
políticas sociales

La reforma al sistema de salud
chileno desde la perspectiva de
los derechos humanos

Marcelo Drago



NACIONES UNIDAS



Santiago de Chile, mayo de 2006

Este documento fue preparado por Marcelo Drago Aguirre, consultor de la Unidad de Derechos Humanos, en cumplimiento del producto previsto en el área temática sobre ‘derechos humanos, democracia y paz’ del Subprograma de desarrollo social 2004-2005 del Programa de Trabajo de CEPAL. Este trabajo se inscribe dentro del marco del Convenio de cooperación técnica CEPAL/BID “Seminario técnico sobre la consideración de derechos económicos, sociales y culturales en el desarrollo de América Latina y el Caribe” (BID/04/004), celebrado por ambas instituciones el 27 de octubre del 2004.

El autor agradece la colaboración de Michael van Gelderen, experto asociado al gobierno holandés, por su valioso aporte en los temas relacionados con el estado y el gasto de la salud en Chile.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN impreso 1564-4162

ISSN electrónico 1680-8983

ISBN: 92-1-322915-1

LC/L.2539-P

Nº de venta: S.06.II.G.66

Copyright © Naciones Unidas, abril de 2006. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
I. Introducción	7
II. Teoría y contexto	9
A. Elementos de una política enfocada desde la perspectiva de los derechos humanos	9
B. El cumplimiento de las obligaciones de los Estados y las políticas con enfoque de derechos	13
C. Contenido del derecho a la salud en los instrumentos internacionales de derechos humanos y la regulación interna.....	13
D. Estado de la salud en Chile	20
E. Gasto de salud en Chile.....	23
III. La reforma de la salud	27
A. El modelo hasta antes de la reforma.....	27
B. Los objetivos sanitarios de la década	31
C. La reforma.....	35
D. Otros sistemas de responsabilidad legal establecidos por la reforma	43
E. Examen de medicina preventiva.....	44
F. Financiamiento de la reforma.....	45
G. Reformas a la institucionalidad	45
H. La atención primaria	48
J. Reformas al sistema privado	49
K. La economía política de la reforma.....	49
IV. ¿La reforma contribuye a la realización del derecho a la salud?	57
A. Adopción de medidas legislativas	58
B. Realización progresiva del derecho a la salud.....	59
C. Realización progresiva de acuerdo a los recursos disponibles	59
D. No discriminación.....	60
E. No regresividad.....	61
F. Acceso a los recursos jurídicos apropiados.....	62
V. ¿La reforma promueve una política enfocada desde la perspectiva de los derechos humanos?	65
A. Las aspiraciones de la población.....	65

B.	Las personas en el centro de las políticas	67
C.	Naturaleza de las GE	67
D.	Rendición de cuentas – exigibilidad	68
E.	Universalidad.....	69
F.	Equidad	69
G.	No discriminación	71
H.	Participación.....	72
I.	Gradualidad	73
J.	Perspectiva de derechos construida 'desde abajo hacia arriba'	74
VI.	Lecciones	75
A.	Valor intrínseco del enfoque de derechos y de la partícula GE.....	75
B.	Valor del empoderamiento como mecanismo de manejo de grupos de presión y captura	76
C.	Valor de las políticas centradas en las personas como mecanismo de orientación estratégica de recursos financieros, humanos y físicos.....	77
D.	Valor de las GE como incentivo a cambiar la modalidad de provisión de seguros privados.....	78
E.	Valor del uso del instrumento legal.....	78
VII.	Recomendaciones: uso del mecanismo de garantías explícitas como mecanismo de priorización en políticas públicas por medio del reconocimiento de derechos	81
A.	Lineamientos de una política de Garantías Explícitas (GE).....	82
B.	Incrementalidad	82
C.	Propósito de una política de Garantías Explícitas (GE).....	82
D.	Áreas de política donde aplicar.....	83
E.	Condiciones previas y supuestos	84
F.	Rasgos esenciales de una política basada en GE	84
G.	Futuro por explorar.....	85
Bibliografía	87
Serie Políticas sociales: número publicados	91

Índice de cuadros

Cuadro	1	América Latina y el Caribe: Gasto público social <i>per capita</i> en salud.....	26
Cuadro	2	Distribución de la población por sistema previsional de salud por grupo de edad según sexo (2003).....	29
Cuadro	3	Distribución de la población por sistema previsional de salud por quintil de ingreso del hogar (2003).....	29
Cuadro	4	Ejemplos para mejorar los logros sanitarios alcanzados	32
Cuadro	5	Ejemplos para el control de factores determinantes de las enfermedades más relevantes desde un punto de vista de cantidad y calidad de vida.....	33
Cuadro	6	Ejemplos para los problemas de salud que no matan pero que disminuyen la calidad de vida de las personas, generando discapacidad, dolor y angustia.....	34
Cuadro	7	Ejemplos para disminuir las desigualdades en salud.....	34
Cuadro	8	Fuentes de financiamiento en régimen de la reforma.....	45

Índice de recuadros

Recuadro	1	Instrumentos internacionales	14
Recuadro	2	Legislación interna de Chile versus otros países de América Latina	18
Recuadro	3	Medidas legislativas.....	58

Índice de gráficos

Gráfico	1	Gasto público y aporte fiscal al gasto público en salud	25
Gráfico	2	Gasto público en salud consolidado (incluye cotizaciones, copagos, ingresos operacionales) y aporte fiscal al gasto público en salud	25
Gráfico	3	Beneficiarios por sistema de salud en la población total (1980-2003).....	29
Gráfico	4	Ponderación: secuencial y simultánea.....	41
Gráfico	5	Organigrama funcional del sector salud con reforma.....	46

Resumen

Este informe revisa la reforma al sistema de salud chilena desde la perspectiva de los derechos humanos. Para ello primero examina los principales elementos que informan las políticas públicas desde una perspectiva de derechos, junto a las normas internacionales y nacionales que regulan el derecho a la salud. Seguidamente, sitúa el estado de la salud en Chile a través de los principales indicadores sanitarios del país a la fecha de discusión de la reforma.

Desde los años ochenta, el sistema de salud se caracteriza por una dualidad público-privada, de escasa complementariedad o interacción y altos niveles de discriminación, inequidad y segmentación. Para iniciar el proceso, el primer paso fue establecer los objetivos sanitarios para la década, base para la formulación de la reforma. Luego se promovieron los principales elementos de la reforma al sistema de salud, que se abordan en el estudio, con especial énfasis en las Garantías Explícitas (GE) y las modificaciones a la institucionalidad, seguido por un análisis de su discusión y la interesante estrategia política que se empleó para su aprobación.

Posteriormente, el análisis se divide en dos partes: una responde a la pregunta sobre la contribución de la reforma a la realización del derecho a la salud, y la otra, a la interrogante de si la reforma es una política enfocada desde una perspectiva de derechos. Si bien las políticas enfocadas en derechos tienen su fundamento en las obligaciones de los Estados con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH), es posible hacer un análisis desde dos aspectos diferentes. Uno que mide el grado de cumplimiento de las obligaciones del Estado con los instrumentos internacionales y la realización del derecho gracias a la nueva política, y otro distinto que evalúa en qué medida la política se encuentra diseñada desde una perspectiva de derechos. Ambas miradas presentan elementos comunes que pueden superponerse; sin embargo, es conveniente hacer la distinción con el fin de abarcar una mayor gama de elementos útiles para la discusión.

A la primera interrogante se responde que la reforma cumple la obligación de realizar el derecho a la salud y avanza con mayor o menor decisión en distintas obligaciones internacionales. De la segunda, surge que es posible establecer un mecanismo de priorización sanitaria (o en general de priorización pública) mediante el reconocimiento de derechos.

Finalmente, se discuten algunas de las lecciones obtenidas a partir de los antecedentes estudiados, incluyendo el valor intrínseco del enfoque de derechos, las garantías explícitas y las políticas centradas en las personas, para terminar con algunas recomendaciones para la elaboración de políticas inspiradas bajo los principios de garantías explícitas.

I. Introducción

El sistema de salud chileno, establecido durante el régimen militar, era objeto de fuertes críticas. Aunque los indicadores sanitarios han mejorado sostenidamente, las expectativas de la población están insatisfechas. En el sistema público existe incertidumbre en la oportunidad de atención, y en el privado hay incertidumbre en asequibilidad de la atención, junto a la discriminación por riesgo y prácticas de limpieza de cartera. Este contexto y el cambio en el perfil epidemiológico chileno, impulsan la necesidad de una reforma. Para abordar esta problemática, el primer paso del gobierno fue definir los objetivos sanitarios a alcanzar en la década: mejorar lo alcanzado, enfrentar los desafíos del envejecimiento y los cambios en la sociedad, disminuir las desigualdades y prestar servicios acordes a las expectativas de la población.

Para avanzar hacia estos objetivos, la reforma vigente desde mediados del 2005, introdujo las Garantías explícitas en salud (GE) como mecanismo destinado a brindar certeza y equidad al sistema. Las GE transforman en derechos exigibles, tanto para el sistema público como para el privado, el acceso, calidad, oportunidad y asequibilidad de las prestaciones asociadas a enfermedades decretadas como cubiertas. Junto con las modificaciones institucionales, que aumentan su eficiencia, transparentan responsabilidades y rendición de cuentas, y luego de intensos conflictos-negociaciones políticas, las GE pasaron a ser el eje de la reforma.

Abordando la obligación de cumplir, la reforma contribuye a la realización del derecho humano a la salud, por medio de la adopción de medidas legislativas, favoreciendo la realización progresiva de acuerdo a los recursos disponibles y mejorando el acceso a recursos jurídicos apropiados. No asegura la no regresividad del derecho en las prestaciones no GE, pero sí ayuda a mejorar la no discriminación del sistema, aunque sin terminar con la segregación por riesgo existente en el sistema privado.

Al mismo tiempo, la reforma establece una política enfocada desde una perspectiva de derechos. Instauro un mecanismo de priorización sanitaria mediante el reconocimiento de derechos. Pone a las personas en el centro de las políticas, las empodera, establece una rendición de cuentas que toma la forma de exigibilidad legal, promueve el cumplimiento universal del derecho de un modo específico y mejora la equidad, aunque no termina con la inequidad derivada de la dualidad del sistema. Beneficia a los pobres, porque los que más se benefician del reconocimiento de un derecho son quienes se les ha negado con mayor severidad; la lógica de derechos mejora la no discriminación en el sistema privado, aunque la reforma se diseñó e implementó con una insuficiente participación ciudadana. Esta lógica se establece 'desde abajo hacia arriba', implantándose según los recursos disponibles mediante un mecanismo de priorización.

La lógica y el lenguaje de derechos en las GE tienen un valor intrínseco. Las personas no se benefician por una concesión de la autoridad, sino que son titulares de derechos de los que se derivan obligaciones para otros. En el caso estudiado, esto se logra de un modo compatible con una estrategia de prioridades públicas, en un marco de restricción de recursos. También, el empoderamiento que otorga el sistema, permite un mejor manejo de los grupos de presión y captura, fortaleciendo la posición política de los beneficiarios, y el hecho de centrar la política en las personas, puede constituir un eficiente sistema de orientación estratégica de recursos financieros, humanos y físicos. Al mismo tiempo, las GE abren la posibilidad de modificar la modalidad de provisión de seguros privados, no ofreciendo planes de salud sino paquetes de solución integral en salud. El uso del instrumento legal otorga también un nivel superior de legitimidad y estabilidad política, no sujeto a la discrecionalidad de la autoridad de turno.

El sistema de garantías explícitas (GE) puede utilizarse en otros ámbitos, como mecanismo de priorización mediante el reconocimiento de derechos. Se prioriza un conjunto de prestaciones dando garantía de acceso, calidad, oportunidad y asequibilidad, buscando establecer una línea de equidad en las prestaciones, particularmente en áreas donde existe inseguridad, discriminación o asimetrías de información. Deben establecerse en forma universal, priorizada o gradual, fundarse en la equidad y establecerse plena exigibilidad. La reforma a la salud chilena es un ejemplo de que es posible enfocar las políticas públicas desde la perspectiva de derechos de un modo viable, desde la cual construir desarrollo con equidad.

II. Teoría y contexto

A. Elementos de una política enfocada desde la perspectiva de los derechos humanos

“Los abogados no debieran ser la única voz en materia de derechos humanos, pero del mismo modo, los economistas no debieran ser la única voz en materia de desarrollo. El desafío actual es demostrar cómo los activos representados por los principios del derecho internacional de los derechos humanos, una forma de bienes públicos internacionales, pueden ser de valor a la hora de perseguir el objetivo superior del desarrollo, la erradicación de la pobreza” (BM, 2001).

1. Las personas en el centro de las políticas

El Derecho Internacional de los DDHH (DIDH) establece un conjunto de obligaciones que los Estados deben cumplir para hacer efectivo el ejercicio y goce de todos los derechos humanos. A partir de estas obligaciones, no sólo se comprometen a respetarlos y protegerlos, sino que también a adoptar y aplicar todo tipo de medidas que conduzcan a la realización de tales derechos.

Estas medidas, desde una visión integral de los derechos humanos, no se reducen a acciones aisladas y coyunturales para cumplir con sus obligaciones. Por el contrario, deben tener continuidad, responder a una estrategia global que involucre a todos los órganos del Estado y contemplar la evaluación de sus avances.

La finalidad es incorporar un enfoque de derechos humanos en la actuación estatal, por el cual las políticas públicas deben convertirse en medios idóneos para la realización de los derechos humanos. Lo que se busca,

a través de un enfoque de derechos humanos, es reafirmar siempre que el fin último de toda política pública o decisión estatal es el ser humano.

De este modo, la esencia de una política enfocada desde la perspectiva de los derechos humanos sitúa a las personas y al reconocimiento de sus derechos en el centro del diseño de las políticas públicas. Se trata de que la estrategia de desarrollo de los países y las políticas sociales que se implementan para superar la pobreza y promover la equidad, se basen explícitamente en las normas y valores instituidos por el derecho internacional de los derechos humanos (OACDH, 2002), cuyos principios dimanar “de la dignidad y el valor de la persona humana” (Declaración Universal de los Derechos Humanos, preámbulo).

Una visión de esta perspectiva implica cambiar la óptica habitual de los procesos de elaboración de las políticas. Su punto de partida ya no son personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derecho a demandar de otros, determinadas prestaciones y conductas (Abramovich, 2004). De este modo, la relación del Estado con el receptor de las políticas públicas se transforma, ya no actúa sobre la base de que quien figura como receptor es sólo un agente pasivo, mero beneficiario de una decisión discrecional de la autoridad, producto del clientelismo o favorecido por la focalización establecida en la política. Las políticas públicas pasan a reconocer a las personas como titulares de derechos y establecen al Estado como el principal agente obligado a respetar, proteger, promover y garantizar esos derechos.

2. El concepto de pobreza

Desde la perspectiva de derechos, la pobreza constituye una denegación o falta de cumplimiento de los derechos humanos (OACDH, 2004). Esta concepción se relaciona con el enfoque de capacidad desarrollado por Amartya Sen de que la pobreza se vincula a un reducido nivel de capacidades básicas para alcanzar determinados grados mínimamente aceptables de bienestar, causado, entre otras cosas, por una insuficiente disposición de recursos económicos.

Estas capacidades se enlazan con los derechos. La mayoría de los derechos humanos se relacionan con libertades fundamentales, como las de evitar el hambre, la enfermedad prevenible y el analfabetismo. El enfoque de capacidad define a la pobreza como la falta o insuficiente realización de estas libertades y la evaluación de las disposiciones sociales debe realizarse en torno a su facultad para promover libertades humanas (OACDH, 2004). De este modo, la superación de la pobreza debe mirarse como la realización de aquellos derechos que son fundamentales para erradicarla.¹

3. Empoderamiento

El principal efecto de un enfoque de derechos humanos es el empoderamiento de las personas (OACDH, 2004). El reconocimiento de derechos faculta a individuos y comunidades, al otorgar derechos que imponen obligaciones jurídicas a otros. El hecho de incorporar la noción de derechos permite invertir una relación que se basaba en el poder de la autoridad ejecutiva frente a la necesidad pasiva del beneficiario, para transformar a ese beneficiario en un sujeto activo titular de derechos y a la autoridad en un ente obligado a garantizarlos.

Así, este empoderamiento se produce en primera instancia por la introducción misma del concepto de derechos explícitamente (HCHR, 2002). Bajo este concepto, el fundamento de las políticas sociales y de reducción de la pobreza deja de hallarse en el mero hecho de que los pobres tienen necesidades, sino que se cimienta en la constatación de que los pobres son titulares de derechos de los que se derivan correlativas obligaciones jurídicas para otros (OACDH, 2002).

Son titulares de estos derechos en virtud de la dignidad y valor de la persona humana, expresados en un DIDH que ha adquirido fuerza obligatoria e incluso jurisdicción en el ámbito internacional, y gracias a la

¹ A su vez, la pertinencia de estos derechos en las estrategias de desarrollo y de superación de la pobreza se distinguen en constitutiva (si corresponden a capacidades consideradas básicas y su falta se debe a una insuficiente disposición de recursos, como el derecho a la alimentación o a la salud), instrumental (previenen los procesos sociales que producen pobreza, o facilitan los procesos indispensables de consulta y evaluación, como algunos derechos civiles y políticos) y restrictiva (limitan los tipos de actuaciones permisibles, como la prohibición de esterilización forzada).

vigencia de un Estado de Derecho en el país donde residen. El reconocimiento expreso y explícito de los derechos inmanentes de las personas, como obligaciones legales exigibles, las empoderan frente al Estado.

4. Reconocimiento explícito del marco normativo de los derechos humanos

El DIDH se basa en valores morales universalmente reconocidos que adquieren fuerza normativa por medio de obligaciones legales establecidas por los tratados internacionales sobre derechos fundamentales. Estas obligaciones permiten a los titulares de derechos demandar de otros, ciertas conductas y determinadas prestaciones.

De forma implícita o explícita las políticas e instituciones se encuentran inspiradas en normas y valores relacionados a los derechos humanos. Las políticas públicas enfocadas en los derechos humanos deben hacer explícita esta vinculación, sustentando su formulación en el marco normativo de carácter imperativo que ofrece el DIDH.

5. Tipos de obligaciones

Del DIDH emanan obligaciones de distinto carácter. La naturaleza básica de estas obligaciones es de cuatro tipos:

- *De respetar*: El Estado no debe interferir, ni obstaculizar o impedir, directa o indirectamente, el libre ejercicio de los derechos. Debe abstenerse de realizar o tolerar cualquier acto de un agente suyo que constituya una violación del derecho.
- *De proteger*: El Estado debe impedir que terceros injerian, obstaculicen o impidan el libre goce o ejercicio de los derechos.
- *De promover*: Deber de facilitar y promover los medios y condiciones para que los titulares de derechos puedan hacer efectivo su goce y ejercicio.
- *De garantizar*: Asegurar que el titular tenga acceso al goce y ejercicio del derecho cuando no pueda asegurárselos por sí mismo. Las obligaciones de promover y garantizar se agrupan en cumplir.

Estas obligaciones de respetar, proteger, promover, y garantizar implican etapas distintas de realización de los derechos. Las obligaciones de respetar y proteger son inmediatas para el Estado, mientras las de promover y garantizar implica una obtención progresiva mediante el establecimiento de prioridades públicas.

Una política enfocada en los derechos humanos debe estar informada por los principios orientadores o ejes articuladores de estos derechos. Las obligaciones que nacen deben ser cumplidas bajo estos ejes principales, donde los más relevantes para el diseño de las políticas sociales son los de rendición de cuentas, no discriminación e igualdad, participación, y realización progresiva.

6. Rendición de cuentas

Los derechos y obligaciones exigen rendición de cuentas y responsabilidad. Sin un sistema de rendición de cuentas pasan a ser declaraciones retóricas sin contenido (OACDH, 2004), quienes son titulares de deberes deben ser tenidos como responsables de sus conductas con respecto al DIDH. Los derechos confieren atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas de parte de otros, con los consiguientes mecanismos de tutela, garantía o responsabilidad (Abramovich, 2004). Los mecanismos de rendición de cuentas pueden ser judiciales, cuasi judiciales, administrativos o políticos, considerando cada jurisdicción habitualmente una combinación de los mismos.

La condición para que los mecanismos de rendición de cuentas sirvan a los propósitos de una política enfocada en derechos es que sean accesibles, transparentes y eficaces.

7. No discriminación e igualdad

Estos principios gemelos son parte fundamental del DIDH. Las políticas no pueden establecerse en términos arbitrariamente discriminatorios. Pero también se debe prestar especial preocupación por aquellos individuos o grupos vulnerables, marginados, desaventajados o socialmente excluidos, prestando atención más a los efectos que a las intenciones de la política (OACDH, 2004). Se vincula al principio de inclusión de las políticas de desarrollo, y a la hora de evaluar los impactos globales de las políticas públicas, estos principios se expresan en la equidad.

8. Participación

Internacionalmente el marco normativo de los derechos humanos incluye el derecho a participar en la conducción de los asuntos públicos. Ésta va más allá de los procesos democráticos de elección de autoridades y requiere la participación activa, documentada y efectiva de los receptores de la política en las distintas etapas de su desarrollo. Estas etapas incluyen las de revelación de preferencias, elección de la política, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas.

No se trata necesariamente de tomar parte en las deliberaciones técnicas que subyacen en la formulación de la política, sino de que los receptores de la política y especialmente los más pobres, participen de la selección de prioridades y metas que guían esas deliberaciones (OHCHR, 2002).

La participación efectiva se vincula al empoderamiento, pero no lo agota.

9. Realización progresiva

El enfoque de derechos, si bien establece obligaciones específicas en materia social, no impone demandas más allá de lo razonable, en los que todos los derechos humanos deban realizarse en forma inmediata y simultánea (OHCHR, 2002). Reconociendo las limitaciones de recursos, se permite de ser necesaria, una realización progresiva o gradual de los derechos a través el tiempo, y el establecimiento de prioridades entre los derechos, en el contexto de que no todos pueden asegurarse con igual vigor en un momento dado.

Esta gradualidad establece un marco temporal, es decir, se reconoce que la plena realización de los derechos puede y debe producirse en un período de tiempo. Esta dimensión temporal y el establecimiento de prioridades deben realizarse bajo ciertas condiciones:

Primero, con los recursos existentes, se debe dar inmediato cumplimiento a sus obligaciones de respetar. En las obligaciones de proteger y cumplir, que se vinculan a la disposición de recursos, se deben tomar de inmediato todas las medidas para la mejor utilización de los recursos disponibles. Segundo, en la medida que hay dependencia en la expansión gradual de los recursos, se deben elaborar de inmediato los planes de acción para la realización de los derechos y fijar los plazos para su implementación en el tiempo. Tercero, estos planes deben contar con metas intermedias, para medir su avance en el corto y mediano plazo. Cuarto, se deben establecer indicadores o puntos de referencia, nacionales, desglosados, del cumplimiento de las metas.

En cuanto a la determinación de prioridades, ésta debe ser participativa. No puede plantearse un particular derecho humano como un valor intrínseco superior a otro, pero sí dar prioridad a uno por razones prácticas, estratégicas. Pero al asignar mayores recursos a la realización de un derecho, se debe procurar no deteriorar el resto de los derechos y mantener al menos, su actual nivel de realización; es decir, dar cumplimiento al principio de no regresión.

Del mismo modo, se deben garantizar de inmediato, determinados niveles mínimos de disfrute de derechos humanos, como el acceso a la alimentación adecuada y a la salud, no padecer de hambre.

De este modo, el enfoque de derechos implica poner a las personas en el centro del diseño de las políticas, involucra reconocer explícitamente sus derechos provocando su empoderamiento, provoca obligaciones inmediatas y obligan a una decidida realización progresiva y gradual, bajo los parámetros de rendición de cuentas, no discriminación e igualdad y participación.

B. El cumplimiento de las obligaciones de los Estados y las políticas con enfoque de derechos

Los Estados, al suscribir los instrumentos internacionales sobre derechos humanos, se hacen responsables de su realización. Para ello cuentan con una gama de políticas alternativas desde las cuales intentan avanzar en la realización de los derechos. Es posible que ellas efectivamente logren mejorar los indicadores esenciales, de por ejemplo, salud o educación. Pero no todas las políticas, por el hecho de mejorar esos indicadores, serán políticas enfocadas desde la perspectiva de los derechos.

Las políticas públicas enfocadas desde una perspectiva de los derechos humanos deben, por cierto, estar dirigidas al cumplimiento de las obligaciones en materia de derechos humanos, pero a la vez estar investidas de los principios y orientaciones que emanan de esta normativa. Deben producir empoderamiento, no ser discriminatorias, procurar la participación efectiva, establecer mecanismos reales de rendición de cuentas, buscar gradualmente una decidida realización de los derechos.

Se trata, entonces, de que las políticas no sólo sirvan para mejorar las condiciones de vida relacionadas con el cumplimiento de los derechos económicos y sociales, sino que en sí mismas, contribuyan a hacer realidad los ejes fundamentales de los derechos humanos.

C. Contenido del derecho a la salud en los instrumentos internacionales de derechos humanos y la regulación interna

1. Instrumentos internacionales

Tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1988), la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965) y el preámbulo del Tratado constitutivo de la Organización Mundial de la Salud entre otros, conciben el derecho a la salud de modo integral, entendido como “el disfrute del más alto nivel de salud física y mental”. Esta amplia concepción supone una relación con otros derechos para obtener su efectivo cumplimiento, como el derecho a la alimentación, a la vivienda, a la dignidad humana o a la no discriminación, por sólo nombrar algunos. Por esta razón el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, en su Observación general N° 14, define el contenido esencial de la garantía como “un derecho al disfrute de toda gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud posible”. Véase el recuadro 1.

INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, Artículo 25:
 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por Chile el 10 febrero de 1972:

Artículo 11: 1: Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento.

Artículo 12: 1: Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto San José Costa Rica", Protocolo Adicional San Salvador 1988. Artículo 10, Derecho a la Salud. No ha sido ratificado por Chile:
 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.
- Convención Internacional contra la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965. Artículo 5 inciso iv) apartado e) suscrita por Chile el 20 de octubre de 1971:

Artículo 5: "En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes.

 - e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular:
 - (i) El derecho al trabajo, a la libre elección de trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo, a la protección contra el desempleo, a igual salario por trabajo igual y a una remuneración equitativa y satisfactoria;
 - ii) El derecho a fundar sindicatos y a sindicarse;
 - iii) El derecho a la vivienda;
 - iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales;
 - v) El derecho a la educación y la formación profesional;
 - vi) El derecho a participar, en condiciones de igualdad, en las actividades culturales;

Recuadro 1 (conclusión)
INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

- OMS, constitución, 1946. Suscrita por Chile en 1948. Preámbulo
“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. /... Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas...”
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 ratificada por Chile el 8 de diciembre de 1989
- Convención sobre los Derechos del Niño ratificada por Chile el 13 de agosto de 1990

Fuente: Elaboración del autor sobre la base de los respectivos documentos.

a) Libertades y derechos

De acuerdo a la Observación general N° 14, el derecho a la salud no es el estar sano, sino que entraña distintas libertades y derechos, “entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo... como el derecho a no ser sometido a tortura ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figuran el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud” (párrafo 8). El comité interpreta el derecho a la salud como un “derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva” (párrafo 11).

b) Obligaciones inmediatas, realización progresiva y no regresividad

Las obligaciones que surgen de esta Observación general N° 14 para los Estados signatarios son múltiples y se distingue entre obligaciones de aplicación progresivas y obligaciones de aplicación inmediatas; estas últimas son:

- (i) Que el derecho a la salud sea ejercido sin discriminación;
- (ii) La obligación de adoptar medidas. Las medidas deben ser deliberadas y concretas, incluyendo medidas legislativas, e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud.

Por otra parte, la obligación de realización progresiva significa que los Estados parte poseen la obligación concreta y constante de avanzar lo más eficaz y expeditamente posible hacia la plena realización del derecho a la salud.

La Observación general N° 14 también confirma la necesidad de que las medidas que adopten los Estados no sean regresivas en cuanto al ejercicio y goce del derecho a la salud. Salvo en el caso de que el Estado demuestre que se han aplicado tras el examen exhaustivo de las posibilidades existentes, se justifiquen con respecto a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto, y con la plena utilización del máximo de recursos disponibles.

c) Tipos de obligaciones

Asimismo el ‘derecho a la salud’ impone tres tipos de obligaciones:

(i) **Obligación de cumplir**

Ésta comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. Esta obligación requiere que los Estados adopten las medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho a la salud. Esta obligación incluye entre otras expresiones:

Que los Estados reconozcan el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos, de preferencia mediante la aplicación de leyes y de adopción de políticas nacionales.

Los Estados deben garantizar la atención a la salud. Requiere esta obligación que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y a las comunidades a disfrutar del derecho a la salud.

Se requiere que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población, entre éstas están:

- Fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro de resultados positivos en materia de salud.
- Velar que los servicios de salud sean apropiados.
- Velar porque el Estado cumpla sus funciones de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación.
- Apoyar a las personas a adoptar decisiones por lo que respecta a su salud.

(ii) Obligación de respetar

Ésta exige que los Estados parte se abstengan de interferir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. Esta obligación requiere entre otras cosas, el de abstenerse:

A denegar o limitar el acceso igual de todas las personas.

De imponer prácticas discriminatorias como política de Estado.

De imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer.

De prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas, aplicar tratamientos médicos coercitivos, comercializar medicamentos peligrosos.

De limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios de manutención de la salud sexual.

De censurar u ocultar información sobre la salud incluso la sexual.

De contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra.

(iii) Obligación de proteger

Requiere que los Estados parte adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías del derecho a la salud. Esta obligación incluye:

Adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igualitario a la atención a la salud y los servicios relacionados.

Velar porque la privatización de la salud no amenace la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud.

Controlar la comercialización de los medicamentos y asegurar que los facultativos reúnan las condiciones necesarias de educación y experiencia.

Que las prácticas sociales nocivas no afecten al acceso a la atención antes y después del parto ni a la planificación familiar.

Impedir que terceros induzcan a la mujer a prácticas tradicionales que puedan afectarle, por ejemplo, los órganos reproductivos.

Adoptar medidas para proteger a los grupos marginales y vulnerables de la sociedad.

2. La regulación interna

La legislación chilena atribuye al ‘derecho a la salud’ rango de derecho fundamental al incorporarlo dentro del catálogo de los derechos que posee toda persona, en el artículo 19, N° 9, de la Constitución política de la República (CPR). Asimismo este derecho también se incorpora a nuestro ordenamiento a través de los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentran actualmente vigentes y donde se reconoce el derecho a la salud. Estos tratados poseen rango constitucional por mandato de la carta fundamental al determinar que es deber de los órganos del Estado respetar y promover los derechos fundamentales garantizados por los tratados internacionales.

Sin embargo, la norma constitucional no fija el contenido del derecho, debiendo éste establecerse por el legislador interno e interpretarse en virtud de los tratados internacionales de derechos humanos. La norma constitucional, sólo resguarda el libre e igualitario acceso a las acciones de salud, además de establecer que el Estado tiene el deber de garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que éstas se presten por entes privados o públicos. La forma y condiciones en que se realiza la norma lo determinará la Ley.

Por último, señala que las personas tendrán el derecho de elegir entre un sistema privado de salud o un sistema público. Sólo es esta capacidad de opción entre el tipo de sistema, el que se encuentra protegido por el recurso de protección, acción de amparo para proteger a las personas de la violación de sus garantías constitucionales. De esta forma, la legislación que aborda las responsabilidades del Estado en materia de salud debe siempre respetar este derecho a elección.

El criterio político que subyace en esta norma, está en que el constituyente ha querido que las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, y de rehabilitación, cuando ello fuere necesario, sean brindadas por instituciones públicas y privadas, que coexistan sistemas de salud estatal y particular, entre los cuales cada persona pueda libremente escoger. Con estos principios matrices se quiso evitar que un sistema de salud estatal único, pudiera “ser fuente de dominación política o ideológica sobre la población” (Evans, 1986). El constituyente estimó que el problema residía en que el control que pudiera realizar el Estado para permitir, aprobar, autorizar o exigir determinados requisitos de cualquier ente que desee ejercer en el ámbito privado de salud, que tuviera un marco tan amplio de fiscalización, podría en la práctica, debilitar las legítimas iniciativas de salud que surgieran, y llegando, por este camino, a un monopolio que en un momento determinado pueda ser injustificado.

En síntesis, el constituyente se inclina por establecer un inciso donde se garantice expresamente el derecho a la iniciativa particular en materia de salud y que el Estado sólo pueda controlar dentro de ese marco.

Comparando esta situación con la de otros países latinoamericanos, el derecho a la salud se encuentra protegido de una manera similar. Por ejemplo, en la Constitución de Bolivia, en su artículo 7 y 164, se establece la protección a la salud y determinan que las condiciones del servicio y asistencia sociales son funciones del Estado y deberán ser determinadas por la Ley. Otro ejemplo de esta situación, es la Constitución de Perú, la que en sus artículos 7 y 11, establece que todos tienen derecho a la protección a la salud y el Estado garantizará el libre acceso a las prestaciones de salud mediante entidades públicas, privadas o mixtas. Véase el recuadro 2.

LEGISLACIÓN INTERNA DE CHILE VERSUS OTROS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

- Constitución política de la República de Chile
Art. 19 N° 9: La Constitución asegura a todas las personas: El derecho a la protección de la salud.
El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.
Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.
Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.
Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.
Art. 5° Inc. 2: El ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana. Es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por esta Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.
Art. 20: El que por causa de actos u omisiones arbitrarios o ilegales sufra privación, perturbación o amenaza en el legítimo ejercicio de los derechos y garantías establecidos en el artículo 19, números ... 9° inciso final, ... podrá concurrir por sí o por cualquiera a su nombre, a la Corte de Apelaciones respectiva, la que adoptará de inmediato las providencias que juzgue necesarias para restablecer el imperio del derecho y asegurar la debida protección del afectado, sin perjuicio de los demás derechos que pueda hacer valer ante la autoridad o los tribunales correspondientes.
- Constitución política del Estado de Bolivia
Art. 7 letra a): Derechos Fundamentales: Toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales, conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio: a) A la vida, la salud, la seguridad.
Art. 164: La asistencia social es función del Estado. El servicio y la asistencia sociales son funciones del Estado, y sus condiciones serán determinadas por ley. Las normas relativas a la salud pública son de carácter coercitivo y obligatorio.
- Constitución política del Perú
Art. 7: Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.
Art. 11: El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.
La ley establece la entidad del Gobierno Nacional que administra los regímenes de pensiones a cargo del Estado.
- Constitución política de la República del Ecuador
Art. 42: El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Fuente: Elaboración del autor, sobre la base de los documentos respectivos.

Por su parte, uno de los pocos países donde se establecen los medios por los cuales se va a llevar a cabo la protección del derecho a la salud es la Constitución de Ecuador. En su artículo 42, establece que “se garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico... y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”.

Como se señaló, debido a que la Constitución chilena no establece el contenido del derecho, le cabe al legislador establecerlo. Apoyados en esta norma se han dictado diversas leyes y reglamentos para establecer el contenido de esta garantía. Así, la Ley que regula el ejercicio de este derecho es la N° 18 469 de 1985, donde se establece que el ejercicio de esta garantía comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud.²

Además esta Ley establece quiénes van a ser considerados como afiliados y beneficiarios y cuáles son las prestaciones a las que tienen derecho. Ejemplos de estas prestaciones son el examen de medicina preventiva y la asistencia curativa.

La Ley 18 933 crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)³ y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por parte de las ISAPRE. La última ley sobre esta materia, es la Ley 19 966 del 3 de septiembre de 2004, donde se establece el Régimen de Garantías en Salud (RGGS). Esta Ley instituye las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo.

