad, criterios para priorizar patologías y definir requisitos de acceso a prestaciones, aparece como fuente de preferencia institucional.

Las posiciones que se reportan con más capacidad de agencia en el sistema de salud se encuentran más en las prácticas y emergencias sociales compartidas, distintas a la racionalidad individual instrumental. Se trata de grupos ciudadanos y de personas que generan estrategias y acciones frente al sistema de salud, tanto en términos reales concretos, como imaginarios o potenciales y a estas tres identidades las hemos denominado: a) Usuario competente del sistema: Aquel que lo conoce bien y sabe moverse; b) El círculo familiar de apoyo: Racionalidad ampliada de solidaridad intergeneracional y resguardo del patrimonio familiar, así sea precario; y c) El grupo de presión: Las posibilidades que abren los nuevos medios de comunicación como las redes sociales, la importancia que las autoridades otorgan a la publicidad adversa, pero sobre todo, el ejemplo de otras manifestaciones sociales nuevas abren el imaginario de presión, pero que no se sustenta prácticamente.

Los discursos sobre el derecho a la salud de los actores relevantes

A continuación, previo a algunas definiciones conceptuales sobre el derecho a la salud desde varias vertientes teóricas y programáticas, se presentan los discursos de actores⁵ que han aportado desde distintas posiciones a la discusión sobre políticas sanitarias y que fueron entrevistados en relación a su comprensión y perspectiva del derecho a la salud.

⁵ Cuyos perfiles hemos indicado en la sección metodológica de este documento.

- En la definición de la OMS, el derecho a la salud expresa una visión ideal de la salud con un máximo grado de bienestar posible e incluye dimensiones individuales y colectivas;

El derecho a un mínimo sanitario cuyo alcance lo definen los países conforme mejoran sus niveles de desarrollo;

- Establecimiento de ciertas condiciones garantizadas que pueden progresar en cobertura e integralidad de los servicios para responder a problemas de salud más o menos gravitantes en la población;
- La capacidad de las personas de poder elegir por el tipo de atención y de aseguramiento de salud (OMS, 2015).

En sus discursos se reconoce que los avances en derecho sanitario han ido de la mano de la promulgación de las GES, política que ha marcado un antes y un después, representando un avance sobre las ideas neoliberales que fundamenta la Constitución. Desde la perspectiva jurídica, el valor de las GES reside en la exigibilidad del derecho a las prestaciones y condiciones definidas en sus decretos.

En tanto política pública, para muchos, los méritos de las GES se relativizan porque introduce mecanismos de selección para problemas de salud y para grupos de individuos. En la práctica, no existen garantías universales, sino que existen unos grupos con mejores oportunidades, con más derechos en salud, aunque tengan también restricciones importantes en relación a las prestaciones que pueden obtener y exigir del sistema de garantías. También se considera un aspecto crítico la definición de las canastas de prestaciones que pueden generar restricciones en la cobertura de

algunos tratamientos, e impactar en el gasto de bolsillo de las personas.

Otro conjunto de críticas y falencias se refieren a las debilidades actuales del sistema de salud en tanto mecanismo de acceso a las prestaciones de salud y que podrían mejorarse, tales como: mejorar los procesos de gestión de la red de salud pública, fomentar el desarrollo de los recursos humanos, poner los incentivos en los resultados de salud antes que en la producción de acciones, modernizar los mecanismos de referencia y contrarreferencia, entre otros muchos aspectos.

Algunas de las preguntas que emergen actualmente con las GES como modalidad de priorización son:

- ¿Cómo valorar la ganancia del derecho a la salud en personas que han sido priorizadas y sin desvalorizar aquellas que han sido desplazadas de dicha priorización?
- ¿Cómo asegurar la sustentabilidad financiera de este mecanismo, que actualmente cubre 80 problemas de salud y cuyo presupuesto habría sido estimado para un menor número?
- ¿Está actuando la lista de espera como un mecanismo de racionamiento implícito?

Pero, sobre todo, cabe preguntarse si esta forma de garantías exigibles en ambos sistemas de atención y centrada en el daño antes que en la prevención y promoción de salud, permite seguir expandiéndose del mismo modo que lo ha hecho hasta ahora. Uno de los problemas mayores es que aquellas personas que no resultan priorizadas sean por patología, o por edad, quedan fuera del sistema de garantías, teniendo dificultades de acceso a la atención y debiendo muchas veces in-

currir en altos gastos de bolsillo, incrementando la inequidad social, así como territorial. Es así como el sistema termina seleccionando a quienes les resuelve el problema de salud, aunque resulta evidente que siempre será necesaria alguna forma de priorización frente a recursos escasos.

Expectativas de cambio del sistema de salud y líneas de acción futura

En este contexto, en los discursos ciudadanos es posible identificar algunas líneas discursivas que expresan expectativas de cambio del sistema de salud, tales como: a) Demanda por ciudadanía: Más derechos; universalidad, acceso gratuito, equilibrar las diferencias público/privado; mixtura de proveedores; b) Demanda por dignidad y horizontalidad en el trato; c) Demanda por mayor control en el sistema de salud; d) Demanda por mejor gestión y un desarrollo mayor del sector público; y e) Demandas territoriales por nivelación: Igualar niveles de acceso y superar la discriminación territorial percibida para los sectores rurales, ciudades pequeñas y pobres.

Los discursos de técnicos y profesionales relevantes, según fueron definidos en la sección metodológica, destacan en relación con el cambio de sistema, en primer lugar, la necesidad de mejorar el financiamiento de salud por la vía de impuestos generales y de aumento del porcentaje del PIB destinado a salud, cuestión crucial para controlar el gasto de bolsillo, evitar el endeudamiento progresivo de los hospitales y el descuido inminente de los temas de salud pública y determinantes sociales. En segundo lugar, señala que el rol de la atención primaria es crucial, su fortalecimiento puede ser el eje de una estrategia mayor que efectivamente mejore las oportunidades de adelantarse a la enfermedad y el daño. Otra área de la salud que queda fuera, en la práctica, desde la

demanda por una salud centrada en el individuo (en la enfermedad, en la atención de especialistas, en la provisión de servicios no esenciales) es el componente colectivo y de entorno de la salud, las intervenciones de salud pública para la promoción de salud y prevención de enfermedades y los determinantes sociales de la salud y el lugar que esta tiene en la organización del sistema de salud. Estos elementos son parte de la definición de salud y requieren ser reforzados y abordados, por ejemplo, a través de políticas intersectoriales.

Retomando la propuesta de la OMS, es imperativo avanzar en un mínimo sanitario universal en salud, definiendo un conjunto de prestaciones esenciales que aseguren que los requerimientos básicos de las personas pueden estar garantizados, con independencia de los mecanismos de aseguramiento, acercándose a la lógica de la protección social.

Probablemente lo más urgente sea diseñar un sistema de seguridad social considerablemente más efectivo en materia de pensiones y de salud, que entregue un piso de seguridades a la población en estas dos áreas esenciales del bienestar.

Conclusiones

El derecho a la salud en su acepción más amplia es un concepto que ha sido desplazado y en torno al cual hoy no se articula la conversación, discusión y reflexión pública sobre la salud en el Chile de hoy. La comprensión del derecho a la salud, su alcance, ejercicio y exigibilidad pasa porque la ciudadanía sea capaz de problematizarlo; hoy se conjuga una ciudadanía pasiva con la ausencia de mecanismos efectivos de participación social que estimulen esta discusión.

Si bien la priorización es un proceso insoslayable dada la existencia de recursos limitados en el presupuesto nacional de salud, el modo en que esta se realizó a principios de los años 2000, tiende a mostrar limitaciones en el presente, tales como el foco en el daño antes que la promoción y prevención de salud; centrar la atención en el individuo antes que en los determinantes sociales y en los colectivos sociales – familias, comunidades, grupos, organizaciones- que responden a la dupla salud-enfermedad; las limitaciones financieras y tecnológicas presentes y futuras- de no haber cambios- para atender los problemas de salud, las prestaciones asociadas y la calidad de los cuidados generales. A estas limitaciones actuales, que derivan del enfoque de política pública y del sistema sanitario, se añade una pregunta apremiante ¿Qué ocurre con los problemas de salud hoy en día no cubiertos por el esquema de derechos garantizados y exigibles en salud? Esta pregunta conduce a pensar que no es posible un incremento progresivo de las patologías GES sin una intervención más decidida en la forma en que el sistema de salud está funcionando. Más bien, se abre la posibilidad de un plan básico común para garantizar la universalidad de la atención, asunto que comienza hoy a discutirse, pero cuyas especificaciones están aún por discutirse.