En rango inferior en la escala normativa, están los reglamentos N° 369 de 1986, donde se establece el régimen de prestación de salud, que determina quiénes son los afiliados y beneficiarios, el régimen de incorporación y desafiliación de éste, el régimen de prestaciones, las modalidades de atención, y el financiamiento. También se encuentra el reglamento N° 170 de 2004, donde se aprueban las garantías explícitas en salud del RGGS.

3. Jurisprudencia

En la Constitución el derecho a la salud está débilmente protegido, y a pesar de los tratados internacionales suscritos por Chile, no se han visto cambios en su protección por la jurisprudencia nacional.

El derecho a la salud sólo se encuentra protegido por el recurso de protección en la posibilidad de elegir entre un sistema privado o público. La debilidad de la protección se expresa en los múltiples recursos de protección que se han desechado porque este derecho no se encuentra protegido en su totalidad por el recurso. Si bien se ha tratado de llevar los casos aduciendo que en verdad el derecho afectado es el derecho a la vida, el que sí se encuentra protegido por el recurso de protección, no muchas veces ha funcionado.

Ejemplo de esto, es el recurso de protección caratulado —Sepúlveda Parías, Waldo, 1987— con el subdirector del hospital Barros Luco Trudeau, donde el recurrente interpuso un recurso de protección a favor de su hijo, indicando que se estaba afectando su derecho a la vida al no recibir el tratamiento necesario en relación con su enfermedad (insuficiencia renal crónica). En este caso, la Corte hizo un análisis de la situación y determinó que no se afectaba el derecho a la vida, sino que el derecho a la salud, el cual no se encuentra protegido por el recurso de protección, denegando el recurso (Revista Derecho y Jurisprudencia, 1987).

Un caso donde sí se logró que se acogiera el recurso de protección es el caratulado —Seguel Rebolledo, Gladys, 2000— con el director del hospital Base de Los Ángeles. El recurrente alegó la omisión de atención hospitalaria al dar de alta a un enfermo sólo por encontrarse en estado terminal y solicitó que se vuelva a internar a la madre, doña Elena Gladys Rebolledo Candia. La Corte en este caso, admite el recurso de protección por considerar que el recurrido ha actuado en forma ilegal y arbitraria, pues de todo el sistema jurídico nacional se desprende que es deber imperativo de las autoridades públicas velar por la salud y por la vida de las personas. Señaló, además, que se incurrió en una omisión ilegal y arbitraria que atenta contra el derecho a la salud y la vida de la enferma por quien se había recurrido. Son por estas razones, que la Corte admite el recurso de protección. Cabe señalar, que en el comentario doctrinario que se hace sobre esta sentencia, se establece que la Corte cae en un error al admitir el recurso no solamente por el derecho a la vida, sino también por el derecho a la salud, que no se encuentra protegido por este recurso (Revista Derecho y Jurisprudencia, 2000).

Como se estableció anteriormente, el recurso de protección se encuentra consagrado sólo para la elección del tipo de sistema entre privado y público. Un ejemplo donde se admite el recurso de protección por

² Ley 18469 de 1985 Artículo 1°: “El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquellas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse”.

³ Como se verá, fue modificada para trasformarla en Superintendencia de Salud.

esta libertad de elección es el caso de —Gastón Gómez Bernales; Magdalena Aninat Salas, 2004— con ING Salud S.A. El recurrente solicita que se le respete el contrato firmado con anterioridad con la sociedad anónima ING debido a que ésta, de forma unilateral, modifica el contrato de salud alzando el valor de su plan de salud. La Corte en este caso, en vez de analizar la garantía constitucional, efectúa un razonamiento contractual. Afirma que los contratos no pueden ser modificados unilateralmente y que la Ley en ningún caso faculta a las ISAPRE a aumentar unilateralmente el valor del contrato de salud, sino que sólo le da la atribución de modificarlos en caso de costos extraordinarios. En la causa se demuestra que no han existido estos costos extraordinarios, por lo cual se acoge el recurso de protección (Lexis Nexis, 2004).

En definitiva, de acuerdo a la regulación chilena, la única manera de resguardar judicialmente el derecho a la salud con el recurso establecido para proteger las garantías constitucionales —los que incluyen los derechos reconocidos por el derecho internacional— el recurso de protección, es invocando otro derecho que sí se encuentre consagrado en el recurso. Se utiliza una forma indirecta, oblicua y por lo mismo, parcial, para amparar el derecho a la salud.

D. Estado de la salud en Chile⁴

1. Factores condicionantes

Una diversidad de factores condiciona el estado de salud de una población. Entre ellos, destacan la dinámica poblacional, la pobreza, el nivel de educación, el acceso al trabajo y el estado del medio ambiente.

a) Demografía

En las últimas décadas se ha producido en Chile una notoria disminución de las tasas de mortalidad y natalidad. Esto ha significado que el país se encuentre en un avanzado estado de transición demográfica, con un crecimiento más lento de la población y un cambio en la distribución por grupos de edad, con un evidente envejecimiento. Esto ha sido acompañado de un aumento en la esperanza de vida al nacer y de un descenso en la mortalidad infantil.

b) Pobreza e igualdad

Los niveles de pobreza y de indigencia han bajado sustancialmente desde el año 1990, ubicándose en 14,1% de pobres no indigentes y 4,7% de la población en estado de indigencia en el año 2003, representado en su conjunto 2,9 millones de personas en pobreza. El ritmo de disminución de la pobreza e indigencia ha bajado durante el período, y un 18,8% de la población aún se encuentra en tal estado (MIDEPLAN, 2003).

Esta disminución de la pobreza no ha sido acompañada por una disminución de la desigualdad. La distribución del ingreso autónomo muestra mayor desigualdad en el año 2003 comparando con el año 1990. De acuerdo al Banco Mundial, dentro de los países con mayor desigualdad, Chile se encuentra en el lugar número 12 de 124, y su Gini aumentó de 56,5 en el año 2000 a 67,1 el 2005. Otras muestras de desigualdad se pueden ver en las mayores tasas de desempleo y menores ingresos para mujeres, mayor incidencia de pobreza en hogares encabezados por mujeres, mayores niveles de pobreza en zonas rurales —especialmente con un alto nivel de población indígena— menores niveles de educación y salud en hogares y comunas pobres.

c) Educación

Al 2003 el nivel de educación promedio de la población mayor de 15 años había aumentado 1,1 años respecto de 1990, al tiempo que el analfabetismo disminuía. Mejoró la cobertura a nivel rural y urbano, en los tres niveles de enseñanza media, superior y preescolar. Sin embargo, los mayores aumentos en el nivel de educación se produjeron en los dos quintiles de mayor ingreso. Persisten brechas importantes entre zonas rurales y urbanas, con una diferencia de 1,6 años de escolaridad promedio entre jóvenes de 15 a 24 años. Sin embargo, hay indicios de que jóvenes de hogares pobres han aumentado su nivel de escolaridad promedio más que los del quintil más rico, lo que indicaría una disminución de la brecha de escolaridad en el período.

⁴ Basado en información de MINSAL (2000), y de MIDEPLAN (2000-2003).

d) Empleo

Un 75% de los asalariados habían firmado contratos de trabajo en su actual empleo el 2003; el mismo porcentaje tenía trabajos permanentes. Estos porcentajes varían sustancialmente por diferencias de ingreso. La diferencia entre el mayor y menor quintil de ingreso, en cuanto a empleos permanentes, es de 89,3% versus 53,3%. Esta diferencia es de 88,7% versus 59,7% respecto del porcentaje de asalariados con contrato de trabajo. El 41,6% de los desocupados pertenecían al primer quintil de ingreso y el 47,4% tenían entre 15 y 29 años. Las mujeres percibieron en promedio, el 80% de la remuneración por hora de los hombres, y los asalariados en zonas rurales percibieron en promedio tan solo el 53% de la remuneración por hora de asalariados urbanos.

e) Saneamiento

Al 2003, el acceso al agua potable es alto en zonas urbanas, con un 97,0% de los hogares con acceso a la red pública a través de llave en su vivienda. El 81,5% de los hogares rurales también tienen acceso al agua a través de llave en su vivienda, con o sin conexión a la red pública. Sin embargo, existe fuerte desigualdad en estos indicadores en la zona rural. Separando los quintiles de ingreso en el año 2000, el 83,3% de los hogares rurales del quintil más alto contaba con un sistema de distribución intradomiciliario de agua, comparado con 41,6% de los hogares rurales en el quintil más bajo. La diferencia en zonas urbanas no es significativa (99,6% vs. 91,1%).

El acceso a sistemas de eliminación de excretas aceptables⁵ alcanzaba un 94,8% en zonas urbanas el 2003, comparado con un 40% en zonas rurales, lo que representa una mejora respecto de 1990 (86,9% y 19,1% respectivamente), pero manteniendo una brecha importante. En zonas rurales hay grandes diferencias entre hogares dependiendo del quintil de ingreso: en el año 2000, el 71,9% de los hogares del quintil más alto de ingresos tenía acceso a sistemas aceptables contra 17,9% de los hogares del quintil más pobre.

2. Indicadores de salud

a) Prevalencia

El desarrollo de vacunas y tratamientos junto a las políticas sociales y de salud pública ha significado una transición desde una situación de mayor mortalidad, en que prevalecían enfermedades transmisibles como causas de muerte, a una situación de menor mortalidad en que prevalecen enfermedades degenerativas, tumores y causas externas. Esto se vincula a la transición demográfica y a la disminución de la importancia relativa de los jóvenes, junto a un aumento en la proporción de personas en edad avanzada en la población.

b) Esperanza de vida y mortalidad

Al mismo tiempo ha aumentado la esperanza de vida al nacer desde 54,8 años en los años 1950-1955 a 77,4 años en el año 2002, 80 años para mujeres y 74 años para hombres. Hubo caídas muy significativas en la mortalidad infantil, desde 31,8 por 1 000 nacidos vivos en el año 1980 a 7,8 por 1 000 en el año 2002. La mortalidad materna también cayó notablemente, desde 7,3 por 10 000 nacidos vivos en 1980 a 1,7 por 10 000 en el 2002. En el año 1998, los tres primeros grupos de causas de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio con 28%, tumores con 23% y enfermedades del sistema respiratorio con el 13%.

c) Morbilidad

Respecto de la morbilidad, la información sobre egresos hospitalarios indica que los grupos de causas más frecuentes a 1996 fueron embarazo, parto y puerperio, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades del aparato respiratorio y los traumatismos, representando en su conjunto, 57% de los egresos en el período estudiado, con una tasa global de 100,4 egresos al año por mil habitantes.

Información al año 1998 indica que se notifican alrededor de 300 000 accidentes de trabajo por año, con una tasa oscilante entre 1,6 y 3,3 accidentes por 100 trabajadores, pero pueden existir significativos

⁵ WC conectado a alcantarillado o a fosa séptica.

niveles de subdiagnóstico y subnotificación de accidentes del trabajo. En enfermedades profesionales, los datos indican una tasa global entre 2,3 y 2,9 enfermedades por 1 000 trabajadores durante 1995-1996, pero con igual reparo sobre subdiagnóstico y subnotificación. La tasa de mortalidad de trabajadores afiliados a mutuales ha fluctuado entre 10 y 13 muertes por 100 000 trabajadores.

d) Enfermedades trasmisibles

Las enfermedades transmisibles muestran descensos importantes en las últimas décadas respecto del período de principios de siglo XX, época en la que eran la causa principal de enfermedad y muerte. Se siguen presentando brotes, pero de muy menor escala.

e) Años de vida saludable (AVISA)

Una medición global de la salud, medido en términos de años de vida saludables (AVISA) perdidos o ajustados por discapacidad, permite obtener una idea del impacto del estado de salud en términos de calidad de vida, dándose especial énfasis en enfermedades que producen discapacidad. Ella señala que las enfermedades no transmisibles son la mayor causa de AVISA en el país. Las cinco enfermedades que causan mayor cantidad de AVISA a nivel nacional son: anomalías congénitas; infecciones respiratorias agudas bajas; enfermedad isquémica del corazón; enfermedad hipertensiva, y trastornos de las vías biliares y la vesícula biliar. Sin embargo, hay importantes variaciones regionales en este ordenamiento.

f) Niveles de salud

De acuerdo a la OMS, respecto de 191 países, Chile obtuvo un significativo 32^{avo} lugar en años de vida saludable. En receptividad del sistema de salud —respeto a las personas, atención oportuna, calidad de las facilidades, acceso a redes de soporte— Chile obtuvo el 45^{avo} lugar, pero en la evaluación de qué tan igualitariamente se distribuye esa receptividad entre distintos grupos de la población (población indígena, mujeres, personas más pobres, otros grupos) obtuvo el lugar número 103.

3. Inequidad en salud

Por inequidad en salud se debe entender las diferencias sistemáticas que son innecesarias y evitables, además de injustas (Whitehead, 1990).

a) Inequidad según indicadores comunales

Un análisis de indicadores comunales de razón estandarizada de mortalidad (REM) y de años de vida potenciales perdidos por 1 000 habitantes (AVPP) para el quinquenio 1994-1998 presentó varios resultados relevantes respecto de la desigualdad en salud en Chile.⁶

El 41,9% de la población de Chile vive en comunas con REM significativamente mayor al promedio nacional. Estas comunas se concentran en el sur del país, particularmente en las regiones VIII, IX y XII. El 83% y 92% de la población de estas regiones vive en comunas con REM significativamente superiores al promedio nacional.

El 40,6% de la población vive en comunas con AVPP mayor a la mediana nacional. Al igual que para el indicador de REM, las comunas con alto AVPP se concentran en la zona sur del país, notoriamente la VIII y X región, con 83% a 84% de su población en comunas con AVPP mayor a la mediana nacional.

Un trabajo reciente de la OMS y del Ministerio de Salud de Chile, encontró “importantes variaciones geográficas en todos los indicadores de salud y relacionados con salud” (OMS/PAHO, 2001). A través de un análisis de datos a nivel de comuna, encontró diferencias importantes en los indicadores de salud entre comunas, relacionados con el nivel de ingreso promedio de cada una. Es así para varias medidas de mortalidad (REM y AVPP), e indicadores de enfermedades específicas como la tuberculosis o problemas de

⁶ El indicador de REM permite medir el exceso de riesgo de morir de una comunidad, en comparación con otra, anulando la distorsión que se produce por diferentes estructuras etáreas. El indicador de AVPP mide la diferencia entre la edad de muerte de cada defunción y un límite potencial de vida determinado de forma arbitraria.

salud, como la desnutrición infantil donde en ambos casos, se verificaron diferencias de 5 veces entre la tasa más baja y más alta, entre servicios de salud.

b) Inequidad en la distribución de los recursos

Desde una perspectiva de los recursos disponibles a nivel regional y municipal, también se da cuenta de importantes desigualdades. Hay diferencias de hasta 7 veces entre la tasa de médicos del sector público por 1 000 habitantes entre regiones.

Los recursos para la atención primaria municipalizada provienen, en parte, desde el Ministerio de Salud, y en parte, de los recursos que cada municipio disponga. Las diferencias entre la comuna con mayor y menor aporte *per capita* en salud fueron de a lo menos 26 veces respecto del aporte del Ministerio de Salud, o por lo menos 100 veces respecto del aporte de cada municipalidad. Si se analiza el mismo aporte en función de la población inscrita, estas diferencias disminuyen a 9 veces en el caso del aporte del Ministerio de Salud, pero suben a 400 veces respecto del aporte de cada municipalidad. Las comunas con mayores ingresos promedios de hogares son las que tienen mayores niveles de recursos por beneficiario y por habitante. El aporte del Ministerio de Salud sí parece correctamente focalizado a comunas con menores ingresos promedios *per capita*, pero no llega a compensar la fuerte desigualdad en el gasto que realizan las comunas.

c) Inequidad en el sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)

Hay discriminación explícita en el sector privado de salud al basar sus tarifas para individuos sobre el riesgo individual. Esta práctica, que resulta en mayores costos para mujeres, personas de mayor edad, personas con enfermedades preexistentes u otro riesgo individual mayor, es discriminación directa en base a factores tales como género, estado de salud, discapacidad y edad.

De acuerdo a la OMS, en su evaluación de qué tan equitativa es la estructura de contribuciones financieras al sistema de salud, Chile obtuvo el lugar número 168 de los 191 países analizados (OMS, 2000).

d) Otras discriminaciones

Si bien hay indicios en informes ciudadanos (Espinoza y Carrasco, 2003; Venegas, 2003; CLADEM, 2003), de derechos humanos sobre desigualdad en salud y/o discriminación en el sistema de salud para personas indígenas, personas con discapacidades físicas o mentales, personas no heterosexuales, personas transgéneras, y afro descendientes, no existen estadísticas comprensivas a nivel nacional que lo demuestre. Los sistemas estadísticos existentes no están diseñados para recabar tal información.

Sin embargo, no deja de ser notable el hecho de que, de acuerdo a la OMS, Chile está en el primer lugar mundial en menor desigualdad en la distribución de la probabilidad de sobrevivir para menores de cinco años (OMS, 2000).

E. Gasto de salud en Chile⁷

1. Consideraciones

El nivel de gasto no da cuenta de la calidad del mismo, ni su efectividad. Tampoco indica la distribución de ese gasto, tanto programática como geográficamente. Por lo tanto, al comparar niveles de gasto en años y presupuestos distintos, se comparan agregados en productos y servicios distintos en una proporción desconocida.⁸ El gasto en salud presentado en las cuentas fiscales sólo se refiere a las acciones y programas de promoción de buena salud, prevención de enfermedades y atención en salud, sin abarcar los factores condicionantes de la salud ni otra inversión indirecta.

⁷ Véanse también: Universidad Católica (1998); Banco Central (varios años); FONASA (1990-2003); CEPAL (2000).

⁸ De año a año y en ausencia de reformas significativas, es probable que no cambie la estructura y por tanto sea más comparable. Sin embargo, entre años alejados o en presencia de reformas importantes, las cifras de gastos son menos comparables.

2. Gasto en salud como proporción del PIB

Este indicador da una idea del tamaño del gasto en salud en función de la capacidad financiera de la economía. En el año 2002 Chile gastó alrededor de 5,8% del PIB en atención y promoción de salud, del cual aproximadamente 3,0% correspondió a gasto público (donde se atiende más del 70% de la población) y el 2,8% gasto privado.⁹ De este gasto público, alrededor de la mitad era financiado por las cotizaciones de los trabajadores afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la otra mitad, por aportes del Fisco sobre impuestos generales. Del gasto privado, alrededor de la mitad correspondía a la contratación de planes privados prepagados, mientras la otra mitad, a gasto de bolsillo.

3. Evolución del gasto

Al comparar el nivel de gasto público actual con el pasado, se evidencia una recuperación parcial de éste como porcentaje del PIB a partir de 1991 respecto de las caídas sufridas durante la dictadura militar. Entre los años 1973 y 1976 el gasto y aporte fiscal acumularon una caída de aproximadamente 50%, y entre 1983 y 1990, el gasto y el aporte fiscal sufrieron caídas acumuladas de entre un 40% y 50%. Para efectos de comparación, los máximos previos en términos de gasto corresponden a 1972 (3,9% del PIB) y en 1982 (3,5% del PIB). El aporte fiscal por su parte, tuvo sus máximos previos en 1972-1973 (2,6% del PIB).¹⁰ Véase el gráfico 1.

4. Gasto per capita

El gasto per capita da una idea del gasto relativo por persona entre diferentes años. Éste muestra una evolución diferente, aumentando dos veces y media entre 1991 y el 2003. En el año 1999 el gasto per capita total en acciones y programas de salud se estimaba en un promedio de US\$ 279 por persona en el país, US\$ 362 en el sector privado y US\$ 245 en el sector público, con una diferencia de 81 dólares.¹¹ Sin embargo, estos datos deben considerarse con cuidado, ya que corresponden a un gasto con un índice de precios que tiene una evolución distinta a la de la economía en su conjunto. Véase el gráfico 2.

5. Gasto en el conjunto América Latina y el Caribe (LAC)

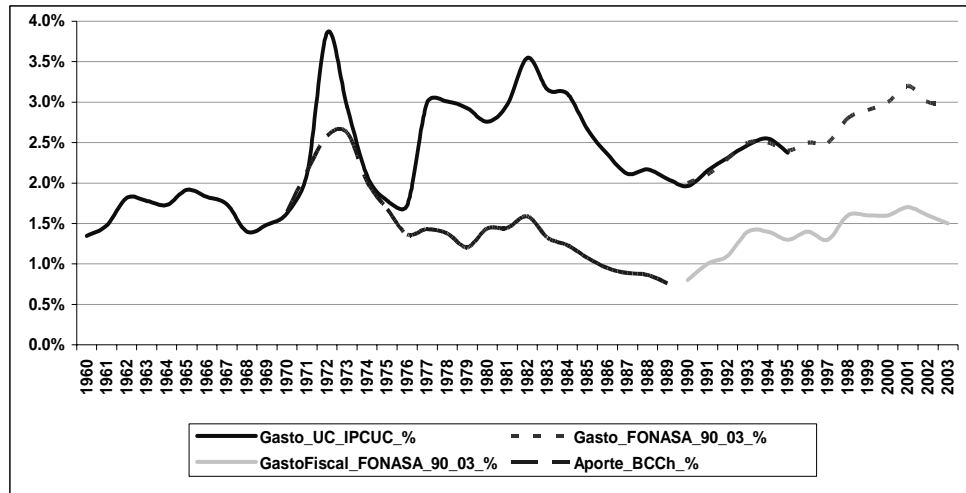
Comparando en la actualidad, el gasto público social de la salud en Chile respecto al resto de la región, se sitúa en un nivel intermedio dentro de los países de América Latina. Véase el cuadro 1.

⁹ 2002 es el último año para el cual se encontraron cifras comprehensivas y comparables entre gasto público y privado. Se utilizan cifras que la OMS presenta sobre Cuentas Nacionales de Salud. Sin embargo, la Organización Panamericana de Salud (OPS), también publica información sobre gasto en salud, y sus cifras difieren marcadamente de las cifras publicadas por la OMS. Hasta la fecha de esta publicación no se ha podido determinar el origen preciso de tales diferencias.

¹⁰ Cabe notar que es muy probable que los costos de bienes y servicios de salud hayan crecido más que los correspondientes costos en la economía en su conjunto. El componente de salud del Índice de Precios al Consumidor (IPC), elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), creció en promedio 2,5% más por año que el IPC en su conjunto entre los años 1990 y 2004 para los cuales se dispone de datos. Este índice mide costos para el consumidor, no para el gobierno; sin embargo, nos sirve de indicador aproximativo para los precios que enfrenta el gasto público en salud. Por lo tanto, es probable que el poder de compra de los recursos gastados por el gobierno en salud, medidos en moneda constante (deflactado por el IPC general) baje con los años. Esto, sin considerar que se puedan requerir de servicios o bienes más caros debido a cambios epidemiológicos o avances tecnológicos que hacen disponibles nuevos bienes y servicios más caros (o antiguos y nuevos bienes o servicios más baratos).

¹¹ Datos de la OPS (Perfil Epidemiológico de Chile).

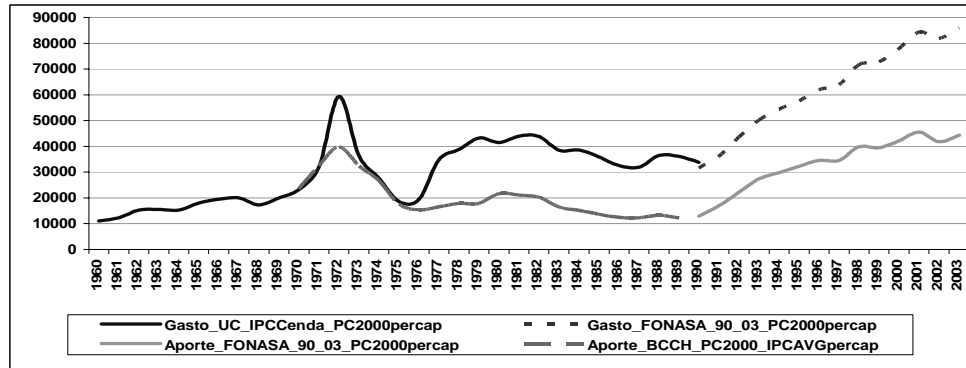
Gráfico 1
GASTO PÚBLICO Y APORTE FISCAL AL GASTO PÚBLICO EN SALUD
(En porcentajes del PIB)



Fuente: Elaboración del autor, sobre la base de diferentes fuentes: Documentos de trabajo 187 y 188 del Instituto de Economía de la Universidad Católica de Chile, 1998; Indicadores Sociales y Económicos 1970-1988 y 1960-2000 del Banco Central de Chile (varios años); Balances presupuestarios anuales del Fondo Nacional de Salud (FONASA), 1990-2003, y "Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes", Serie Financiamiento del desarrollo N° 104, CEPAL, septiembre, 2000.

Gráfico 2
GASTO PÚBLICO EN SALUD CONSOLIDADO (INCLUYE COTIZACIONES, COPAGOS, INGRESOS OPERACIONALES) Y APORTE FISCAL AL GASTO PÚBLICO EN SALUD

(En pesos de 2000 per capita (deflactado IPC promedio anual CENDA))



Fuente: Elaboración del autor, sobre la base de diferentes fuentes: Documentos de trabajo 187 y 188 del Instituto de Economía de la Universidad Católica de Chile, 1998; Indicadores Sociales y Económicos 1970-1988 y 1960-2000 del Banco Central de Chile (varios años); Balances presupuestarios anuales del Fondo Nacional de Salud (FONASA), 1990-2003, y "Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes", Serie Financiamiento del desarrollo N° 104, CEPAL, septiembre, 2000.

Cuadro 1

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: GASTO PÚBLICO SOCIAL PER CAPITA EN SALUD

(En US dólares de 2000 per capita y como porcentaje del PIB 2002-2003)

En US dólares per capita				Como porcentaje del PIB		
< 40	60 - 100	100 - 200	> 200	< 2%	2% - 4%	4% - 6%
Ecuador Bolivia Paraguay Guatemala Nicaragua El Salvador Honduras Perú República Dominicana	Venezuela Jamaica Colombia Trinidad y Tobago	Brasil Uruguay México Chile Cuba	Costa Rica Panamá Argentina	Guatemala Ecuador Paraguay Trinidad y Tobago Bolivia Republica Dominicana Venezuela El Salvador Perú	México Uruguay Jamaica Brasil Chile Nicaragua Honduras	Argentina Colombia Costa Rica Panamá Cuba

Fuente: CEPAL, Panorama Social 2005, sobre la base de la información oficial de los respectivos países.

III. La reforma de la salud

A. El modelo hasta antes de la reforma

Se ha definido al sistema de salud chileno como un sistema no mixto ni complementario, sino ‘dual’ (Artaza, 2005; Organismo Andino, 2005). Es decir, no existiría un sistema en que, a pesar de estar dividido horizontal o verticalmente, sus partes se coordinen estratégicamente para conseguir los objetivos sanitarios definidos por la sociedad. Tanto el sistema de financiamiento, que funciona con lógicas contradictorias, como el de prestaciones, presentan una severa división entre un sistema público y otro privado.

1. Los seguros

Mediante un aporte obligatorio de los trabajadores asalariados, que asciende al 7% de su renta imponible, con un límite de 60 unidades de fomento (UF),¹² se financia un seguro social público y un sistema de seguros privados.

El seguro público está a cargo del FONASA. Este fondo se costea con las cotizaciones de los trabajadores afiliados a él y con las transferencias que del presupuesto de la Nación se le realizan, dirigidas a cubrir a quienes no están en condiciones de aportar al sistema —indigentes— y para poder costear las acciones de salud pública.

¹² La unidad de fomento (UF) es una unidad de cuenta con reajustabilidad diaria de acuerdo a la inflación. Los valores se pagan o cobran en pesos de acuerdo al valor de la UF del día.

El seguro privado está constituido por las ISAPRE, que administran las cotizaciones obligatorias de quienes optaron por ellas.¹³

a) Fondo Nacional de Salud (FONASA)

Los asegurados en FONASA tienen dos modalidades. La población indigente accede en la modalidad institucional, por la cual sólo pueden utilizar la red pública de prestadores. Los cotizantes y sus beneficiarios acceden a la modalidad libre elección, gracias a la cual tienen la opción de elegir entre la lista de prestadores públicos y privados en convenio con FONASA.¹⁴ La cartera de afiliados a FONASA solidariza los riesgos, sin vincular cobertura o primas con el costo esperado¹⁵ del afiliado, sea por edad o sexo. La afiliación a FONASA alcanzó en el año 2003 a 72,1% de la población. Su cartera tiene una proporción mayor de mujeres y adultos mayores que los afiliados a las ISAPRE.

b) Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)

Los seguros privados de cotización obligatoria acuerdan con sus clientes planes de salud en base al riesgo individual del afiliado y sus cargas. Reciben el 7% de los ingresos de los trabajadores como cotización obligatoria más las primas complementarias que se acuerden para mejorar sus planes de salud, lo que en la práctica se traduce en una cotización promedio del 9.8%. Son fiscalizados por la Superintendencia de ISAPRES.¹⁶

Las ISAPRE pueden ser cerradas, de inscripción limitada a los trabajadores de una empresa o sector económico, o abiertas a toda la población con posibilidades de pagarlas. Mayoritariamente operan con prestadores privados de salud, pero pueden hacer convenios con prestadores públicos para la atención de urgencia, tratamiento intensivo y pensionado.¹⁷ Actualmente (2005) son ocho las ISAPRE abiertas y ocho cerradas, en las que se encontraban afiliada el 16,3% de la población al 2003.

El gráfico 3 muestra la evolución de la población beneficiaria de ambos sistemas, además de afiliados a otro tipo de seguro/no afiliada a ninguno. La gran mayoría de la población se atiende en el sistema público y el número de beneficiarios del sistema ISAPRE ha bajado de forma continua desde el máximo alcanzado el año 1997.

El diseño dual del sistema se hace evidente al ver su distribución por género, edad y quintil de ingreso autónomo *per capita* del hogar sobre la población beneficiaria de los distintos sistemas. Véase el cuadro 2.

Destaca el porcentaje menor de mujeres beneficiarias de las ISAPRE en casi todos los tramos de edad, particularmente en el tramo de 20 a 39 años. A partir de los 55 años y especialmente desde los 70 años, comienza a aumentar sustantivamente la afiliación a FONASA en ambos sexos. Véase el cuadro 3.

¹³ Existe también un seguro adicional para accidentes del trabajo y enfermedades profesionales financiado con el 0,9% de las remuneraciones y administrado por mutualidades de empleadores. Adicionalmente existe el sistema de salud previsional de las fuerzas armadas y carabineros, más otros seguros distintos de las ISAPRE pero de escasa afiliación.

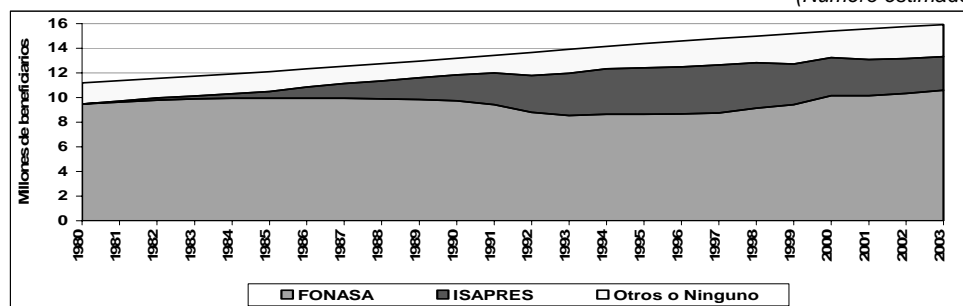
¹⁴ Los afiliados se dividen en cuatro grupos, A, B, C y D, donde los tres últimos tienen derecho a atención en 'modalidad libre elección'. El grupo (A) llamados 'indigentes', corresponde a beneficiarios del Subsidio único familiar (SUF) y Pensiones asistenciales de invalidez (PASIS) e indigentes, que sólo pueden acceder a la modalidad de atención institucional. (B) Beneficiarios con ingresos inferior o igual a \$127 500. (C) Ingresos desde \$127 500 hasta \$186 150. (D) Ingresos mayores a \$186 150. Los pensionados y las orfandades corresponden a FONASA B independiente del monto.

¹⁵ Su cotización y los beneficios que reciben se calcula de acuerdo a una fracción de sus ingresos y no según la mayor o menor siniestralidad o propensión a enfermar de la persona.

¹⁶ La que luego de la reforma se transformó en la Superintendencia de Salud.

¹⁷ Pensionados corresponde a secciones de los hospitales públicos destinadas a la atención de pacientes privados. No puede exceder el 10% del total de la dotación.

Gráfico 3
BENEFICIARIOS POR SISTEMA DE SALUD EN LA POBLACIÓN TOTAL (1980-2003)
(Número estimado)



Fuente: Boletines estadísticos de FONASA y Superintendencia de Salud.

Cuadro 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD POR GRUPO DE EDAD SEGÚN SEXO (2003)
(En número de años)

		0 - 4	5 - 19	20 - 39	40 - 54	55 - 69	> 70	Total
Hombre	Sistema público	75,6	74,6	62,0	65,7	74,4	83,6	69,5
	ISAPRE	16,9	16,1	19,7	18,6	13,1	5,5	17,0
	Otros sistemas	6,7	8,6	16,2	14,4	11,5	9,9	12,3
	No sabe	0,7	0,6	2,1	1,2	1,0	0,9	1,2
	Total	100	100	100	100	100	100	100
Mujer	Sistema público	76,9	74,4	71,2	72,6	79,9	84,7	74,5
	ISAPRE	15,9	16,8	17,8	17,2	10,6	4,9	15,7
	Otros sistemas	6,6	8,1	9,8	9,4	8,8	9,2	8,9
	No sabe	0,7	0,7	1,2	0,7	0,8	1,1	0,9
	Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN 2003.

Cuadro 3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD POR QUINTIL DE INGRESO DEL HOGAR (2003)

	Quintil de ingreso				
	I	II	III	IV	V
Sistema público	91,1	85,4	76,4	60,5	33,6
ISAPRE	1,6	5,6	11,2	24,0	50,5
Ninguno (particular)	5,9	6,3	7,3	8,3	9,2
FF.AA. y de Orden	0,6	1,6	3,9	5,5	5,1
Otro sistema	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4
No sabe	0,6	1,0	1,1	1,4	1,2
Total	100	100	100	100	100

Fuente: MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN 2003.

Existe una clara concentración de la población de menores ingresos en el sistema público, y con el sistema ISAPRE concentrando la población de los dos mayores quintiles de ingresos.

2. La provisión

La provisión de servicios de salud es de carácter mixto, público y privado. La red pública comprende —de mayor a menor— hospitales de diversa complejidad, centros de diagnóstico y terapéuticos, centros de referencia de salud, centros de salud de carácter urbano o rural (llamados también consultorios, ejes de la salud primaria, un total de 1 641 de distinto tipo en el país) y postas rurales. Los hospitales dependen de los servicios de salud, y la salud primaria obedece directamente al municipio bajo el cual funcionan.

El sistema de financiamiento de los servicios públicos varía. Los hospitales se financian por un mecanismo que en la práctica combina presupuestos históricos con retribuciones financieras asociadas a resolución de problemas

priorizados.¹⁸ Los consultorios de atención primaria se financian sobre la base de un *per capita* o subsidio según el número de personas inscritas, que tiene una cierta progresividad, de acuerdo a los índices sociales de la comuna.¹⁹ A este aporte nacional cada comuna puede sumar libremente un financiamiento adicional. El acceso a la atención primaria es universal y de alta cobertura. Atienden a indigentes y cotizantes de FONASA, además de realizar acciones de fomento, prevención y educación.

La provisión privada comprende clínicas, centros médicos, laboratorios y farmacias, cuya propiedad radica en personas jurídicas y naturales de carácter privado, concertadas preferentemente en regiones de mayor densidad poblacional. No existe una presencia significativa de las ONG en el área. Algunas de las ISAPRE poseen su propia red de prestadores.

3. La institucionalidad

El Ministerio de Salud (MINSAL) ejerce la conducción sectorial, formula y fija las políticas de salud, además de supervisar, controlar y evaluar su cumplimiento. Dependen del MINSAL las siguientes entidades:

a) Los servicios de salud

Un total de 28, corresponden a entes territorialmente descentralizados, y hasta antes de la reforma, a cargo de las funciones de autoridad sanitaria bajo el territorio de su jurisdicción, además de la supervisión, evaluación y control de la provisión de servicios de salud, tanto de los proveedores públicos como los privados. Al mismo tiempo, los directores de los servicios de salud tienen autoridad administrativa respecto de los hospitales públicos.

b) El Fondo Nacional de Salud (FONASA)

Bajo la dependencia de MINSAL, como ya se explicó, representa el seguro social, pero también administra y distribuye los recursos del sector.

c) La Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)

Hasta antes de la reforma, ejercía la regulación y control exclusivamente del sector privado asegurador. Practicaba la interpretación y regulación administrativa de la Ley de ISAPRES en aspectos relacionados con la condiciones de afiliación, contenido de los contratos de salud, la forma y condiciones en que se expresan los precios de los planes y aranceles de prestaciones, resuelve controversias entre las ISAPRE y sus afiliados, y publica los dictámenes con la resolución de las controversias. Realiza estudios técnicos y produce estadísticas útiles para inspeccionar el sistema. Hasta la reforma, carecía de atribuciones para regular coberturas o precios de los planes de salud que ofrecen las ISAPRE.

d) El Instituto de Salud Pública (ISP)

Realiza la regulación sobre medicamentos e insumos médicos.

4. Las interacciones del sector público y privado

El nivel de integración o interacción de ambos sistemas es muy limitado y sólo se produce en tres ámbitos. Primero, por medio de la venta, por parte de hospitales públicos, de servicios a beneficiarios de las ISAPRE en la modalidad pensionado. Segundo, producto de la obligatoriedad de los hospitales públicos de atender urgencias y cuidados intensivos de afiliados a las ISAPRE. Tercero, por la compra de servicios clínicos y de laboratorio de hospitales y consultorios públicos a entidades privadas.

¹⁸ Pagos asociados a diagnóstico, y otros programas específicos, como prestaciones complejas, adulto mayor y reducción de listas de espera.

¹⁹ Se utiliza el índice de privación promedio comunal, que divide a las comunas en cuatro tramos según su nivel de pobreza. Es elaborado por la Subsecretaría de Desarrollo Regional.

5. La salud pública

El MINSAL tiene a cargo la producción de los bienes públicos de salud. En el último tiempo esta función se expresó en campañas de prevención, como la del cólera, sarampión y rubéola, campañas de invierno, de concientización y auto examen de cáncer de mamas, prevención del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. También en programas de alimentación complementaria a grupos de riesgo, como niños, adultos mayores, embarazadas, programas de fomento, prevención y detección precoz de problemas del niño, la mujer y el adulto mayor. Desde 1998 se desarrolla un plan nacional y planes regionales de promoción en salud. Estos planes priorizan alimentación saludable, actividad física, ambientes libre de humo de tabaco entre otras materias. En su componente comunal se constituyen en comités comunales Vida Chile, de carácter participativo e intersectoriales.

En prevención específica, la mayor inversión se realiza en vacunaciones, alimentación complementaria, campaña de invierno (trastornos respiratorios), prevención accidentes de tránsito, marea roja y enfermedad de Chagas. Asimismo, aunque con insuficiente cobertura, existen programas de detección del cáncer cérvico-uterino.

B. Los objetivos sanitarios de la década

Luego de las distintas políticas impulsadas por dos presidencias de la misma coalición, el gobierno del Presidente Ricardo Lagos llega al poder el año 2000 con claras intenciones de someter al sector salud a una profunda reforma.

El primer paso emprendido por las autoridades se desarrolló durante los años 2000 al 2002, y estuvo dado por la definición de los ‘Objetivos sanitarios en salud para la década 2000-2010’. Se señaló que:

“La formulación de objetivos sanitarios es el punto de partida del proceso de reforma sectorial, cuyos componentes deben articularse para el logro de las metas. De esta forma, los problemas que afectan a la población se sitúan como elemento central para la elaboración de las políticas sanitarias” (MINSAL, 2002a).

Esta definición hace posible encausar los diferentes aspectos de una futura reforma, poniendo en el horizonte las metas que como país, desde un punto de vista sanitario, quiere alcanzar. Por ello, los objetivos son nacionales e incluye a beneficiarios de ambos sistemas.

El contexto que hacía necesaria una redefinición de los objetivos, expresa que el cambio demográfico experimentado por la población en los últimos decenios plantea nuevos desafíos para el sistema nacional de salud, tanto a nivel preventivo como curativo. Al mismo tiempo, la densificación urbana en congestionadas ciudades repercute significativamente sobre la salud mental de sus habitantes, mientras que la contaminación ambiental de distinta naturaleza amenaza la salud física, como también aumenta el número de accidentes y la violencia urbana. A esto se suma el desarrollo de enfermedades crónicas por nuevos estilos de vida que incorporan los hábitos de fumar, consumir alcohol, drogas legales e ilegales, sumado a costumbres alimentarias poco saludables (MINSAL, 2002a).

Se determinó como objetivo central del sistema “mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad y, al mismo tiempo, reducir las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad” (MINSAL, 2002a).

El proceso definió cuatro desafíos, cuatro objetivos sanitarios y metas cuantificables del logro de cada objetivo:

1. Los desafíos que debe enfrentar el sistema fueron definidos de la siguiente manera:

- a) El envejecimiento progresivo de la población, que involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica;
- b) Las desigualdades en la situación de salud de la población, que se traduce en una brecha sanitaria entre los grupos de población de distinto nivel socioeconómico;

- c) Responder adecuadamente a las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, continuamente señalado como un elemento de insatisfacción para la sociedad chilena;
- d) Resolver los problemas pendientes y mantener los logros sanitarios alcanzados.

“Todos estos factores involucran cambios en la provisión de servicios sanitarios, tanto en la composición de los servicios, como en las formas de entregarlos, adecuándolos a los requerimientos técnicos sanitarios, así como a las exigencias de los usuarios, cada vez más conscientes de sus derechos” (MINSAL, 2002a).

2. Los objetivos sanitarios para la década 2000-2010 se establecieron de la siguiente forma:

Mejorar los logros sanitarios alcanzados.

Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad.

Disminuir las desigualdades.

Prestar servicios acordes a las expectativas de la población.

a) Mejorar los logros sanitarios alcanzados

La meta es consolidar los éxitos alcanzados en el siglo XX, que permitieron un mejoramiento significativo de las condiciones de salud de los chilenos. Estos logros se evalúan por el sector como producto tanto del mejoramiento general de las condiciones de vida, como gracias a la implementación de políticas de salud pública. El objetivo apunta a mantener la positiva tendencia y mejorar los indicadores correspondientes, fundamentalmente en salud infantil con cuatro metas, salud materna con 5 y enfermedades infecciosas con 23 metas. Del mismo modo, estas metas también incluyen áreas de intervención en salud ambiental y en laboratorios de salud pública. Véase el cuadro 4.

Cuadro 4
EJEMPLOS PARA MEJORAR LOS LOGROS SANITARIOS ALCANZADOS

Componente e indicador	Situación actual (1999)	Objetivos y meta 2010
Salud infantil: - Mortalidad infantil	10,1 por 1 000 NV	Disminuir en 25%: 7,5 por 1 000 NV
Salud materna: - Mortalidad materna	2,3 por 10 000 NV	Disminuir en 50%: 1,2 por 10 000 NV
Enfermedades infecciosas: - Morbilidad por TBC Morbilidad por inmunoprevenibles	19,5 por 100 000 hab.	Fase de eliminación avanzada 2008: 10 por 100.000 hab. Mantener programa ampliado de inmunizaciones (PAI): -Incluir vacunas para el adulto mayor y niños en situaciones especiales. - Cumplir compromisos internacionales de erradicación y eliminación. - Incorporar nuevas vacunas con costo efectividad comprobada.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de MINSAL, Objetivos sanitarios para la década 2000-2010 (2002).

Nota: La lista completa de metas incluye: (a) Salud infantil: mortalidad infantil, promoción del desarrollo integral del niño, enfermedades crónicas, traumatismos y accidentes. (b) Salud de la mujer: salud reproductiva, mortalidad fetal tardía, calidad de la atención obstétrica, morbimortalidad asociada al cáncer de cuello uterino, climaterio. (c) Enfermedades infecciosas: tuberculosis. (d) Enfermedades emergentes: malaria, enfermedad de Chagas, fiebre amarilla y dengue, cólera, hantavirus, rabia, hidatidosis. (e) Enfermedades inmunoprevenibles: sarampión, parálisis flácida aguda, rubéola y síndrome de rubéola congénita, tétanos y tétanos neonatal (tnn), infecciones invasivas por *haemophilus* influenza tipo b, tos ferina, difteria, influenza, hepatitis; coberturas de vacunación 1990-2000. (f) Otras enfermedades infecciosas: enfermedad meningocócica, fiebre tifoidea y paratifoidea, hepatitis A, diarreas.

b) Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad

El segundo objetivo sanitario de la década asume el cambio de contexto que enfrenta el sistema de salud. El país experimenta un proceso de transición demográfica caracterizado por un descenso importante de la natalidad y la mortalidad en todas las edades. Como se recuerda en el informe, la esperanza de vida ha

aumentado con rapidez situándose en 75 años, 17 años más que en 1965. De este modo, se observa un incremento de la población mayor a 65 años con las implicancias sanitarias, sociales y económicas que ello significa. A esto se suman cambios en diversos ámbitos, como el desarrollo tecnológico, la globalización y el comercio, modificaciones en el medio ambiente o el acceso a ecosistemas que antes eran de inusual contacto, relacionándose con agentes patógenos extraños, junto también a modificaciones en estilos de vida.

Esto explica que emerja una realidad epidemiológica distinta a la de 50 años atrás, caracterizada por el aumento de enfermedades crónicas, el cáncer, enfermedades cardiovasculares, los accidentes, la aparición de nuevos males y reaparición de otros que se pensaban controlados. Según este objetivo sanitario, la nueva realidad epidemiológica hace necesario avanzar en la reducción de los factores de riesgo, la disminución de muertes y la reducción de discapacidades. Esto con acciones eminentemente multisectoriales, donde participan sectores como educación, vivienda, obras públicas, transporte, hacienda y diversos actores sociales.

Los objetivos y metas para abordar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad, se dividen en tres ámbitos (véanse cuadros 5 y 6):

(i) Control de factores determinantes de las enfermedades más relevantes desde un punto de vista de cantidad y calidad de vida. Éstas incluyen metas para tabaquismo, obesidad, conducta sexual insegura; problemas en el medio ambiente, actividad física/sedentarismo y salud ocupacional.

(ii) Enfermedades que generan la mayor carga de mortalidad y para las cuales se cuentan con medidas de intervención de efectividad probadas. El objetivo es la prevención de muerte y discapacidad, incluyendo metas para enfermedades cardiovasculares, hipertensión, cánceres, enfermedades respiratorias, diabetes, enfermedades osteoarticulares, VIH/SIDA, traumatismos, accidentes de tránsito.

(iii) Problemas de salud que no matan pero que disminuyen la calidad de vida de las personas, generando discapacidad, dolor y angustia. Éstas incluyen problemas de salud mental, salud dental y enfermedades osteoarticulares.

Cuadro 5

EJEMPLOS PARA EL CONTROL DE FACTORES DETERMINANTES DE LAS ENFERMEDADES MÁS RELEVANTES DESDE UN PUNTO DE VISTA DE CANTIDAD Y CALIDAD DE VIDA

Componente e indicador	Situación actual (1999)	Objetivos y metas para el 2010
Obesidad	<ul style="list-style-type: none"> • En menores de 6 años: 10%. • Primero básico: 16%. • Mujeres embarazadas 32% (1997). 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la prevalencia de obesidad en: <ul style="list-style-type: none"> Preescolares en 3 puntos o 30%. Escolares en 4 puntos o 25%. Embarazadas en 4 puntos o 13%. • Metas: <ul style="list-style-type: none"> En menores de 6 años: 7%. Escolares primero básico: 12%. Mujeres embarazadas: 28%.
Salud ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de ley 16 744: 65% (1999) • Importante subnotificación y subregistro de la morbimortalidad asociada a condiciones de trabajo, especialmente en enfermedades profesionales y en los beneficiarios del INP-SNSS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la morbimortalidad asociada a condiciones de trabajo. • Objetivos de desarrollo: <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la calidad y oportunidad de la información en salud ocupacional. Aumentar la cobertura de la Ley 16 744. Mejorar las condiciones de higiene y seguridad en el trabajo. Incorporar conceptualización de género en las políticas y normativa de salud ocupacional.
Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia 40% en pobl. general. • Octavo básico: 27%. • Consumo tabaco de mujeres en edad fértil: 45%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir el consumo de tabaco en: <ul style="list-style-type: none"> Pobl. general: 10 puntos o 25%. Escolares en 7 puntos o 26%. Mujeres en 5 puntos u 11%. • Metas: <ul style="list-style-type: none"> Población general: 30%. Escolares octavo básico: 20%. Mujeres en edad fértil: 40%.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de MINSAL, Objetivos sanitarios para la década 2000-2010 (2002).

Cuadro 6

EJEMPLOS PARA LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE NO MATAN PERO QUE DISMINUYEN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS, GENERANDO DISCAPACIDAD, DOLOR Y ANGUSTIA

Componente e indicador	Situación actual (1999)	Objetivos y metas para el 2010
Enfermedades cardiovasculares Isquémica Cerebrovascular	<ul style="list-style-type: none"> • 151,3 x 100 000 hab. (en descenso). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad estandarizada por edad baja en un: <ul style="list-style-type: none"> - 18% para el total del grupo - 30% - 27%
Salud mental Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de depresión: 7,5% población general. • Tasa de suicidio: 9,7 por 100 000 hab. (1999). 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la recurrencia de episodios depresivos: Prevalencia 7% en pobl. general. • Reducir tasa de suicidio en 10%, ajustado por edad.
Enfermedades respiratorias IRA baja	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo total: 76.3 x 100 000 (en descenso). • Mortalidad: 40,7 x 100 000 (en descenso). 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción mortalidad estandarizada por edad en un 15% (siempre que no se produzca pandemia de influenza). • Reducir estandarizada por edad IRA baja en un 20%.
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad: 15.8 x 100 000 hab. (en aumento). • Mayor porcentaje de discapacidad que pobl. general (visual 42%; para caminar: 19%). 	<ul style="list-style-type: none"> • Quebrar tendencia ascendente: Mantener tasa estandarizada por edad actual. • Disminución de la discapacidad asociada a la diabetes.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de MINSAL, Objetivos sanitarios para la década 2000-2010 (2002).

c) Disminuir las desigualdades en salud

La evaluación hecha por los Objetivos sanitarios 2000-2010, señala que si bien a nivel nacional los indicadores muestran cifras satisfactorias en muchos aspectos, en el país existen grandes diferencias en la situación de salud, tanto a nivel geográfico, por género, como a nivel socioeconómico. El objetivo entonces es, durante el decenio, mejorar la situación de salud y calidad de vida de los sectores más pobres para disminuir las brechas existentes en las siguientes áreas (véase el cuadro 7):

- Mortalidad infantil: reducción de la brecha entre quintiles extremos.
- Aumento de la esperanza de vida de los más desposeídos.
- Disminución del 30% de la brecha regional existente en años de vida potenciales perdidos.

Cuadro 7

EJEMPLOS PARA DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Componente e indicador	Situación actual (1999)	Objetivos y metas para el 2010
Mortalidad infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo relativo: 5 entre niveles de escolaridad de la madre (estable desde 1970). 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la brecha entre quintiles extremos en un 10%.
Esperanza de vida temporaria	<ul style="list-style-type: none"> • Esperanza de vida en hombres sin escolaridad se redujo en 2 años entre 1985-1997. • En mujeres se redujo en 0,3 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar el descenso de expectativa de vida de los grupos socioeconómicos más bajos y retomar la tendencia del promedio: Aumentar en dos años la esperanza de vida de los grupos más desposeídos.
Años de vida potenciales perdidos	<ul style="list-style-type: none"> • Brecha regional en 1997: 20 años (en descenso). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la tendencia: Disminuir la brecha en un 30%.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de MINSAL, Objetivos sanitarios para la década 2000-2010 (2002).

El objetivo considera la focalización de las acciones en los grupos menos favorecidos, concentrándose en las principales causas de morbimortalidad, y garantizando el acceso y la oportunidad de la atención para estos grupos.

d) Prestar servicios acorde a las expectativas de la población

Se refiere al nivel de satisfacción de expectativas relacionadas con los aspectos no médicos de la atención, junto al desarrollo de mejor calidad técnica de la atención de salud. Según el informe, las demandas de la población al sistema de salud han cambiado debido al cambio epidemiológico experimentado por el país, pero también porque hoy la población tiene más conciencia de sus derechos. Para dar cuenta del nuevo escenario, se plantean los siguientes objetivos y metas:

(i) Justicia financiera

El Estado debe procurar que todas las personas tengan acceso a la atención de salud y que la situación económica de las familias no sea un obstáculo, o se vea menoscabada por el impacto de las prestaciones de alto costo. El objetivo y meta en este ámbito está dado, primero, por mayor progresividad en el financiamiento de las prestaciones de salud y cuyo pago no responda al riesgo o nivel de uso de los servicios. Y en segundo lugar, reducir el gasto de bolsillo o gasto directo en salud, asociándolo a una proporción del ingreso familiar.

(ii) Satisfacción de las expectativas legítimas de la población

Se refiere a los componentes no médicos de la atención e incluye aspectos relacionados con los derechos de los pacientes —respecto a la dignidad, la autonomía y la confidencialidad— así como la orientación al usuario a la pronta atención, las comodidades básicas, la posibilidad de contacto con los familiares cercanos durante el proceso de atención y la capacidad de elección. El objetivo y meta es aumentar el grado de satisfacción.

(iii) Calidad de la atención

Se trata de la aplicación de la técnica y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El indicador se descompone en autorización sanitaria, acreditación de establecimientos y medicina basada en evidencia. Los objetivos y metas, incluyen implementar un sistema de autorización sanitaria único de manera que todos los establecimientos sanitarios del país deban cumplir los mismos requisitos para su funcionamiento; establecer sistemas de evaluación externa permanente (acreditación) de los procesos al interior de los establecimientos para cumplir así con estándares de calidad de atención; la definición de protocolos de tratamiento para las enfermedades y condiciones prioritarias. Se pretende que el sistema de salud y en especial, sus profesionales y establecimientos, ejerzan una medicina basada en evidencia científica.

C. La reforma

La reforma se materializó con la aprobación de cuatro leyes que modifican el sistema hasta el momento vigente:

Ley 19 966 de Régimen de Garantías en Salud (Plan AUGE).

Ley 19 937 de Autoridad Sanitaria y Gestión (modificatorio del Decreto Ley 2 726 de 1979).

Ley 20 015 de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

Ley 19 888 de Financiamiento del Gasto Fiscal Representado por el Plan AUGE.

1. El Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)²⁰

La Ley 19 933 creó un Régimen General de Garantías en Salud (RGGS), definido como un instrumento de regulación sanitaria, elaborado por el MINSAL, que establece las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación o paliativo que FONASA debe cubrir a sus beneficiarios.

Como subconjunto del RGGS se establecen las Garantías Explícitas en Salud (GE).

2. Las Garantías Explícitas en Salud (GE)

Las GE son conjunto de programas, enfermedades o condiciones de salud dotadas de garantías explícitas, que aseguran cuatro aspectos: acceso, calidad, protección financiera y oportunidad. El objetivo de este sistema es establecer un plan de salud garantizado de manera universal, determinado en base a prioridades sanitarias.

3. Características

a) Universalidad

Las garantías establecidas en las GE alcanzan y son iguales para todos los cotizantes del sistema público o de las ISAPRE, trabajadores o indigentes, sin exclusiones de ninguna naturaleza. Los cotizantes de FONASA las incorporan a sus beneficios sin cotización adicional. Los miembros de las ISAPRE deben pagar una prima adicional pero única e igual para todos los cotizantes de una misma ISAPRE (Art. 42ª, Ley 19 933), no pudiendo discriminar por edad o sexo.

b) Certeza

Permite a las personas tener certeza de que las enfermedades o condiciones de salud incluidas como GE serán resueltas con bajos costos, de manera oportuna, y con adecuados estándares de calidad. Esta certeza se logra a través de la regulación mediante el decreto GE, que establece en forma pormenorizada los alcances de las garantías para cada patología y gracias a los protocolos de atención y guías clínicas, que detallan la atención que debe ejecutarse.

c) No discriminación

Para el sistema ISAPRE, la prima que se debe pagar por las GE es única, sin poder diferenciar en razón de edad o sexo, principales motivos de discriminación por riesgo existentes en ese mercado.

d) Actualización e incrementalidad

Se define las GE como dinámicas, se deben actualizar e incrementar a través del tiempo bajo los parámetros y metodología establecidos en la Ley.

4. Garantías GE

a) Garantía explícita de acceso

Se trata de la obligación de FONASA y de las ISAPRE de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas como GE a todos sus beneficiarios. Éstas deben concederse en la forma y condiciones determinadas por el Decreto GE.

²⁰ El Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) fue el nombre original que se le dio a la propuesta que luego fue aprobada a través de la Ley de Régimen de Garantías en Salud. Sin embargo, en la Ley se cambió la terminología por Garantías Explícitas en Salud (GE). El nombre AUGE no se menciona en la Ley y quedó desechado, con el fin de aclarar que existe un Régimen General de Garantías en Salud y dentro de él se establecerán Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, para salvar la dicotomía de la atención AUGE, no AUGE. Sin embargo, para la opinión pública y los actores involucrados, el nombre AUGE se continúa utilizando.

b) Garantía explícita de calidad

Se garantiza que el otorgamiento de las prestaciones de salud se realizará por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la nueva institucionalidad de Autoridad sanitaria, en la forma y condiciones que se determine por decreto. Involucra garantizar una calidad estandarizada para el conjunto de prestaciones asociadas a la resolución integral de las enfermedades o condiciones de salud incluidas, mediante el desarrollo de algoritmos de ejecución.²¹ Esta garantía se vincula al Objetivo sanitario 4: Proveer servicios acordes a las expectativas de la población, calidad de la atención.

c) Garantía explícita de oportunidad

Se garantiza un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud calificadas como GE. Dicho plazo considera, primero, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud preestablecido; segundo, el tiempo para ser atendido por un prestador alternativo designado por FONASA o la ISAPRE correspondiente, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en el evento de que lo anterior no se cumpla, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a FONASA o a la ISAPRE. Se deja fuera de la garantía de oportunidad los incumplimientos por fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario. La Garantía de oportunidad también se controla en virtud de algoritmos de ejecución.²² Esta garantía también se vincula al Objetivo sanitario 4, Proveer servicios acordes a las expectativas de la población, calidad de la atención.

d) Garantía explícita de protección financiera

Se garantiza un desembolso máximo por situación calificada como GE —la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones— la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen, incluido los medicamentos. Esta garantía se vincula al Objetivo sanitario 4, Proveer servicios acordes a las expectativas de la población, justicia financiera. En términos generales, la garantía de protección financiera se estructura de la siguiente forma:

(i) Gratuidad

Los indigentes y carentes de recursos (clasificados como grupos A y B de FONASA, afiliados con ingreso bajo el sueldo mínimo) beneficiarios de FONASA gozarán de gratuidad en las atenciones que reciban.

(ii) Copago del 20%

Todos las demás personas, tanto de las ISAPRE como de FONASA, sólo contribuirán con un 20% en el pago de las prestaciones de acuerdo a un arancel referencial.

(iii) Cobertura financiera adicional

Como dicho porcentaje puede ser excesivo para los ingresos de una persona en el caso de enfermedades de alto costo, tendrán derecho a que FONASA o las ISAPRE financien el 100% de los copagos que superen:

- Dos remuneraciones mensuales; o
- En el caso de los afiliados grupo C de FONASA (personas con sueldo sobre el mínimo y bajo \$186 150) 1,47 remuneraciones mensuales.

²¹ Flujogramas decisionales que orientan a los profesionales y a los usuarios sobre las acciones y prestaciones, necesarias y efectivas, para resolver integralmente un problema de salud en el nivel de apropiado de atención, Respecto a la calidad los algoritmos de ejecución señalan el equipamiento, insumos, infraestructura y recursos humanos adecuados para la entrega de prestaciones en el nivel de atención correspondiente (MINSAL, 2002b).

²² Sobre la oportunidad, el algoritmo debe precisar los tiempos de espera, el momento de su partida que compromete el sistema, además de definir el caso sospechoso (que requiere confirmación diagnóstica) y el caso confirmado (que requiere tratamiento) (MINSAL, 2002b).

(iv) *Más de una enfermedad*

Si existe más de una enfermedad, no se pagará más allá de tres sueldos mensuales, o en el caso del grupo C de FONASA, 2,16 sueldos.

5. El Decreto GE

Mediante un decreto supremo del MINSAL, firmado también por el Ministerio de Hacienda, deben establecerse las patologías GE, luego del proceso de selección que se describe más adelante. El Decreto GE incluye la definición de la patología, el listado de patologías incorporadas dentro de la definición y especifica la garantía de acceso bajo diagnóstico, sospecha u otra situación. Establece los plazos de diagnóstico, cuando se encuentra en sospecha, y de tratamiento cuando ya se encuentra diagnosticada la enfermedad. Detalla la protección financiera, señalando las prestaciones o grupo de prestaciones, periodicidad, arancel y los copagos correspondientes, en moneda corriente. El decreto también debe incluir las metas de exámenes de medicina preventiva que se señala más adelante.

6. Los protocolos de atención

Para cada patología GE, el MINSAL elabora un protocolo de atención o guía clínica. Éstos constituyen una orientación basada en la mejor evidencia disponible para enfrentar los problemas incluidos como GE, tanto para los equipos clínicos como para los pacientes. Contiene la serie de acciones y prestaciones asociadas a la patología, y los flujogramas decisorios. Son consecuencia directa del Decreto GE, y en conjunto definen los alcances pormenorizados, para la patología específica, de las garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.

7. Las GE como derechos

Si bien las GE se pueden clasificar como un plan de salud priorizado y garantizado, parte de una estrategia de priorización sanitaria, la forma en que se estableció utilizó expresamente la forma de derechos. Según el mensaje presidencial, el proyecto “cambia el paradigma que, hasta el momento, existe en nuestro derecho” (Presidencia de la República, 2002a). Estos conceptos hacen referencia a la paradoja de contar con un eficaz sistema de tutela de los derechos individuales —donde está claro un deber de abstención del Estado y los particulares— a través del recurso de protección, pero que no es posible utilizar para los derechos sociales, aquéllos que suponen prestaciones por parte del Estado o de privados que otorgan un servicio público. Como se explicó, el recurso de protección se limita a dar tutela sólo al derecho a elección del sistema de salud que se prefiera.

▪ **La Ley del Régimen general de garantías en salud señala:**

“Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan” (Inc. 2 Art. 2, Ley 19 933).

Bajo esta norma, por primera vez, se incluye un mecanismo de exigibilidad a esta garantía social. El derecho a la salud, al menos en cuanto la atención de patologías determinadas como GE, pasa a ser un derecho exigible, con un definido agente pasivo de los derechos que emanan de ella y con un mecanismo de exigibilidad creado para el efecto.

8. Sistema de tutela

a) **Obligación de informar**

Para hacer efectivo los derechos, primero se obliga a todos los prestadores a informar a los pacientes que tienen derecho a las GE (Inc. 2, Art. 24, Ley 19 966), pudiéndose reclamar su incumplimiento ante la Superintendencia de ISAPRES. Los prestadores amenazan desde amonestaciones hasta la suspensión temporal de otorgar prestaciones GE sea a través de FONASA o de las ISAPRE.

b) Instancia administrativa

Los titulares del derecho cuentan con tres niveles administrativos de reclamo para hacer exigibles las GE:

- (i) Reclamo ante el prestador que FONASA o la ISAPRE ha designado para el otorgamiento de la prestación.
- (ii) En caso de incumplimiento del prestador, el afectado debe recurrir, según corresponda, ante FONASA o la ISAPRE para que designen un prestador diferente para el cumplimiento de la GE.
- (iii) En caso de incumplimiento de los dos prestadores anteriores,²³ la persona vulnerada en sus derechos puede recurrir a la Superintendencia de Salud, la que designará un prestador con cargo a FONASA o a la ISAPRE.

Estos mecanismos son de naturaleza administrativa y están formulados para el cumplimiento efectivo de las GE en todas sus garantías, acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Se establece un sistema diferente para hacer efectiva las responsabilidades por los perjuicios que irroguen el incumplimiento de las GE.

c) Sanciones

En cuanto a las sanciones, en el caso de FONASA u otro órgano público, la Superintendencia de Salud puede requerir de su director o del Ministro de Salud el inicio de investigaciones administrativas conducentes a sanciones de igual naturaleza a las autoridades que se requieran. Tratándose de establecimientos de salud privados, se consideran multas de entre 500 y 1 000 UF y su cancelación del registro de las ISAPRE.

d) Recursos judiciales

Junto al procedimiento administrativo, los afectados pueden reclamar judicialmente las responsabilidades patrimoniales derivadas del incumplimiento de las GE. FONASA es responsable por 'falta de servicio' (Art. 42, Ley 19 966) debiendo los particulares acreditar que el incumplimiento de la GE es imputable a FONASA (Jordán, 2005). Las ISAPRE son responsables por 'incumplimiento negligente' de su obligación de asegurar el otorgamiento de las GE, respondiendo a las reglas civiles sobre la materia, que obligan al afectado a acreditar la negligencia del asegurador privado (Jordán, 2005).

9. Mecanismo de determinación de las GE

El mecanismo de determinación de las GE combina elementos objetivos de priorización sanitaria con elementos subjetivos relacionados con las preferencias de las personas, en un marco de explícitas limitaciones financieras.

Como se señaló, quedó establecido en la Ley como un decreto supremo conjunto de MINSAL y el Ministerio de Hacienda, preparándose del siguiente modo:

a) Determinación del marco presupuestario

El Ministerio de Hacienda fija el marco de recursos disponibles para el financiamiento de las GE por FONASA, y a partir de éste, establece el valor de la 'prima universal' al que deberán ajustarse las garantías. La estimación a doce meses del costo esperado individual promedio —del conjunto de los beneficiarios, FONASA y las ISAPRE— no puede superar el valor de la prima universal. El costo individual de las GE debe estimarse en base a los protocolos de atención que debe establecer el MINSAL (Art. 12, Ley 19 966). Según el cronograma inicial establecido en la Ley, para las primeras 25 patologías del 2005, la prima universal no puede exceder las 1,02 UF; para el máximo de 40 patologías a establecer el 2006: 2,04 UF; para el máximo de 56 del 2007: 3,06 UF.

²³ Y siempre que ya se haya presentado y resuelto el reclamo ante las instituciones aseguradoras.

b) Estudios

La propuesta debe contar con estudios epidemiológicos (carga de enfermedad, efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud), con el objeto de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que considere la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

c) Listado de enfermedades priorizadas

Considerando dichos estudios, la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confecciona un listado de enfermedades²⁴ y sus prestaciones asociadas. Se deben descartar todas aquéllas que no representan un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados (Art. 13, Ley 19 966).

d) Costo de las GE

Se deberá estimar el costo, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones. A su vez se realiza una verificación externa del costo estimado, mediante un estudio convocado por el MINSAL (Arts. 15 y 16, Ley 19 966).

e) Consejo consultivo

Los Ministerios de Salud y de Hacienda someten la propuesta a la consideración del Consejo consultivo (Art. 17, Ley 19 966).

f) Decreto supremo

Cumplidos los procedimientos señalados, los Ministros de Salud y de Hacienda dictarán el decreto que contiene las GE. El primero fue el decreto 170-2004, publicado en enero del 2005, estableciendo 25 patologías con definición, patologías incorporadas en la definición, plazos de atención desde la sospecha o confirmación diagnóstica, prestaciones asociadas, protección financiera, etc.

g) Vigencia y modificación de las GE

Entran en rigor a seis meses de su publicación y tienen una vigencia de tres años. Si no se modifican al vencimiento, se entienden prorrogadas por otros tres años sucesivamente.

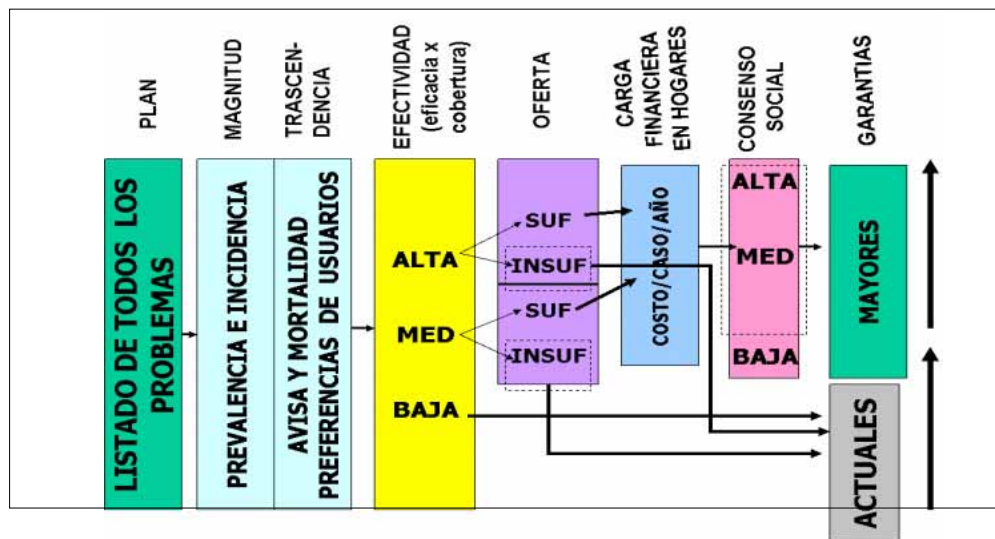
10. Algoritmo de priorización GE

Al menos para las primeras 25, se utilizó un ‘algoritmo de priorización’ de las GE como fórmula de selección de las patologías a garantizar. El mecanismo permite un parámetro técnico para ajustar las GE dentro del marco de los recursos disponibles. Todas las enfermedades consideradas estaban previamente incluidas en los Objetivos sanitarios 2000-2010 (MINSAL, 2002a). Véase el gráfico 4.

²⁴ O situaciones de salud, porque pueden considerar prestaciones médicas no relacionadas necesariamente con patologías.

Gráfico 4

PONDERACIÓN: SECUENCIAL Y SIMULTÁNEA



Fuente: Objetivos sanitarios 2000-2010, Secretaría Ejecutiva de la Reforma, MINSAL, junio 2002. Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), Construcción de una propuesta técnica del plan de salud de las personas, año base.

Para cada elemento, se analiza su nivel de cumplimiento alto, medio o bajo: suficiente o insuficiente. Los evaluados como altos, medios o suficientes pueden continuar evaluándose.

a) Magnitud

Compuesto por la prevalencia, el porcentaje de la población afectado por una determinada patología y la incidencia, el total de nuevos casos por año.

b) Trascendencia

AVISA: El impacto de la patología usando el parámetro de Años de vida saludable (AVISA) potenciales de perder por la patología.

Mortalidad: Cantidad de personas que mueren al año por la patología.

Equidad: Enfermedades con brechas de mortalidad por extremos socioeconómicos, (en conformidad al Objetivo sanitario 3, Disminuir las desigualdades en salud).