También estas dudas conducen a preguntarse por las orientaciones que debiera seguir un cambio de sistema de salud. Existen convergencias importantes en el discurso de la ciudadanía y de los actores relevantes en relación a la necesidad de profundizar en materia de derechos de salud y su exigibilidad. Pero persisten discrepancias que emergen al profundizar en las posibles soluciones, por ejemplo, si bien tanto los actores institucionales y la ciudadanía tienden a compartir la idea de mejorar el financiamiento del sector,

la ciudadanía es resistente a aumentar su carga impositiva. Los énfasis en relación al cambio de sistema muestran diferencias entre los actores sectoriales y la ciudadanía: por ejemplo, mientras los primeros ponen el acento en la importancia de la atención primaria, los segundos privilegian la atención de especialistas. Respecto a las mejoras posibles al sistema de atención, existen también múltiples puntos de vista, por ejemplo, mientras los actores institucionales enfatizan la gestión y el uso de recursos, la ciudadanía enfatiza el trato con el personal sanitario y la oportunidad de atención. De este modo, se observa que, si bien existe

un malestar con el estado actual de la atención en salud, resta aún mucho por hacer para llegar a los acuerdos necesarios para un cambio de sistema.

La convergencia de opiniones entre ciudadanía y especialistas puede ser una condición que permita movilizar la agenda de reformas. No obstante, mientras entre los especialistas se ha venido evidenciando un diagnóstico compartido, existen legítimas discrepancias en las alternativas de reforma y los caminos de solución de las problemáticas detectadas.

Referencias bibliográficas

- Adimark. (2017). *Evaluación Gestión de Gobierno Julio 2017*, Informe mensual.
- Backman, G. et al. (2008). Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *The Lancet*, 372, Issue 9655.
- Banco Mundial. (2015). *Estudio cualitativo a usuarios del seguro de salud de Chile*. Santiago de Chile, (Copia proporcionada por la Superintendencia de Salud).
- Cecchini, S., Martínez, R. CEPAL (2011). *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos*. Santiago de Chile. CEPAL.
- Centro de Estudios Públicos CEP. (2017). *Estudio Nacional de Opinión Pública N° 80*.
- Cid, C., Aguilera, X., Arteaga, O., Barría, S., Barría, P., Castillo, C., Debrott, D., Dutilh, M., García, P., Jordán, T., Larrañaga, O., Matthews, F., Parada, M., Paraje, G., Solar, O. y Uthoff, A. (2014). *Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema Privado de Salud*. Informe final. Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- Cubillos-Turriago, L. (2012). *La judicialización del derecho a la salud: un encuentro de dos mundos*. Presentación desarrollada para el WEBINAR del BID. Iniciativa sobre priorización, equidad y mandatos constitucionales en salud.
- Dworkin, R. (1989). *Los derechos en serio*. Barcelona: Ariel.
- Ferreccio, C., Agurto, I., Sgombich, X., Román, M., González, C., Guajardo, G., Martinic, S., Lara, F. y Arcos, R. (1996). *Estudio Priorizaciones de Inversiones en Salud, Componente Cualitativo, Informe Final*. Santiago.
- Figueroa, R. (2009). Justificación del rol de las cortes haciendo justiciables los derechos económicos, sociales y culturales, en particular, el derecho a la protección de la salud. *Revista chilena de derecho*, 36, 2, 313-342.
- Infante, A. y Paraje, G. (2010). *Reforma de Salud en Chile Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – Chile*. Documento de trabajo, 2010-4.
- Muñoz, M. S. (2009). Prólogo a De Lora, P. y Zúñiga, Fajuri, A. (2009). *El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*. Lustel. Madrid.

- Nous, L. T. D. A. (2015). *Percepción del sistema de salud privado y receptividad de la ciudadanía a su reforma*. Santiago de Chile, OPS.
- Nous, L. T. D. A. (2018). *Percepciones sociales respecto del derecho a la salud y expectativas de cambio en el sistema de salud de Chile*. Informe para la Superintendencia de Salud. Santiago de Chile. Por publicar.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Salud y derechos humanos*. Nota descriptiva 323.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 53. O Consejo Directivo 66.A Sesión Del Comité Regional De La OMS Para Las Américas Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014.
- Rawls, J. (1979). *Teoría de la Justicia*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Robles, C. (2011). *El sistema de protección social de Chile: Una mirada desde la igualdad*. Santiago de Chile, CEPAL.
- Sgombich, X., Frenz, P., Agurto, I., Valenzuela, V., González, C., Guerrero A., et al. (2009). *Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas de Salud*. Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria – Ministerio de Salud. Chile.
- Superintendencia de Salud. (2015). *Estudio de Opinión Sobre el Sistema de Salud*. Santiago de Chile.
- UNESCO. (2017). *Derechos económicos, sociales y culturales* (DESC).