Preferencia de los usuarios: La valoración social, identificación de enfermedades que los usuarios consideran prioritarias. Para su identificación se utilizó una encuesta de opinión pública encargada para el efecto (MINSAL, 2002a).

c) Efectividad

Eficacia comprobada de los tratamientos disponibles en las fases de diagnóstico, curación y recuperación y por cobertura posible, tanto geográfica como de porcentaje de la población. Si una patología que adquiere prioridad por los dos primeros factores y tiene una efectividad y una oferta suficiente puede seguir considerándose. En caso contrario se mantiene su atención normal.

d) Carga financiera en los hogares

Costo/caso/año de cada enfermedad, considerando que las prestaciones involucren un copago por parte del cotizante. Esta apreciación está vinculada con las garantías financieras. Se considera desestabilizante para una familia un gasto en salud mayor a dos sueldos anuales.

e) Consenso social

Correspondiente a la intervención del Consejo consultivo.

11. Las primeras 25 patologías GE

Mediante el sistema señalado, el primer Decreto que aprueba las Garantías explícitas en salud estableció las primeras 25 patologías en régimen a partir del 1 de julio de 2002:

- 1) Insuficiencia renal crónica terminal;
- 2) Cáncer infantil, en menores de 15 años;
- 3) Infarto agudo del miocardio;
- 4) Cáncer cérvico-uterino;
- 5) Cáncer de mama, en mayores de 15 años;
- 6) Cáncer testicular, en mayores de 15 años;
- 7) Linfoma en adultos;
- 8) Fisura labio palatina;
- 9) Disrrafias espinales (espina bífida) operables, abiertas y cerradas;
- 10) Cardiopatías congénitas operables;
- 11) Alivio del dolor y cuidados paliativos del cáncer terminal;
- 12) Diabetes Mellitus, tipo I;
- 13) Diabetes Mellitus, tipo II;
- 14) Esquizofrenia;
- 15) Cataratas en mayores de 15 años;
- 16) Artrosis de cadera que requiere cirugía con prótesis, en adultos de 65 años o más;
- 17) Escoliosis que requiere cirugía, en menores de 25 años;
- 18) VIH/SIDA;
- 19) Infección respiratoria aguda, en menores de 5 años;
- 20) Neumonía, en mayores de 65 años;
- 21) Hipertensión arterial, en mayores de 15 años;
- 22) Epilepsia, para niños menores de 15 años;
- 23) Salud oral integral para niños de 6 años;
- 24) Prematurez, y
- 25) Trastornos de la conducción (ciertas arritmias): marcapaso en mayores de 15 años.

12. Consejo consultivo

La misión del Consejo es emitir una opinión fundada al Ministro de Salud sobre el listado priorizado de enfermedades y prestaciones asociadas. Esta opinión no es vinculante para el Ministro y su alcance va a depender de la idoneidad e influencia de los miembros del Consejo. Cualquier modificación que proponga debe mantener el costo de la propuesta dentro del marco presupuestario. Estas funciones del Consejo permiten legitimar las GE.

Está conformado por nueve integrantes, de las áreas de medicina (uno designado por la Academia Chilena de Medicina, dos por las facultades de medicina), química y farmacia (uno de las facultades del

ramo), economía (dos designados por las facultades del ramo). Tres miembros son designados directamente por el Presidente de la República (Art. 21, Ley 19 966). El primer Consejo consultivo se constituyó en el mes de octubre, con los decanos de las principales facultades de medicina de la capital y con un sólo miembro no médico ni químico farmacéutico, un ingeniero comercial.

13. Las patologías no GE

Como una forma de tratar de impedir que la priorización GE perjudique la atención de patologías no GE en el sistema público, y bajo el esquema de un régimen general de garantías, donde las GE son un régimen especial, la normativa señala que MINSAL dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones no GE de los beneficiarios de FONASA. Éstas deben incluir estándares de atención y gestión de tiempos de espera, según los recursos disponibles (Art. 3, Ley 19 966). La norma agrega que estas instrucciones no pueden sufrir menoscabo por nuevas GE, enfatizando la voluntad de no deteriorar la atención no priorizada.

14. Las GE en el sistema privado

a) El precio de las GE

El valor de la cobertura de las enfermedades GE en las ISAPRE debe ser el mismo para todos los beneficiarios de una misma institución de salud previsual, sin que pueda establecerse diferencias por sexo o edad previstas en el contrato para el plan complementario (Art. 42A, Ley 18 933). Una vez determinado, no puede ser variado sino cada tres años (Art. 42B, Ley 18 933).

b) El Fondo de compensación solidario (INTERISAPRES)

Con el fin de compensar los riesgos entre los afiliados a las distintas ISAPRE, no aumentar los incentivos al descreme y disociar lo que pagan las personas de lo que reciben los seguros (Tokman y otros, 2005), se crea el Fondo de compensación solidario (FCS) o INTERISAPRES,²⁵ como mecanismo para hacer solidarios los riesgos en salud por sexo y edad asociados a la GE. El FCS sólo opera entre las ISAPRE abiertas.

La compensación se realiza por la diferencia entre una prima comunitaria que representa el riesgo promedio de todos los afiliados en relación a la cobertura GE y una prima ajustada por riesgos que sólo considera sexo y edad en su ajuste. De este modo, las ISAPRE con carteras más riesgosas reciben más de lo que aportaron y viceversa. La Superintendencia define las primas, administra el FCS y señala las compensaciones efectivas, en base a lo que señale un reglamento.

Si bien debió entrar en funcionamiento junto con las GE el 1 de julio, el Fondo aún no opera²⁶ porque no se ha aprobado su reglamento por la Contraloría General de la República. Sin embargo está contemplado que sus compensaciones tengan efecto retroactivo.

D. Otros sistemas de responsabilidad legal establecidos por la reforma

La Ley RGGs no se limitó a establecer las responsabilidades relacionadas con las GE para darle cumplimiento. De hecho establece un título dedicado únicamente a la 'Responsabilidad en materia sanitaria' (Art. 38, Ley 19 966).

Regula la materia señalando que los órganos de la administración del Estado en materia sanitaria son responsables por los daños que causen por falta de servicio, debiendo el particular acreditar que el daño se produjo por una acción u omisión, mediando dicha falta de servicio. La carga de acreditar el incumplimiento

²⁵ Se le llama INTERISAPRES para diferenciarlo del proyecto de reforma original, que consideraba un Fondo Solidario para el conjunto del sistema, público y privado, con transferencias unilaterales de las ISAPRE a FONASA.

²⁶ A noviembre del 2005.

zanja el debate de la naturaleza jurídica de la responsabilidad del Estado, no siendo de carácter objetivo sino por falta de servicio (Jordán, 2005).

a) Responsabilidad de los prestadores

Con el fin de perseguir la responsabilidad de los prestadores de salud para obtener la reparación de los daños ocasionados en el cumplimiento de sus funciones de otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial, se creó un sistema de mediación anterior a la instancia judicial. En el caso de los prestadores públicos se crea un sistema previo de mediación gratuita ante el Consejo de Defensa del Estado.²⁷ El Consejo organizó toda una institucionalidad al efecto, pudiéndose presentar reclamos en línea o a través de teléfonos gratuitos, cuenta con oficinas en todo el país y ya ha resuelto algunos casos.

Para los prestadores privados de salud, se crea un procedimiento de mediación ante mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud, con cargo a las partes. Se define la mediación como un procedimiento no adverso que tiene por objetivo propender a que, mediante la comunicación directa entre las partes y con intervención de un mediador, lleguen a una solución extrajudicial de la controversia (Art. 43, Ley 19 983).

b) Arbitro arbitrador

La Superintendencia de Salud, si así se le solicita, tiene facultades para resolver las controversias que surjan entre las ISAPRE o el FONASA y sus cotizantes o beneficiarios,²⁸ sean o no GE, en calidad de árbitro arbitrador. Antes de la reforma esta facultad estaba limitada a las controversias con los aseguradores privados. El procedimiento toma alrededor de 6 meses.

E. Examen de medicina preventiva

La reforma modificó la forma de establecer y la obligatoriedad de los exámenes de medicina preventiva. Como parte del RGGs, tanto las ISAPRE como FONASA deben entregar en forma gratuita exámenes de medicina preventiva, en las condiciones y con los prestadores que ésta determine. La Ley define este examen como un plan periódico de monitoreo y evaluación con el fin de reducir la morbimortalidad o sufrimiento debido a enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias (Art. 8, Ley 18 469).

Los exámenes se establecen en el Decreto GE, e incluyen metas mínimas de coberturas para sus afiliados que tanto las ISAPRE como FONASA tienen la obligación de cumplir, proceso que es supervisado por la Superintendencia de Salud pudiendo multar a los aseguradores hasta por UF 4 000, en caso de no cumplir con las metas.

Por ejemplo, dentro de los primeros 15 días de vida, a todos los niños y niñas se les deberá realizar exámenes de detección del hipotiroidismo congénito y de fenilcetonuria, patologías que al ser descubiertas a tiempo permiten evitar el retardo mental. Adolescentes y adultos acceden a exámenes gratuitos de colesterol total y de control de la hipertensión arterial, así como de detección del cáncer cérvico-uterino y de mama, en el caso de las mujeres, además de diferentes pruebas para detectar problemas de obesidad, tabaquismo y alcoholismo.

Para acceder a la cobertura, los afiliados a FONASA deben concurrir al consultorio de atención primaria que le corresponde y los afiliados a las ISAPRE deben recurrir al prestador designado por ella.

²⁷ El Consejo de Defensa del Estado es un servicio público descentralizado, dotado de personalidad jurídica, bajo la supervigilancia directa del Presidente de la República. Tiene por objeto, principalmente, defender, representar y asesorar jurídicamente al Estado de Chile, en sus intereses patrimoniales y no patrimoniales.

²⁸ Sin perjuicio de que el afiliado pueda concurrir al mecanismo de mediación o a la justicia ordinaria.

F. Financiamiento de la reforma

Según la Secretaría Ejecutiva de la Reforma (MINSAL, 2002b), una vez que el sistema esté en régimen, el costo de garantizar las 56 GE a los beneficiarios de FONASA se estimó en \$513 613 millones anuales.²⁹ Para la atención de las primeras 25 garantías a partir del 1 de julio, la Ley de Presupuesto 2005 consideró un costo de \$188 400 millones.

El financiamiento a la reforma a la salud se consideró conjuntamente con los recursos para el programa Chile Solidario y el financiamiento compensatorio por la rebaja de aranceles producto de los acuerdos comerciales suscritos por Chile a esa fecha. La Ley 19 888 (2003) definió el financiamiento de la siguiente forma:

Aumento temporal del impuesto al valor agregado (IVA), del 18% al 19% desde 1 de octubre del 2003 al 1 de enero de 2007.

Mejoría en la fiscalización del impuesto a los tabacos.

Mejoría en la fiscalización aduanera.

Autorización para la venta de participación minoritaria del Fisco en empresas sanitarias

Cuadro 8

FUENTES DE FINANCIAMIENTO EN RÉGIMEN DE LA REFORMA

(En millones de pesos de 2002 y porcentajes)

Fuente	Millones de pesos	%
Recursos ya destinados a actividades de la reforma (FONASA comprador activo).	347 000	64,9
Mayores copagos.	34 840	6,5
Mayor aporte fiscal por crecimiento económico.	40 800	7,6
Mayor aporte fiscal por reasignaciones y ganancias de eficiencia.	42 160	7,9
Mayor aporte fiscal por ajustes tributarios.	70 040	13,1
Total	534 840	100

Fuente: Dirección de Presupuestos, citado por Tokman, Espinoza y Rodríguez, 2005.

Nota: De acuerdo a Tokman, Espinoza y Rodríguez (2005), las fuentes 3, 4 y 5 se consideraron conjuntamente para la reforma a la salud y Chile Solidario, por lo que estas cifras fueron calculadas por prorrateo proporcional entre ambos.

La mayor fuente de recursos (64.9%) son los ya destinados por FONASA explícitamente a la atención de patologías calificadas a partir de ahora como GE. Estos recursos sólo consideran fondos para atención primaria y otros programas únicamente en los casos que FONASA trasfiere los recursos actuando como comprador activo.³⁰ Esto quiere decir que no todo el componente histórico de los recursos FONASA para estas prestaciones fue considerado (Tokman y otros, 2005).

Un total de 28,6% corresponden a mayores aportes fiscales al sector, sea por crecimiento económico, reasignaciones y ganancias de eficiencia, y por los ajustes tributarios de la Ley 19 888. Los mayores recursos provenientes de ajustes tributarios corresponden al aumento transitorio del IVA, sin dejar en claro cómo se financiará esta fracción cuando caduque el alza.

G. Reformas a la institucionalidad

La reforma también modificó con cierta profundidad la institucionalidad vigente (véase el gráfico 5). Estas reformas básicamente buscaron:

- Separar funciones de dirección política de la salud de las de ejecución.

²⁹ En términos estáticos y moneda del año 2003.

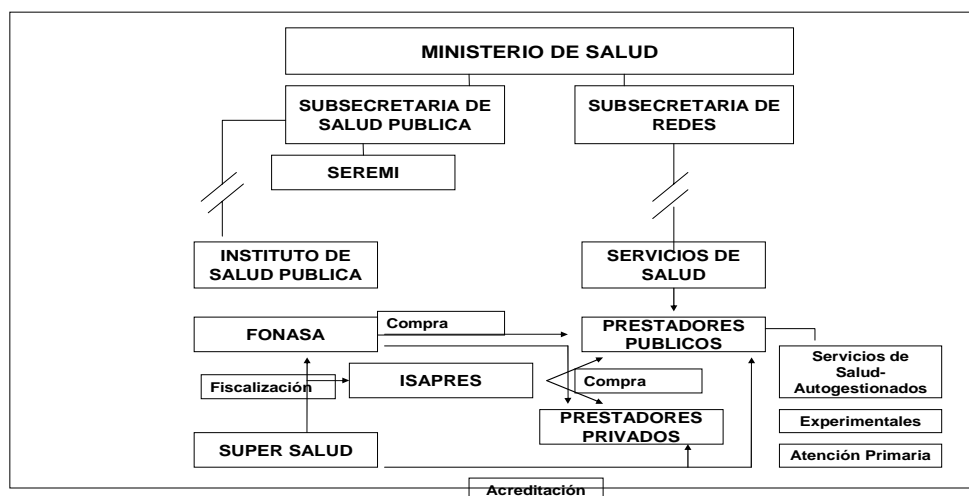
³⁰ Se trata del *per capita* de la atención primaria, y el programa de prestaciones valoradas en los programas considerados (de salud mental, SIDA, de seguro catastrófico, oportunidad de atención, del adulto mayor y de la red de urgencia).

- Separar las funciones de fiscalización de las de ejecución.
- Lograr una mayor coordinación global del sistema, de un modo integrado, con el fin de aumentar su eficiencia y eficacia.

El MINSAL tenía bajo sus principales responsabilidades la gestión administrativa de los prestadores públicos, sin énfasis en la coordinación. Los servicios de salud, además de encabezar la gestión de los prestadores, ejercían la autoridad sanitaria, fiscalizando también a los prestadores públicos. Carecían de un sistema de acreditación y no recibía reclamos de FONASA.

Gráfico 5

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SECTOR SALUD CON REFORMA



Fuente: Elaborado por el autor, sobre la base de diversos documentos del Ministerio de Salud (MINSAL). Entre ellos, la presentación "Reforma al sistema de salud chileno", efectuada por el Ministro de Salud del Gobierno de Chile, Dr. Pedro García Aspillaga (en la Conferencia internacional en memoria de Juan Luis Londoño, 20 y 21 de abril, 2004).

Las modificaciones a la estructura y funciones son las siguientes:

1. Rectoría en salud

Se redefinió las funciones del MINSAL, siendo responsable de la rectoría del sector salud, a cargo de la formulación, control y evaluación de políticas, planes y programas generales en materia de salud para el país. Formula, evalúa y actualiza los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan nacional de salud y dicta normas generales sobre materias de su competencia. También tiene a cargo la fiscalización del cumplimiento de las normas a través de las SEREMI (Art.1 N° 1 y 2; Art. 4 y 4 bis).

2. División de funciones de articulación y regulación de prestaciones con la de salud pública

Se dividen las funciones por medio de la reestructuración de subsecretarías. Se reemplazó la subsecretaría existente por dos nuevas; la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Subsecretaría de Salud Pública.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene a su cargo las materias concernientes a la articulación y desarrollo de la red asistencial del sistema y la regulación de la prestación de servicios de salud. La Subsecretaría de Salud Pública tiene a cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas y administra el financiamiento previsto para las acciones de salud pública (Arts. 9 y 14, Ley 19 937).

3. Autoridad sanitaria regional

Se separa de los servicios de salud y se traspa a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud. El SEREMI es nombrado por el intendente a propuesta del Ministro, una autoridad política. Pasan a su competencia todas las materias que actualmente corresponden a los servicios de salud y que no digan relación con la ejecución de acciones curativas o rehabilitación de la salud. Asimismo, le corresponde ejecutar acciones de salud pública, y coordinarlas en la región (Arts. 14 A, B, C, D, Ley 19 937). Dependen de la Subsecretaría de Salud Pública.

4. Fiscalización de seguros y acreditación de calidad, la Superintendencia de Salud

Se reemplaza la Superintendencia de Isapres por la Superintendencia de Salud, para fiscalizar seguros y prestadores, públicos y privados. Se le asignan tres funciones básicas:

- Fiscalizar a FONASA y a las ISAPRE en el cumplimiento del régimen de GS.
- Fiscalizar a las ISAPRE en todos sus ámbitos y a FONASA en la modalidad de libre elección.
- Fiscalizar a los prestadores de salud públicos y privados en cuanto a su acreditación y certificación. Involucra administrar el sistema de acreditación de la calidad de los prestadores institucionales y llevar registro de prestadores individuales de salud (Art. 6, Ley 19 937).

5. Los servicios de salud

Se redefine el rol de los servicios de salud, estableciéndolos como la cabeza de la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial bajo su territorio, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección, recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. La red asistencial de cada servicio de salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del servicio, los municipales de atención primaria y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenios con el respectivo servicio de salud (Art. 1 N°13 y 14; Art. 16 y 16 bis, Ley 19 937).

Se crea también en cada servicio de salud un Consejo de integración de la red asistencial, de carácter técnico-consultivo que conoce la integración de la red.

6. Establecimientos de autogestión en red

Para los establecimientos de mayor complejidad³¹ se crea un sistema de administración especial, la categoría de 'Establecimientos de autogestión en red', llamados también 'hospitales autogestionados'. Son órganos dependientes de los servicios de salud, pero desconcentrados funcionalmente, mediante la radicación de determinadas atribuciones en el mismo establecimiento. El Servicio de Salud señala las actividades asistenciales, grado de complejidad y especialidades que desarrolla el establecimiento autogestionado, según los requerimientos sanitarios de la red y el marco general establecido por la Subsecretaría de Redes, atendiendo a los beneficiarios que la red le refiera (Art. 25 B, Ley 19 937).

Los hospitales autogestionados cuentan con un importante grado de autonomía, en la elaboración y ejecución del presupuesto, la compra y venta de prestaciones a privados, la celebración de convenios de venta de servicios a FONASA y los servicios de salud. El director del servicio de salud no interviene en su administración, y el director del establecimiento es designado bajo el sistema de Alta administración pública.³² Su presupuesto es aprobado por el Subsecretario de Redes (Art. 25 L-M, Ley 19 937). También se contemplaron como instrumentos de gestión, la explicitación de convenios entre estos establecimientos y FONASA o los servicios de salud, donde se determine con exactitud los resultados a esperar y se vinculen estos resultados con su financiamiento, y además convenios de desempeño de sus directores.

³¹ Complejidad desde el punto de vista técnico, por el desarrollo de especialidades, organización administrativa o número de prestaciones.

³² Creado por la Ley 19 882, el 'sistema de alta dirección pública' es un mecanismo de selección de equipos directivos gubernamentales, en servicios públicos vinculados a la ejecución de políticas y prestación directa de servicios. La selección se realiza por medio de temas y quinas que elabora un Consejo de alta dirección pública, luego de concursos públicos con altas exigencias profesionales.

A partir del 1 de enero de 2009, 56 hospitales, categorías 1 y 2 pasarán a ser autogestionados, o antes, si cumplen con ciertos requisitos legales, referidos a objetivo sanitarios, gestión financiera y de personal.

H. La atención primaria

No se expresó a nivel legal, pero sí a nivel político, un compromiso presidencial de aumentar significativamente el financiamiento de la atención primaria, pasando del 12% al 30% de los recursos públicos a la salud (Ruiz-Esquide, 2005; Salgado, 2005).

Se trata de un ordenamiento y aumento neto de los recursos a partir del 2005, con el fin de aumentar su resolución y cumplir con las GE. Se incluye la implementación de un ‘modelo de salud familiar’, sobre la base de equipos de cabecera que se hacen responsables de un número determinado de familias del sector, de seguimiento permanente. Para el año 2005 el aumento comprometido en el mensaje presidencial es del 43% (Presidencia de la República, 2005). Los nuevos recursos se transfieren bajo modalidades de aumento del per capita —que pasó de \$973 el 2004 a \$1 366 el 2005— sistemas de corrección del mismo según ruralidad y población adulto mayor y bajo compromisos de mejoramiento de la gestión y evaluación de resultados.

1. Acreditación y certificación

Se facultó a la Superintendencia para fiscalizar a todos los prestadores de salud, sean públicos o privados, en el otorgamiento de prestaciones a beneficiarios de las ISAPRE y FONASA. Los prestadores institucionales son acreditados. Para ello la Superintendencia designa entidades privadas ante las cuales deben someterse a acreditación, entendida ésta como el proceso periódico de evaluación de los prestadores institucionales autorizados sanitariamente en el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad, que debe establecer el MINSAL.

Los prestadores individuales son certificados. Se trata de la inscripción de los prestadores individuales de salud en un registro de la Superintendencia, en el que constan sus especialidades y subespecialidades, si las tuvieren.

Para ambas funciones, la Superintendencia debe mantener también registros nacionales y regionales actualizados de los prestadores institucionales e individuales acreditados y certificados y de las entidades certificadoras. Asimismo, las normas de estándar de calidad deben ser homogéneas para los establecimientos públicos y privados.

Esta atribución de la Superintendencia permite dar imperio a la garantía de calidad de las GE, pero no exclusivamente, ya que abarca todas las prestaciones aseguradas por las ISAPRE y FONASA, sean GE o no.

2. Acreditación y certificación en suspenso

Sin embargo, esta función está aún en suspenso y no hay claridad de cuándo se va a implementar. MINSAL debe dictar los estándares de calidad para todo el sistema y no ha diseñado las normas ni tiene plazo para hacerlo. Esto implica que la garantía de calidad no va a entrar en vigencia hasta cuando se dicten estas reglas, dejando hasta este momento toda esta área de la reforma en el papel.

Las razones radicarían en la gran inversión para actualizar buena parte de la antigua infraestructura hospitalaria pública, junto a las dificultades que implica establecer un estándar de calidad, no muy alto, que encarezca demasiado los servicios, paralizando a pequeños y medianos prestadores, y no muy bajo, que no responda a las exigencias mínimas de calidad.

Con el fin de iniciar la regularización de los prestadores públicos, el Superintendente está planteando definir un paso previo ya existente para el sector privado, la autorización sanitaria³³ para el sector público. Esto implica establecer condiciones y plazos de regularización, previo a someterlo al cumplimiento de estándares completos. Pero la iniciativa aún está en discusión al interior del gobierno.

³³ Autorización de puesta en marcha de un prestador de salud.

J. Reformas al sistema privado

1. Limitación al aumento del valor de planes

El precio de los planes de salud que ofrecen las ISAPRE —no la cobertura referida a las GE— está compuesto de un precio base, que es igual para todos los miembros de un plan y de una tabla de factores que relaciona edad y sexo para la determinación de la prima. El precio base multiplicado por el factor correspondiente de la tabla de factores arroja el precio final del plan. Las ISAPRE pueden variar anualmente el precio base de los planes.

2. Reducción de tablas de riesgos

La Ley 20 015 primero limitó el número de tablas posibles de elaborar por ISAPRE, pasando de alrededor de 2 400 a sólo dos por ISAPRE, obligándolas a agrupar a sus poblaciones de riesgo. Junto a ello, se regularon los tramos de edad que deben contener y una relación máxima entre el factor más alto y el más bajo, diferenciando por sexo.³⁴ La ISAPRE no puede alterar factores de la tabla, salvo que implique su rebaja.

3. Banda de aumento del precio base

La Ley también obligó a las ISAPRE a conciliar toda su cartera en el cálculo del alza de las primas³⁵ a través de la obligación de anuncio a la Superintendencia del alza promedio ponderado de sus planes.³⁶

La reforma establece que los aumentos de primas de un plan específico no pueden ser mayores ni menores al 30% del incremento promedio ponderado de todos los planes de la ISAPRE (Art. 38bis). Esto se complementó con una serie de medidas para evitar que la norma sea eludida.³⁷

Así, se buscó restringir la selección de riesgo, al acotarla a una banda, entregar incentivos al control del costo técnico y evitar alzas desmedidas de las primas.

K. La economía política de la reforma

En cuanto al proceso de diseño, discusión, aprobación e implementación de la reforma, puede decirse que sus principales características fueron:

- Un enérgico y permanente liderazgo presidencial.
- Fuerte desgaste político, tres ministros pasaron por la cartera de salud hasta que se aprobó la reforma.
- Una perspectiva de derechos clara en la agenda de gobierno y en la discusión pública, pero sin impacto en la discusión parlamentaria.
- Un rol esencial del Senado en la aprobación final, una muy escasa consideración en la Cámara de Diputados.
- Fuertes divisiones y oposiciones desde el interior de la coalición de gobierno.
- Permanentes conflictos con organizaciones gremiales.
- Un rol específico de la Democracia Cristiana (DC) tanto en la introducción de modificaciones al proyecto original, como en el apoyo político que permitió su aprobación.

³⁴ Se calculó en base a los gastos promedios por grupo etéreo en el sistema privado.

³⁵ A diferencia de lo que hace hoy, que sólo sube los precios de las personas que han aumentado su siniestralidad por edad, es decir, a aquellas que tienen un mayor riesgo.

³⁶ Ponderado por el número de personas al interior de cada plan.

³⁷ Como la obligación de ofrecer el mismo plan alternativo a todos los afiliados del plan que se está variando de precio; imposibilidad de ofrecer planes con menos de un año de comercialización, si se rechaza el plan alternativo; prohibición de ofrecer rebajas respecto del precio infirmado a la superintendencia y la eliminación de los beneficios adicionales.

- Participación ciudadana inexistente en el diseño de la reforma, pero que jugó un rol relevante como opinión pública y presión social para controlar a otros grupos de presión.

1. Antecedentes de la discusión

En sus inicios, la coalición política que ha gobernado Chile desde el retorno a la democracia, la Concertación de Partidos por la Democracia,³⁸ no planteó una modificación al sistema heredado de 1982. Las reformas emprendidas en esa época se centraron en sectores explosivos y de alta demanda social, como educación y vivienda. En el ámbito de la salud, los dos primeros gobiernos enmarcaron sus acciones a remediar la postergación a que había sido sometido el sector público, a través de la inyección de recursos, principalmente en infraestructura, y en menor medida, en la recuperación económica de sus recursos humanos (Artaza, 2005), logrando que el promedio anual de inversión fuera seis veces mayor a la de la década anterior (Organismo Andino, 2004). Se impulsaron también diversas medidas dirigidas a mejorar la eficiencia del sector público, cuya evaluación es de limitado alcance (Artaza, 2005; Inostroza, 2005), junto a una modesta intervención en el sector de las ISAPRE a través de la eliminación del subsidio del 2%³⁹ (Boeninger, 2005b).

Sin embargo, a pesar de los mayores recursos, la percepción ciudadana sobre el sistema no mejoró. A esto se suma una toma de conciencia de la evolución demográfica que venía desarrollándose en el país, el cambio epidemiológico y una fuerte discusión sobre inequidad social y económica, que también se expresaba en el ámbito de la salud.

2. Inicio del proceso

En este contexto, Ricardo Lagos asume la presidencia con anunciadas intenciones de modificar el sistema, pero sin una propuesta de reforma específica. Estableció un comité interministerial para la reforma de la salud,⁴⁰ con una secretaría técnica⁴¹ a cargo de preparar una propuesta.

Los cinco proyectos de ley que estructuraron la reforma fueron producto de esta secretaría técnica.⁴²

En el trasfondo de la discusión existían profundas diferencias en la forma de enfrentar la reforma que requería el sector salud,⁴³ con dos bandos: ‘estadistas’ *versus* ‘privatizadores’ (Boeninger 2005b; Organismo Andino, 2004; Artaza, 2005).

Los ‘estadistas’ toleraban pero reducían al mínimo el rol de las ISAPRE y del sector privado en general, bajo una estricta regulación (Boeninger 2005b). Según Boeninger, esta visión era representada por los sectores de la izquierda de la Concertación, parte importante de la Democracia Cristiana, el Colegio Médico y los demás gremios del sector, con un concepto de rechazo al lucro privado en el ámbito de las prestaciones sociales y de desconfianza en que la sola regulación pueda corregir las inequidades del mercado.

Los ‘privatizadores’ consideraban que los mecanismos de mercado son los mejores para proveer prestaciones de salud. El problema principal radicaba en la gestión pública de salud cuya evaluación se cree profundamente negativa, debiendo una reforma concentrarse en este sector, en los ámbitos de eficiencia, flexibilidad en la gestión e interacción con el sector privado, con los subsidios portables a la demanda como el paradigma de reforma, con el fin de hacer competir ambos sectores. A esta visión adhieren los representantes de las ISAPRE y la derecha política (Boeninger, 2005b).

La contraposición de estas visiones entrampaba la posibilidad de una reforma (Reformas Andinas). La estrategia del gobierno fue poner por delante determinados objetivos sanitarios (MINSAL, 2002a), con un

³⁸ Conformada por el Partido Demócrata Cristiano, el Partido Socialista, el Partido por la Democracia y el Partido Radical.

³⁹ Subsidio estatal que permitió a sectores modestos de la clase media mantenerse en el sistema ISAPRE.

⁴⁰ Integrado por los ministros de Salud, Trabajo y Previsión Social, Hacienda y de la Presidencia.

⁴¹ Dirigida por Hernán Sandoval, de conocida cercanía con el presidente, lo que para los actores involucrados representaba una clara señal política (Boeninger 2005).

⁴² Se presentó a fines de 2001 un proyecto de ley sobre “Los derechos y deberes de las personas en salud” que nunca fue aprobado, y a mediados del año 2002 el paquete de proyectos que incluían “Régimen de garantías en salud (Plan AUGE)”; “Modificadorio de la Ley 2 726 de 1979 (Estructura del sistema)”; las “Instituciones de salud previsual (ISAPRE)”; y “Financiamiento del gasto fiscal representado por el plan AUGE”.

⁴³ Estas diferencias no son exclusivas del sector salud, sino más bien son reflejo de las diferentes visiones que existen en variados ámbitos, fundamentalmente en materias económicas y sociales.

nivel razonable de consenso, buscando que la propuesta diera cuenta de una estrategia para enfrentar estos desafíos, modificando tanto al sector privado como el público, más que zanjar la discusión entre uno y otro bando.

3. La estrategia

Inicialmente se dialogó con los actores del sistema, el Colegio Médico, representantes de los trabajadores y de las ISAPRE, pero la utilidad y resultados de estos diálogos no están claros. El tiempo transcurría, el proceso estaba entrampado y la evaluación de la presidencia fue que sólo durante la ventana de los años 2002-2003 no habrían elecciones en el país, lo que significaba que era el único momento en que una discusión de este tipo no se politizaría al extremo (Artaza, 2005; Organismo Andino, 2004; Romero, 2005).

De este modo, la estrategia que se determinó fue la siguiente: reemplazar al interlocutor gubernamental, el Ministro de Salud, para no seguir dialogando exclusivamente con los actores involucrados, dar a conocer la reforma abriendo el debate a la opinión pública, y trasladar de inmediato toda la discusión al Parlamento.

De este modo, se inició una fuerte campaña comunicacional dando a conocer la propuesta de reforma, con el fin de obtener el apoyo de la ciudadanía y pavimentar el camino en el Parlamento.⁴⁴ Al mismo tiempo, se presentaron los principales cuatro proyectos de ley a la Cámara de Diputados.

La presentación en el Congreso provocó el rechazo de los gremios, con 6 meses de movilizaciones y paralizaciones de importante alcance, y bajo la consigna del ‘retiro inmediato de los proyectos’. Si bien, inicialmente la opinión pública rechazaba estas presiones, poco a poco se ‘cambiaban de bando’, ‘pidiendo poner término a la situación’ (Organismo Andino, 2004). Esta etapa requirió una importante actuación presidencial de respaldo a la reforma y culminó con una serie de acuerdos entre trabajadores de la atención primaria y hospitales con el Ejecutivo, lo que se tradujo en modificaciones de los proyectos de nueva estructura institucional y estatuto funcionario.

El Colegio Médico seguía oponiéndose y acusaba su no inclusión en el debate. Su posición repercutía en la Cámara de Diputados a través de la ‘bancada médica’, grupo transversal de diputados básicamente de la Concertación (Artaza, 2005; Boeninger, 2005a). Sus argumentos señalaban la absoluta insuficiencia de los recursos considerados para el AUGE, requiriéndose según ellos, al menos \$500 mil millones —frente a los \$150 mil millones que calculaba el Ejecutivo— que debían financiarse con mayores impuestos y los 3/7 de la cotización obligatoria vía Fondo solidario, como transferencia unidireccional, sólo de las ISAPRE a FONASA. Del mismo modo, criticaban el mecanismo GE porque restringía la libre elección. Los cuestionamientos a esta posición del Colegio Médico señalaban que el tan superior cálculo de costos obedecía a una pretensión de aumento de sus remuneraciones, y que los cuestionamientos a la limitación de libre elección amenazaban una de las fuentes principales de ingresos de los médicos, el ejercicio privado de su profesión (Boeninger 2005b; Organismo Andino, 2004; Romero, 2005).

En la discusión pública, el concepto de derechos humanos estuvo presente desde el Ejecutivo. Se trató de ganar adherentes a la reforma planteándola desde la perspectiva de los derechos humanos. Fueron publicados artículos del Ministro de Salud (Artaza, 2002a y 2002b), así como del secretario ejecutivo de la reforma (Sandoval, 2002b). No está claro el impacto que estos conceptos tuvieron en la ciudadanía. A nivel parlamentario, la opinión de algunos actores es que no se logró que el concepto fuera entendido en toda su envergadura y la discusión se centró en temas diferentes, sin considerar los elementos de derechos (Romero, 2005).

La estrategia que siguió fue situar la discusión en el Senado, donde se evaluaba mayor apoyo político. Para ello se aceleró la tramitación en la Cámara de Diputados, sin dar mayor cuestión a las indicaciones que se presentaron en esta instancia, pues la real discusión se realizaría en la Cámara Alta.

El Colegio Médico arremetió con una fuerte contracampaña comunicacional, criticando el AUGE, buscando minar su credibilidad, logrando cierta repercusión en la opinión pública. Pero los proyectos siguieron avanzando, los

⁴⁴ Esta campaña consideró el despliegue gubernamental, cadena nacional del Ministro de Salud y salidas a terreno de diversos ministros a difundir la propuesta. Consideró también importantes avisos pagados en medios masivos de comunicación que costaron más de un millón de dólares. La legalidad de estos desembolsos fue seriamente cuestionada por la Contraloría General de la República.

hechos comenzaron a consumarse, se desgastó su posición y el gremio terminó planteando sólo ‘perfeccionamientos’ a los proyectos. Sin embargo, las movilizaciones de los gremios de la salud desgastaron el capital político del Ministro de Salud, decidiéndose su reemplazo por una nueva autoridad, la tercera desde que comenzaba el proceso de reforma.

4. El Senado

Según Edgardo Boeninger (2005b), en el Senado tomó importancia una tercera posición, distinta a la de estatistas y privatizadores, una de ‘salud integrada’. Esta visión se esboza no como una transacción ecléctica entre las dos primeras, sino una que creía en la cooperación de los dos subsectores, estableciendo una cancha pareja, con reglas del juego comunes para el sector público y privado, buscando un óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles, lo que significaría una reforma profunda, tanto de la salud pública como de las ISAPRE.

Según el Senador, una parte de la DC adhirió a esta posición luego de un largo proceso de discusión interna y elaboración de una propuesta, que pasó de la comisión económica social al consejo nacional del partido, con un importante liderazgo de su presidente. Esto permitió hacer de ésta la posición oficial de la colectividad, a pesar de que muchos de sus dirigentes se identificaban fuertemente con una posición estatista.

La estrategia inicial de prioridades sanitarias fue apoyada por sectores estatistas y de salud integrada, como también las propuestas que permitieran aumentar la equidad del sistema, acabando con las discriminaciones por riesgo, principalmente en edad y sexo.

La priorización sanitaria dio origen a la propuesta AUGE y fue apoyada por la DC, pero rechazada como ya se dijo, por la ‘bancada médica’ y el Colegio Médico, es decir, cuestionada por dirigentes de la propia Concertación. Los principales cuestionamientos se basaban en la incertidumbre en que quedarían los pacientes no GE, que no gozarían de las garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Esto también generaba aprehensiones de que los servicios públicos se vieran obligados a distraer recursos de patologías no GE para dar cumplimiento a las obligaciones que generaba dar la categoría de GE a una enfermedad.⁴⁵

La equidad del sistema se basaba en la propuesta del Fondo solidario. Este sistema de financiamiento del AUGE se basaba en los 3/7 de la cotización legal obligatoria en salud, tanto de las ISAPRE como de FONASA, para constituir un fondo común que se trasladarían de forma unidireccional desde las ISAPRE a FONASA. El Colegio y la ‘bancada médica’ apoyaban la medida pero requerían más fondos públicos. Sin embargo, la DC rechazó el Fondo solidario frontalmente por considerar que afectaba principalmente a cotizantes de clase media, base de apoyo fundamental para ese partido (Boeninger, 2005b). La derecha, que se había mantenido expectante, rechazó también esta propuesta argumentando la “violación de los derechos de propiedad” y una “expropiación inconstitucional”, lo que dejaría al Fondo solidario sin sustento parlamentario.

Pero junto a este rechazo DC al Fondo solidario, planteó su apoyo a la reforma en general y su apertura a buscar financiamientos alternativos.

De esta forma, se configuró en el Senado una cercanía entre la posición del Gobierno, representada no sólo por el MINSAL, sino también por el Ministerio de Hacienda con la DC. Esta alianza se materializó en un equipo político-técnico informal con los tres actores, que fue evaluando y rediseñando los diversos aspectos de la propuesta, para darle viabilidad política y lograr al menos la aceptación de los demás actores. Estos cambios luego se tradujeron en indicaciones a los proyectos aprobados por la Cámara de Diputados, aprobados también, paso a paso, por el Presidente de la República.

Estos consensos obtuvieron luego el apoyo del resto de las bancadas de la Concertación del Senado, en buena medida por lealtad con el gobierno (Boeninger, 2005a).

La derecha apoyó las reformas referentes al sistema público sin mayores dificultades. La moderación de las propuestas de intervención de las ISAPRE, que no amenazaba el futuro de la industria,⁴⁶ pero permitía la reducción de algunas de sus distorsiones, hizo posible su aquiescencia. Dadas estas circunstancias, renunciaron a insistir en la portabilidad de los subsidios que venían proponiendo. También dieron su apoyo en el

⁴⁵ El Colegio Médico propuso un plan alternativo: Plan integral en salud (PAIS), que no discriminaría en enfermedades y garantizaría oportunidad y atención financiera. No tuvo mayor repercusión.

⁴⁶ Para algunos (Ruiz-Esquide, 2005), la ‘trampa’ de la derecha se basa en que una reforma moderada del sistema de ISAPRE aseguraba que no se realizarían otras más profundas en el futuro, sellando el porvenir del sistema privado.

Senado y su compromiso político de voto en la Cámara de Diputados (que cumplieron) al Fondo de compensación Interisapres, incentivados por la amenaza de terminar con un proyecto más estatizado si se rechazaba en esa instancia.

Este proceso finalizó con la aprobación de todos los proyectos por el Senado con amplias mayorías. Ello permitió también su posterior aprobación en la Cámara de Diputados, con unos pocos votos disidentes. Sin embargo, el proyecto de reforma de las ISAPRE, que fue el último en aprobarse en la Cámara, presentó la seria oposición de todos los partidos de la Concertación —con la excepción de la DC— a instancias de la ‘bancada médica’. Esto significó una ‘rebeldía colectiva’ (Boeninger, 2005b), pese a que los senadores de los mismos partidos habían aprobado el proyecto, y que estos mismos diputados habían aprobado el mismo proyecto anteriormente incluso con reformas más ‘suaves’.⁴⁷ La DC cerró filas apoyando al ministro (de su mismo partido) y no se sumó a la ‘bancada médica’ resultando aprobado el proyecto con los votos DC y de la derecha.

5. Algunas de las modificaciones

En el área de los recursos, se discutieron diversos mecanismos,⁴⁸ lo que terminó en el aumento del IVA en 1% y las demás fuentes ya mencionadas. Esta vía de financiamiento, por su carácter regresivo, presenta serias dudas desde el punto de vista de la equidad.

Al mismo tiempo, esta fuente no solucionaba el problema de discriminación por riesgos en el sistema. Al mismo tiempo, la eliminación completa del Fondo solidario amenazaría la aprobación global de la reforma en la Cámara de Diputados. De esta forma se llegó al Fondo de compensación Interisapres, como mecanismo de compensación por riesgos exclusivamente dentro del sistema privado, permitiendo primas únicas que no discriminan por riesgo entre sus cotizantes.

Las aprehensiones sobre las patologías no GE fueron aminoradas por las modificaciones dirigidas a señalar el RGGG como general y las GE en especial, que luego fue perfeccionado técnicamente, pero sin claro impacto en solucionar la dicotomía.

Las aprehensiones de presión fiscal fueron solucionadas por la vía del establecimiento de la reforma por etapas, considerando una gradualidad en su aplicación.

También se había considerado la fijación de los precios de las GE en el sistema privado por parte de la autoridad reguladora. Sin embargo, se desechó también para darle viabilidad política a la reforma y se determinó que cada ISAPRE fijaría su propia prima única bajo los parámetros establecidos en la Ley.

Inicialmente las nuevas funciones de la Superintendencia de Salud consistían en las que ya contaba como antigua Superintendencia de Isapres, más la fiscalización de las garantías GE en FONASA y en las ISAPRE, pero sin intervención en los prestadores públicos y en fiscalización global de FONASA (Inostroza, 2005). Luego de los debates en el Senado se determinó que debía ser el mismo órgano que supervisara el accionar del seguro público y los privados.

El proyecto sobre “derechos de las personas en salud”, que proponía derechos de información, trato digno, y otros de similar naturaleza, si bien concitó apoyos iniciales entre los parlamentarios, no se le otorgó urgencia legislativa. Esto por involucrar aspectos éticos, especialmente en el área de ‘muerte digna’, ‘testamento vital’ incluyendo la posibilidad de rehusar previamente al ‘ensañamiento terapéutico’, que generaba divisiones en el grado de autonomía de las personas para decidir continuar con la asistencia médica. Tocó aspectos que aún no estaban resueltos en la sociedad chilena, junto al temor de aumento de responsabilidad legal médica por sus prácticas, lo que produjo que se diluyera la oportunidad de tener destino.

⁴⁷ Paralelamente los líderes de la ‘bancada médica’ habían entrado en una fuerte disputa pública con el Ministro de Salud por la normativa sobre la píldora del día después y diferencias con nombramientos de autoridades del sector.

⁴⁸ Los que incluyeron el aumento de tributos al tabaco, alcohol, petróleo diesel y, racionalización y focalización de los subsidios por incapacidad laboral. Estos impuestos específicos desincentivan comportamientos socialmente indeseables, pero las presiones de los grupos de interés no les permitieron llegar a término (Romero, 2005).

6. Conclusiones

a) Un enérgico y permanente liderazgo presidencial

Para todos los actores involucrados, la reforma no hubiera tenido viabilidad política sin el compromiso directo y permanente del Presidente de la República en sus diversas etapas. La voluntad de esta autoridad, en un régimen político marcadamente presidencialista, y el gran apoyo ciudadano que concitaba, traduciéndose en capital político a utilizar en diversos conflictos y diferencias con el proyecto de reforma, fue fundamental para que llegara a puerto.

b) Fuerte desgaste político

Tres ministros pasaron por la cartera de salud hasta que se aprobó la reforma. Cada cual sufrió en distinta medida el desgaste político,⁴⁹ pero permitieron desentrañar, en distintos momentos, el avance del proyecto.

c) Perspectiva de derechos

Existió una perspectiva de derechos clara en la agenda de gobierno en la forma de plantear la reforma, que se intentó instalar en la discusión pública. Sin embargo, ésta no tuvo mayor impacto en la discusión parlamentaria.

d) Un rol esencial del Senado en la aprobación final, una muy escasa consideración de la Cámara de Diputados

Las divisiones al interior de la coalición de gobierno se extremaban a nivel de la Cámara de Diputados, haciendo mucho más difícil esa instancia. El Senado, por las características de sus integrantes, su menor número, las restricciones políticas de sus votaciones, la también menor exposición ciudadana de sus discusiones, permitió que fuera la principal instancia de discusión y modelado de la reforma.

e) Fuertes divisiones y oposiciones al interior de la coalición de gobierno

La derecha, si bien se oponía a muchos aspectos de la reforma, fue menos virulenta en lo público a la propuesta que los actores de la propia coalición de gobierno. La ‘bancada médica’, diversos políticos concertacionistas y la dirigencia de los gremios, dominada por actores de militancia de los partidos de la Concertación, fueron los más públicos y duros detractores de la propuesta, y quienes amenazaron con mayor seriedad su bloqueo.

f) Permanentes conflictos con organizaciones gremiales

Los conflictos con los trabajadores de la atención primaria y de los hospitales, si bien fueron serios, finalizaron en cierto nivel de acuerdo que permitía su posterior aquiescencia a la reforma. Sin embargo, hubo directa confrontación con el Colegio Médico, con quien el gobierno optó no por dialogar ni negociar, sino derechamente por su derrota en el ámbito del apoyo ciudadano.

g) Un rol específico de la Democracia Cristiana

Este rol se desplegó tanto en la introducción de modificaciones al proyecto original, como en el apoyo político que permitió su aprobación. La actuación de la DC en el Senado se puede calificar de bisagra, articulando las visiones del gobierno y de los diversos partidos para obtener una reforma que lograra apoyos parlamentarios.

⁴⁹ Según Manuel Inostroza (2005), particularmente el Ministro Artaza “gastó todo su capital político en sacar adelante la Reforma” haciendo alusión al alto apoyo ciudadano con que partió en el proceso, y la baja aprobación con que salió del gabinete.

h) Participación ciudadana inexistente en el diseño de la reforma

La ciudadanía no jugó un rol de consideración en el diseño de la reforma. Las diversas organizaciones involucradas, como gremios y organizaciones de trabajadores, tampoco fueron consideradas de modo especial. Según algunos (Sánchez, 2005a) “se hizo como que se participaba” sin repercusión real. Sin embargo, la opinión pública y la presión social fueron fundamentales a la hora de concitar apoyos para la reforma, enfrentando especialmente al Colegio Médico con el gobierno por su apoyo.

IV. ¿La reforma contribuye a la realización del derecho a la salud?

El Comité de Derechos Económicos y Sociales y Culturales de Naciones Unidas (CESCR, 2004) al pronunciarse sobre el último informe periódico de Chile expresó que:

“se congratula de la aprobación y ejecución de programas específicos para mejorar la situación de los grupos más pobres de la sociedad, como... el Plan AUGE”.

De acuerdo a la Observación general N° 14, en la aplicación de las normas del Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales y Culturales, las medidas más apropiadas para el ejercicio del derecho a la salud pueden variar de un Estado a otro, existiendo un margen de discreción para determinar cuáles son las más convenientes para hacer frente a las circunstancias específicas de cada país. (Observación general N° 14, párrafo 53).

Como se apuntó, el CESCR, define el contenido esencial del derecho a la salud como “un derecho al disfrute de toda gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud posible”. Pero también señala que se impone a los Estados la obligación de adoptar las medidas que sean necesarias para que toda persona tenga acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud y pueda gozar prontamente del más alto nivel posible de salud física y mental (Observación general N° 14, párrafo 53).

Del derecho a la salud emanan obligaciones para los Estados, con el fin de hacer efectiva su realización. Emanan obligaciones inmediatas de ejercicio del derecho sin discriminación, adopción de medidas deliberadas y concretas, incluyendo las legislativas, para la plena realización del derecho y la prohibición

de implementar medidas regresivas. Emanan también una obligación de realización progresiva del derecho, consistente en la obligación concreta y constante de avanzar lo más eficaz y expeditamente posible hacia la plena realización del derecho a la salud.

Asimismo, el Comité especificó los tres tipos de obligaciones que impone el derecho a la salud, obligaciones de respetar, proteger y cumplir.

Se puede juzgar que la reforma a la salud aborda una obligación en particular, la de cumplir. La reforma a la salud en Chile acomete, con mayor o menor éxito, las acciones dirigidas a facilitar, proporcionar y promover el derecho a la salud, a través del tipo de medidas exigidas por la normativa internacional, medidas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario y judicial en la búsqueda de dar efectividad al derecho a la salud.

La obligación de cumplir incluye que los Estados reconozcan el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos, de preferencia mediante la aplicación de leyes y la adopción de políticas nacionales; que los Estados garanticen la atención a la salud; que adopten medidas positivas que permitan a particulares y las comunidades a disfrutar del derecho a la salud; que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población.

En esta sección se analizarán algunos aspectos de la aptitud de la reforma a la salud tanto para cumplir las obligaciones del Estado con la normativa de derechos humanos en la materia, como su potencialidad para contribuir a la realización del derecho a la salud para las personas según los mandatos del Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Se incluyen sólo aspectos que no se desarrollan en el capítulo siguiente. Debido al escaso tiempo que ha transcurrido desde su implementación, no es posible evaluar los reales impactos, sino que sólo aproximar ciertos resultados. A continuación se evaluarán algunos de estos aspectos.

A. Adopción de medidas legislativas

De acuerdo a la Observación general N° 14, la obligación de adoptar medidas legislativas, para asegurar el acceso a los bienes, servicios y condiciones para alcanzar el más alto nivel de salud posible (párrafo 9) toma la forma —entre otras— de leyes marco, estructurales (párrafo 56), que establezcan y hagan operativa una política y estrategia nacional de salud, instituyan disposiciones sobre los objetivos que deben alcanzarse, las condiciones para hacerlo y el marco de tiempo para su cumplimiento.

Recuadro 3 MEDIDAS LEGISLATIVAS

- Artículo 2, P. 1:
Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.
- Art. 1 Ley 19.966:
“El Régimen General de Garantías en Salud, en adelante el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469”.
- El Art. 19, No 9, Inc. 4 de la Constitución:
Señala que 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...”

Fuente: Elaboración del autor, sobre la base de la Observación general N° 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, Comité de Derechos Económicos y Sociales y Culturales de Naciones Unidas (CESCR), 22° Período de sesiones, Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo, 2000, y de la Constitución política de la República de Chile, Chile, 1980.

Tanto la consagración de un régimen general de garantías en salud, de las cuales las GE forman parte, como las modificaciones a la institucionalidad y las correcciones al sistema privado se efectuaron por la vía legal. Esto se puede considerar como cumplimiento al mandato internacional de adoptar medidas legislativas,

pero también obedece a la observancia constitucional interna. El Art. 19 N° 9 de la Constitución, no fija el contenido del derecho a la salud, recayendo en el legislador la responsabilidad de establecer sus contenidos específicos y condiciones de ejercicio del derecho, para los sistemas público y privado (Jordán, 2005).

Dada la normativa constitucional, el legislador no goza de entera libertad al regular el derecho, sino que debe conciliar el mandato a otorgar las prestaciones que se derivan con el derecho constitucional a la libre elección del sistema de salud, esto es, públicos o privados. La solución por la que se optó, a través del RGGGS, fue establecer una regulación común para los dos sistemas, sin alterar la libre elección (Jordán, 2005).

El RGGGS se diseña de acuerdo a un plan nacional de salud, responsabilidad de MINSAL, que establece los lineamientos estratégicos del sector y que está conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas (Art. 4 N° 8 del DL 2 763 de 1978 reformado por la Ley de autoridad sanitaria N° 19 937), (MINSAL, 2002a; Jordán, 2005). Este marco puede considerarse en cumplimiento del mandato internacional, de acuerdo a la Observación general N° 14, párrafos 12, 17, 31, 36, 37 y 53.

B. Realización progresiva del derecho a la salud

De acuerdo al Art. 2 P. 1 del Pacto y al P. 31 de la Observación general N° 4, los Estados deben adoptar medidas para obtener la realización progresiva del derecho. Esta realización progresiva significa que los Estados tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho a la salud, tal como lo establece el Art. 12 del Pacto. Esta obligación incluye la adopción de medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud (Observación general N° 14, párrafo 33).

Las GE pueden considerarse un paso hacia la realización progresiva, desde que se enmarcan en avanzar estratégicamente hacia los objetivos sanitarios a través de la generación de estándares equivalentes para lo sectores público y privado, extendiendo el mismo régimen a la totalidad de sus beneficiarios (Jordán 2005) y garantizando de modo específico las prestaciones asociadas a esas prioridades. Mediante este mecanismo busca también corregir algunas de las principales dificultades del sistema vigente, la carencia de seguridad en la oportunidad de atención en el sistema público como la inseguridad financiera de los pacientes del sistema privado.

Junto a ello, se modifica el rol y estructura del Estado en la materia, clarificando sus atribuciones y estableciendo el rol de rectoría en salud, director, controlador y coordinador de los sistemas públicos y privados.

C. Realización progresiva de acuerdo a los recursos disponibles

El diseño de las GE explicita el incremento del número de patologías incluidas, pero las condiciona a los recursos disponibles en el Estado y a las remuneraciones de los beneficiarios. Sin establecer un piso, establece un techo en el aumento de las GE, donde el costo de aumentar patologías (la prima universal) no puede superar el aumento del Índice general real de remuneraciones por hora. En otras palabras, luego de que se alcance la meta de 56 patologías el 2007, ya establecida por la Ley, los siguientes aumentos se encuentran indexados a un techo, el del aumento del valor de las remuneraciones.

Pero como no hay un piso, nada asegura que a partir del 2007 se estanque el incremento de las GE o incluso disminuyan en el futuro. Es difícil imaginar una disminución de garantías sin algún tipo de acuerdo político que la sustente, dada la evidente impopularidad de la medida, lo que puede ser más viable es su reemplazo de alguna vigente por una nueva. Sin embargo, el mecanismo de determinación de las GE implica un nivel de transparencia y publicidad que contribuye a disminuir el espacio de discrecionalidad de la autoridad.

Las garantías del AUGE, si resultan suficientemente financiadas y si se fiscaliza bien la entrega de servicios, debieran traducirse en una mejoría en la atención de salud respecto de las patologías seleccionadas, especialmente acortando el tiempo de espera para las personas más vulnerables que se atienden en FONASA.

Dentro de la medida en que vayan funcionando, resultarán avances en la mejoría de la información disponible sobre estándares de atención, tiempos máximos de espera y costo máximo diferenciado según ingreso.

D. No discriminación

Las GE pueden constituir un avance en disminuir la discriminación existente en la provisión de prestaciones de salud. Permiten establecer garantías mínimas igualitarias de acceso a la salud, bajo condiciones de calidad, oportunidad y protección financiera obligatoriamente igual para todos, que benefician no sólo a los más pobres, sino a todas las personas, independiente de su condición socioeconómica o su pertenencia a minorías étnicas, sexuales, religiosas, etc.

Sin embargo, se mantienen las principales fuentes de discriminación del sistema, la selección por riesgo que realizan las ISAPRE y la dualidad en que se basa el modelo.

La propia naturaleza del sistema de ISAPRE se basa en la posibilidad de discriminar entre los afiliados, al establecer planes de salud basados en riesgo individual. Pero incluso este sistema funciona deficientemente, por las prácticas de selección por riesgos.

Las diferencias en el valor de los planes por sexo y edad no reflejaban sólo el costo esperado de cada uno de los grupos involucrados, sino van más allá, siendo utilizadas como instrumento de exclusión del sistema, de desceme, obligando migrar al sector público a quienes presentan un alto costo esperado. Estas prácticas representan una falla del mercado, y son utilizadas como instrumento de exclusión del sistema privado, constituyendo discriminación hacia la población de mayor riesgo, mujeres y adultos mayores.

El sistema se mantuvo debido a la imposibilidad política de modificarlo. Sin embargo, dado este contexto, se promovieron una serie de modificaciones con el fin de disminuir la discriminación al interior del sistema de las ISAPRE.

1. Medidas contra limpieza de cartera

La reforma incluyó medidas para impedir la ‘limpieza de cartera’ que incluyen la regulación del número (de 2 400 a sólo dos por ISAPRE) y estructura de la tabla de factores, en los tramos de edad y diferencias máximas, junto a una serie de normas para evitar la elusión de la disposición. A pesar de mantener la diferenciación por sexo, puede evitar que las ISAPRE se deshagan de afiliados usando estas tablas más allá de lo que correspondería al costo esperado. El mismo efecto puede producir la limitación de aumento de precios del 30% (Tockman y otros, 2005).

2. Fondo de compensación

El Fondo de compensación Interisapres también puede evitar el aumento de los incentivos al desceme al recibir las ISAPRE con carteras más riesgosas más de lo que aportaron. Sin embargo, como se señaló, aun no se implementa.

No es posible evaluar en este momento la efectividad de estas medidas para limitar la discriminación por riesgo y restringir las posibilidades de ‘limpiar la cartera’. En todo caso, claramente no fueron diseñadas para eliminar la discriminación, sino sólo para restringirla. Los incentivos persisten, por lo que es esperable que las ISAPRE ideen nuevos y distintos medios para legalmente excluir afiliados riesgosos y derivarlos a FONASA (Tockman y otros, 2005).

Con estas medidas sólo es posible limitar diferencias de precios que vayan más allá del costo esperado de los afiliados. Pero el hecho de vincular el valor del plan al costo esperado individual —y no al del conjunto de los afiliados, como es en un sistema solidario— implica que siempre van a persistir diferencias significativas en el precio de los planes para los grupos más riesgosos. La discriminación en los precios de los planes hacia las personas mayores y mujeres va a persistir, porque el sistema está basado en ellas. Si se quiere acabar con ellas, es necesario redefinir el sistema de las ISAPRE.

Adicionalmente, la dualidad del sistema recarga al sistema público. Éste debe atender a las personas de mayor riesgo y menores recursos, haciendo globalmente menos solidario y más desigual el sistema,

disminuyendo los recursos públicos disponibles para atender a los más vulnerables y con mayores necesidades, elevando el costo promedio por beneficiario.

3. Migración a FONASA

Pero entre julio y agosto, a partir de la entrada en vigencia del Plan AUGE, se produjo una significativa migración de cotizantes de las ISAPRE a FONASA. Ésta ya se venía produciendo, pero se acentuó a partir de la puesta en marcha de la reforma.

Según los datos disponibles, quienes han emigrado son fundamentalmente hombres, de ingresos medios, con menor número de cargas. En otras palabras, por efecto del aumento de precio de los planes de salud, sectores de clase media, con ingresos superiores a la renta promedio FONASA, de bajos riesgos, se está moviendo al sistema público, situación a todas luces conveniente para ese sector porque mejora la composición de riesgos/renta de su cartera. Si esta tendencia se mantiene en el tiempo, puede producir una mejoría en la distribución de riesgos de largo plazo, mejorando la equidad global del sistema.⁵⁰

E. No regresividad

De acuerdo al derecho internacional, y como lo menciona expresamente la Observación general N° 14 (párrafo 32) no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud. Sólo es posible retroceder si el Estado prueba que la medida es justificada con referencia a la totalidad de los derechos consagrados en el Pacto, en un marco de utilización plena de los recursos disponibles.

Como es evidente, las GE no afectan esta obligación y pueden representar un progreso. Pero el peligro se hace evidente para las patologías no contempladas como GE. Como ellas no cuentan con el sistema de exigibilidad que se establece para las GE, ni tienen la presión de cumplir con sus garantías (especialmente en materia de oportunidad en el sector público), es posible que los prestadores públicos distraigan recursos destinados a las demás patologías en pos de cumplir con las GE, produciendo un retroceso en su atención.

La legislación contempló esta posibilidad y encomendó al MINSAL para dictar normas generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones no GE que otorgue el sector público; pero estableció expresamente un resguardo adicional. Estas normas no pueden sufrir menoscabo por el establecimiento y las sucesivas modificaciones de las GE, sin perjuicio de las fundadas en aspectos sanitarios, técnicos y administrativos que correspondan (Art. 3, Inc. 1 y 2, Ley 19 966).

No es posible evaluar aún la eficacia de este resguardo, ni los efectos de las GE sobre las patologías no GE, por el escaso tiempo que se encuentran vigentes.

Pero el legislador no estableció ninguna regla similar para el sector privado, quedando a lo dispuesto en los respectivos contratos de salud. Esto deja al arbitrio de las ISAPRE la determinación de las prestaciones, las que perfectamente pueden contemplar un retroceso (Jordán, 2005).

Es más, actualmente las cinco principales ISAPRE se encuentran acusadas por el Fiscal Nacional Económico de coludirse para disminuir conjunta y sincronizadamente la cobertura de los planes de salud manteniendo sus valores, violando de esta forma la legislación que regula la libre competencia y produciendo daño a sus afiliados.⁵¹ Los antecedentes señalan que después del 2002, todas estas instituciones disminuyeron las coberturas para las hospitalizaciones desde 100% a 90%, y las prestaciones de salud del sistema ambulatorio, que estaban cubiertas a 80%, se redujeron a 70%, haciendo prácticamente desaparecer del mercado las coberturas 100/90.

⁵⁰ Cabe anotar aquí que el Fondo de compensación solidario sólo compensa riesgos asociados a sexo y edad, no a nivel de renta. La migración se produce por ajuste de precios, asociado al nivel de renta de los afiliados, por lo que el FCS no pudo haber tenido efecto en esta migración.

⁵¹ Según la investigación del Fiscal Nacional Económico, como consta en la denuncia Rol N° 77-2005, presentada ante el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia, las cinco ISAPRE más importantes del país, que controlan el 91% del mercado (Vida Tres, Banmédica, Consalud, Colmena e ING), se coludieron para reducir los beneficios a sus cotizantes. Se calificó esta situación como una “escalada de cambios simultáneos y uniformes” que “ha resultado altamente perjudicial para la competencia (...) porque impide utilizar el amplio marco que brinda la libertad de contratación para definir las relaciones entre los agentes, produciendo un efecto restrictivo de la competencia y un evidente daño al interés económico general” (Diario La Nación, 2005).

Si bien esta colusión se produjo antes de que entrara en vigencia el régimen GE, puede constituir un grave ejemplo de regresividad en la realización del derecho a la salud en el sector privado con importantes consecuencias.

F. Acceso a los recursos jurídicos apropiados

De acuerdo al párrafo 59 de la Observación general N° 14, los Estados deben garantizar que cualquier persona o grupo que sea víctima de una violación del derecho a la salud cuente con recursos judiciales u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional. En otras palabras, la juridicidad del derecho.

La Ley consagró a las GE como derechos, donde los afiliados a las ISAPRE y FONASA son sus titulares y estas instituciones son sujetos pasivos de las obligaciones correlativas, estableciendo mecanismos para su cumplimiento (Jordán, 2005).

Los mecanismos de exigibilidad varían según la naturaleza del incumplimiento. Es administrativo para el caso de falta a la obligación de informar. Es administrativo o cuasi judicial también ante la falta al deber de otorgar la GE, pasando por los tres distintos niveles, el prestador designado, FONASA o ISAPRE y la Superintendencia de Salud. El mecanismo pasa a ser judicial para hacer efectiva las responsabilidades patrimoniales derivadas del incumplimiento de la GE, estableciendo sistemas de mediación previa obligatoria.

Las responsabilidades en el incumplimiento son distintas si el seguro es público o privado o si el incumplimiento es atribuible al prestador. FONASA responde por 'falta de servicio', las ISAPRE por 'incumplimiento negligente'. El prestador (y no el asegurador) será responsable directo si el incumplimiento de la GE es consecuencia directa de una acción u omisión suya.

Las responsabilidades son distintas porque distinta es la naturaleza jurídica de la institución responsable. La falta de servicio de FONASA corresponde a su responsabilidad administrativa establecida en el Art. 40 de la Ley 19 966. Siendo de carga de los particulares acreditar que el incumplimiento es imputable a FONASA, diferenciándola de la responsabilidad de los prestadores, limitando de este modo su responsabilidad (Jordán, 2005). La responsabilidad de las ISAPRE por accionar negligente la sujetan a las reglas civiles de responsabilidad, siendo de carga del asegurado acreditar la negligencia del asegurador (Jordán, 2005).

Hasta el momento, se puede afirmar que estos mecanismos administrativos han sido eficaces. Entre el 1 de julio y el 28 de octubre del 2005, se han presentado 58 reclamos (de los cuales sólo 9 se realizaron en contra de FONASA), mientras al 19 de septiembre se habían otorgado 630 975 beneficios GE. La mayoría de los reclamos estaban relacionados con la garantía de acceso. De ellos ya se han resuelto 34, 12 total o parcialmente a favor del reclamante y 24 fueron rechazados (Superintendencia de Salud, 2005). La mayoría de los reclamos que fueron denegados, lo fueron porque se solicitó la atención en prestadores distintos a los designados (13), cuya responsabilidad es atribuible al propio afiliado. Las demás fueron rechazadas porque se solicitaron prestaciones no establecidas en los protocolos o no se trató de una patología GE, ambas cuestiones de transparente regulación y fácil determinación.

El pequeño número de reclamos, la naturaleza de los rechazos y el nivel de conocimiento del sistema,⁵² permite aseverar que el mecanismo administrativo ha sido efectivo para el sistema privado; es decir, los recursos establecidos han sido apropiados. Pero el menor número de reclamos en el sistema público puede explicarse más bien por el desconocimiento de que se es paciente AUGE, y por lo tanto, de ignorancia de los recursos jurídicos con que se cuenta.⁵³ De esta forma, no es posible aún tener una noción clara del mecanismo administrativo de reclamo en el sistema público.

⁵² De acuerdo a la encuesta telefónica encargada por la Superintendencia de Salud, entre los beneficiarios GE, el 98% de los afiliados a las ISAPRE (de donde provienen la mayoría de los reclamos) conoce el Plan AUGE (Inostroza, 2005).

⁵³ En efecto, el hecho de que en el sistema público las GE operen automáticamente por el mero diagnóstico, sin mediar acción alguna del paciente, puede explicar el desconocimiento de sus beneficiarios a la calidad de tal. La misma encuesta citada señala que sólo un 59% de los pacientes GE FONASA sabe que lo fueron. En las ISAPRE es necesario una declaratoria de que se acoge a las GE, un trámite específico que los afiliados deben realizar en su ISAPRE, tomando necesariamente conocimiento de que se está sometiendo al sistema.

Distinta es la situación del sistema de mediación. Entre marzo y octubre se solicitaron a la Superintendencia 41 solicitudes de mediación.⁵⁴ De ellas, 25 terminaron sin que el mecanismo efectivamente operara,⁵⁵ y sólo dos obtuvieron acuerdo. En 14 oportunidades no se llegó a acuerdo en la persona del mediador.

Aunque no es posible tener acceso a los resultados de cada proceso, por ser información reservada de acuerdo a la Ley, diversos antecedentes apuntan a que los fracasos son inducidos por los representantes de los prestadores privados, individuales o institucionales. A través de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico de Chile (FALMED), perteneciente al Colegio Médico, estos facultativos cuentan con seguros de defensa judicial. La política de los abogados que facilita el seguro sería la de hacer fracasar todas las instancias de mediación, porque en la instancia judicial —dada la jurisprudencia existente— se reduce significativamente la posibilidad de los demandantes de obtener un resultado favorable. Esto induce a la juridicidad de estas situaciones, contradiciendo la posición pública del Colegio Médico que aboga por evitar llevar a tribunales diferencias de esta naturaleza, porque incrementa los costos de las prestaciones al elevar el valor de estos seguros.

La distinción de responsabilidades y los diversos medios para hacerla efectiva no consagraron ningún mecanismo judicial especial para dar cumplimiento a las GE. El cumplimiento de la garantía se remite al plano administrativo, reservando la vía judicial para el resarcimiento de perjuicios. El mutuo complemento de los dos sistemas puede permitir dar eficacia a las GE como derecho a la salud, privilegiando el ejercicio y cumplimiento efectivo de los derechos por la vía administrativa, pero sin optar por la juridicidad rápida del derecho (Jordán, 2005).

⁵⁴ La Superintendencia administra el registro de mediadores remunerados que intentan llegar a soluciones prejudiciales en la reparación de los daños ocasionados en el otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial de los prestadores privados.

⁵⁵ Por certificado previo a reglamento (5); sin acuerdo en el mediador (14); acuerdos premediación (3); o desistimiento (3).

V. ¿La reforma promueve una política enfocada desde la perspectiva de los derechos humanos?

Las políticas públicas tienen un enfoque de derechos si se basan directamente en las normas y principios que emanan del derecho internacional de los derechos humanos. Si se empoderan, promueven la no discriminación, la rendición de cuentas y la participación ciudadana. Pero además, adquieren una fuerza particular si su diseño se estructura bajo una lógica de derechos, si adquieren su lenguaje, el sistema de sujeto activo y pasivo, si son investidas de las características que rigen los derechos.

Este sistema permite, con gran efectividad, situar a las personas en el centro de las políticas, al constituir las como sujetos activos de derechos, estableciendo correlativamente un sujeto pasivo del mismo, responsable de rendir cuentas de su cumplimiento. Esta lógica, si se encuentra inmersa en el diseño, tiene la virtud de invertir la relación Estado-beneficiarios.

A continuación revisaremos los elementos que permiten evaluar la reforma a la salud chilena como una política enfocada desde la perspectiva de los derechos humanos.

A. Las aspiraciones de la población

El cambio de perfil epidemiológico y evolución de las expectativas de las personas impulsan la necesidad de reforma. La política de salud considera dos grandes líneas de acción: la prevención-promoción de salud (considerados bienes públicos) y la atención curativa (de directa atribución individual).

Los positivos resultados en las áreas de prevención-promoción, expresados en los indicadores sanitarios generales, no tenían correlato con los altos niveles de insatisfacción ciudadana frente al sistema de salud, de fuerte crítica a la atención curativa (Inostroza, 2005).

Esta atención usualmente es considerada como de menor relevancia, por su relativo impacto en los niveles generales de bienestar en salud de la población. Los aspectos preventivos y los factores condicionantes de la salud tienen una influencia mucho más relevante en resultados sanitarios tales, como esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil y otros de similar naturaleza. Sin embargo, estos indicadores venían mejorando significativamente, sin que ellos se expresaran en una mejor percepción ciudadana de la atención de salud. El bajo impacto de la atención curativa no se consideró como razón suficiente para no modificar sus mecanismos de atención y cumplir las aspiraciones ciudadanas.

En otras palabras, Chile lo habría hecho estratégicamente bien. En el año 2000 ocupó el lugar número 33 del informe de la OMS que evalúa los desempeños de los sistemas de salud (OMS, 2000), pese a gastar en atención médica directa menos de la mitad (315 dólares *per capita*) de lo que gastan 31 de los países que anteceden (800 dólares). Esto refleja una cierta eficiencia en la intervención de las determinantes en salud y permite presumir que la planificación general y las decisiones a nivel estratégico han sido las acertadas.

Sin embargo, lo contrario se observa en el nivel táctico, pues a pesar de los buenos indicadores biomédicos, persistían altos niveles de insatisfacción por parte de la población. Esta insatisfacción existía tanto en el sector público como en el privado, básicamente a nivel de la atención médica, y de la relación contractual de los clientes con las aseguradoras.

Esta mala percepción se centraba en la salud pública, básicamente en la incertidumbre de la oportunidad de atención, y la salud privada, en la inseguridad financiera y la posibilidad de caer en la pobreza producto de una enfermedad.

En efecto, desde el punto de vista del usuario, la salud pública presenta un alto nivel de incertidumbre en la oportunidad de atención. Según la encuesta Feedback (2001), a la hora de evaluar la calidad de la atención de salud, para la población general, la rapidez en la atención es el segundo elemento de importancia, sólo después de los conocimientos y experiencia de los médicos. Pero al controlar por nivel socioeconómico y tipo de sistema en el cual se atiende, los de niveles de ingresos más bajos y quienes son cotizantes de FONASA, valoran a un mismo nivel la rapidez en la atención con los conocimientos y experiencia de los médicos. La evaluación realizada por los Objetivos sanitarios 2000-2010, contextualiza estos resultados señalando que se trata de 'postergación' tanto en la oportunidad en la atención como en la información que reciben los usuarios, junto a la dedicación o compromiso de los que prestan el servicio.⁵⁶

La gran demanda que enfrenta el sistema público, que debe no sólo atender a los afilados de FONASA y a quienes no cuentan con seguro, como que también a quienes deben dejar las ISAPRE, producto del descreme, se traduce en menores fondos *per capita* en el sector debiendo asignarlos en base a listas de espera, que se producen fundamentalmente en cirugías electivas y consulta de especialistas. Si bien no existen evidentes efectos en términos sanitarios, representa un factor resentido por la población.

Como contrapartida, siempre desde el punto de vista de la percepción ciudadana, el sector privado no presenta dificultades de oportunidad en la atención, sino que en el nivel de protección financiera que entrega frente a una enfermedad grave o catastrófica y durante la vejez. Según el mismo estudio, mientras mayor es la edad o menor el nivel de ingresos, más fuerte es la percepción de desprotección del sistema privado, y al mirar el sistema en su globalidad, el 60% considera que el sistema público entrega mejor protección (Feedback, 2001).

De esta forma, para abordar esta insatisfacción ciudadana, se opta por cambiar el paradigma de atención curativa usado hasta ese momento, estableciendo las GE (Inostroza, 2005). Es decir, se elige un diseño específico de políticas, una forma de priorización sanitaria que, investida del reconocimiento de

⁵⁶ El mayor gasto en el sector impulsado durante los años noventa no cambiaron la evaluación ciudadana del sector público y de hecho, en alguna medida la empeoraron, al aumentar las expectativas sin satisfacerlas (Artaza, 2005). Según algunas opiniones (Organismo Andino, 2004) se puede explicar también por la identificación de ascenso social y bienestar con capacidad de consumo que provocaría una economía de mercado. En el caso de la salud, la población asimila la capacidad de consumo con el acceso a prestaciones por enfermedades, y no a un concepto amplio que incorpore prevención, promoción y fomento de la salud, razón por la cual aumentaría la exigencia de las personas por una la garantía de respaldo financiero para acceder a atención médica.

derechos específicos a las personas, procure garantías explícitas para brindar seguridad en las áreas que eran más sentidas por la población.

B. Las personas en el centro de las políticas

El mecanismo elegido para cambiar el paradigma permite poner a las personas, en su condición de titulares de derechos, en el centro de la política.

La reforma se orienta desde una óptica sanitaria o de salud pública, de tal modo que es en base a las enfermedades que se ordena la gestión y la asignación de los recursos. Pero a su vez, esta perspectiva se invierte de la entrega de titularidad o poder a las personas para que pudieran exigir, sin importar el sistema al cual se encuentra afiliado. De este modo, lo importante pasa a ser el cumplimiento de la garantía y no la titularidad del prestador, evitando discriminaciones y dando la mayor relevancia al resultado final para el ciudadano, quien exige que se le cumpla un derecho.

En el eje de la reforma está la creación de una partícula jurídica que no existía con anterioridad, las GE. Esta partícula permite crear un derecho que se incorpora al patrimonio de las personas al momento del diagnóstico o sospecha de la patología. Este derecho pasa a ser exigible, creando mecanismos *ad hoc* para asegurar su reivindicación. Antes de la reforma, el Estado era el responsable, dentro de su limitación de recursos, de procurar la atención de salud. Las personas tenían derecho a solicitar atención curativa, pero con una difusa exigibilidad, lo que se traducía en tiempos de espera sin control por el beneficiario. En los afiliados al sistema privado no existía una clara delimitación de los costos máximos a asumir, traduciéndose en situaciones de responsabilidad pecuniaria que muchas veces excedían las capacidades del cotizante, pasando a la insolvencia y a la pobreza.

Ahora las personas son reconocidas por las GE como titulares de derechos de modo explícito, y el aparato del Estado y/o el sector privado correspondiente, son los responsables de darle cumplimiento. La universalidad, exigibilidad y los estándares de oportunidad y calidad son definidos de modo explícito, se incorporan al patrimonio de las personas como derechos, incluso para quienes no contribuyen al financiamiento del sistema.

Miradas desde el punto de vista de la tarea del Estado, las GE también permiten impulsar una reorganización de su accionar. Ordena y articula los elementos de recursos, al establecer un resultado evaluable en su impacto; la gestión al tener que ordenar los medios al cumplimiento de las GE; y la priorización sanitaria, al establecerse las GE en un marco de objetivos sanitarios, todo de un modo que permite abordar directamente las aspiraciones de las personas.

C. Naturaleza de las GE

Desde un punto de vista de diseño de política, las GE constituyen un instrumento de priorización de los recursos, como sucedería en cualquier política social. En el caso de la salud, se asignan los recursos de acuerdo a las prioridades sanitarias, establecidas en un marco estratégico de políticas destinadas a mejorar las condiciones de salud de la población.

Sin embargo, el instrumento tiene la virtud de realizar la priorización sanitaria por medio del reconocimiento de derechos explícitos, de modo universal, exigible, en base a la equidad, poniendo a las personas en el centro de las políticas, empoderándolas. La priorización se realiza introduciendo al ordenamiento jurídico una partícula nueva 'las GE' reconociendo a un sujeto la potestad de reclamar de otros, del Estado y las ISAPRE la obligación de hacer. Es el mecanismo de priorización mismo el que incorpora el lenguaje y la lógica de derechos, ordenando recursos, atribuciones e instituciones para el cumplimiento de derechos.

Las GE no constituyen en sí mismas la realización de los derechos, pero es un instrumento que permite priorizar por medio del reconocimiento de los mismos.

D. Rendición de cuentas – exigibilidad

De la forma en que las GE están diseñadas, la rendición de cuentas toma una de sus formas más severas, la de exigibilidad legal. El control ya no es institucional, administrativo o político. Se pasa del control de los prestadores sobre sí mismos, al control de las personas que ejercen derechos vinculados a prestaciones sociales. La norma sanitaria otorga a las GE el carácter de derecho cuyo cumplimiento es exigible a FONASA y a las ISAPRE (Inc. 2 Art. 2, Ley 19 966). Se constituyen como obligación legal, estableciendo mecanismos de tutela, garantía y/o responsabilidad legal para su cumplimiento.

Una rendición de cuentas que toma la forma de exigibilidad legal, permite cambiar la lógica existente entre el Estado (o los prestadores) y los beneficiarios de la política, dejando de ser beneficiarios asistenciales para convertirlos en titulares de derechos con poder jurídico de exigir del Estado y de las instituciones privadas responsables, ciertos comportamientos, el cumplimiento de una obligación de hacer. Quedan obligados al otorgamiento —son sujetos pasivos de las obligaciones— FONASA y las ISAPRE, debiendo, conforme al artículo 4° letra a) sobre garantía de acceso: “asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18 469 y N° 18 933, respectivamente...”. La rendición de cuentas se lleva a un nivel de directa atribución a las personas.

Para ello se modifica la institucionalidad existente, creando nuevas instancias y procedimientos administrativos que aseguren su cumplimiento, dejando los procedimientos judiciales para hacer efectivas las responsabilidades por incumplimiento.

Otra característica de la exigibilidad en este modelo, radica en que ésta permite no restringir la flexibilidad en el diseño de la política. La Ley y la institucionalidad se establecen fijando las reglas por las cuales se seleccionarán las prioridades y las características de los derechos que van a emanar de la declaratoria. Es decir, se crea el Consejo consultivo, se establece el mecanismo de determinación de las GE, se instituye la garantía de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, pero se deja a la flexibilidad del diseño de la política, cuáles van a ser las patologías a las que se va a aplicar. El sistema habilita no restringir el diseño de la política, sino que frente a la política pasan a expresar objetivos de alta prioridad, establecidos como obligaciones, deberes de los gobiernos y los entes privados corresponsables.

El Decreto GE y los protocolos de atención GE, que determinan las prestaciones específicas que cada patología tiene asociadas —sus medicamentos, su tratamiento además de los aspectos financieros— sirve de mecanismo de codificación en el ámbito administrativo o contractual, en el caso de las ISAPRE. Esto permite establecer verdaderos derechos personales, limitando el espacio a la discrecionalidad de los responsables de su cumplimiento. La norma convierte a las personas en titulares de recibir atención médica relacionada con una determinada patología, de un modo pormenorizado y específico, creando en otros la correlativa obligación de proporcionar el tratamiento.

Por la misma razón, los protocolos de atención GE, permiten también zanjar en cierta medida, las dificultades de asimetría de información que existe en un mercado de esta naturaleza, donde el demandante no tiene dominio de la verdadera necesidad de su demanda,⁵⁷ ni la calidad del producto que adquieren.⁵⁸ A partir del diagnóstico, el titular de la GE tiene derecho a que se dé cabal cumplimiento al protocolo asociado a la patología elaborado bajo la evidencia científica disponible, pudiendo verificar su cumplimiento contra esa normativa.

De este modo, del incumplimiento se siguen consecuencias específicas y predeterminadas ante una autoridad independiente del obligado, para hacer cumplir las obligaciones o imponer sanciones por incumplimiento. Se trata de un nivel de juridicidad, exigibilidad administrativa y eventualmente judicial, creando un campo de poder para los titulares.

El hecho de atribuir a la Superintendencia de Salud con facultades para resolver controversias entre beneficiarios y los seguros, incluyendo tanto a FONASA como a las ISAPRE, permite hacer efectivas las GE de un modo más expedito y accesible que con un sistema puramente judicial. El declarar también que son

⁵⁷ Son los médicos quienes le indican qué consumir y cuándo.

⁵⁸ Sin un sistema de acreditación ni protocolos de atención, sólo el precio es señal específica de calidad para quien adquiere medicina.

responsables, por incumplimiento negligente de su obligación de asegurar, es señal de que su responsabilidad alcanza incluso a la indemnización de las consecuencias de su incumplimiento.

Al declarar expresamente como responsabilidad del Estado los daños que causen los prestadores públicos de salud a particulares por falta de servicio —en sus expresiones de acción y omisión— se reconoce la responsabilidad más allá del accionar individual de sus representantes, fortaleciendo la posición de los pacientes en la atención del sector público. Ellos podrán perseguir la responsabilidad no directamente en las personas que fueron responsables de la negligencia y mala práctica, sino que directamente en el Estado. Sin embargo, las deficiencias del sistema de mediación en esta materia representan una grave contrariedad.

Las modificaciones a la institucionalidad también aumenta la rendición de cuentas y transparencia del sistema. La separación de las funciones de administrador de la red y autoridad sanitaria (entre los servicios de salud y los SEREMI) permite clarificar las responsabilidades sobre la calidad y condiciones sanitarias de las prestaciones del sector público, al dejar de estar en un mismo órgano la fiscalización y la prestación. Lo mismo sucede con las nuevas facultades de la Superintendencia de Salud respecto de las GE y FONASA. Un órgano externo, distinto de los regulados e igual para los sistemas público y privado, brinda independencia a la fiscalización.

E. Universalidad

Las GE sirven de punto de referencia, de señal para el cumplimiento efectivamente universal de un derecho a la atención de salud, de un modo determinado y específico. El sistema general establece a partir de la Ley 18 469 un acceso universal, pero sin atribuir estándares de calidad u oportunidad. Por su propia naturaleza, al incorporar una determinada enfermedad como GE, se define como obligatoria su cobertura universal bajo ciertos parámetros garantizados. Así, la universalidad pasa a asegurarse bajo un modo específico, extendiéndola a un estándar superior con el fin de dar cuenta de las aspiraciones de la población.

Las GE como referencia permiten ir evaluando a través del tiempo la universalidad del acceso a prestaciones de salud bajo una estándar superior, que se establece como línea de equidad.

F. Equidad

Desde una perspectiva de derechos humanos, la pobreza denota un estado de privación de derechos (OHCHR, 2002) y son los pobres los que más ganan al establecerlos explícitamente. Mientras más grave es la privación, mayor es la ganancia, al quedar en iguales condiciones con aquéllos que ya gozaban del derecho. De este modo, los más pobres pasan a gozar de los mismos derechos que los demás, elevando sus condiciones para ponerlos en una línea de igualdad junto al resto de la población. Esto se enmarca en la relevancia constitutiva de los derechos humanos para la pobreza. Si la falta de dirección de la persona sobre los recursos económicos juega un rol en la realización de los derechos (OHCHR, 2002), puede presumirse que las GE habilitan trasladar la dirección, el poder sobre el derecho a atención de salud a las personas.

Se diseña el derecho —las GE— desde una perspectiva universal, sin establecer una focalización determinada.⁵⁹ Sin embargo, quienes más se pueden beneficiar con el reconocimiento de un derecho son aquéllos a los cuales se les ha privado con mayor severidad. De esta forma, a pesar de no focalizar directamente, sí se establece una línea mínima de equidad que favorece directamente a los más pobres.

Así, la equidad se logra mediante la universalidad e igualdad en el acceso a la atención de salud. Se asegura asistencia sanitaria, de acuerdo a las condiciones de salud e independiente de la capacidad de pago de las personas, con determinados estándares de calidad, oportunidad y acceso financiero. Además, se incorpora

⁵⁹ A pesar de incluir, como se anotó, el factor equidad dentro del mecanismo de determinación. Pero todos, no sólo los pobres, son titulares de las GE.

un elemento de igualdad para los sistemas públicos y privado, por cuanto el otorgamiento de las GE es obligatorio en ambos sistemas.⁶⁰

1. Inequidad entre grupos socioeconómicos

Sin embargo, a la hora de priorizar enfermedades o situaciones de salud a incluirse como GE, pueden no considerarse enfermedades que afectan con mayor severidad a grupos de menores ingresos en comparación con los de mayores recursos, o enfermedades que no contribuyan a variar esta brecha, con lo que la ganancia para el pobre por vía reconocimiento de derecho, es mínima. Sin embargo, como se señaló, al menos para las primeras 25 garantías, el algoritmo de determinación GE incluye, dentro del factor trascendencia, la equidad de una determinada enfermedad o situación de salud, entendida ésta como la identificación de enfermedades con brechas de mortalidad por extremos socioeconómicos. En otras palabras, al elegir las GE, se consideró como factor de ponderación, la identificación de inequidad para construir el puntaje de priorización sanitaria, lo que implica una política para que la línea de igualdad pueda impactar mayormente en los grupos de personas que sufren más severamente ciertas patologías por su condición socioeconómica.

Ejemplos de estas patologías con diferenciales por grupos socioeconómicos incluyen la diabetes donde, usando un *proxy* del nivel socioeconómico de años de escolaridad, presenta una diferencia de 6,1 veces entre personas sin educación con quienes tienen 13 o más años de educación. Las infecciones respiratorias agudas (IRA) tiene diferenciales de 5,8 veces, el VIH/SIDA de 9 veces, todas incluidas entre las primeras 25 GE. La efectividad de esta medida en reducir esta diferencial debe evaluarse con el tiempo.

2. Inequidad en el acceso financiero

Del mismo modo, la garantía de protección financiera puede contribuir a fortalecer una perspectiva de equidad. La necesidad de protección financiera se fundamenta en que la enfermedad constituye un *shock* impredecible para los individuos, que afecta sus ingresos de manera importante, y que puede menoscabar su capacidad de consumo de otros bienes esenciales, transformándolos en pobres. De este modo, el sistema de copagos en el sistema público se construye sobre la base de dos criterios; uno, que señala que éstos deben ser independientes del uso efectivo de los servicios y relacionarse, en cambio, con la capacidad de pago de los individuos. El segundo, en el sentido que los hogares no deben comprometer más de un determinado monto absoluto o porcentaje de sus ingresos, con el fin de evitar que los gastos en salud los empobrezcan o los mantengan en la pobreza.

En el sistema privado, como ya se señaló, el monto de la prima AUGE es determinado por cada ISAPRE, pero debe ser única e igual para todos sus afiliados independientemente de su riesgo relativo. Así, aunque de forma muy limitada, se introduce un elemento de solidaridad en el sistema privado, no pudiéndose discriminar por factor de riesgo en la determinación del precio de las GE.

3. Inequidad en calidad

La calidad identifica el conjunto de atributos con que, basados en el conocimiento vigente, las prestaciones de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados, incluyendo la mayor satisfacción usuaria. La garantía de calidad de las GE, de hacerse efectiva, podría permitir establecer una línea base de equidad en el modo en que se realizan las prestaciones de salud, independiente del nivel de ingreso.

El mecanismo abre la posibilidad de que toda prestación tenga una línea de equidad en la calidad (independiente de si la prestación se materializa en el sector público o privado), y estas reglas de calidad deben ser las mismas para cualquiera de los prestadores. Ésta es la finalidad del mecanismo de acreditación y control externo que se creó al efecto, a cargo de la Superintendencia de Salud y las Secretarías regionales

⁶⁰ Cabe señalar aquí que el mecanismo no se instaló necesariamente en la agenda de lucha contra la pobreza, sino en una más amplia de equidad y seguridad social para la población. En el debate político al interior del Parlamento y el apoyo de la DC, la búsqueda de apoyo a la clase media tuvo especial énfasis.

ministeriales, lo que significa un tercero imparcial ante el cual se controla la calidad, salvando dificultades de asimetría de información,⁶¹ y no dejando exclusivamente al precio como señal de calidad.

Sin embargo, el componente aún no se pone en práctica y está en tela de juicio la real voluntad de avanzar en su realización. Este cuestionamiento es especialmente grave al exponer un ajuste de las prestaciones por la vía de la calidad, al no poder ajustarse por precio. En otras palabras, ante la rigidez en las asignaciones de recursos del sector público y de los límites en la fijación de la prima AUGE en el sistema privado, puede darse que las diferencias que se producen entre costos y recursos, sean zanjadas ajustando la variable calidad. Asimismo, incluso si el mecanismo es efectivo, no se divisa una variación sustancial en la brecha de calidad entre el sistema público y el privado, sólo una línea base de calidad.

4. Inequidad geográfica

Si bien tanto en los objetivos sanitarios como en las evaluaciones del sistema, se planteaba una grave desigualdad vinculada a la localización geográfica, la reforma no presenta un claro componente de equidad en esta materia.

Esta inequidad se vincula al acceso y calidad a la atención primaria, que presenta grandes diferenciales asociadas al nivel de ingreso de los municipios, y al acceso geográfico a mayores niveles de complejidad. La reforma no abordó directamente esta inequidad, evaluándose como un déficit. Sin embargo, la materia se abordó en la discusión política (no legislativamente) expresándose en un compromiso presidencial de aumentar los recursos destinados a atención primaria desde un 12% a un 30% de los recursos públicos de salud. Este aumento de recursos está asociado a indicadores de gestión de calidad, que han sido negociados con los gremios dando origen a movilizaciones y paros.

Sin embargo, según otras opiniones —en atenciones con mayor nivel de complejidad— las GE podrían mejorar geográficamente las atenciones. Como el sistema GE implica que la carga en el cumplimiento de las garantías se traslada al prestador, debiendo ordenar los recursos de forma tal que pueda hacerlas efectivas, sin poder discriminar en localización geográfica, permitiría mejorar las condiciones con preferencia en lugares con menor infraestructura (Sánchez, 2005a).

5. Inequidad provocada por la dualidad del sistema

Los pobres y enfermos se concentran en el sistema público, mientras los sanos y de mayores ingresos, en el privado; en un sistema dual y fraccionado, producto del desceme⁶² y el reaseguro del sector público. Como se señaló, claramente no hubo capacidad política para modificar este modelo, razón por la cual se señala a la reforma no como fundacional, (a diferencia de la de los años cuarenta y ochenta) sino sólo un perfeccionamiento a través de la regulación del mercado privado y generación de GE en base a prioridades sanitarias. Hubo un intento fracasado en intervenir el modelo, a través del Fondo solidario que se vio frustrado en su tramitación parlamentaria, resultando en el Fondo de Compensación Interisapres reducido a compensar los riesgos entre los afiliados al sistema privado. De este modo, con ciertos matices, la inequidad global presente en el sistema se mantiene.

G. No discriminación

El modelo, al asumir expresamente el lenguaje de derechos, permite reconocer la igualdad ante la Ley, por medio del cual la normativa debe formularse en términos generales, aplicarse a todos por igual y ser exigible por todos. De este modo, y gracias al uso de la lógica y el lenguaje de derechos, se establece *a priori* una prohibición de discriminar arbitrariamente.

⁶¹ Por la cual el usuario no puede contar, a un costo razonable, con la información necesaria para evaluar la calidad de la prestación, por medio de una señal distinta a su precio.

⁶² Selección por riesgos que realiza el asegurador, mediante la cual se evita tomar asegurados con mayor gasto esperado, buscando atraer clientes de bajo riesgo, por medio de diversos mecanismos discriminatorios. En el caso chileno, este desceme, sumado a los costos del sistema privado, hacen que la distribución de la población por sistema sea segregada, por diferencias de ingresos, sexo y edad. Las ISAPRE concentran la población masculina, joven y de mayores ingresos y FONASA concentra a la población femenina, los sectores de menores ingresos y edades de mayor riesgo (CASSEN, 2000).

Pero esta igualdad legal puede quedarse en igualdad formal si la no discriminación no se expresa materialmente, a través de mayor equidad y en la inclusión de individuos o grupos marginados. Las acciones del sistema público no son evaluadas con niveles de discriminación relevante, pero sí la dualidad del sistema y el interior del sistema privado.

— *Discriminación en el sector público.* El modelo GE diseñado, desde que establece un acceso universal en iguales condiciones básicas de calidad y oportunidad, por su propia naturaleza, implica la no discriminación arbitraria hacia individuos y grupos vulnerables, marginados o socialmente excluidos. La lógica de derechos utilizada tiene ese mérito. Pero no necesariamente promueve una preocupación especial por ellos.

En sí mismo, el modelo no considera una discriminación positiva hacia grupos excluidos ni una focalización de recursos especial en ellos. Se puede decir que en esta materia, la política puede beneficiar a los discriminados de un modo similar al que favorece al pobre en materia de equidad, quienes más se benefician con el reconocimiento explícito de un derecho son aquéllos a los cuales se les ha privado con mayor severidad.

— *Discriminación al interior del sistema privado.* Como se anotó, la naturaleza del sistema de ISAPRE se basa en la posibilidad de segregar entre los afiliados, al establecer planes de salud basados en riesgo individual. Este sistema, con su discriminación intrínseca, se mantuvo debido a la imposibilidad política de modificarlo, lo que —como se señaló en el capítulo anterior— representa la principal deficiencia de la reforma en materia de discriminación. La efectividad de las modificaciones para moderar la selección deberá evaluarse con el tiempo.

Pero al menos, las patologías GE se establecieron de modo tal que no es posible discriminar por riesgo, descremar, ni ajustar por nivel de ingresos, lo que permite, al menos para estas garantías, disminuir la discriminación. La lógica de derechos utilizada, junto a la introducción de elementos de solidaridad financiera —a través del Fondo Interisapres— permite disminuir la discriminación arbitraria al interior del sistema privado.

Cabe anotar también, que si bien las GE son universales, muchas de las primeras 25 que se establecieron benefician exclusivamente a grupos específicos de población, 5 benefician exclusivamente a niños,⁶³ 2 exclusivamente a adultos mayores,⁶⁴ 2 exclusivamente a mujeres⁶⁵ y sólo una es exclusiva para hombres.⁶⁶ Las restantes son generales para la población, aunque algunas excluyen niños o personas mayores.⁶⁷ Lejos de significar una discriminación, son indicadores de enfermedades con incidencia mayor en ciertos grupos y tratamientos análogos en cada uno.

— *Discriminación intercultural.* Del mismo modo, la incorporación del enfoque intercultural en salud en comunas con alta concentración indígena, dentro de las funciones del Ministerio, implica al menos, un mandato por incluir esta perspectiva en sus políticas, que será necesario evaluar en el futuro.

H. Participación

La precaria participación ciudadana es el principal déficit de la reforma desde un enfoque de derechos, y según la evaluación de buena parte de los entrevistados.

En la etapa de revelación de preferencias, claramente, todas las encuestas de opinión ciudadana establecían el tema salud como dentro de las tres principales preocupaciones de la población.

En una etapa de elección de la nueva política, si bien hubo variadas instancias de participación, fundamentalmente con trabajadores y gremios del sector, ésta no tuvo una repercusión significativa. Cuando

⁶³ Cáncer infantil, en menores de 15 años; infección respiratoria aguda en menores de 5 años; epilepsia, para niños menores de 15 años; prematuridad; salud oral integral para niños de 6 años.

⁶⁴ Artrosis de cadera que requiere cirugía con prótesis, en adultos de 65 años o más; neumonía, en mayores de 65 años.

⁶⁵ Cáncer cervico-uterino y cáncer de mama, en mayores de 15 años.

⁶⁶ Cáncer testicular, en mayores de 15 años.

⁶⁷ Cataratas en mayores de 15 años; hipertensión arterial, en mayores de 15 años; marcapaso en mayores de 15 años; trastornos de la conducción (ciertas arritmias): escoliosis que requiere cirugía, en menores de 25 años.

se presentó el diseño del gobierno, la dinámica con los gremios de la salud fue de confrontación, negociación y arreglo/derrota política. Al menos sí se consideró en el diseño de la política las aspiraciones de la gente, gracias a los resultados de la encuesta que fue encargada durante el proceso de elaboración de la propuesta (Feedback, 2001). Los resultados de al menos una encuesta fueron también considerados en la determinación de las GE, siendo utilizada como factor de ponderación en su algoritmo (MINSAL, 2002b). Pero claramente no hubo relevante participación ciudadana directa en el proceso de formulación de la política.

En la fase de funcionamiento, también se evalúa como deficitaria la participación. La nueva institucionalidad creó diversas instancias de consulta colegiada, donde sólo una considera a los usuarios directamente, los Consejos consultivos de usuarios de los establecimientos de autogestión en red. Estos consejos venían funcionando desde antes de la puesta en marcha de la reforma, en los llamados 'hospitales experimentales'.⁶⁸ Según su reglamentación, son la instancia de control social propia del establecimiento que retroalimentará la gestión del mismo y asesorará al jefe superior. Se constituyen principalmente de la comunidad usuaria del establecimiento, además de los trabajadores del establecimiento y representantes de los niveles directivos del mismo.

No obstante, sí se crearon una serie de instancias consultivas, que permiten incorporar a lo menos, un nivel indirecto de participación, dado que se consideran personas naturales en su integración. Una de ellas es el Consejo asesor del SEREMI, cuyas funciones incluyen pronunciarse sobre el Plan de salud pública regional, participar en la elaboración de propuestas tendientes a mejorar la salud de la población y proponerlas al SEREMI y sancionar las consultas que éste le formule. Se han formado en algunas regiones, como la Metropolitana, I y VIII. Por ejemplo, el Consejo asesor del SEREMI de la I Región está conformado por 38 personas, incluyendo dirigentes de uniones comunales, organizaciones de pueblos originarios, alcaldes, representantes de universidades, mutuales, de establecimientos educacionales privados y públicos, y de cámaras de turismo y comercio. Recién se están constituyendo, por lo que no es posible evaluar si forman una instancia de participación efectiva.

Otras instancias tienen carácter de coordinación técnica, como el Comité técnico consultivo de la atención primaria, el Consejo de integración de la red asistencial, y el Consejo técnico de los establecimientos de autogestión en red.

Mención especial merece el Consejo AUGE. Este organismo debiera legitimar las decisiones respecto de nuevas GE, a través de su discusión pública, la representatividad y autoridad de sus integrantes. El establecimiento de derechos debe tener un nivel de legitimación que pueda ser reconocido socialmente y evitar así cuestionamientos futuros. En cierta medida este Consejo puede permitir ese respaldo, pero de un modo indirecto, sólo basado en la autoridad de sus integrantes. Su integración no considera a las ISAPRE, ni farmacéuticas, ambos importantes grupos de presión y captura, por lo que en el futuro tendrá que evaluarse como se expresaron esas presiones y si hubiera sido conveniente transparentarlas directamente en el Consejo.

I. Gradualidad

En el diseño del mecanismo GE se incorporó el elemento gradualidad en la realización y establecimiento de derechos y se creó una institucionalidad y mecanismos transparentes de priorización en el tiempo. El mecanismo considera, por una parte, las prioridades sanitarias, la magnitud y severidad del problema en la población, la inequidad y las aspiraciones de la gente, y en la otra, incorpora las restricciones de recursos, la efectividad de su gasto, y la real disponibilidad de infraestructura física y humana para enfrentar la situación de salud.

El mecanismo sigue la figura de una política diseñada desde una perspectiva de derechos. Al momento de priorizar pone en el centro a las personas y el reconocimiento de derechos explícitos, balanceándolas junto a las limitaciones del país en materia de recursos, permitiendo limitar la influencia de los grupos de presión en la determinación de las prioridades.

⁶⁸ El modelo de 'hospital experimental' se desarrolló durante el período 1994-2000 y corresponde a un nivel de autonomía aún mayor a los autogestionados, son servicios públicos funcionalmente descentralizado, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio. Estos hospitales son dirigidos por un director con carácter de funcionario de la exclusiva confianza del Presidente de la República. Existen actualmente en las comunas de Padre Hurtado, Peñalolén y Maipú.

De este modo, es posible presumir que el sistema transparente, al menos relativamente, la realización progresiva. Le da un marco conocido, puntos de referencia nacionales desde el cual medir los avances en la realización del derecho, siempre centrándose en los resultados que las personas pueden esperar. El proceso de determinación es técnico y político, admitiendo la incorporación de diferentes visiones. La sustancia del resultado se encuentra previamente enmarcada en la Ley.

Luego de los filtros técnicos, la real discusión de alternativas entre futuras garantías estará sujeta a la composición, transparencia y funcionamiento del Consejo AUGE. Aunque sus resultados no son vinculantes, sino sólo rango de Consejo asesor del Ministro, la publicidad y transparencia de su discusión interna, como también la legitimidad e influencia de sus integrantes va a ser determinante a la hora de fijar prioridades y establecer o postergar garantías. Como se señaló, se dejó fuera del Consejo a representantes de la industria, de las ISAPRE, farmacéuticas, representantes formales de prestadores. Puede ser objeto de crítica, si se mira como positivo poner todos los elementos sobre la mesa, pero esta medida deja fuera consideraciones sectoriales dando prioridad al interés de la sociedad en su conjunto.

J. Perspectiva de derechos construida ‘desde abajo hacia arriba’

El famoso caso sudafricano “Gobierno de la República de Sudáfrica y otros contra Irene Grootboom y otros” es visto como paradigma de la incorporación operativa de los instrumentos internacionales de DESC en la normativa nacional. El caso utiliza directamente la norma internacional para interpretar la regulación interna en cuanto a si la política existente da cumplimiento al derecho a la vivienda. Puede llamarse que la incorporación del enfoque de derechos es de ‘arriba hacia abajo’, la exigibilidad se remite directamente desde la norma internacional a la política pública nacional.

Se puede decir que la construcción de las GE se realizó desde una lógica inversa, de ‘abajo hacia arriba’. En el horizonte está el paradigma del marco normativo de los derechos humanos, pero no se optó por un reconocimiento directo o inmediato de la norma internacional, con exigibilidad judicial para forzar a la autoridad a adecuar sus políticas para dar cuenta de los derechos. Lo que se hizo fue evaluar la capacidad de recursos existente para luego discernir, mediante un proceso de priorización, cuáles de los derechos considerados en abstracto y sin exigibilidad explícita, podían transformarse en derechos plenamente exigibles, creando un instrumento jurídico específico para el efecto, las GE.

VI. Lecciones

A. Valor intrínseco del enfoque de derechos y de la partícula GE

Una lección importante que se puede obtener de la forma en que se diseñó el componente de prestaciones de salud en la reforma chilena es el valor intrínseco o en sí mismo que tiene el utilizar la forma de GE.

Las GE son un mecanismo de priorización sanitaria, que busca priorizar la inversión de recursos para perseguir estratégicamente la obtención de ciertos resultados sanitarios.

Sin embargo, se pudo haber utilizado otro sistema diferente. Desde que la reforma provino del Ejecutivo, perfectamente se pudo haber elegido un mecanismo que no significara asumir mayores niveles de responsabilidad para el Estado. Se pudo haber aumentado los recursos sobre la base de prioridades sanitarias, sin que ellas se tradujeran en GE. Se pudo haber asumido compromisos de disminución de tiempos de espera, sin que fueran exigibles directamente por los pacientes, sino que dejándolos a un control interno de eficiencia. Se pudo haber establecido las prestaciones en un mayor nivel de discrecionalidad de los médicos, sin que se pudiera contrastar la atención recibida con un protocolo explícito de atención. Incluso es posible pensar que los resultados de estas políticas, en términos de objetivos sanitarios, pudieron haber sido similares.

Al incorporar la lógica de derechos, se logran los efectos virtuosos descritos al comienzo de este estudio. La política permite atribuir a las personas el carácter de sujetos activos de derechos y el sistema completo debe velar por cumplirlos, de un modo directo, explícito y específico. Las personas no reciben los beneficios producto de una concesión graciosa de la autoridad, por clientelismo o en virtud de la focalización. Pero desde que se eligió un

mecanismo de garantías explícitas, la forma que adquiere la política permite dar un giro en el modo de enfrentar las prioridades y la manera que tiene el sector público y el privado de relacionarse con los pacientes, adquiriendo ésta un valor en sí mismo. Esta forma es la lógica, el lenguaje y las características de derechos.

La política pasa a centrarse en las personas, su construcción se realiza desde ellas, tomando en cuenta sus aspiraciones y poniendo a los responsables de las prestaciones al servicio de ellas. Las personas se empoderan por la introducción del concepto de derechos en sí mismo. Ya no son sólo 'necesitados' objeto de una política, sino que titulares de derechos de los cuales se derivan correlativas obligaciones jurídicas para otros. Por la existencia del derecho, surge la obligación de rendir cuenta por su cumplimiento, de observarlo sin discriminación alguna, de establecerlo de modo universal. El uso del enfoque de derechos tiene un valor intrínseco, e incorporarlo en el diseño de la política tiene un mérito en sí mismo.

En el caso específico de las GE, con sus limitaciones, el enfoque de derechos logra ser integrado de un modo compatible con una orientación estratégica de prioridades públicas, en un marco de restricción de recursos. Esto se logra definiendo previamente los objetivos sanitarios que se quieren perseguir, explicitando en el proceso de selección de las GE, el marco de recursos con que se cuenta para financiarlas, y estableciendo una institucionalidad y esquema claro para incrementarlas en el tiempo.

Lo que subyace en esta política es usar el enfoque de derechos como medio de dirección estratégica de recursos para obtener resultados sanitarios y de satisfacción usuaria. Se eleva el estándar de atención a una garantía GE en aquellas atenciones que se evalúan como de mayor impacto en la mejoría de indicadores tales como incidencia, AVISA y mortalidad, dentro de la capacidad de oferta, marco de recursos disponibles, etc., con el fin de lograr mejores resultados en las metas propuestas. Pero la utilización del enfoque de derechos en este marco tiene valor en sí mismo.

B. Valor del empoderamiento como mecanismo de manejo de grupos de presión y captura

Desde una perspectiva de la teoría de decisión pública, algunos análisis económicos enfatizan las ineficiencias en la provisión de servicios públicos, incluyendo la provisión de salud, por la captura que sufre el Estado de distintos grupos de presión (Gauri, 2003). En el caso estudiado, el Colegio Médico, la industria farmacéutica, las ISAPRE, junto a las demás organizaciones gremiales involucradas representan importantes grupos de presión y captura para sus intereses propios, los que no necesariamente están alineados con los públicos.

Las soluciones económicas a los grupos de interés y captura, pasan por fortalecer la posición política y de mercado de los beneficiarios de la política, a través de la oferta de alternativas, exponer a los proveedores a la presión de la competencia o permitiendo una mayor participación de los beneficiarios en la toma de decisiones y en el monitoreo. En otras palabras, promover el empoderamiento del receptor final, para que los intermediarios no distorsionen los medios y fines de los servicios proveídos públicamente en virtud de sus propios intereses.

De este modo, a través del empoderamiento, la solución económica está alineada con el efecto buscado por la perspectiva de los derechos humanos. La introducción del concepto de derechos en forma explícita, permite el empoderamiento de las personas. Las políticas públicas ya no reconocen sólo beneficiarios, sino personas titulares de derechos y al Estado como el principal agente obligado a respetar, proteger, promover y garantizar esos derechos. El reconocimiento expreso y explícito de los derechos inmanentes de las personas, como obligaciones legales exigibles, las empoderan frente al Estado.

El empoderamiento a través de los mecanismos de exigibilidad de las GE, fortalece la posición política de los beneficiarios, puesto que tienen un nivel de control superior del acceso, oportunidad y calidad de la provisión de salud. Las faltas que se produzcan pueden ser observadas por el beneficiario particular, pero también por los afiliados en general al transparentarse las estadísticas de reclamos y resolución de conflictos. Afianza su posición política también, al intervenir un tercero distinto del reclamado, como sucede con el rol de la Superintendencia de Salud. Produce igual efecto la transparencia que involucran los protocolos de atención, la medicina basada en la evidencia y su obligatoriedad, que fortalece la posición de los pacientes y la

autoridad frente a médicos, prestadores y farmacéuticas, al tener una referencia clara de qué, cómo y cuándo se debe proceder.

El mecanismo GE permite también mejorar la posición de mercado del afiliado al sistema privado. Transparenta el mercado al generar un producto que debe ser ofrecido en condiciones equivalentes, de fácil comparación entre los consumidores y de precio transparente, facilitando su decisión al analizar alternativas. Genera alternativas, al mejorar las condiciones de oferta del sistema público, lo que ya se ha traducido en el traslado relevante de afiliados desde las ISAPRE a FONASA.

Mejora también la posición del Estado para contener la captura proveniente de la influencia de las ISAPRE. Esto se produce ante la obligación de generar información sobre las prestaciones GE, sus reclamos y resolución, sobre sus valores y cobros, sobre las características de los afiliados de cada una y su utilización de las GE, pudiendo comparar esta información entre las distintas ISAPRE y contrastarla con el sistema público. Este tipo de información hace posible que los controles se ejerzan y que permitan, por ejemplo, promover la denuncia de colusión de las 5 principales ISAPRE. Sin embargo, estas condiciones no logran controlar la influencia política que ejerce el sector ISAPRE, a través de su presumible financiamiento de campañas políticas,⁶⁹ que le otorga un importante nivel de captura.

C. Valor de las políticas centradas en las personas como mecanismo de orientación estratégica de recursos financieros, humanos y físicos

La perspectiva de derechos impulsa a las políticas a centrarse en las personas, lo que facilita enfocar los recursos financieros, humanos y físicos a metas definidas en torno a ellas.

Ayuda a producir un efecto similar al que buscan teorías de gestión orientadas a los clientes, situar los medios para obtener la satisfacción del consumidor. Para lograr los resultados deseados se mira desde la perspectiva del cliente la forma en que se proveen los bienes y servicios, dirigiendo el despliegue de recursos en los resultados que ellos reciben.

La presión que significa dar cumplimiento a las garantías explícitas y los protocolos de atención estimula la búsqueda de mejores sistemas de gestión al interior del sector público. La coordinación de la multiplicidad de órganos que intervienen, la tecnología que debe utilizarse, el costo-efectividad de las acciones debe concertarse para dar cumplimiento a los resultados a nivel del afiliado.

En el caso de las GE se corre el peligro de centrar la gestión únicamente en las patologías calificadas como GE, postergando el resto de las enfermedades. Sin embargo, es posible que se produzca el efecto contrario.

La puesta en marcha del sistema GE implica mejorar los mecanismos de coordinación e integración general del sistema. Donde antes había un régimen compartido, ahora debieran existir los incentivos para actuar concertados y poder dar cumplimiento de las garantías. Puede producirse, por un lado, el mejoramiento de los elementos básicos comunes a las patologías GE y no GE, como equipamiento, infraestructura, sistemas de información, monitoreo y seguimiento, distribución de especialistas, etc., con positivos efectos en ambas. Y al mismo tiempo, el modelo debiera estimular la generación de sinergias que redundan en nuevas formas de gestionar la atención, dando lugar a eficiencias que mejoren la gestión general del sistema, sin distinguir necesariamente en GE y no GE.

⁶⁹ Los mecanismos la regulación del financiamiento de las campañas políticas no logran transparentar los recursos provenientes de extensos sectores con gran influencia económica. Existe una fuerte presunción en el sector político de que las ISAPRE proveen de abundantes recursos a muchas campañas.

D. Valor de las GE como incentivo a cambiar la modalidad de provisión de seguros privados

Desde el punto de vista económico, la salud es un bien superior. La proporción del ingreso del destinado a este bien aumenta a medida que aumenta el ingreso de las personas. Esta característica, en un ambiente de seguros privados, con modelos de asociación seguro-prestadora basados en pagos por prestación (*free for service*), sin clara orientación sanitaria, contribuye a provocar un espiral de costos y el encarecimiento del sistema. En el caso chileno, esto significó aumento en los niveles de primas y disminución del número de afiliados del sistema ISAPRE. Junto a la escasa competencia, la insatisfacción de los usuarios se incrementa, porque sienten que están pagando mucho más de lo que se le retribuye como producto.

Previo a la reforma, la libertad de acordar los planes de salud a nivel individual era amplia. El incentivo de mercado estaba puesto para que los excedentes se obtuvieran en la relación uno a uno; es decir, de la diferencia que se obtiene cobrando al afiliado lo que estaba dispuesto a pagar en función de su riesgo individual y del gasto esperado que iba a tener. Esto inhibe la posibilidad de introducir un mayor esfuerzo de solidaridad, compensar riesgos entre distintos tipos de población y de hacer compensaciones por nivel de ingresos.

Las GE permiten introducir en el mercado privado un producto obligatorio, un plan de salud básico explícito⁷⁰ como contraprestación a las cotizaciones bajo la lógica de salud administrada. Esto constituye una oportunidad para que las ISAPRE dejen exclusivamente de comprar y vender prestaciones aisladas a los prestadores —exámenes de laboratorio, consultas médicas, una a una— según las demandas de sus planes de salud, sino que pasen a ofrecer soluciones integrales de salud por patología —el paquete de atención que implica, por ejemplo, atender la diabetes. A través de nuevos y distintos arreglos con los prestadores, pueden ofrecer paquetes de soluciones costo-efectivas de calidad acreditada para atender patologías GE. Estos paquetes corresponden a la solución integral de cada patología, siguiendo las prescripciones de la medicina basada en la evidencia a través de la puesta en práctica de los protocolos de atención en prestadores acreditados y controlados. Cada ISAPRE puede competir, compartiendo riesgos con los prestadores, en la oferta de más y mejores paquetes de soluciones integrales, que pueden ir más allá de las GE que se decreten (Sánchez, 2005a, Inostroza, 2005).

Se puede, bajo este esquema, imaginar en el futuro un sistema privado bajo un seguro único que no discrimina por riesgos. Las ISAPRE ya no ofrecerían planes de salud asociados al riesgo individual, con coberturas sin especificidad por patologías, sino que podrían recibir cotizaciones por la oferta de mejores paquetes de solución integral de salud donde los incentivos a la eficiencia, los excedentes, se basarían en la atracción de clientes por la mejor solución integral por patología.

Desde la puesta en marcha de la reforma se produjo una competencia FONASA-ISAPRE, donde cotizantes de clase media migraron del sistema privado al público frente a una mejor oferta del sector. Esta fuga de cotizantes —junto al control de la espiral de costos— debiera incentivar a las ISAPRE a ofrecer productos mejores y más baratos, en un contexto de primas que no discriminen por riesgo. Este nuevo esquema puede significar una oportunidad para que estas instituciones privadas cambien su modalidad de compra en el largo plazo.

E. Valor del uso del instrumento legal

En un momento se popularizó en diversos países la utilización de ‘cartas de derechos ciudadanos’, como buena práctica de la administración con miras a empoderar a las personas y someter a la administración a los rigores de establecer ‘derechos’ a los usuarios que significaban obligaciones para el sector público. Estas cartas establecían, de modo más o menos genérico, lo que podían esperar las personas sobre las actuaciones del ente público, en materia de plazos, formas, trato, etc., e incluían instrumentos tan importantes como el ‘silencio administrativo’. Se incluían en ellas también una serie de deberes ciudadanos, buscando también incentivar ciertas conductas en los usuarios que permitieran una mejor actuación de la administración.

⁷⁰ Las GE más la cobertura de FONASA en cuanto a protección financiera en su modalidad ‘libre elección’.

Sin embargo, este instrumento cayó en desuso por la debilidad de sus obligaciones. Éstas eran establecidas administrativamente por la autoridad y de modo unilateral, regulando ella el nivel de exigencia que establecía, el que podía relajarse a discreción si lo consideraba necesario. En buena medida, la fortaleza de estas cartas dependía de la voluntad política existente.

Contrariamente las GE son establecidas mediante la Ley. No es posible rebajar el marco establecido por la discrecionalidad de la autoridad política de turno, sino que requiere de un acuerdo parlamentario.

La creación de las GE, y su mecanismo de actualización implicaron un acuerdo político de alto nivel, que obliga a la autoridad a cumplirlo. Junto a las consecuencias administrativas del incumplimiento, se pone en peligro la credibilidad política de la autoridad. Por esta razón, algunos actores señalaron que las GE corresponden a un nivel superior de ‘el hermano mayor de las cartas de derechos ciudadanos’ (Inostroza, 2005).

Esto se vincula con el concepto de ‘normatividad en sentido fuerte’ que emplea Quintana (Quintana, 2004). La ‘normatividad en sentido fuerte’ involucra que los aspectos centrales de la política se regulan por normas jurídicas de carácter permanente y no quedan entregadas a una mayor discrecionalidad de los agentes encargados de su implementación, lo que para este autor sería la esencia del enfoque de derechos (Quintana, 2004). Contrariamente, políticas basadas en una juridicidad débil, o mínima, típicamente los programas sociales creados vía potestad reglamentaria de la administración, no son capaces de reconocer derechos permanentes a favor de sus beneficiarios.⁷¹ El goce efectivo de estos derechos queda entregado a la decisión discrecional de la autoridad político-administrativa.

Esta normatividad en sentido fuerte en el presente caso, está dada por las leyes constitutivas de la reforma, y en especial por la Ley 19 966 sobre RGGs, al establecer explícitamente a las GE como derechos y mandante del resto de la normativa para ponerla en práctica, como los decretos GE, protocolos, etc.

De este modo, el uso de la Ley como instrumento de instalación de la política tiene un valor en sí mismo, más allá del instrumental.

El hecho de que sea la Ley la que plasme la política social, involucra la necesidad de un proceso legislativo, una serie de acuerdos políticos de al menos mediano plazo, que brindan una legitimidad y fortaleza a la política que no es posible de alcanzar por la vía reglamentaria.

También permite reforzar la no regresividad, puesto que para reducir los alcances de la política se requiere de un nuevo acuerdo político. Pero al mismo tiempo, puede hacer más lenta la actualización de la política y más rígida su implementación. Sin embargo, el mecanismo diseñado a través de las GE tiene la virtud de establecer el marco de derechos, de manera específica y concreta, pero dejando a otro órgano, la actualización de lo que será incluido como GE, el Consejo consultivo. La Ley fijó los mecanismos de selección, los elementos que se consideran como prioritarios, las líneas para seguir la estrategia de salud pública, los márgenes de recursos fiscales, pero entrega un grado de flexibilidad que permite direccionar la política.

La vía legislativa también hace que resulte natural el que tome la forma de derechos. La Ley necesariamente se va a basar en un mandato constitucional, expreso o tácito, de legislar en una determinada materia. La Ley necesariamente va a tener que hacer referencia al marco interno o internacional que regula la materia, donde primero van a estar las garantías constitucionales y los tratados internacionales de derechos humanos, todos los cuales toman la forma de derechos. Resulta natural que la legislación correspondiente tome similar forma y estructura, basándose en un sistema de reconocimiento de derechos.

⁷¹ Siempre se requerirá una autorización presupuestaria, que es materia de ley. Sin embargo, ésta no es suficiente para ser considerada “normatividad en sentido fuerte”, por su carácter temporal y ausencia de compromiso de financiamiento de largo plazo (Quintana, 2004).

VII. Recomendaciones: uso del mecanismo de garantías explícitas como mecanismo de priorización en políticas públicas por medio del reconocimiento de derechos

La puesta en marcha de la reforma de la salud en Chile coincidió con el comienzo del debate por las elecciones presidenciales y parlamentarias de diciembre de 2005, que tuvo un fuerte componente en materias de equidad y redistribución del ingreso. Las propuestas han sido variadas, pero diferentes personeros comenzaron, desde distintos ángulos y énfasis, a proponer el mecanismo de GE en las políticas públicas como medio para promover la equidad.

El ex ministro de economía y actual senador Carlos Ominami, en la discusión sobre equidad planteó que “Hay que comprometerse —más bien— con una igualdad básica de resultados expresada en el aseguramiento de ciertos derechos o garantías explícitas en materias de acceso, calidad y financiamiento, por cierto, en salud, pero también en educación, vivienda y previsión” (Ominami, 2005). Al interior del Partido Socialista se presentó un documento de discusión política que señala entre sus ejes principales “la igualdad de oportunidades y resultados: la centralidad de los derechos”, donde propone también la necesidad de “asegurar la vigencia efectiva de derechos sociales universales... y que no necesariamente están garantizados con políticas de igualdad de oportunidades” (Águila y otros, 2005).

La actual senadora Soledad Alvear, señaló también: “... el desafío reside en hacer que las políticas públicas se impregnen del reconocimiento de

derechos a las personas y se obliguen a respetarlos, entregándole para ello a cada ciudadano la posibilidad de exigir su cumplimiento..., el desafío es generar, en diversas áreas del accionar del Estado, políticas que establezcan derechos como GE para las personas. Esto es, que establezcan un conjunto de prestaciones plenamente garantizadas que se traduzcan en derechos concretos para todas las chilenas y chilenos, independientemente de toda condición social, geográfica, de género o de raza ... En este sentido, el primer paso fue el Plan AUGE en salud, que entregó a las personas derechos concretos y exigibles, tanto en FONASA como en las ISAPRE, respecto al acceso a la atención, a que las prestaciones se otorguen dentro de plazos preestablecidos, a que éstas se efectúen con estándares de calidad garantizados, y que el costo financiero del paciente esté acotado” (Alvear, 2005).

En estas posiciones subyace la opinión de que el país viene logrando un avance importante en disminución de la pobreza desde el retorno a la democracia,⁷² junto a la mejoría de una diversidad de indicadores de calidad de vida. Pero la distribución del ingreso y los indicadores de equidad se posesionaban en niveles preocupantes.⁷³ De este modo, el país es cada vez menos pobre pero más desigual, y las políticas deben dar cuenta de esta situación. La posibilidad de establecer políticas públicas en el marco de GE se ve como una política que permite combatir la pobreza, pero introduciendo un fuerte elemento de equidad.

De este modo, siguiendo la experiencia generada a partir de la reforma a la salud en Chile, es posible pensar en diseñar, en diversas áreas del accionar del Estado, políticas que establezcan GE para las personas, como una forma particular de política pública desde un enfoque de derechos.

A. Lineamientos de una política de Garantías Explícitas (GE)

Una política basada en GE significa priorizar un conjunto de prestaciones sobre las cuales se dará plena garantía en sus aspectos de acceso, factibilidad, calidad, oportunidad y otros elementos que se valoren como necesarios de garantizar, que se traduzcan en derechos concretos para las personas. De esta forma, la política puede cambiar su óptica, las personas dejan de ser considerados meros ‘beneficiarios’, sino que ciudadanos con derechos garantizados y exigibles. No hay línea de corte, no se descartan personas por no ser ‘objeto del beneficio’, sino que la línea la constituye la garantía de esos derechos, para los cuales todos, sin distinción son sujetos. Este mecanismo habilita a las personas como protagonistas, actores con poder y decisión, respetados en dignidad y derechos.

B. Incrementalidad

A medida que el país crece, la sociedad, a través del Estado, se puede hacer capaz de asegurar más y mejores prestaciones y las GE pueden ser un mecanismo para hacer efectivo ese progreso. De este modo, políticas diseñadas como garantías explícitas pueden ser consistentes con el conjunto de políticas que apuntan al desarrollo económico, pero es capaz de introducir un elemento de equidad y empoderamiento, facilitando que el desarrollo efectivamente llegue a todos.

C. Propósito de una política de Garantías Explícitas (GE)

El propósito de una política basada en GE será establecer una línea de equidad y brindar seguridad en la prestación de servicios públicos, especialmente los de carácter social, a través del empoderamiento de las personas y el reconocimiento expreso de derechos. De este modo, es un marco de política que permite beneficiar directamente a los más pobres, pero en un esquema de promoción de la equidad social de manera general, por lo que también puede estar en su propósito beneficiar a sectores medios.

Las GE brindan un mecanismo de priorización, que se realiza a través del reconocimiento de derechos y el empoderamiento. Los servicios públicos investidos con las características de GE deben ser priorizados según la

⁷² La pobreza disminuyó de 38,6% en 1990, a un 18,7% el 2003, (MIDEPLAN, 2003).

⁷³ En el ranking de 124 naciones, Chile figura como el 12° país más desigual del mundo, con un Gini que aumentó de 56,5 el 2000 a 57,1 el 2005 (WDI, 2005).

estrategia de desarrollo de carácter nacional que se fije, considerando las posibilidades del país junto a las aspiraciones y participación de la población.

D. Áreas de política donde aplicar

En general el uso del instrumento GE tendrá efecto en áreas donde se establecen prestaciones de carácter personal o familiar, como prestaciones de salud, vivienda o educación. No surtirán iguales efectos en áreas donde lo proveído sean bienes públicos no atribuibles en exclusividad directamente a un titular, como calidad del medioambiente o infraestructura pública.⁷⁴

1. Monopolios del Estado

En las áreas de prestaciones en las que el Estado actúa como único proveedor, las posibilidades de captura de la burocracia pública se incrementan. Los receptores al no tener alternativa, ni los funcionarios públicos, rendición de cuentas, se someten al servicio que se le presta. El reconocimiento de derechos al recipiente de las prestaciones, su empoderamiento y el correlativo efecto de rendición de cuentas de la burocracia, colaboran a neutralizar este efecto y mejorar la atención.

2. Asimetrías de información

En ambientes donde puede haber competencia, pero existe una asimetría de información importante, el uso del marco GE puede tener efectos positivos. En el caso de la salud, la asimetría de información era evidente: los pacientes no tienen como saber, de manera asequible, el tipo de atención que necesitan, o la pertinencia o calidad de la que se le está otorgando. En materias como construcción de viviendas, o incluso educación, puede ser útil el uso de las GE por este motivo.

3. Inseguridad

Las GE pueden producir un impacto mucho más relevante en aquellas áreas donde los ciudadanos se sienten más inseguros de la acción del Estado —porque no cuentan con herramientas para exigir su cumplimiento— especialmente en materia de oportunidad de la prestación o su impacto financiero al interior de la familia. De esta forma, si el ‘cuándo’ es relevante, el uso de este mecanismo puede ser de utilidad, o si se trata de uno de los *shocks* que las familias pueden sufrir y que hacen que se mantenga, regrese o se agrave la pobreza.

4. Discriminación, desigualdad

Prestaciones que en la actualidad se proveen de forma no equitativa o discriminatoria, explícita o implícitamente, donde existen grandes diferenciales de calidad, a nivel geográfico o por ingresos. En caso que, siendo servicios de carácter público son proveídos a través de entes privados o en forma mixta, existan grandes diferencias entre ellos, o donde el producto tiene un grado de indefinición que permita otorgarlo de formas muy distintas, que resulten en discriminación.

5. Aspiraciones ciudadanas

Las aspiraciones de la población deben formar parte de toda prioridad en políticas públicas. Sin embargo, cobran especial relevancia aquellos aspectos subjetivos valorados, desde la perspectiva del ciudadano y que en ciertos ámbitos pueden estar deteriorados. Éstos incluyen el ser y sentirse respetado, tratado con dignidad e igualdad, ser considerado como ciudadano con derechos y libertades. Políticas estructuradas en un marco de GE pueden servir para revertir esta situación.

⁷⁴ Aunque en estas áreas puede pensarse en estructurar políticas bajo la estructura de demandables colectivamente, como *class action*, o acciones de sujeto activo colectivo, indeterminado o difuso.

E. Condiciones previas y supuestos

El establecer las GE requiere de un grado importante de desarrollo de la gestión pública. Debe ser una etapa avanzada de un continuo de políticas. Es necesario un esfuerzo sistemático previo de mejoramiento de la gestión que permita arribar a una etapa más compleja de instalación de las GE. El caso de la reforma chilena fue el producto de ensayos y errores desde 1990, que recién en el 2005 se tradujeron en una reforma que instauró el concepto de GE.

Requiere que la gestión pública haya logrado avances relevantes en materia de sistematización y estandarización de productos, modelos de gestión, sistemas de información, registro y estadística, de monitoreo, evaluación y control de metas y resultados.

F. Rasgos esenciales de una política basada en GE

Para lograr los efectos deseados de empoderamiento, equidad y seguridad, las GE deben ser universales, establecerse de un modo priorizado y gradual, fundarse en la equidad, ser exigibles, determinarse con precisión y establecerse a través de la Ley. Asimismo, pueden generar correlativos deberes ciudadanos:

1. Universales

Se define para la población entera un listado de prestaciones que se deben garantizar en cualquier situación, brindando plena seguridad de que, cumplidas ciertas condiciones y requisitos, se realizará la acción del sector público (Estado central, municipios, privado, proveedor de servicios públicos, etc.) de un modo previamente conocido y en el momento previamente comunicado.

2. Establecerse en forma priorizada y gradual

Se instauran paso a paso, una a una. Se equilibra su prioridad, impacto y efectividad con los recursos disponibles en el país y las aspiraciones de la ciudadanía y las comunidades a través de un proceso participativo. Es decir, se pone en la balanza la importancia del problema público que se presenta, el impacto real que tiene actualmente en la población, y la efectividad o eficacia de la acción del Estado en esa materia con los recursos existentes para financiar la prestación, junto al consenso social que la respalda. De esta forma, las garantías se van evaluando periódicamente, pues en la medida en que el país cuenta con mayores recursos y más capacidad, pueden ir sumándose nuevas garantías.

3. Fundarse en la equidad

El establecimiento de GE se realiza para dar una respuesta equitativa a situaciones que en la actualidad la ciudadanía valora negativamente, por considerar que las prestaciones del Estado se proveen en forma discriminatoria, no equitativa o segregada entre la población. El fundamento en la equidad debe ser explícito, como punto de partida para reconocer la inequidad y comenzar a disminuirla.

4. Plena exigibilidad

Debido a que el sistema de GE permite que todo ciudadano conozca las garantías de las que es sujeto, los tiempos y forma en que éstas deben serle provistas, debe contar con instrumentos expeditos, asequibles y transparentes para reclamarla ante la instancia adecuada. Esta instancia debe ser distinta y separada del responsable de otorgar las prestaciones, ser conocida por todos, contar con las facultades respectivas y debe someterse a los principios básicos del debido proceso.

Los mecanismos de exigibilidad útiles para un esquema de GE pueden tomar distintas formas: judicial, cuasi judicial o administrativo. Lo importante es que aseguren efectividad en el cumplimiento de las prestaciones, rapidez, accesibilidad, transparencia e imparcialidad.

5. Determinarse con precisión

Se deben establecer protocolos pormenorizados, señalando cada una de las actuaciones que se deben realizar ante una determinada GE. Una vez producida la situación que da origen a la garantía, se debe cumplir estrictamente el protocolo sin dejar espacio a la arbitrariedad.

6. Establecerse a través de la Ley

Deben establecerse por medio de una ley, de tal modo que sean el producto de un debate que exceda al nivel ejecutivo, cuente con la legitimidad social y política que requiere, como asimismo la estabilidad en el tiempo que asegure la permanencia de los derechos. Sin embargo, también puede ser recomendable que la Ley establezca las garantías que involucra la política, pero las prestaciones se determinen de un modo que permita flexibilidad y actualización fluida, siguiendo la línea del Consejo AUGE.

7. Las GE pueden implicar deberes ciudadanos

Derechos y deberes van correlacionados, por tanto, si el ciudadano no cumple con las condiciones establecidas para hacer efectivas las GE, no podrá exigirlos. No se trata de que pierda el derecho a la atención o a la prestación determinada, el derecho no puede ser negado, sólo no puede ser exigido del modo específico establecido como 'garantía explícita', el mecanismo residual de cumplimiento siempre queda vigente. Involucra cumplir requisitos o condiciones para que la garantía se haga efectiva en los tiempos y de la forma preestablecida, con el fin de inducir ciertas conductas consideradas beneficiosas socialmente.

Estos deberes para hacer exigible las GE no pueden significar una carga tal que haga irrisorio el derecho y deben vincularse a necesidades de eficiencia y economía o impedir comportamientos nocivos o costosos.

G. Futuro por explorar

Se puede pensar en incorporar este criterio a materias como provisión de subsidios a la vivienda social, calidad de la educación, seguridad ciudadana, empleo u otras áreas. En vivienda puede establecerse como GE la provisión de subsidios a la vivienda en un plazo que, aunque sea largo, esté preestablecido, con un resultado básico del subsidio que cumpla estándares de calidad, tamaño y características básicas verificables ante un tercero, si la familia mantiene los requisitos que se le solicitó durante el período de espera. En educación, se puede establecer como GE estándares mínimos de calidad de las escuelas públicas, proporcionando establecimientos alternativos donde las familias puedan enviar a sus hijos con buen rendimiento en caso de no lograrse el estándar de calidad. En seguridad ciudadana, por ejemplo, el Estado se puede comprometer con acciones de vigilancia preventiva a través de la policía, con estándares verificables y exigibles por parte de los ciudadanos. En empleo, se puede pensar como GE a favor de los trabajadores, un entrenamiento básico en las nuevas tecnologías y en los dominios básicos del mundo laboral moderno cada determinado número de años, bajo estándares de calidad predeterminados.

La reforma a la salud en Chile es un ejemplo de que es posible enfocar las políticas públicas desde el punto de vista de los derechos de un modo viable, como un camino nuevo desde el cual construir desarrollo con equidad, transfiriendo poder a las personas, dignificando su condición de ciudadanos y poniéndolos en el centro de las políticas públicas.

Bibliografía

- Abramovich, Víctor (2004), Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo de América Latina (seminario Derechos y desarrollo en América Latina: un seminario de trabajo, CEPAL/BID, Santiago de Chile, 9 y 10 de diciembre), CELS, Argentina.
- Águila, Ernesto; Barría, Sergio; Contreras, Marcelo; Carretón, Manuel A.; Hardy, Clarisa; Neira, Raquel; Ominami, Carlos; Parker, Carlos, Ponce, Freddy y Rafael Urriola (2005), *Vigencia y actualidad del socialismo en el siglo 21, orientaciones programáticas para un nuevo ciclo político*, Santiago, agosto.
- Alvear, Soledad (2005), Poder a la gente: Derechos garantizados a todos los ciudadanos, *Diario Siete*, Santiago de Chile, 13 de octubre.
- Arrau C., Fernando, (2002), Conceptualización del plan de acceso universal con garantías explícitas (AUGE), eje de la actual reforma de salud, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Estudios de anticipación, CEA/BCN, año I, N° 1, abril.
- Artaza B., Osvaldo (2005), entrevista, ex Ministro de Salud de Chile, agosto.
- ___ (2002a), “Derechos humanos y reforma a la salud”, *Informe N° 254*, 13 de septiembre.
- ___ (2002b), “Respuesta a quienes rechazan que la salud sea un derecho ciudadano”, *Informe N° 243*, 20 de agosto.
- Banco Central de Chile (varios años), Indicadores sociales y económicos 1970-1988 y 1960-2000.
- Banco Mundial (2001), “Bridging the Gap between Human Rights and Development”, Presidential Lecture, World Bank, diciembre.
- Boeninger, Edgardo (2005a), entrevista, Senador, miembro de la Comisión de Salud, septiembre, Santiago de Chile.
- ___ (2005b), “Economía política de la reforma de la salud” en *Desafíos de la reforma: Segunda parte*, La mirada de los principales actores del sistema, (sin editar). Brown, David y otros (2005), Human Right and Poverty Reduction. Public Goods and Private Rights: The Illegal Logging Debate and the Rights of the Poor, marzo.

- Cámara de Diputados (2002a), Informe de las comisiones de Hacienda y de Salud sobre el proyecto de ley que modifica el Decreto Ley N° 2 763 de 1979, con la finalidad de establecer una gestión y fortalecer la participación ciudadana, *Boletín* N° 2980-11.
- ___ (2002b), Informe de la comisión de salud sobre el proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud, *Boletín* N° 2947-11.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2005), *Panorama social*.
- ___ (2004a), Informe resumido, seminario Derechos y desarrollo en América Latina: un seminario de trabajo, Santiago de Chile, 9 y 10 de diciembre.
- ___ (2004b), “Alternativas para reducir la discriminación y la segmentación por riesgo en el sistema de salud chileno”, *Serie Financiamiento del desarrollo* N° 152, Stephen Blackburn; Consuelo Espinoza, Marcelo Tokman, Unidad Estudios Especiales, Santiago de Chile, diciembre.
- ___ (2004c), Ayuda memoria, seminario Derechos y desarrollo en América Latina: un seminario de trabajo, Santiago de Chile, 9 y 10 de diciembre de 2004.
- ___ (2000), “Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes”, *Serie Financiamiento del desarrollo* N° 104, Daniel Titelman, Unidad de Estudios Especiales, Santiago de Chile, septiembre.
- CESCR (Committee on Economic, Social and Cultural Rights) (2004) Observaciones finales del Comité de derechos económicos, sociales y culturales, 33° período de sesiones, 8-26 de noviembre, Naciones Unidas.
- ___ (2000) Observación general 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, 22° período de sesiones, Ginebra, 25 de abril - 12 de mayo.
- CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer) (2003), Informe alternativo al IV informe periódico del Estado de Chile, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Derecho a la protección de la salud.
- Colegio Médico de Chile A.G. (2003), Reforma de salud proyecto país, Recopilación de propuestas, análisis y documentos sobre la reforma de salud, edición y elaboración del departamento de políticas de salud y estudios, asesoría jurídica, comunicaciones y secretaría ejecutiva del Colegio Médico de Chile, enero.
- Comisión de la Reforma de Salud (2002), Secretaría ejecutiva, Bases conceptuales para la reforma del sistema de salud.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (1988), “Pacto San José Costa Rica”, Protocolo adicional San Salvador.
- Convención internacional contra la eliminación de todas las formas de discriminación racial de (1965), adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 2106 A (XX), del 21 de diciembre (entrada en vigor: 4 de enero de 1969, de conformidad con el artículo 19).
- Decreto Ley N° 69 (2005), Aprueba reglamento que establece normas para el funcionamiento del Consejo Consultivo a que se refiere la Ley N° 19 966.
- Decreto Ley N° 2 763 (1979), Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, 3 de agosto.
- Diario La Nación (2005), “La Competencia desleal de las ISAPRE”, 6 de octubre.
- Espinoza y Carrasco (Eds.) (2003), Informe de la sociedad civil sobre los derechos económicos, sociales y culturales en Chile, Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (PIDHDD), Corporación FORJA y Capítulo Chileno Ciudadanía.
- Evans de la Cuadra, Enrique (1986), “Los derechos constitucionales”, tomo II, Editorial Jurídica de Chile.
- Feedback Comunicaciones (2001), Resultados encuesta nacional, sobre 5 600 entrevistas individuales realizadas entre abril y mayo del 2001 a hombres y mujeres mayores de 25 años habitantes de las 13 regiones del país, Santiago de Chile, julio.
- FONASA (Fondo Nacional de Salud) (1990-2003), Balances presupuestarios anuales.
- Fundación para la Superación de la Pobreza (2005), Umbrales sociales 2006: propuesta para una futura política social, Santiago de Chile, 23 de agosto.
- García Aspillaga, Pedro (2005), entrevista, ex Ministro de Salud de Chile, octubre, Santiago de Chile.
- ___ (2004), “Reforma sistema de salud chileno”, conferencia dictada en México por el Ministro de Salud del Gobierno de Chile, Conferencia internacional en memoria de Juan Luis Londoño , 20 y 21 de abril.
- Gauri, Varun (2003), Social Rights and Economics: Claims to Health Care and Education in Developing Countries.
- Godoy Espinoza, Yanina y Diego Carrasco (Eds.) (2003), Informe de la sociedad civil sobre los derechos económicos, sociales y culturales en Chile, Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (PIDHDD), Corporación FORJA y Capítulo Chileno Ciudadanía.

- Gordon, Sara (2004), Ventajas e implementaciones de una perspectiva de desarrollo basada en los derechos, (seminario Derechos y desarrollo en América Latina: un seminario de trabajo, CEPAL/BID, Santiago de Chile, 9 y 10 de diciembre), UNAM, México.
- Inostroza, Manuel (2005), entrevista, Superintendente de Salud, Chile, julio.
- Instituto Libertad y Desarrollo (2002), “¿Qué camino sigue la reforma de salud?”, *Temas públicos*, N° 585, ISSN 0717-1528, 5 de julio.
- ___ (2001), “Salud: prioridad mejorar gestión estatal”, *Temas públicos*, N° 528, ISSN 0717-1528, 11 de mayo.
- Jaude, Liliana y otros (2004), “Análisis del nuevo módulo de salud de la Encuesta CASEN 2000”, *Revista médica de Chile*.
- Jímenez de la Jara, Jorge (2004), “Salvar el auge: cuánto y cómo”, *Informe* N° 402, 23 de junio.
- Joeannette, Andrés (2005), entrevista, Jefe División Social Ministerio de Planificación, Chile, julio.
- Jordán D., Tomás (2005), Ley N° 19 966, que crea un Régimen general de garantías en salud, sinopsis y análisis desde la perspectiva de los derechos humanos.
- LexisNexis (2004), N° de identificador 31 399 de 11 de noviembre, emitido por la Corte Suprema, rol 5036-2004, caratulado Gastón Gómez Bernales, Magdalena Aninat Salas con ING Salud S.A.
- Ley N° 19 966 (2004), sobre Régimen general de garantías en salud.
- Ley N° 19 888 (2003), Regula el financiamiento de la reforma al sistema de salud.
- Ley N° 19 882 (2003), Regula nueva política de personal a los funcionarios públicos que indica.
- Ley N° 18 469 (1985), Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, 23 de noviembre.
- Ley N° 18 933 (1981), Crea la Superintendencia de instituciones de salud previsional, Santiago de Chile.
- Ley N° 19 937 (1979), Ley de autoridad sanitaria y gestión, modificatorio del Decreto Ley N°2 726.
- Mckay, Andy y Polly Vizard (2005), Human Right and Poverty Reduction. Rights and Economic Growth: Inevitable Conflict or ‘Common Ground’?, marzo.
- MIDEPLAN (Ministerio de Planificación Nacional) (2000-2003), Encuesta CASEN.
- MINSAL (Ministerio de Salud) (2002a), “Objetivos sanitarios para la década 2000- 2010”.
- ___ (2002b), Plan de acceso universal con garantías explícitas (AUGE), construcción de una propuesta técnica del plan de salud de las personas, año base, Secretaría Técnica de la Reforma, junio.
- ___ (2000), “Situación de salud Chile 2000”, *Informe*.
- ___ (s/f), Glosario de términos Régimen general de garantías en salud, División Jurídica, Santiago de Chile.
- OACDCH (Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos) (2004), Los derechos humanos y la reducción de la pobreza: un marco conceptual, Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights) (2002), Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies, Naciones Unidas, 10 de septiembre.
- Ominami, Carlos (2005), “Desigualdad, impuestos y sueldos”, *Diario La Tercera*, 8 de octubre.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2000), Reporte de salud mundial, Sistema de salud: Mejorando su desempeño, 2000.
- ___ (1946), Constitución, suscrita por Chile en 1948.
- OMS/PAHO (Organización Mundial de la Salud/Pan American Health Organization) (2001), Información para la equidad en salud en Chile.
- Organismo Andino de Salud (2004), *Reformas y financiamiento de sistemas de salud de la subregión Andina*, Convenio Hipólito Unanue, Corporación Andina de Fomento, ISBN 9972-9948-0-5, Lima, Perú, septiembre.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), ratificado por Chile el 10 febrero de 1972, Ginebra, Suiza, 16 de diciembre.
- Presidencia de la República de Chile (2005), “Mensaje a la nación del 21 de mayo”, el Presidente de República Ricardo Lagos Escobar da la cuenta al país.
- ___ (2002a), Mensaje N° 1-347, el Presidente de la República da cuenta que se inicia un proyecto de ley que establece un Régimen de garantías en salud, Santiago de Chile, 22 de mayo.
- ___ (2002b), Mensaje del Presidente de la República con el que se inicia un proyecto de ley que modifica el Decreto Ley N° 2763 de 1979, Santiago de Chile, 25 de junio.
- Quintana, Augusto (2004), La perspectiva de derechos en los programas sociales.
- República de Bolivia (1967-2005), Constitución política del Estado de Bolivia de 1967 con reformas al 2005.
- República de Chile (1980), Constitución política de la República de Chile.
- República de Ecuador (1998), Constitución política de la República del Ecuador.
- República de Perú (1993), Constitución política del Perú.

- Revista de Derecho y Jurisprudencia (2000), Recurso de protección, Corte de Apelación rol 326-2000 confirmada por la Corte Suprema rol 3239-00, caratulado Seguel Rebolledo, Gladys con Director del Hospital Base de Los Angeles, tomo XCVII, N° 3 (septiembre-diciembre), sección 5.
- ___ (1987), Recurso de protección, Corte Suprema rol 11 635, caratulado Sepúlveda Parías, Waldo con Subdirector del Hospital Barros Luco-Trudeau, tomo LXXXIV, N° 3 (septiembre-diciembre), sección 5.
- Romero, Andrés (2005), entrevista, Jefe División Jurídica Ministerio de Salud, Chile, junio.
- Ruiz-Esquide, Mariano (2005), entrevista, Senador Ex Presidente Comisión de Salud Senado, Santiago de Chile, septiembre.
- ___ (2001), “Reforma: una necesidad para la equidad en salud”, *Informe* N° 60, 17 de mayo.
- Salgado, Osvaldo (2005), entrevista, Subsecretario de Redes Asistenciales, *Diario Estrategia*, 18 de enero.
- Sánchez Rodríguez, Héctor (2005a), entrevista, Director Ejecutivo el Instituto Salud y Futuro, septiembre.
- ___ (2005b), Implementación de la Ley AUGE, Universidad Andrés Bello.
- Sandoval, Hernán (2002a), “La reforma de salud se diseña a partir de prioridades País”.
- ___ (2002b), “La salud como un derecho humano de Chile”.
- Senado de Chile (2003), Informe nueva concepción de la autoridad sanitaria de las distintas modalidades de de la Comisión de Salud, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que modifica el Decreto Ley N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, instaurar distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana, *Boletín* N° 2980-11, 26 de agosto.
- Solimano, Andrés (2004), Reevaluación de las políticas sociales en América Latina: del consenso de Washington al desarrollo basado en derechos (documento preparado para el seminario Derechos y desarrollo en América Latina: un seminario de trabajo, Santiago de Chile, 9 y 10 de diciembre), CEPAL.
- Solimano Cantuarias, Giorgio (2001), “2010: en busca de un nuevo paradigma para la salud chilena”, *Informe* N° 81, 24 de junio.
- Subramanian, Venkata y otros (2003), “Inequidad de ingreso y autopercepción de salud: un análisis desde la perspectiva contextual en las comunas chilenas”, *Revista Médica de Chile*, ISSN 0034-9887, v.131 N° 3, Santiago de Chile, marzo.
- Superintendencia de Salud (2005), “Reclamos GE”, presentación del Superintendente de Salud, Cámara de Diputados.
- Titelman, Daniel y Andras Uthoff (comp.) (2000), “El mercado de la salud y las reformas al financiamiento de los sistemas de salud”, en *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud, los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia*, Editorial Fondo de Cultura Económica, Chile, pp. 19-48.
- Tokman, Marcelo, Jorge Rodríguez y Consuelo Espinoza (2005), “Finanzas públicas de la reforma” en *Desafíos de la reforma*; segunda parte, La mirada de los principales actores del sistema, sin editar.
- Universidad Andrés Bello (2005a), implantación del AUGE; ¿Promueve o restringe la competencia?, Instituto de Políticas Públicas y Gestión en Salud, año 4, N° 37, 6 de julio.
- ___ (2005b), Resultados de sistema de ISAPRES 2004, incremento de costos y traslado a precios: un círculo vicioso necesario de romper, Instituto de Políticas Públicas y Gestión en Salud, año 4, N° 36, 15 de junio.
- ___ (2005c), Comunicado de prensa, Instituto de Políticas Públicas y Gestión en Salud, Santiago de Chile, 6 de junio.
- Universidad Católica de Chile (1998), documentos de trabajo 187 y 188, Instituto de Economía.
- Vega, Jeannette (2001), “Enfermo de pobre”, *Revista Universitaria*, N° 73.
- Vega, Jeannette y otros (2003), “Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile”, *Revista médica de Chile*, ISSN 0034-9887, v.131 N° 6, Santiago de Chile, junio.
- Venegas León, Carolina (2003), “El acceso de la mujer a la economía en la era de la integración de las américas: ¿Qué clase de economía?”, *Informe*, Conferencia internacional.
- Whitehead M. (1990), *The Concepts and Principles of Equity and Health*, WHO, Copenhagen.



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

políticas sociales

Números publicados

1. Andrés Necochea, La postcrisis: ¿una coyuntura favorable para la vivienda de los pobres? (LC/L.777), septiembre de 1993.
2. Ignacio Irrarázaval, El impacto redistributivo del gasto social: una revisión metodológica de estudios latinoamericanos (LC/L.812), enero de 1994.
3. Cristián Cox, Las políticas de los noventa para el sistema escolar (LC/L.815), febrero de 1994.
4. Aldo Solari, La desigualdad educativa: problemas y políticas (LC/L.851), agosto de 1994.
5. Ernesto Miranda, Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina (LC/L.864), octubre de 1994.
6. Gastón Labadie y otros, Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: regulación y desempeño (LC/L.867), diciembre de 1994.
7. María Herminia Tavares, Federalismo y políticas sociales (LC/L.898), mayo de 1995.
8. Ernesto Schiefelbein y otros, Calidad y equidad de la educación media en Chile: rezagos estructurales y criterios emergentes (LC/L.923), noviembre de 1995.
9. Pascual Gerstenfeld y otros, Variables extrapedagógicas y equidad en la educación media: hogar, subjetividad y cultura escolar (LC/L.924), diciembre de 1995.
10. John Durston y otros, Educación secundaria y oportunidades de empleo e ingreso en Chile (LC/L.925), diciembre de 1995.
11. Rolando Franco y otros, Viabilidad económica e institucional de la reforma educativa en Chile (LC/L.926), diciembre de 1995.
12. Jorge Katz y Ernesto Miranda, Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos (LC/L.927), diciembre de 1995.
13. Ana Sojo, Reformas en la gestión de la salud pública en Chile (LC/L.933), marzo de 1996.
14. Gert Rosenthal y otros, Aspectos sociales de la integración, vol. I, (LC/L.996), noviembre de 1996.
Eduardo Bascuñán y otros, Aspectos sociales de la integración, vol. II, (LC/L.996/Add.1), diciembre de 1996.
Secretaría Permanente del Sistema Económico Latinoamericano (SELA) y Santiago González Cravino, Aspectos sociales de la integración, vol. III, (LC/L.996/Add.2), diciembre de 1997.
Armando Di Filippo y otros, Aspectos sociales de la integración, vol IV, (LC/L.996/Add.3), diciembre de 1997.
15. Iván Jaramillo y otros, Las reformas sociales en acción: salud (LC/L.997), noviembre de 1996.
16. Amalia Anaya y otros, Las reformas sociales en acción: educación (LC/L.1000), diciembre de 1996.
17. Luis Maira y Sergio Molina, Las reformas sociales en acción: Experiencias ministeriales (LC/L.1025), mayo de 1997.
18. Gustavo Demarco y otros, Las reformas sociales en acción: Seguridad social (LC/L.1054), agosto de 1997.
19. Francisco León y otros, Las reformas sociales en acción: Empleo (LC/L.1056), agosto de 1997.
20. Alberto Etchegaray y otros, Las reformas sociales en acción: Vivienda (LC/L.1057), septiembre de 1997.
21. Irma Arriagada, Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo (LC/L.1058), septiembre de 1997.
22. Arturo León, Las encuestas de hogares como fuentes de información para el análisis de la educación y sus vínculos con el bienestar y la equidad (LC/L.1111), mayo de 1998. [www](#)
23. Rolando Franco y otros, Social Policies and Socioeconomic Indicators for Transitional Economies (LC/L.1112), mayo de 1998.
24. Roberto Martínez Nogueira, Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico (LC/L.1113), mayo de 1998. [www](#)
25. Gestión de Programas Sociales en América Latina, Volumen I (LC/L.1114), mayo de 1998. [www](#)
Metodología para el análisis de la gestión de Programas Sociales, Volumen II (LC/L.1114/Add.1), mayo de 1998. [www](#)
26. Rolando Franco y otros, Las reformas sociales en acción: La perspectiva macro (LC/L.1118), junio de 1998. [www](#)
27. Ana Sojo, Hacia unas nuevas reglas del juego: Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa (LC/L.1135), julio de 1998. [www](#)
28. John Durston, Juventud y desarrollo rural: Marco conceptual y contextual (LC/L.1146), octubre de 1998. [www](#)
29. Carlos Reyna y Eduardo Toche, La inseguridad en el Perú (LC/L.1176), marzo de 1999. [www](#)
30. John Durston, Construyendo capital social comunitario. Una experiencia de empoderamiento rural en Guatemala (LC/L.1177), marzo de 1999. [www](#)
31. Marcela Weintraub y otras, Reforma sectorial y mercado de trabajo. El caso de las enfermeras en Santiago de Chile (LC/L.1190), abril de 1999.
32. Irma Arriagada y Lorena Godoy, Seguridad ciudadana y violencia en América Latina: Diagnóstico y políticas en los años noventa (LC/L.1179-P), Número de venta: S.99.II.G.24 (US\$ 10.00), agosto de 1999. [www](#)
33. CEPAL PNUD BID FLACSO, América Latina y las crisis (LC/L.1239-P), Número de venta: S.00.II.G.03 (US\$10.00), diciembre de 1999. [www](#)
34. Martín Hopenhayn y otros, Criterios básicos para una política de prevención y control de drogas en Chile (LC/L.1247-P), Número de venta: S.99.II.G.49 (US\$ 10.00), noviembre de 1999. [www](#)
35. Arturo León, Desempeño macroeconómico y su impacto en la pobreza: análisis de algunos escenarios en el caso de Honduras (LC/L.1248-P), Número de venta S.00.II.G.27 (US\$10.00), enero de 2000. [www](#)
36. Carmelo Mesa-Lago, Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI (LC/L.1249-P), Número de venta: S.00.II.G.5 (US\$ 10.00), enero de 2000. [www](#)
37. Francisco León y otros, Modernización y comercio exterior de los servicios de salud/Modernization and Foreign Trade in the Health Services (LC/L.1250-P) Número de venta S.00.II.G.40/E.00.II.G.40 (US\$ 10.00), marzo de 2000. [www](#)

38. John Durston, ¿Qué es el capital social comunitario? (LC/L.1400-P), Número de venta S.00.II.G.38 (US\$ 10.00), julio de 2000. [www](#)
39. Ana Sojo, Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasi mercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica (LC/L.1403-P), Número de venta S.00.II.G.69 (US\$10.00), julio de 2000. [www](#)
40. Domingo M. Rivarola, La reforma educativa en el Paraguay (LC/L.1423-P), Número de venta S.00.II.G.96 (US\$ 10.00), septiembre de 2000. [www](#)
41. Irma Arriagada y Martín Hopenhayn, Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina (LC/L.1431-P), Número de venta S.00.II.G.105 (US\$10.00), octubre de 2000. [www](#)
42. ¿Hacia dónde va el gasto público en educación? Logros y desafíos, 4 volúmenes:
Volumen I: Ernesto Cohen y otros, La búsqueda de la eficiencia (LC/L.1432-P), Número de venta S.00.II.106 (US\$10.00), octubre de 2000. [www](#)
Volumen II: Sergio Martinic y otros, Reformas sectoriales y grupos de interés (LC/L.1432/Add.1-P), Número de venta S.00.II.G.110 (US\$10.00), noviembre de 2000. [www](#)
Volumen III: Antonio Sancho y otros, Una mirada comparativa (LC/L.1432/Add.2-P), Número de venta S.01.II.G.4 (US\$10.00), febrero de 2001. [www](#)
Volumen IV: Silvia Montoya y otros, Una mirada comparativa: Argentina y Brasil (LC/L.1432/Add.3-P), Número de venta S.01.II.G.25 (US\$10.00), marzo de 2001. [www](#)
43. Lucía Dammert, Violencia criminal y seguridad pública en América Latina: la situación en Argentina (LC/L.1439-P), Número de venta S.00.II.G-125 (US\$10.00), noviembre de 2000. [www](#)
44. Eduardo López Regonesi, Reflexiones acerca de la seguridad ciudadana en Chile: visiones y propuestas para el diseño de una política (LC/L.1451-P), Número de venta S.00.II.G.126 (US\$10.00), noviembre 2000. [www](#)
45. Ernesto Cohen y otros, Los desafíos de la reforma del Estado en los programas sociales: tres estudios de caso (LC/L.1469-P), Número de venta S.01.II.G.26 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)
46. Ernesto Cohen y otros, Gestión de programas sociales en América Latina: análisis de casos, 5 volúmenes:
Volumen I: Proyecto Joven de Argentina (LC/L.1470-P), Número de venta S.01.II.G.5 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)
Volumen II: El Programa Nacional de Enfermedades Sexualmente Transmisibles (DST) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) de Brasil (LC/L.1470/Add.1-P), Número de venta S.01.II.G.5 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)
Volumen III: El Programa de Restaurantes Escolares Comunitarios de Medellín, Colombia (LC/L.1470/Add.2-P), Número de venta S.01.II.G.5 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)
Volumen IV: El Programa Nacional de Apoyo a la Microempresa de Chile (LC/L.1470/Add.3-P), Número de venta S.01.II.G.5 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)
Volumen V: El Programa de Inversión Social en Paraguay (LC/L.1470/Add.3-P), Número de venta S.01.II.G.5 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)
47. Martín Hopenhayn y Álvaro Bello, Discriminación étnico-racial y xenofobia en América Latina y el Caribe.(LC/L.1546), Número de venta S.01.II.G.87 (US\$10.00), mayo de 2001. [www](#)
48. Francisco Piloti, Globalización y Convención sobre los Derechos del Niño: el contexto del texto (LC/L.1522-P), Número de venta S.01.II.G.65 (US\$ 10.00), marzo de 2001. [www](#)
49. John Durston, Capacitación microempresarial de jóvenes rurales indígenas en Chile (LC/L. 1566-P), Número de venta S.01.II.G.112 (US\$ 10.00), julio de 2001. [www](#)
50. Agustín Escobar Latapí, Nuevos modelos económicos: ¿nuevos sistemas de movilidad social? (LC/L.1574-P), Número de venta S.01.II.G.117 (US\$ 10.00), julio de 2001. [www](#)
51. Carlos Filgueira, La actualidad de viejas temáticas: sobre los estudios de clase, estratificación y movilidad social en América Latina (LC/L 1582-P), Número de venta S.01.II.G.125 (US\$ 10.00), julio de 2001. [www](#)
52. Arturo León, Javier Martínez B., La estratificación social chilena hacia fines del siglo XX (LC/L.1584-P), Número de venta S.01.II.G.127 (US\$ 10.00), agosto de 2001. [www](#)
53. Ibán de Rementería, Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención (LC/L. 1596-P), Número de venta S.01.II.G.137 (US\$ 10.00), septiembre de 2001. [www](#)
54. Carmen Artigas, El aporte de las Naciones Unidas a la globalización de la ética. Revisión de algunas oportunidades. (LC/L. 1597-P), Número de venta: S.01.II.G.138 (US\$ 10.00), septiembre de 2001. [www](#)
55. John Durston, Capital social y políticas públicas en Chile. Investigaciones recientes. Volumen I, (LC/L. 1606-P), Número de venta: S.01.II.G.147 (US\$ 10.00), octubre de 2001 y Volumen II, (LC/L.1606/Add.1-P), Número de venta: S.01.II.G.148 (US\$ 10.00), octubre de 2001. [www](#)
56. Manuel Antonio Garretón, Cambios sociales, actores y acción colectiva en América Latina. (LC/L. 1608-P), Número de venta: S.01.II.G.150 (US\$ 10.00), octubre de 2001. [www](#)
57. Irma Arriagada, Familias latinoamericanas. Diagnóstico y políticas públicas en los inicios del nuevo siglo. (LC/L. 1652-P), Número de venta: S.01.II.G.189 (US\$ 10.00), diciembre de 2001. [www](#)
58. John Durston y Francisca Miranda, Experiencias y metodología de la investigación participativa. (LC/L.1715-P), Número de venta: S.02.II.G.26 (US\$ 10.00), marzo de 2002. [www](#)
59. Manuel Mora y Araujo, La estructura social argentina. Evidencias y conjeturas acerca de la estratificación social, (LC/L 1772-P), Número de venta: S.02.II.G.85 (US\$ 10.00), septiembre de 2002. [www](#)
60. Lena Lavinias y Francisco León, Empleo femenino no Brasil: mudanças institucionais e novas inserções no mercado de trabalho, Volumen I (LC/L.1776-P), Número de venta S.02.II.G.90 (US\$ 10.00), agosto de 2002 y Volumen II, (LC/L.1776/Add.1-P) Número de venta S.02.II.G.91 (US\$ 10.00), septiembre de 2002. [www](#)
61. Martín Hopenhayn, Prevenir en drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas prácticas, (LC/L.1789-P), Número de venta: S.02.II.G.103 (US\$ 10.00), octubre de 2002. [www](#)
62. Fabián Repetto, Autoridad Social en Argentina. Aspectos político-institucionales que dificultan su construcción. (LC/L.1853-P), Número de venta: S.03.II.G.21, (US\$ 10.00), febrero de 2003. [www](#)
63. Daniel Duhart y John Durston, Formación y pérdida de capital social comunitario mapuche. Cultura, clientelismo y empoderamiento en dos comunidades, 1999-2002, (LC/1858-P), Número de venta: S.03.II.G.30, (US\$ 10.00), febrero de 2003. [www](#)
64. Vilmar E. Farias, Reformas institucionales y coordinación gubernamental en la política de protección social de Brasil, (LC/L.1869-P), Número de venta: S.03.II.G.38, (US\$ 10.00), marzo de 2003. [www](#)

65. Ernesto Aranibar Quiroga, Creación, desempeño y eliminación del Ministerio de Desarrollo Humano en Bolivia, (LC/L.1894-P), Número de venta: S.03.II.G.54, (US\$ 10.00), mayo de 2003. [www](#)
66. Gabriel Kessler y Vicente Espinoza, Movilidad social y trayectorias ocupacionales en Argentina: rupturas y algunas paradojas del caso de Buenos Aires, (LC/L. 1895-P), Número de venta: S.03.II.G.55, (US\$ 10.00), mayo de 2003. [www](#)
67. Francisca Miranda y Evelyn Mozó, Capital social, estrategias individuales y colectivas: el impacto de programas públicos en tres comunidades campesinas de Chile, (LC/L.1896-P), Número de venta: S.03.II.G.53, (US\$ 10.00), mayo de 2003. [www](#)
68. Alejandro Portes y Kelly Hoffman, Las estructuras de clase en América Latina: composición y cambios durante la época neoliberal, (LC/L.1902-P), Número de venta: S.03.II.G.61, (US\$ 10.00), mayo de 2003. [www](#)
69. José Bengoa, Relaciones y arreglos políticos y jurídicos entre los estados y los pueblos indígenas en América Latina en la última década, (LC/L.1925-P), Número de venta: S.03.II.G.82, (US\$ 10.00), agosto de 2003. [www](#)
70. Sara Gordon R., Ciudadanía y derechos sociales. ¿Criterios distributivos?, (LC/L.1932-P), Número de venta: S.03.II.G.91, (US\$ 10.00), julio de 2003. [www](#)
71. Sergio Molina, Autoridad social en Chile: un aporte al debate (LC/L.1970-P), Número de venta: S.03.II.G.126, (US\$ 10.00), septiembre de 2003. [www](#)
72. Carmen Artigas, "La incorporación del concepto de derechos económicos sociales y culturales al trabajo de la CEPAL", (LC/L.1964-P), Número de venta: S.03.II.G.123, (US\$ 10.00), septiembre de 2003. [www](#)
73. José Luis Sáez, "Economía y democracia. Los casos de Chile y México", (LC/L-1978-P), Número de venta: S.03.II.G.137, (US\$ 10.00), septiembre de 2003. [www](#)
74. Irma Arriagada y Francisca Miranda (compiladoras), "Capital social de los y las jóvenes. Propuestas para programas y proyectos", Volumen I. (LC/L.1988-P), Número de venta: S.03.II.G.149, (US\$ 10.00), septiembre de 2003. [www](#)
Volumen II. (LC/L.1988/Add.1-P), Número de venta: S.03.II.G.150, (US\$ 10.00), septiembre de 2003. [www](#)
75. Luz Marina Quiroga, Pablo Villatoro, "Tecnologías de información y comunicaciones: su impacto en la política de drogas en Chile". Extracto del informe final CEPAL, CONACE", (LC/L.1989-P), Número de venta: S.03.II.G.151, (US\$ 10.00), noviembre de 2003. [www](#)
76. Rodrigo Valenzuela Fernández, Inequidad, ciudadanía y pueblos indígenas en Chile, (LC/L.2006-P), Número de venta: S.03.II.G.167, (US\$ 10.00), noviembre de 2003. [www](#)
77. Sary Montero y Manuel Barahona, "La estrategia de lucha contra la pobreza en Costa Rica. Institucionalidad- Financiamiento- Políticas- Programas, (LC/L.2009-P), Número de venta: S.03.II.G.170, (US\$ 10.00), noviembre de 2003. [www](#)
78. Sandra Piszcz y Manuel Barahona, Aproximaciones y desencuentros en la configuración de una autoridad social en Costa Rica: relato e interpretación de una reforma inconclusa, (LC/L.2027-P), Número de venta: S.03.II.G.191, (US\$ 10.00), diciembre de 2003. [www](#)
79. Ernesto Cohen, Rodrigo Martínez, Pedro Donoso y Freddy Aguirre, "Localización de infraestructura educativa para localidades urbanas de la Provincia de Buenos Aires", (LC/L.2032-P), Número de venta: S.03.II.G.194, (US\$ 10.00), diciembre de 2003. [www](#)
80. Juan Pablo Pérez Sañz, Katherine Andrade-Eekhoff, Santiago Bustos y Michael Herradora, "El orden social ante la globalización: Procesos estratificadores en Centroamérica durante la década de los noventa", (LC/L.2037-P), Número de venta: S.03.II.G.203, (US\$ 10.00), diciembre de 2003. [www](#)
81. Carmen Artigas, "La reducción de la oferta de drogas. Introducción a algunos instrumentos internacionales", LC/L.2044-P), Número de venta: S.03.II.G.207, (US\$ 10.00), diciembre de 2003. [www](#)
82. Roberto Borges Martins, "Desigualdades raciais et políticas de inclusão racial: um sumário da experiência brasileira recente", (LC/L.2082-P), Número de venta: S.04.II.G.22, (US\$ 10.00), abril de 2004. [www](#)
Roberto Borges Martins, "Desigualdades raciales y políticas de inclusión racial; resumen de la experiencia brasileña reciente", (LC/L.2082-P), Número de venta: S.04.II.G.22, (US\$ 10.00), marzo de 2004. [www](#)
83. Rodrigo Valenzuela Fernández, "Inequidad y pueblos indígenas en Bolivia. (LC/L. 2089-P), Número de venta: S.04.II.G.27, (US\$ 10.00), marzo de 2004. [www](#)
84. Laura Golbert, "¿Derecho a la inclusión o paz social? El Programa para Jefes/as de Hogares Desocupados". (LC/L. 2092-P), Número de venta: S.04.II.G.30, (US\$ 10.00), abril de 2004. [www](#)
85. Pablo Vinocur y Leopoldo Halperini, "Pobreza y políticas sociales en Argentina de los años noventa" (LC/L.2107-P), Número de venta: S.04.II.G.59, (US\$ 10.00), abril de 2004. [www](#)
86. Alfredo Sarmiento Gómez, "La institucionalidad social en Colombia: la búsqueda de una descentralización con centro", (LC/L. 2122-P), Número de venta: S.04.II.G.51, (US\$ 10.00), mayo de 2004. [www](#)
87. Pablo Villatoro, "Los programas de reducción de la pobreza en América Latina. Un análisis de cinco experiencias," (LC/L.2133-P), Número de venta: S.04.II.G.62, (US\$ 10.00), mayo de 2004. [www](#)
88. Arturo León, Rodrigo Martínez, Ernesto Espíndola y Alejandro Schejtman, "Pobreza, hambre y seguridad alimentaria en Centroamérica y Panamá", (LC/L.2134-P), Número de venta: S.04.II.G.63, (US\$ 10.00), mayo de 2004. [www](#)
89. Nelson do Valle Silva, "Cambios sociales y estratificación en el Brasil contemporáneo (1945-1999)" (LC/L.2163-P), Número de venta: S.04.II.G.91, (US\$ 10.00), julio de 2004. [www](#)
90. Gisela Zaremberg, "Alpargatas y libros: estilos de gestión, género y política social en Argentina y Chile", (LC/L.2164-P), Número de venta: S.04.II.G.92, (US\$ 10.00), julio de 2004. [www](#)
91. Jorge Lanzaro, "La reforma educativa en Uruguay (1995-2000): virtudes y problemas de una iniciativa heterodoxa", (LC/L.2166-P), Número de venta: S.04.II.G.95, (US\$ 10.00), julio de 2004. [www](#)
92. Carlos Barba Solano, "Régimen de bienestar y reforma social en México", (LC/L.2168-P), Número de venta: S.04.II.G.97, (US\$ 10.00), julio de 2004. [www](#)
93. Pedro Medellín Torres, "La política de las políticas públicas: propuesta teórica y metodológica para el estudio de las políticas públicas en países de frágil institucionalidad", (LC/L.2170-P), Número de venta: S.04.II.G.99, (US\$ 10.00), julio de 2004. [www](#)
94. Carlos Sojo, "Líneas de tensión: gestión política de la reforma económica. El Instituto Costarricense de Electricidad, ICE y la privatización de empresas públicas", (LC/L.2173-P), Número de venta: S.04.II.G.101, (US\$ 10.00), julio de 2004. [www](#)
95. Eugenio Lahera P., "Política y políticas públicas", (LC/L.2176-P), Número de venta: S.04.II.G.103, (US\$ 10.00), agosto de 2004. [www](#)
96. Raúl Atria, "Estructura ocupacional, estructura social y clases sociales", (LC/L.2192-P), Número de venta: S.04.II.G.119, (US\$ 10.00), septiembre de 2004. [www](#)
97. Fabián Repetto y Guillermo Alonso, "La economía política de la política social argentina: una mirada desde la desregulación y la descentralización", (LC/L.2193-P), Número de venta: S.04.II.G.120, (US\$ 10.00), septiembre de 2004. [www](#)

98. Florencia Torche y Guillermo Wormald, "Estratificación y movilidad social en Chile: entre la adscripción y el logro", (LC/L.2209-P), Número de venta: S.04.II.G.132, (US\$ 10.00), octubre de 2004. [www](#)
99. Lorena Godoy, "Programas de renta mínima vinculada a la educación: las becas escolares en Brasil" (LC/L.2217-P), Número de venta: S.04.II.G.137, (US\$ 10.00), noviembre de 2004. [www](#)
100. Alejandro Portes y William Haller "La economía informal," (LC/L.2218-P), Número de venta: S.04.II.G.138, (US\$ 10.00), noviembre de 2004. [www](#)
101. Pablo Villatoro y Alisson Silva, "Estrategias, programas y experiencias de superación de la brecha digital y universalización del acceso a las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC). Un panorama regional", (LC/L.2238-P), Número de venta: S.04.II.G.159, (US\$ 10.00), noviembre del 2004. [www](#)
102. David Noe, Jorge Rodríguez Cabello e Isabel Zúñiga, "Brecha étnica e influencia de los pares en el rendimiento escolar: evidencia para Chile", (LC/L.2239-P), Número de venta: S.04.II.G.159, (US\$ 10.00), diciembre del 2004. [www](#)
103. Carlos Américo Pacheco, "Políticas públicas, intereses y articulación política como se gestaron las recientes reformas al Sistema de Ciencia y Tecnología en Brasil", (LC/L.2251-P), Número de venta: S.05.II.G.9, (US\$ 10.00), enero del 2005. [www](#)
104. Mariana Schnkolnik, "Caracterización de la inserción laboral de los jóvenes" (LC/L.2257-P), Número de venta: S.05.II.G.15, (US\$ 10.00), febrero del 2005. [www](#)
105. Alison Vásconez R., Rossana Córdoba y Pabel Muñoz, "La construcción de las políticas sociales en Ecuador durante los años ochenta y noventa: sentidos, contextos y resultados", (LC/L.2275-P), Número de venta: S.05.II.G.27, (US\$ 10.00), febrero del 2005. [www](#)
106. Pablo Villatoro, "Diagnóstico y propuestas para el proyecto: Red en línea de Instituciones Sociales de América Latina y el Caribe RISALC", (LC/L.2276-P), Número de venta: S.05.II.G.28, (US\$ 10.00), febrero del 2005. [www](#)
107. Richard N. Adams, "Etnicidad e igualdad en Guatemala, 2002", (LC/L.2286-P), Número de venta: S.05.II.G.30, (US\$ 10.00), mayo del 2005. [www](#)
108. María Rebeca Yáñez y Pablo Villatoro, "Las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) y la institucionalidad social: hacia una gestión basada en el conocimiento" (LC/L.2298-P), Número de venta: S.05.II.G.46, (US\$ 10.00), mayo del 2005. [www](#)
109. Lucía Dammert, "Violencia criminal y seguridad ciudadana en Chile", (LC/L.2308-P), Número de venta: S.05.II.G.57, (US\$ 10.00), mayo del 2005. [www](#)
110. Carmen Artigas, "Una mirada a la protección social desde los derechos humanos y otros contextos internacionales", (LC/L.2354-P), Número de venta: S.05.II.G.98, (US\$ 10.00), agosto del 2005. [www](#)
111. Rodrigo Martínez, "Hambre y desnutrición en los países miembros de la Asociación de Estados del Caribe (AEC)" (LC/L.2374-P), Número de venta: S.05.II.G.119, (US\$ 10.00), septiembre del 2005. [www](#)
Rodrigo Martínez, "Hunger and Malnutrition in the Countries of the Association of Caribbean States (ACS)" (LC/L.2374-P), Sales Number: E.05.II.G.119, (US\$ 10.00), September, 2005. [www](#)
112. Rodrigo Martínez, Hambre y desigualdad en los países andinos. La desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú" (LC/L.2400-P), Número de venta: S.05.II.G.147, (US\$ 10.00), octubre del 2005. [www](#)
113. Mariana Schnkolnik, Consuelo Araos y Felipe Machado, "Certificación por competencias como parte del sistema de protección social: la experiencia de países desarrollados y lineamientos para América Latina" LC/L.2438-P), Número de venta: S.05.II.G.184, (US\$ 10.00), diciembre del 2005. [www](#)
114. Irma Arriagada, Verónica Aranda y Francisca Miranda, "Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas" LC/L.2450-P), Número de venta: S.05.II.G.196, (US\$ 10.00), diciembre del 2005. [www](#)
115. Gonzalo Wielandt, "Hacia la construcción de lecciones de posconflicto en América Latina y el Caribe. Una mirada a la violencia juvenil en Centroamérica" LC/L.2451-P), Número de venta: S.05.II.G.197 (US\$ 10.00), diciembre del 2005. [www](#)
116. Sebastián Galiani, "Políticas sociales: instituciones, información y conocimiento" LC/L.2482-P), Número de venta: S.06.II.G.8, (US\$ 10.00), enero del 2006. [www](#)
117. Andras Uthoff, "Brecha del Estado de Bienestar y reformas a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe (LC/L.2498-P), Número de venta: S.06.II.G.30, (US\$ 10.00), abril del 2006. [www](#)
118. Martín Hopenhayn, Álvaro Bello, Francisca Miranda, "Los pueblos indígenas y afro descendientes ante el nuevo Milenio" LC/L.2518-P), Número de venta: S.06.II.G.45, (US\$ 10.00), abril del 2006. [www](#)
119. Irma Arriagada, "Cambios de las políticas sociales: políticas de género y familia" (LC/L.2519-P), Número de venta: S.06.II.G.46, (US\$ 10.00), abril del 2006. [www](#)
120. Guillermo Sunkel, "El papel de la familia en la protección social en América Latina", (LC/L.2530-P), Número de venta: S.06.II.G.57, (US\$ 10.00), abril del 2006. [www](#)
121. Marcelo Drago, "La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos" LC/L.2539-P), Número de venta: S.06.II.G.66, (US\$ 10.00), mayo del 2006. [www](#)

El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org

[www](#) Disponible también en Internet: <http://www.cepal.org/> o <http://www.eclac.org>

Nombre: Actividad: Dirección: Código postal, ciudad, país: Tel.: Fax: E.mail:
