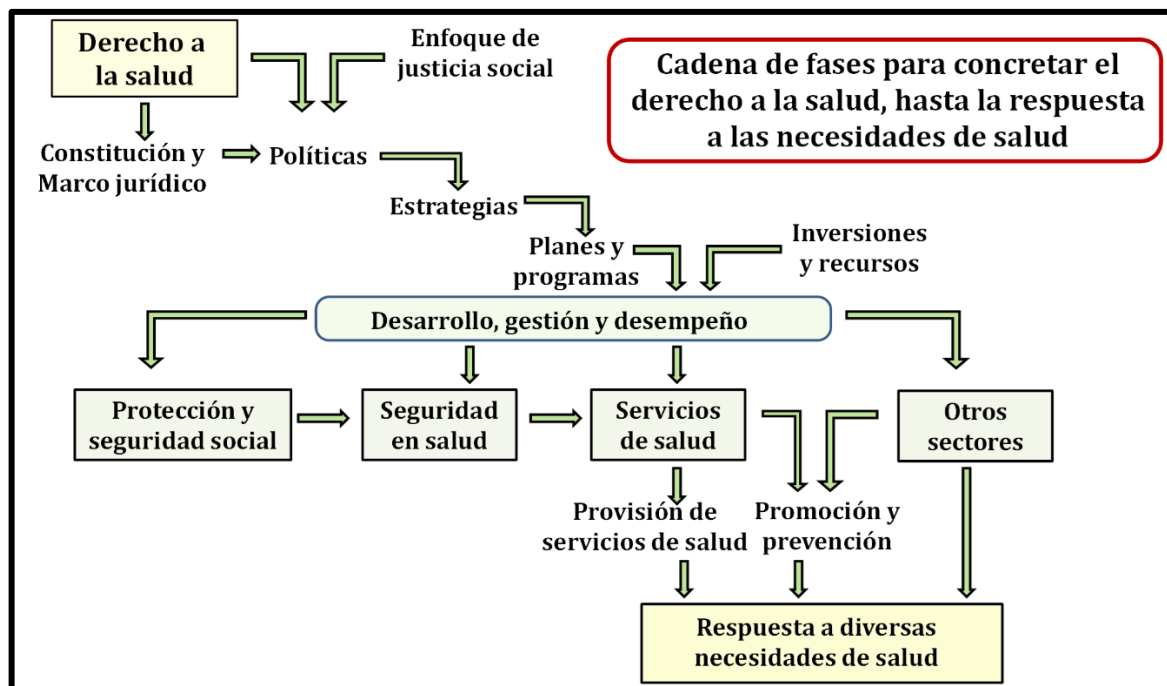


# Consistencia y factibilidad de una mejor salud, en la Propuesta de Constitución Política de la República



**César Gattini C.**

Agosto de 2022

Observatorio Chileno de Salud Pública  
Instituto de Salud Poblacional  
Facultad de Medicina. Universidad de Chile  
[www.ochisap.cl](http://www.ochisap.cl)



## **Consistencia y factibilidad de una mejor salud, en la Propuesta de Constitución Política de la República**

*La Constitución propuesta aparece como la solución jurídica clave para iniciar reformas radicales que produzcan un Estado óptimo y omnipotente, con ideal condición de vida y salud de la población. Su predominante enfoque teórico fundacional, sustentado en recomendaciones y tratados internacionales, le confiere una particular naturaleza de manifiesto ideológico. Destaca el enfoque burocrático estatal de cariz socialista, con un sistema de salud estatal de planificación central y manejo de fondos principalmente provenientes de la renta general de la nación. Con ese enfoque, se discrimina al mercado y al sector privado, ignorando los determinantes comerciales de la salud. La pretenciosa teoría disociada de la realidad no permite inferir que haya consistencia y alguna certeza razonable, de que el tema de innovación en salud bosquejado en la propuesta constitucional se pueda aplicar, efectiva y adecuadamente, para poder avanzar hacia aquella mejor salud y sistema de salud que más específicamente se necesitan en el caso chileno.*

**César Gattini C.**

Agosto de 2022

Observatorio Chileno de Salud Pública  
Instituto de Salud Poblacional  
Facultad de Medicina. Universidad de Chile  
[www.ochisap.cl](http://www.ochisap.cl)

## ÍNDICE

Índice	4
Resumen Ejecutivo	5
1. Introducción	10
2. La salud según la perspectiva del derecho y la salud pública	13
3. Situación actual y desafíos prioritarios de la salud en Chile	17
4. Situación y desafíos prioritarios del actual sistema de salud	25
5. Los temas de salud abordados en la Propuesta	38
6. La salud abordada en documentos constitucionales previos	50
7. Diferencias entre el sistema de salud actual y el modelo bosquejado	54
8. Calidad esperada y factibilidad de implementar el sistema de salud propuesto	60
9. Principales conclusiones	71
Bibliografía consultada y recomendada	74

## RESUMEN EJECUTIVO

Este Reporte presenta una síntesis de la revisión analítica sobre el tema de salud abordado en la Propuesta de Constitución Política de la República 2022. En especial, se consideró las dimensiones teóricas y prácticas de la propuesta, así como las expectativas razonables de que esa Propuesta se pueda aplicar adecuadamente, para obtener los objetivos deseados en un doble ámbito: (a) que el gran planteamiento teórico de la propuesta sobre una óptima situación de salud y bienestar se produzca en toda la población; y (b) las expectativas razonables de que esa Constitución es lo que se necesita específicamente, y que ella se pudiera aplicar de un modo útil y efectivo para mejorar al Estado y al sistema de salud, contribuyendo al progreso sanitario.

Desde la perspectiva de salud pública, la revisión de la Propuesta se concentró en la siguiente pregunta: ¿Qué aspectos de la Constitución propuesta parecen cruciales y factibles de ser aplicados a través del marco jurídico, para contribuir a que se logre un mejor Estado y nivel de salud en la práctica en Chile, y qué aspectos de la propuesta parecen ser inconsistentes, no factibles, o bien que incluso podrían complicar aún más la situación existente?

### **Enfoque y contenidos de la Propuesta**

La propuesta de una nueva Constitución presenta un amplio conjunto de derechos, principios, valores e ideales aspiraciones. La Propuesta presenta un óptimo escenario sobre una vida y bienestar integral para de todos, y un instrumento integral y suficiente para contribuir a lograr un Estado perfeccionado y omnipotente, con una población de impecable cultura, ética y conducta humanista. El Estado y sociedad así refinados, serían los agentes efectivos y suficientes para conseguir los objetivos de una mejor salud y bienestar.

El enfoque teórico predominante en la Propuesta parece referirse a un país naciente que necesita de una Constitución fundacional, bajo los lineamientos de las Naciones Unidas y tratados internacionales. El escenario de aplicación y objetivos en el ámbito de salud tienen un marcado componente teórico e ideológico (con cariz de manifiesto ideológico) en que destaca un enfoque socialista de planificación estatal central, que coexiste con descentralización y autonomía regional y comunal.

En el trasfondo implícito del documento, no es posible advertir que muchos de sus planteamientos se hayan basado en el Chile real, que es el universo contexto concreto de aplicación y el punto inicial de los cambios y reformas que se propone realizar. Cabe considerar en forma muy concreta y específica al proponer reformas radicales, a la muy heterogénea realidad demográfica, política, económica, social y cultural que existe en las diversas áreas y grupos de población en Chile.

### **La salud, desde la perspectiva del derecho y la salud pública**

Una aproximación analítica a la Propuesta se facilita más con una perspectiva multidisciplinaria en que destacan entre otros, el derecho, la filosofía, la ética, la sociología, las ciencias políticas y económicas, la comunicación y la salud pública. En este reporte se ha usado en especial, la perspectiva del derecho y de la salud pública.

El enfoque de derechos fundamentales, entre los que se cuenta el derecho a la salud, es muy útil para entender el foco y énfasis sobre lo ideal o “deber ser” predominante de la Propuesta. La perspectiva de la salud pública complementa ello indicando que los derechos y necesidades de salud constituyen la parte de la demanda por condiciones de diversos servicios sanitarios, pero se debe agregar la práctica concreta de las condiciones reales y posibles para poder responder a esos derechos y necesidades, especialmente desde el sistema de salud.

### **Situación y desafíos prioritarios de la salud en Chile**

La situación actual de la población chilena cuenta con importantes avances, logros, problemas, brechas y desafíos en su nivel de salud, aunque hay disparidad con connotación de inequidad, especialmente entre grupos y localidades con distinto nivel socioeconómico y vulnerabilidad social y sanitaria. El nivel de salud de la población – a nivel individual y colectivo - no solo depende de factores biológicos individuales, sino que, de la influencia de determinantes sociales y naturales, como bien lo reconoce la propuesta. El sistema de salud constituye un determinante social esencial, aunque de influencia sólo parcial respecto al total de factores determinantes.

Es imprescindible que la Constitución sea coherente y aplicable al contexto sanitario nacional, en adecuada línea con las reformas que se necesitan, y que permita concretamente poder lograr un deseado buen nivel de salud y sistema de salud en Chile (un progreso adecuado y práctico),

### **Situación y desafíos prioritarios del sistema de salud**

La Propuesta enfatiza la visión de la situación y necesidades de salud desde el lado de los derechos y necesidades de salud (lado de la demanda), pero a ello solo se antepone un bosquejo global de modelo de sistema de salud (lado de la oferta). Las obligaciones y capacidad del Estado para proveer las condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud tienden a escapar con creces las capacidades y posibilidades que un Estado puede tener (salvo que sea omnipotente y utópico), independiente del desarrollo socioeconómico nacional.

El país cuenta con un complejo marco jurídico y una extensa función estatal que enmarcan la organización, estructura y funcionamiento del sistema de salud, el que obviamente requiere de adecuación y fortalecimiento. El sistema global de salud tiene entidades y sectores que realizan funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios asistenciales. El liderazgo y rectoría del sector está a cargo del Estado, con el Ministerio de Salud y sus dependencias. El aseguramiento y la prestación de servicios puede estar a cargo de instituciones públicas o privadas, según elección de las personas.

El aseguramiento público de salud es cubierto por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) con una cobertura de aproximadamente 80% de la población. El aseguramiento privado es cubierto en su mayoría por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). El sistema asistencial público de salud (Sistema Nacional de Servicios de Salud, SNSS) ya cuenta con un complejo marco jurídico y normativo, con extensa cobertura (alrededor de 80% de población) con un gran desempeño nacional. El sistema cuenta con gran desarrollo y cobertura logrado en todo el país, a pesar de los aspectos críticos que enfrenta, especialmente en los recursos asistenciales.

Hay temas cruciales a considerar en el nuevo sistema, como la coherencia de las reformas radicales que se pretendan aplicar, en línea con el marco jurídico. Destaca la necesidad de lograr una adecuada organización y estructura, sustentabilidad financiera, de recursos humanos y las condiciones para lograr una calidad integral y efectividad que el sistema de salud necesitará para cumplir con sus objetivos.

### **Los temas de salud abordados en la Propuesta**

Destaca el artículo 44 que se refiere al derecho a la salud y al bienestar de cada persona, e incluye entre otros aspectos, las condiciones que debe proveer el Estado para la salud. Se formula el establecimiento del Sistema Nacional de Salud de carácter universal, público e integrado, que estará integrado por prestadores públicos y privados. Ese sistema sería financiado a través de las rentas generales de la nación, más cotizaciones obligatorias que se podrían establecer. El artículo 45 se refiere al derecho de cada persona a la seguridad social y al establecimiento legal del sistema de seguridad público. El Estado define la política y financiamiento de la seguridad social.

El artículo 61 se refiere que toda persona es titular de derechos sexuales y reproductivos. El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (aborto provocado) está enfocado en el derecho que tiene cada mujer. Pero ello significa provocar la muerte de un niño nonato, intrauterino. Ese niño también es una persona a los cuales no aplicaría la Constitución y sus derechos humanos. El artículo 68 se refiere a que toda persona tiene derecho a una muerte digna, y el derecho a cuidados paliativos y otros que sean necesario a distintas edades según necesidad como discapacidad o enfermedad terminal.

Los problemas de salud relacionados con el ambiente (que son determinantes del nivel de salud) se relacionan con varios otros aspectos incluidos en la Propuesta, especialmente respecto a un ambiente saludable, como agua y saneamiento, aire libre, producción y gestión de residuos. Los artículos 104 a 106 se refieren a que toda persona tiene derecho a un ambiente sano, aire limpio y que se pueden establecer restricciones de ciertos para proteger el medioambiente y la naturaleza. Otros artículos también contribuyen una condición de vida saludable, como el artículo 54 sobre la seguridad alimentaria y el artículo 60 referido que toda persona tiene derecho al deporte, actividad física y a las prácticas corporales.

### **La salud en documentos constitucionales previos**

La constitución propuesta no puede debidamente ser analizada de una fuente aislada, como un emergente documento fundacional. Requiere ser comparada con la Constitución vigente y otros antecedentes, para conocer sus aportes, innovación ventajas y desventajas.

Las Constituciones de 1925 y de 1980 se refieren al tema de la salud en forma bastante escueta. La Constitución de 1980 (con algunos cambios posteriores) difiere con la propuesta al menos en dos aspectos relevantes: formula la libertad de elección de las personas respecto a que *“cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”* e indica que *“la Constitución asegura a todas las personas el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona, incluyendo que la ley protege la vida del que está por*

nacer” En lo último, difiere respecto al término voluntario del embarazo que se formula en la Propuesta actual.

El Proyecto de Reforma Constitucional de la presidenta Bachelet de marzo de 2018 tiene menos cambios esperados respecto a la Constitución vigente que la fundacional Propuesta actual, y tomaba en debida consideración los contenidos incluidos en la Constitución vigente, ante lo cual presentaba reformas bastante específicas.

### **Diferencias entre el sistema de salud actual y el modelo bosquejado**

El modelo propuesto para el sistema de salud tiene bastantes aspectos similares al sistema actual, pues se basa en la organización y estructura ya existente. Pero la Propuesta formula algunos cambios radicales que podrían tener un efecto no solo en aquellos objetivos que se esperan, sino que otros (positivos o negativos) y externalidades que parecen no haber sido debidamente previstas en el modelo bosquejado.

Destaca en la propuesta creación del Sistema Nacional de Salud que, a diferencia del sistema mixto actual, será un sistema público universal, lo que podría ser similar a integrar en conjunto, al actual FONASA Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), Atención Primaria y al programa GES, pero que tendrían cobertura para el total en la población.

El financiamiento sería esencialmente basado en renta nacional de la nación, en que se podría establecer cotizaciones obligatorias y solidarias. El aseguramiento en salud (bajo un órgano público administrador de los fondos) sería único y público para toda la población, mientras que el aseguramiento privado actual sería complementario. Es importante considerar la experiencia de FONASA, pues esa administración sería bastante similar a la que ya realiza FONASA, pero universal y agregando a los actuales asegurados de instituciones privadas.

### **Calidad esperada y factibilidad de implementar el sistema de salud propuesto**

El escenario presentado en la Propuesta incluye expectativas de que pudieran surgir leyes ideales, en línea con la Constitución, que pudieran permitir que se realicen cambios radicales que logren el desarrollo de un excelente sistema de salud, el cual proveería óptimas condiciones para obtener un excelente nivel de salud y bienestar de la población

En el proceso de aplicar el bosquejo de modelo de Sistema Nacional de Salud en un complejo sistema de salud – a partir de lo ya existente y funcionando sin parar - es bastante complejo y delicado. Se requiere contar con leyes, políticas, planes y programas armonizados, que contribuyan a implementar el sistema deseado. Se requiere considerar al sistema actual como punto de partida y de que probablemente se heredarán muchas ventajas y limitaciones del sistema de salud. Se mantendría el desafío de contar con una limitada oferta (en recursos, posibilidad de funciones y capacidad de respuesta) para tratar de responder de modo completo a los innumerables requerimientos de la población.

En el modelo de Sistema Nacional de Salud, destaca un enfoque burocrático estatal de cariz socialista, con un sistema de salud estatal de planificación central y manejo de fondos



principalmente provenientes de la renta general de la nación. Con ese enfoque, se discrimina al mercado y al sector privado, ignorando los determinantes comerciales de la salud.

El pretencioso escenario teórico de lo planteado en la Propuesta no permite despejar la crucial interrogante sobre qué grado de certeza razonable existe de que la Constitución propuesta se pueda aplicar y transformar al sistema de salud en una entidad óptima, plena de cualidades y con la necesaria efectividad.

Se necesita contar con una Constitución integral incluya de un modo coherente: (a) una adecuada teoría jurídica, política y humanista; (b) el universo de la concreta situación nacional con sus necesidades y posibilidades de cambios y mejoría; y (c) las expectativas razonables de que esa Constitución es lo que se necesita y que se puede aplicar de un modo útil y efectivo para mejorar al Estado y sociedad, lo que a su vez contribuya al progreso en salud y bienestar para todos (que también incluya al ser humano que aún no nace).

## 1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el tema de la salud y del sistema de salud en Chile ocupa un lugar prioritario en la agenda pública y sigue siendo reportado como una de las preocupaciones y demandas más sentidas y expresadas sistemáticamente por la población. El nivel de salud y bienestar no solo depende de la asistencia sanitaria, sino que de la influencia del estilo de vida y de determinantes ambientales, sociales y comerciales de la salud. Ello significa que la salud se beneficia no por el aporte del sector salud, en especial el sistema de salud, sino por múltiples sectores que pueden contribuir a mejorar, bajo el liderazgo y rectoría del Estado.

La Propuesta de Constitución Política de la República de Chile 2022 (en adelante la “Propuesta”) es un texto clave de leer y analizar oportunamente, dada su potencial importancia futura. Una oportuna lectura y análisis personal contribuye a estimar si es que la Propuesta parece cumplir adecuadamente con las condiciones suficientes en su calidad, aporte y objetivos más necesarios y factibles de poder lograr con la Constitución y su proyección en el marco jurídico.

La Propuesta aparece como un texto fundacional de un Chile naciente. Sin embargo y dado que ello representa una radical reforma respecto al sistema de salud actual, es igualmente imprescindible analizar dicha Propuesta con la Constitución vigente y su abordaje del tema concreto de la salud. Se requiere además conocer al menos la Constitución vigente, como punto de partida de los cambios y reformas de impacto en salud que se propone realizar. Una comparación entre ambas es indispensable. También es útil conocer sobre cómo ese tema es abordado en documentación constitucional previa, incluyendo tanto la Constitución de 1925 como la propuesta de reforma constitucional de la expresidenta Bachelet en 2018.

Por su naturaleza, la Constitución propuesta solo contiene un bosquejo que proyecta a la salud y sistema de salud con una calidad integral (en todas sus dimensiones) y que aportaría condiciones para una salud y bienestar integral. Pero es indispensable que permita inferir de modo razonable, que ella puede ser aplicada efectivamente como un instrumento clave para contribuir de modo efectivo y concreto (con los procesos legales, normativos, políticos y económicos que correspondan), para adecuar y fortalecer al Estado, al sistema de salud y a proveer las condiciones que favorezcan un mejor nivel de salud y bienestar integral.

Como referencia de análisis, y entre los aspectos de los cuales se espera que un sistema de salud pueda ser reformado y fortalecido para poder cumplir adecuadamente con su función, destacan:

- Capacidad del Estado (política, administrativa y financiera) para asegurar y proveer las condiciones que resguarden y mejoren la salud y bienestar de las personas y de condiciones saludables en la naturaleza
- Efectiva acción del Estado sobre el sistema de salud y seguridad social
- Efectiva organización, estructura y desempeño del Sistema Nacional de Salud y de las diversas entidades del sistema

- Financiamiento suficiente y que aporte sustentabilidad y eficiencia al sistema
- Adecuado aseguramiento en cobertura poblacional y de beneficios
- Adecuado acceso y uso de servicios asistenciales para toda la población, incluyendo acceso a al nivel de capacidad resolutive de redes asistenciales
- Complemento e integración efectiva de los sistemas previsionales y asistenciales públicos y privados de salud
- Adecuado y suficiente sistema público de salud, con capacidad de respuesta coherente a las necesidades y demanda sanitaria de la población
- Calidad integral de la atención, incluyendo satisfacción usuaria y del personal
- Eficiencia global en la distribución de recursos y desempeño del sistema
- Efectividad del desempeño e impacto en el nivel de salud, con efectiva capacidad de respuesta del sistema de salud a las necesidades sanitarias
- Equidad asistencial y sanitaria en un Chile muy heterogéneo, según necesidad e independiente de la capacidad de pago

Es importante analizar de modo general, las condiciones la organización y obligaciones que tendría el Estado para responder a los derechos y necesidades de salud. Ello significa los cambios radicales que sería necesario efectuar en la estructura y función del Estado, para fortalecer su capacidad de respuesta efectiva a los requerimientos sanitarios de la población

Es esencial revisar las actuales condiciones de salud y el concreto sistema de salud de Chile, como punto de partida para lo que en la propuesta se ha considerado la situación actual y lo que se pretende lograr mediante la aplicación de una nueva Constitución. La revisión y análisis se han enfocado, desde la perspectiva de salud pública, en la siguiente pregunta: ¿Qué aspectos de la Constitución propuesta parecen factibles de aplicar para un mejor Estado y salud, y qué aspectos son inconsistentes, no son factibles, o bien complican más la actual situación sanitaria nacional?

En este documento se revisa el tema del derecho y las necesidades de salud, especialmente desde la perspectiva del derecho y el enfoque internacional sobre derechos humanos. Luego se destacan los aspectos específicos del tema de salud abordado en la Propuesta, y se compara el planteamiento de la Propuesta respecto a lo formulado en la Constitución vigente y el Proyecto de Reforma Constitucional que presentó la presidenta Bachelet al Congreso, en 2018. También se destacan los principales aspectos sanitarios específicos y el abordaje indicado en la Propuesta, revisando la factibilidad razonable de fortalecer al sector salud, que se podría inferir a partir de los postulados muy específicos de la Propuesta y que se relacionan con el tema de la salud.

La Propuesta destaca de sobremanera por su enfoque y contenidos altamente novedosos pero teóricos y con una proyección ideal. Adopta de un modo muy integral y valórico, las recomendaciones y tratados internacionales, especialmente sobre derechos humanos y la obligación de los estados de proveer las condiciones para un mejor nivel de salud.

En este contexto y en términos de eventual factibilidad y consistencia de la Propuesta respecto al caso chileno, cobran importancia las siguientes preguntas:

¿Qué factibilidad de aplicación concreta y efectiva en diversos países, han evidenciado las recomendaciones y tratados internacionales?

¿Qué países han aplicado un modelo exitoso similar al expuesto en la Propuesta?

¿Qué tan homogéneo o heterogéneo es Chile en sus diversas áreas y grupos de población de población, como para proponer un modelo de planificación central y solo estatal en salud? Ello cobra importancia entre grupos de muy distinto nivel socioeconómico

¿Cuál es la doctrina ideológica subyacente y predominante en la propuesta, al menos respecto a la salud y el sistema de salud?

Es importante considerar la experiencia internacional de constituciones que hayan logrado demostrar una aplicación exitosa en fortalecer al Estado sólido y favorece el progreso en salud. Ello aportaría una referencia empírica óptima (Benchmarking), para estimar escenarios factibles de la aplicación de una constitución y el marco jurídico sobre la salud de la población. También es importante revisar el caso de algunas constituciones que son excelentes documentos, pero que no han tenido una explicación exitosa.

El modelo de sistema nacional de salud plantea un escenario de objetivos a lograr más centrado en el “desear o deber ser” (la teoría) que en lo que en la práctica se espera que razonablemente se pueda lograr según factibilidad en la concreta realidad nacional. Dada esa disyuntiva, es importante analizar sobre la eventual excelencia que se puede lograr en el sistema nacional de salud, según el trasfondo y enfoque formulado en la Propuesta.

Los contenidos del presente Reporte procuran aportar insumos útiles para motivar a una lectura más detallada y a reflexiones y debates de los eventuales lectores interesados en el tema de salud de la población. También se busca aportar antecedentes útiles que sirvan a comunicadores y estudiosos del tema, que, entre otros, son agentes claves para difundir el tema de salud incluido en la Propuesta.

## 2. LA SALUD SEGÚN LA PERSPECTIVA DEL DERECHO Y LA SALUD PÚBLICA

El derecho a la salud está estrechamente relacionado con otros derechos humanos fundamentales, como el derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud, especialmente por parte del Estado. Requiere ser comprendido a la luz de lo que representa la salud y el bienestar, tanto a nivel individual como colectivo. Ello requiere a su vez de una aproximación multidisciplinaria en que destacan entre otros, el derecho, la filosofía, la ética, la sociología, las ciencias políticas y económicas, y la salud pública.

En el abordaje al cuidado integral de la salud, hay dos dimensiones relacionadas. El nivel individual es abordado por la medicina, junto a otras profesiones y personal de salud, mientras que el nivel colectivo es abordado por la salud pública. La falta de precisión semántica de términos claves como el de *salud*, *bienestar* o *integral* pudiera tener riesgo de confusión o diversa interpretación para las consideraciones jurídicas. Se asume que la salud es un componente del bienestar. A su vez, el bienestar (ya sea subjetivo u objetivo) es parte de la calidad de vida.

Otro concepto crucial que no es posible precisar suficientemente, es el de la *necesidad de salud*. Ese término es clave, pues los sistemas y servicios de salud se definen y desarrollan como un conjunto de elementos organizados en torno a un fin, que es responder en forma coherente a las diversas necesidades de salud. También hay otros conceptos claves con limitación de precisión conceptual, como son la *promoción*, *equidad*, *eficiencia*, *calidad*, *satisfacción usuaria*, *calidad de vida* y otras. Sin embargo, todos esos términos y conceptos son aproximados de un modo muy práctico u operacional, para poder trabajar con ellos desde la perspectiva de la salud pública.

La cosmovisión y planificación desde la perspectiva de la salud pública no siempre puede basarse en la evidencia. Por ello, muchas veces es necesario abordar modelos con escenarios teóricos o inciertos para poder apoyar políticas y toma de decisiones que se aplicarán en forma muy concreta a la realidad. También se utiliza el tratar de estudiar modelos, sistemas sanitarios o reformas aplicados en otros países (referencia empírica positiva) y analizar su posible adaptación, utilidad y aplicación a la realidad nacional. Por lo tanto, cabe integrar tanto los modelos teóricos como las referencias empíricas concretas, y su grado de éxito.

El encuentro disciplinario entre el derecho y la salud pública, en torno al cumplimiento de la globalidad de derechos humanos, se puede producir en la medida en que el marco jurídico y el marco normativo relacionado con salud puedan ser coherentes entre sí, y se facilita cuando el Estado tiene condiciones de organización, estructura y desempeño eficaz respecto a lo que se debe aplicar para proteger los derechos humanos. Ello cabe ser aplicado en el contexto político, económico, social concreto del país, y considerando los derechos y necesidades sanitarias de los muy diversos habitantes de Chile.

Una Constitución puede ser definida como *“la ley fundamental de un Estado, con rango superior al resto de las leyes, que define el régimen de los derechos y libertades de los ciudadanos y delimita los poderes e instituciones de la organización política”* (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española).

Es la principal norma jurídica del Estado y base de todo el conjunto de leyes y el marco jurídico. Dado que trata del Estado y de las personas que forman parte del país, es importante revisar lo que la Constitución determina específicamente sobre las personas, sus derechos, necesidades, y las obligaciones que tiene el Estado para cumplir son los diversos requerimientos constitucionales.

A nivel internacional, los conceptos y contenidos esenciales del Derecho a la Salud se encuentran en una serie de documentos y acuerdos internacionales, entre los cuales destacan:

- La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1948.
- Declaración de Alma-Ata (1978) sobre la atención primaria de la salud.
- Declaración Universal de Derechos Humanos (DDHH), 1947
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 1966

De acuerdo con los distintos tratados y acuerdos internacionales, todas las personas deben poder ejercer el derecho a la salud, sin discriminación por motivos de raza, edad, pertenencia a grupo étnico u otra condición. La no discriminación y la igualdad exigen que los Estados adopten medidas para reformular toda legislación, práctica o política discriminatoria.

El requerimiento internacional sobre el derecho a la salud reconoce las limitaciones por déficit de recursos disponibles en los países más pobres, por lo cual no pueden cumplir a cabalidad la plenitud de derechos en salud, pero exige que todos los países traten de hacer progresos de forma constante, con miras a lograr la plena efectividad de los derechos pertinentes.

Por enfoque de la salud basado en los derechos humanos se entiende:

- Utilización de los derechos humanos como marco para el desarrollo de la salud.
- Evaluación de las consecuencias que tiene cualquier política, programa o legislación sanitaria para los derechos humanos, y adopción de medidas al respecto.
- Tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, la aplicación, la supervisión y la evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales, entre otros) que guarden relación con la salud.

Los derechos humanos deben ser resguardados por igual en cada persona. Pero en cada una, se producen distintas necesidades relacionadas con su salud. El concepto y determinación individual de cada necesidad de salud es clave, pues los sistemas y servicios de salud se definen como un conjunto de elementos organizados en torno a un fin, que es responder en forma coherente a las diversas necesidades de salud.

En la medida que el marco jurídico basado en la Constitución se establezca de un modo suficiente y coherente, contribuirá a que se cumplan todas las fases de políticas, planes y acciones que corresponda asumir al Estado y a la sociedad, para una mejor salud y sistema de salud. La Constitución es una gran base legal, pero no es un instrumento suficiente para que se puedan estructurar, planificar y realizar acciones que permitan la situación de salud deseada según la Constitución, en el caso específico de la población de Chile.

El derecho a la salud está incluido entre los derechos humanos y relacionado con otros derechos, tales como los civiles, políticos, sociales, económicos, sociales y culturales. Cobra importancia la relación entre las personas y el Estado, incluyendo las obligaciones de los gobiernos respecto al respeto, protección y cumplimiento para el resguardo de los derechos humanos.

En el abordaje al cuidado integral de la salud de la población, se requiere de una práctica sanitaria y social enfocada en el resguardo y mejoría de la salud en los diversos grupos de la población. Es importante considerar el contexto global en que se encuentra la población, y los factores determinantes básicos de la salud que incluyen entre otros, a los factores económicos, sociales y culturales.

En 2002, La Organización Mundial de la Salud (OMS) inició una serie de publicaciones para contribuir a entender mejor la compleja relación entre la salud y los derechos humanos, en los diversos problemas de salud de los países de distinto desarrollo. Su objetivo era ayudar a clarificar sobre este tema y comprender la importante sinergia entre la salud y los derechos humanos.

Al menos en las cuatro últimas décadas, los diversos organismos internacionales - directa o indirectamente relacionados con la salud - tienden a formular estrategias, como la Atención Primaria de Salud, Objetivos de Desarrollo del Milenio o la Cobertura Universal de Salud. En esas fuentes, que coinciden con los planteamientos de la autoridad sanitaria nacional tienen a repetirse algunos aspectos relacionados con el derecho a la salud, lo que tiene implicancias para el valor de la dignidad para todos:

- Derechos específicos en salud (protección, prevención, atención y otros)
- Derecho a la atención sanitaria y a la mejoría de factores determinantes básicos de la salud (como empleo, alimentación, educación, vivienda)
- Derecho a libertades relacionadas con salud (de aquellas impulsadas por el Estado o sistemas de salud)
- Disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud
- Universalidad, no discriminación y equidad
- Participación multisectorial y de la comunidad
- Rendición de cuentas y otra observancia de derechos en salud (OMS, 2014)

Dado que, de acuerdo con el derecho a la salud adoptado a nivel internacional, como difundido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se requiere de obligaciones del Estado de

proveer condiciones para un nivel de salud y bienestar pleno, parte de esas obligaciones incluyen la atención de salud, como respuesta a las necesidades sanitarias de cada persona.

En la atención sanitaria, se considera el derecho de cada persona a que no haya discriminación (por motivos étnicos, sexo edad, sociales u otros); disponibilidad suficiente de programas, centros y recursos asistenciales; y accesibilidad efectiva a centros, bienes y servicios asistenciales (con aceptabilidad, calidad, y rendición de cuentas).

La Propuesta acoge en forma bastante estricta el enfoque y condiciones promovidas por instituciones y tratados internacionales, que asume como un enfoque obligatorio de cumplir, especialmente por el Estado, y que es posible de lograr. Ello es reflejado a través de las diversas dimensiones descritas, como los principios, valores, el nivel de salud y bienestar integral, la modalidad del sistema de salud y el rol de la atención primaria de salud.

El enfoque de derechos fundamentales, entre los que se cuenta el derecho a la salud, es muy útil para entender el foco y énfasis sobre lo ideal o “deber ser” predominante de la Propuesta. La perspectiva de la salud pública complementa ello indicando que los derechos y necesidades de salud constituyen la parte de la demanda por condiciones de diversos servicios sanitarios, pero se debe agregar la práctica concreta de las condiciones reales y posibles para responder a esos derechos y necesidades (lado de la oferta) lo que resulta bastante limitado para cumplir con la eventual demanda de la población.



### 3. SITUACIÓN ACTUAL Y DESAFÍOS PRIORITARIOS DE LA SALUD EN CHILE

La situación de la población chilena cuenta con importantes avances, logros, problemas, brechas y desafíos en su nivel de salud. Destaca su progresivo e importante avance histórico, se mantienen algunos problemas y también se generan otros, incluyendo aquellos relacionados con el mismo progreso. Los desafíos para continuar con la mejoría de salud se relacionan con una serie de factores entre los que destacan el estilo de vida, las condiciones ambientales y determinantes sociales de la salud, con el resguardo adecuado de la salud a través de adecuadas políticas y del sistema de salud.

Los planes o estrategias nacionales de salud (como la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020) contienen una serie de objetivos sanitarios e indicadores que constituyen parámetros de referencia para mejorar en salud (para enfermedades transmisibles, no transmisibles, salud materno-infantil, factores de riesgo y otros).

#### **Salud y desarrollo**

Chile ha alcanzado paulatinamente un avance en salud que es concordante con el nivel e desarrollo global del país. El relativo buen nivel de salud alcanzado – incluso mejor que otros países con similar desarrollo socioeconómico - se refleja en aspectos como el aumento de la expectativa de vida al nacer, reducción de eventos de salud altamente evitables como la mortalidad materna e infantil, y reducción de enfermedades transmisibles que son posibles de controlar con vacunas y medidas de saneamiento e higiene. La mejoría histórica paulatina de la situación de salud en Chile se refleja de modo sistemático en los indicadores básicos de salud, destacando la prevención y control de aquella morbilidad y mortalidad producida por causas altamente evitables (especialmente en el área materno-infantil y las enfermedades transmisibles).

Chile ha experimentado un paulatino y notorio desarrollo socioeconómico, especialmente en las últimas décadas. Su economía ya es considerada de alto ingreso, alcanzando a un PIB per cápita de USD 15.923,4 en 2018 (USD a precios actuales, según el Banco Mundial). Su Índice de Desarrollo Humano fue 0,847 en 2018, ubicando al país en el lugar 42 del ranking mundial de IDH (PNUD).

La mejor calidad de vida lograda con el desarrollo socioeconómico, junto a la protección social y el aporte del sistema de salud, han favorecido un notorio avance en el nivel de salud y longevidad de la población, alcanzando a 79,7 años de vida al nacer en 2018 (INE). El cambio epidemiológico y el envejecimiento de la población han influido a su vez en un aumento progresivo de las necesidades de salud y de la demanda asistencial de la población.

Con mayor longevidad, han aumentado bastante las enfermedades crónicas con aumento de carga de enfermedad, de la demanda por mayor cantidad y complejidad de asistencia sanitaria. El modo de desarrollo y cambios de estilo de vida ha sido positivo, pero también ha repercutido en el aumento de problemas relacionados con salud mental, sedentarismo, alimentación, contaminación ambiental y otros.

El cambio epidemiológico de la población, con acelerado envejecimiento, acompañada de la mejoría de aquellas condiciones que son determinantes sociales de la salud, refleja un logro de mejor salud pero representa desafíos de riesgos y necesidad de control de enfermedades como las crónicas no transmisibles (incluyendo problemas de salud mental), problemas derivados del cambio climático, desastres naturales y provocados por el hombre, contaminación de aire, agua y suelos, inseguridad por violencia, vial o laboral, y hábitos no saludables como tabaquismo y consumo de alcohol y drogas.

### **Disparidad en el nivel de salud**

Sin embargo, se mantienen disparidades en condiciones económicas, sociales y sanitarias entre diversos grupos de la población, en desmedro de los grupos más pobres y vulnerables. El avance en la situación de salud no es universal, pues hay grupos más vulnerables que, aunque mejoran en su situación de salud, lo hacen a un nivel y velocidad menor que grupos más favorecidos. La persistente desigualdad en el nivel de salud de la población se expresa en que las condiciones de salud son claramente mejores en las áreas con mayor nivel socioeconómico y menor en aquellas áreas de grupos con menor nivel socioeconómico y mayor vulnerabilidad social y sanitaria, y que el exceso de enfermedad y muerte en aquellas localidades y grupos con mayor riesgo y vulnerabilidad sanitaria, tienden a tener mayor proporción de problemas evitables de salud (afectos a medidas de prevención y control).

El menor nivel de salud es encontrado sistemáticamente en grupos y sectores de mayor pobreza, menor nivel educacional, mayor ruralidad y con mayor concentración de pueblos originarios. El desafío en términos de equidad es procurar la disminución de eventos evitables (riesgo, enfermedad, discapacidad y muerte) y precaver que las determinantes sociales impacten en la salud de la población.

La heterogénea y masiva inmigración ha producido resultados dispares. Si bien representa algunos aportes al país, también presenta desafíos especialmente en aquellos grupos que arriban con mayor vulnerabilidad social y sanitaria (grupos que ingresan y quedan residiendo sin tener condiciones laborales o socioeconómicas básicas suficientes).

### **Salud materna e infantil**

Chile ha logrado grandes avances en salud y atención del grupo materno infantil, aunque se mantiene cierta inequidad con eventos evitables en áreas con mayor vulnerabilidad social, incluyendo comunas rurales y pobres. Se ha logrado una importante reducción de los factores de riesgo y eventos evitables en salud materno infantil como malnutrición, mortalidad materna e infantil, enfermedades infecciosas infantiles). Ha contribuido el uso de planificación familiar, reducción de fecundidad especialmente en grupos y edades de mayor riesgo, cobertura del parto

prácticamente universal con atención profesional, uso de maternidad segura, desarrollo de una red neonatológica, atención intensiva de las embarazadas y menores de un año, especialmente de aquellos que están en riesgo.

El gran esfuerzo se ejemplifica entre otros, en la gran cobertura nacional de vacunación (evitando enfermedad y muerte por enfermedades como sarampión, tuberculosis o poliomielitis) y en la atención universal del parto, donde más de la mitad de ellos son sometidos a cesárea (intervención que no se puede hacer en todos los hospitales). Esas altas coberturas se encuentran incluso en localidades con alta concentración de población indígena.

### **Enfermedades transmisibles inmunoprevenibles**

El actual nivel de las enfermedades transmisibles inmunoprevenibles permite plantear que en general están bajo efectiva prevención y control, destacándose que el programa nacional de vacunas está periódicamente actualizándose de acuerdo con avances en tecnología de vacunas y riesgos de la población (como el caso de nuevas enfermedades emergentes). Hay, sin embargo, factores de acceso e integración a red de atención primaria que es necesario asegurar, para resguardar la cobertura alcanzada en programas de vacunas. En Chile ya se cuenta con cobertura prácticamente universal de vacunas claves para enfrentar aquellas enfermedades transmisibles evitables con vacunación, con acceso favorecido a toda la población. En los adultos mayores hay gran esfuerzo en vacunas contra la influenza.

La esporádica emergencia de grandes epidemias de enfermedades transmisibles, como el actual COVID-19, puede producir importante cantidad de enfermos y muertos, a veces de modo catastrófico, en los diversos países. El extraordinario desarrollo y distribución de vacunas contra la epidemia COVID-19 realizado recientemente en Chile, permitió evitar decenas de miles de muertos, junto a otras medidas cruciales en que participaron activamente cientos de miles de personas de muchos sectores y actividades, en todo el país.

### **Enfermedades infecciosas intestinales**

La incidencia de esas enfermedades, como hepatitis, tifoidea, síndrome diarreico agudo, son más altas en grupos de mayor vulnerabilidad social y peores condiciones higiénicas. Ello es mayor en áreas pobres y rurales, y tiende a ser mayor en comunas con mayor proporción de pueblos originarios.

En Chile ya se realizan importantes esfuerzos para el tratamiento y control de estas enfermedades, especialmente por parte del SNSS., con centros y cobertura distribuidos en todo el país, incluyendo sectores pobres y rurales.

### **Enfermedades transmitidas por vectores**

La incidencia de esas enfermedades, como Chagas e hidatidosis son más altas en grupos de mayor ruralidad y vulnerabilidad social. El dengue se encuentra en lugares como Isla de Pascua. La malaria autóctona se encuentra erradicada en Chile, pero puede reaparecer si con mosquitos se retransmitiera esa enfermedad que portan algunos migrantes desde el Caribe. La incidencia de hidatidosis se encuentra más bien en lugares más rurales.

En Chile ya se realizan importantes esfuerzos para el control de estas enfermedades, especialmente por parte del SNSS. En Chile ya se realizan importantes esfuerzos para el tratamiento y control de estas enfermedades, especialmente por parte del SNSS., con centros y cobertura distribuidos en todo el país, incluyendo sectores pobres y rurales, incluyendo localidades con más población indígena.

### **Enfermedades infecciosas emergentes y re emergentes**

Existe una activa vigilancia de enfermedades infecciosas emergentes y re emergentes y se toman medidas según necesidad, conforme a recomendaciones internacionales y factibilidad de adoptar medidas, los brotes surgidos han sido adecuadamente controlados.

### **Enfermedades crónicas transmisibles**

La tuberculosis aún es un problema sanitario en Chile, que disminuido bastante y se concentra en ciertas áreas de vulnerabilidad social y ruralidad, incluyendo localidades con más población indígena.

La enfermedad de VIH/sida es más compleja de tratar en forma crónica, son alto nivel de recursos requeridos, como medicamentos, en el grupo de pacientes.

Otras enfermedades de transmisión sexual están bajo activa vigilancia y tratamiento especialmente en grupos de riesgo. En Chile ya se realizan importantes esfuerzos para el tratamiento y control de estas enfermedades, especialmente por parte del SNSS.

### **Malnutrición y enfermedades nutricionales**

En su progreso histórico, el país la logrado superar el serio problema de la desnutrición por falta de alimentación. Ello se logró con grandes esfuerzos intersectoriales y con superación progresiva de la pobreza, con gran trabajo del sector salud y de otros sectores sociales.

En la actualidad, la malnutrición se relaciona con sobrepeso y obesidad ya desde la infancia, problema que es actualmente importante, pero destaca que tiene causas potencialmente evitables. Pero mejorar ese problema requiere de múltiples acciones intersectoriales, de buena alimentación, cultura y mejor estilo de vida de las personas.

La malnutrición por exceso predispone a enfermedades crónicas sería y potencialmente evitables (o al menos evitar su aparición prematura), como son la hipertensión y diabetes mellitus, que a su vez favorecen las enfermedades cardiovasculares.

### **Enfermedades cardiovasculares**

Constituyen uno de los problemas sanitarios más importantes en la población por su incidencia en enfermedad y muerte, que afectan al corazón y vasos sanguíneos, en que también han aumentado por la mayor longevidad de la población. Destacan algunas como la hipertensión, la cardiopatía coronaria y otras cardiopatías, y accidentes cerebrovasculares.

Se relacionan con muy frecuentes factores de riesgo, como la obesidad, estrés, estilos de vida de vida y alimentación no saludable y otros factores de riesgo afecto a prevención y control. Por ello, destacan por ser parcialmente prevenibles en cuanto a controlar sus factores de riesgo, sus

complicaciones o a una prematuridad de aparición o de sus complicaciones. Estas últimas presentan además un potencial gran requerimiento asistencial de salud, de gran costo y complejidad.

### **Neoplasias malignas**

Junto a las enfermedades cardiovasculares, presentan la principal causa de muerte en el país. Provocan una alta carga de morbilidad, demanda asistencial y ambos grupos son la principal causa de muerte en el país, especialmente después en los adultos mayores (de 65 años y más de edad). Destacan el cáncer de mama, cervicouterino, próstata, estómago, pulmonar.

Las neoplasias malignas han pasado a ser la principal causa de muerte en el segmento etario laboralmente activo (20 a 65 años). Existe un grupo de enfermedades neoplásicas afectas a prevención y control, especialmente mama, cervicouterino, próstata, estómago, pulmonar, producen morbilidad y mortalidad parcialmente evitable. El nivel logrado implica un logro relativo mediante campañas de prevención y detección más oportuna y de mayor cobertura, junto tratamiento de casos orientado recuperación o al menos a evitar la letalidad.

Es importante su pesquisa oportuna y tratamiento, especialmente en aquellas causas potencialmente afectas a tratamiento y prevención de muertes. Los portadores de este tipo de enfermedad presentan además un gran requerimiento asistencial de salud, de gran costo y complejidad.

### **Traumatismos y otras causas externas**

Corresponde a distintos tipos de problemas sanitarios, de distinto grado de complicación sobre la salud física y mental, que son causados por muy diversos tipos de accidentes u otras causas externas dañinas, que pueden ocurrir de modo imprevisto en cualquier lugar, o bien asociado a riesgos sistemáticos presente en el trabajo o conductas de vida.

Son eventos de importancia por el diverso daño provocado en salud, y también porque sus causas externas son altamente evitables. En su prevención contribuyen acciones de educación, control (como de tránsito y laboral) y medidas de seguridad de distintos tipos, como las viales, industriales y otras.

### **Problemas de salud mental**

Aunque hay algunos problemas de salud de origen interno, biológico o intrínseco de las personas, en la gran mayoría de casos ello es fuertemente influenciado por factores externos, sociales del entorno (falta de ambiente familiar, social o laboral saludable, y otros como inseguridad, violencia y seria falta de respeto a los derechos humanos y dignidad de las personas).

El abordaje de los problemas de salud mental, dada la gran influencia de factores externos a la persona, como los determinantes sociales no saludables, puede ser abordado y afecto a prevención y control de un modo intersectorial y social, y no solo dependiente de una asistencia sanitaria específica.

### **Problemas de salud ocupacional**

Destacan los accidentes laborales y las enfermedades profesionales, causados por muy distintas situaciones y eventos de origen laboral. La salud ocupacional tiende a tener buena protección y control en aquellas empresas formales que tienen convenios con instituciones de seguridad ocupacional, en que se educa, vigila y controla sobre las situaciones de riesgos y los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Ello no ocurre en empresas informales o en los casos de empleo informal. La informalidad laboral ha aumentado bastante en Chile, en relación a necesidad imperiosa de empleos, especialmente cuando hay restricciones económicas que repercuten en el empleo e ingresos, y el gran aumento de inmigrantes que no tienen subsidios ni empleo formal.

### **Problemas de salud relacionados con el ambiente**

Los problemas de salud relacionados con el ambiente se relacionan con varios aspectos en que destacan las condiciones saludables del ambiente, como agua y saneamiento, aire libre, suelos y la producción y gestión de residuos.

### **Problemas de salud relacionados con la vejez**

Los problemas de salud relacionados con la vejez tienden a aumentar de modo importante, debido al aumento de edad de la población, con lo cual existe un incremento de los grupos de 65 y más años, donde se acumulan enfermedades y discapacidad progresiva con la edad.

Ese grupo tiende a requerir de una progresiva e importante necesidad de cuidado, por pérdida de autovalencia, y distintos tipos de discapacidad, además de acumulación de enfermedades crónicas.

### **Desafíos para el progreso de la situación de salud**

El mismo avance logrado en el nivel de salud de la población representa un nuevo nivel de desafío (más exigente), respecto a los planes y estrategias que es necesario adoptar para continuar mejorando el nivel de salud, conservar los logros ya alcanzados, disminuir la inequidad en salud y fortalecer la estructura y funcionamiento del sistema de salud, especialmente en su componente público.

Además, constantemente emergen nuevos desafíos como aquellos relacionados con eventuales inestabilidades económicas tanto nacionales o internacionales, la aparición de nuevos riesgos sanitarios, enfermedades y problemas de importancia en salud pública.

A nivel chileno e internacional, se cuenta con grupos antivacunas, por distintos como el motivo de atribuirles riesgo de complicaciones. Allí se topa el derecho de aquellos que se oponen a vacunarse, con aquello que pueden ser contagiados por esos grupos si es que adquieren o transmiten la enfermedad.

El relativo bajo nivel de enfermedades infecciosas intestinales, como hepatitis, tifoidea, síndrome diarreico agudo indica una prevención primaria efectiva que, entre otros, incluye educación e higiene sanitaria de la población y manipuladores de alimentos. Es un logro que

requiere vigilancia constante. La enfermedad de Chagas mantiene una prevalencia crónica en lugares bajo exposición al vector. El nivel relativamente bajo de estas enfermedades indica efectiva vigilancia y medidas de prevención y control. Ello incluye control de vectores.

La incidencia mayor de las enfermedades crónicas transmisibles como tuberculosis, VIH/sida y otras de transmisión sexual, se concentra en grupos de mayor riesgo, urgiendo un mayor despliegue en notificación, así como un activo trabajo promoviendo activamente su prevención, primaria secundaria y terciaria.

Las enfermedades nutricionales y del metabolismo como obesidad y diabetes mellitus, así como el sedentarismo, tienen una tendencia a aumentar y plantean requerimientos más complejos de acción. El tema es prioritario en la agenda sanitaria y existe un conjunto de estrategias y medidas sectoriales por esos problemas que dependen del estilo de vida y fuertemente de los determinantes sociales. Se requiere fortalecer la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares, como hipertensión y enfermedad isquémica del corazón, incluyendo la acción sobre los factores de riesgo.

Los traumatismos y las complicaciones de otras causas externas causan enfermedad, discapacidad y muertes altamente evitables. Se cuenta con medidas intersectoriales tendiente a prevenir sus principales causas (accidentes de hogar, transportes, laborales, violencia) lo que ha permitido un relativo control, pero ello aún es insuficiente y la prevención y control de accidentes y otras causas externas requiere aumentarse y fortalecerse para abordar esos eventos altamente evitables, de modo intersectorial.

Los problemas de salud mental son de gran prevalencia en la población; algunos de ellos pueden tener medidas de prevención y control, como el caso de las adicciones; aunque insuficientes respecto a la gran magnitud del problema, existen importantes políticas, programas y estrategias tendientes a abordar estos problemas, enfocado de un modo intersectorial. Su demanda potencial excede la capacidad de respuesta del sistema de salud, por lo cual se requiere de políticas y estrategias que puedan apoyar a los diversos grupos de la población, al menos con el soporte básico, en la educación y prevención de estos problemas.

Los problemas de salud ocupacional son en general afectos a prevención y control, y existe mejor protección y atención sanitaria de preferencia en el empleo formal y en empresas que cuentan con departamentos de salud ocupacional organizada o están adscritos a mutuales de seguridad laboral.

Los problemas de salud materno-infantil se concentran en grupos de población socialmente menos favorecidos y más vulnerables. Se requiere una activa vigilancia que permita actuar en caso de que la morbilidad o mortalidad aumenten por la predisposición de determinantes sociales o limitaciones de acceso y uso del sistema de salud.

La situación de aquellos grupos de inmigrantes que mantienen limitadas condiciones socioeconómicas y sanitarias, con alta vulnerabilidad y riesgo en salud, representa un desafío creciente tanto epidemiológico como de mayor requerimiento a la atención de salud y de apoyo en sus determinantes sociales de la salud.

Destaca la necesidad de especial intervención control en aquellas áreas y grupos de mayor vulnerabilidad social y sanitaria, que tienen mayor morbilidad relacionada con enfermedades transmisibles que están bajo control en Chile (como tuberculosis y sarampión), aumento de incidencia de VIH/Sida y mayor riesgo y morbilidad materna e infantil.

La adaptación asistencial a la atención efectiva adecuada de migrantes de menores recursos, especialmente en la atención primaria de salud, incluye además la necesidad de un trato humanizado y comunicación efectiva en un ambiente multicultural que es relativamente nuevo y distinto a la cultura tradicional del personal de salud en Chile, especialmente del sistema público.

En los próximos años, el sector sanitario deberá hacer frente a las nuevas epidemias relacionadas con los factores de riesgo generados por el comportamiento humano, como el hábito de fumar, el consumo de alcohol y la mala nutrición por exceso (con el consecuente sobrepeso y obesidad).



## 4. SITUACIÓN Y DESAFÍOS PRIORITARIOS DEL ACTUAL SISTEMA DE SALUD

El sistema global de salud es el conjunto de entidades organizadas y coordinadas en torno al objetivo de resguardar la salud de su población objetivo, respondiendo en forma pertinente a las necesidades sanitarias de cada persona y grupo de la población. Incluye al conjunto formal y organizado de entidades públicas y privadas que pueden estar dedicadas a la rectoría, organización, financiamiento, aseguramiento, recursos y provisión de bienes y servicios sanitarios, en materias de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud.

Una parte del sistema de salud es informal, destacando la medicina tradicional que se practica de modo ancestral en los pueblos indígena, destacando una visión alternativa de salud-enfermedad y énfasis en el uso de plantas y hierbas medicinales.

### **Políticas públicas, protección social y el sistema de salud**

El sistema de salud cuenta con importantes políticas sanitarias, protección social, cobertura y desarrollo sectorial global, que representa un logro de agenda que se requiere mantener. La protección social y sanitaria también cubre el rol subsidiario del estado, concentrado en los más pobres y vulnerables. La seguridad social y sanitaria está abierta a la opción pública y privada, aunque el Estado mantiene una cobertura subsidiaria sobre quienes no pueden acceder al sistema privado o cotizar en el sistema público. El trabajo local de los servicios de salud y las funciones de atención primaria de salud, con la comunidad y otros sectores, han contribuido al progreso sanitario del país.

El sistema asistencial privado de servicios de salud es bastante amplio y diverso en cuanto a agentes prestadores y está distribuido a través de todo el país (clínicas, centros médicos, laboratorios, farmacias y otros). En general cubre alrededor del 20% de la población (con cobertura abierta al mercado general, que cubre tanto asegurados privados (especialmente de ISAPRE) como públicos (FONASA), y no tiene responsabilidad sobre poblaciones asignadas de territorios geográficos.

### **Organización, provisión y desempeño de los sistemas de salud:**

El sistema de salud ha tenido un desarrollo y organización paulatina que proviene ya desde la época de la colonia; sin embargo, su mayor crecimiento y organización ocurrió a partir del siglo XX en que contribuye activamente el rol del Estado de Bienestar. El modelo actual proviene de la reforma estructural, financiera, previsional y asistencial ocurrida en la década del 80, resultando una mezcla de modelo neoliberal y de Estado de Bienestar residual. Desde 1990 se han producido una serie de reformas específicas en el sistema de salud, aunque en general se mantiene la estructura básica establecida en los 80. En la actualidad, el sistema de salud es mixto (mezcla pública/privada en la previsión y provisión de servicios). Cuenta con un complejo marco legal y normativo, con un rol rector y regulador del Estado a través del Ministerio de Salud; las

principales funciones y entidades del sistema de salud, tanto en el sector público como privado, se sintetizan en el cuadro 4.1.

**Cuadro 4.1. Principales entidades que participan del sistema de salud en Chile, según función y sector**

<b>Función</b>	<b>Sector estatal o público</b>	<b>Sector privado</b>
Rectoría	- Estado (Ministerio de salud)	
Regulación	- Estado (Ministerio de salud) - Superintendencia de Salud	
Financiamiento	- Estado - Cotización de trabajadores - Copago por bienes y servicios - Pago de bolsillo	- Empresas privadas - Cotización de trabajadores - Copago por bienes y servicios - Pago de bolsillo
Aseguramiento	- FONASA - Cajas de Previsión de FFAA Armadas y de Orden - Otros seguros públicos	- ISAPRE - Mutuales de Empleadores - Seguros específicos (escolares, transporte)
Provisión de servicios asistenciales	- Hospitales del SNSS - Centros ambulatorios del SNSS, incluye administración municipal de APS - Hospitales de FFAA y otros estatales	- Hospitales y clínicas - Centros ambulatorios - Laboratorios - Centros de imagenología - Otros centros de apoyo diagnóstico o terapéutico

*Fuente: C. Gattini, 2018. Adaptado de MINSAL, 2008. OCHISAP.cl*

### **Rectoría y gobernanza**

La gobernanza y la regulación son ejercidas por el Ministerio de Salud, que también es responsable del marco regulatorio. La función de rectoría del sistema de salud corresponde al Ministerio de Salud, que está representado en las 15 Regiones por las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud. En su función, el Ministerio es apoyado por sus organismos dependientes: el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. El rol regulador está además a cargo de la Superintendencia de Salud, que controla a las entidades aseguradoras y fiscaliza a los prestadores de servicios de salud. Además, participan del Sistema todas aquellas instituciones que realizan convenios, destacando los municipios y servicios delegados.

### **Financiamiento**

El financiamiento proviene principalmente del Estado, cotizaciones de trabajadores y empresas públicas y privadas, así como de pago de bolsillo. La Superintendencia de Salud regula y vela por el cumplimiento de las garantías de aseguramiento y provisión.

En el 2017, el país destinó a la salud recursos financieros equivalentes a 8,1% del PIB (OECD) El 47,4 % de ello es público y representa el 16% del presupuesto del Gobierno. El gasto de salud per

cápita en el 2017 fue de US\$ 1 915. El 46,1% correspondió a gasto público y 33% a gasto de bolsillo. El 65% del gasto privado es gasto directo o de bolsillo (que es el más regresivo). El gasto en salud per cápita ha aumentado anualmente, pero la proporción del gasto privado es mayor que la del público, lo que dificulta alcanzar universalidad con equidad y eficiencia en el sistema de salud.

El financiamiento del sistema de salud incluye aportes públicos y privados, que se asignan y transfieren entre las distintas entidades de aseguramiento y provisión de servicios. El aporte público proviene del presupuesto general del Estado, basado en impuestos generales y específicos de las personas. El aporte privado incluye aportes directos e indirectos, por gastos de bolsillo de las personas y cotizaciones de los afiliados al sistema previsional privado. Los gastos de bolsillo corresponden a los copagos por atenciones médicas, pagos en medicamentos y el pago por atenciones médicas particulares que los usuarios efectúan directamente al prestador de servicios.

### **Aseguramiento**

La población puede elegir entre una opción pública o privada para su sistema de seguro o de atención de salud. El aseguramiento público está a cargo del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el sistema privado es administrado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). En el 2017, 76,3% de los chilenos estaba bajo la cobertura de FONASA y 18,2% a alguna ISAPRE. El porcentaje restante se repartía entre los que pertenecían al sistema de salud de las Fuerzas Armadas (cerca de 3%) y los que no tenían aseguramiento. Se estima que 5% del ingreso familiar está destinado a gastos en salud, con tendencia ascendente, y que 4% de las familias deben afrontar gastos catastróficos (umbral 30%), con riesgo de empobrecimiento.

La reforma sanitaria de los 80 planteaba la expectativa de que, con el gran crecimiento industrial y económico esperado del país, la mayoría de la población alcanzaría ingresos económicos suficientes como para poder acceder a un seguro o sistema asistencial de salud privado.

En ese escenario, tanto el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que es el seguro público, como el SNSS quedarían como una opción minoritaria remanente para cubrir a aquellas personas de menores ingresos, incapaces de acceder al sistema de mercado privado. Bajo ese escenario, se planteaba que sobrarían las camas hospitalarias del SNSS, pues éstas quedarían destinadas sólo a cubrir a la población pobre, que mantendría incapacidad de poder acceder al mercado privado.

Sin embargo, la cobertura de FONASA todavía alcanzaba al 79,6% de la población en 2017, mientras que el SNSS aún continúa siendo el principal proveedor asistencial del país, superando una cobertura de 80% de la población para muchas de sus actividades asistenciales.

FONASA determina cuatro categorías de beneficiarios según el nivel de ingresos de los cotizantes. Aquella de menos ingresos (A) no paga cotización ni tampoco por el uso de servicios del SNSS, la segunda (B) paga su cotización, pero no por el uso de servicios. La acción con esas dos categorías correspondería en cierto modo a un sistema estatal de protección social universal (tipo Beveridge), con asistencia sanitaria financiada totalmente por aporte fiscal y exento de pago al momento de uso (la categoría B no necesitaría cotizar). Las categorías C y D incluyen cotizantes de mayores ingresos y corresponden más bien lo que podría ser cubierto por un

sistema de seguro público colectivo de salud (tipo Bismark) y requieren realizar copago del 10% de atención en categoría C y 20% en categoría D al momento de atenderse en el SNSS. Salvo categoría A, el resto de los beneficiarios FONASA puede acudir a atención privada de proveedores en convenio con FONASA y usar esos servicios mediante un determinado copago.

Existe un fondo de protección contra gastos catastróficos. La aplicación del Régimen de Garantías Explícitas GES representa un aporte a la protección social en salud, que cubre el grupo actual de 85 patologías garantizadas tanto para asegurados públicos como privados.

### **Recursos de salud**

En 2017, se registró 38 571 camas hospitalarias, de las cuales 67,4% eran del SNSS, 6,7% de otros centros públicos y 26,0 de centros privados. Ese total de camas representaba una razón de 2,1 camas hospitalarias por 1 000 habitantes. Ese año, la razón de médicos y enfermeras por 10 000 habitantes fue de 10,8 y 8,6, respectivamente, lo que resulta bajo respecto a la recomendación internacional.

Actualmente, el sistema público de salud está descentralizado y con limitada integración, tanto en su financiamiento como en la provisión de servicios y disponibilidad desigual de recursos para atender a la población que depende de cada sector. El gasto de bolsillo en salud corresponde a 38% del gasto total en salud y afecta principalmente a las familias de menos recursos.

Se estima que el país cuenta con alrededor de 26 mil médicos activos, que incluye registros de especialistas en 70 especialidades diferentes, aunque sólo la mitad de ellos han recibido formación universitaria formal de postgrado. Se estima que 60% de los especialistas trabaja exclusivamente en el sector privado. La mayoría de los médicos contratados en el sector público comparte su tiempo laboral con actividades privadas.

En el 2015, se registraban 21.438 médicos vinculados por contratos con el SNSS, de los cuales 10.926 eran médicos especialistas, 7.492 médicos generales y 3.020 eran médicos en período de formación. Respecto a la distribución por especialidades, las mayores dotaciones se producen en las especialidades básicas (pediatría, medicina interna, cirugía general y obstetricia y ginecología) y las menores en algunas subespecialidades.

Dado el cambio epidemiológico hacia el envejecimiento y el aumento de enfermedades crónicas que implica, destaca desde ya la necesidad de contar con especialistas para la atención del creciente grupo de adultos mayores, en especialidades como oncología, gerontología y otras, lo que está planteado entre las acciones prioritarias gubernamentales.

El desarrollo de recursos humanos para salud mantiene la tendencia histórica de formación hacia la especialización tradicional, generando una brecha respecto a lo que es más necesario en la actualidad, especialmente en la atención primaria. La disponibilidad y distribución del recurso humano es influida por la migración del sector público al privado y la concentración en áreas urbanas, manteniendo una inequidad en la distribución geográfica, concentrado principalmente en el centro urbano del país.

### **El sistema asistencial público**

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) es el responsable de la atención pública de salud. Cuenta con 29 Servicios de Salud, que tienen una red asistencial constituida por hospitales, centros de diagnóstico terapéutico, Centros de Referencia de Salud y diversos establecimientos de Atención Primaria de Salud. El nivel primario tiene amplia cobertura y realiza atenciones ambulatorias en centros urbanos, consultorios rurales y postas rurales de salud. Los servicios de atención primaria están principalmente bajo la administración de los municipios.

Los hospitales, especialmente los de tipo general, también realizan atención de nivel primario en sus consultorios adosados. Allí se ejecutan acciones de promoción, prevención, atención continua, rehabilitación y se desarrollan programas de salud de las personas coordinados por el Ministerio de Salud. Además, hay unidades de atención primaria de urgencia (SAPU) que cubren una cantidad importante de la demanda de este tipo de atención.

El SNSS cumple un importante rol de equidad y cobertura al llegar a todos los lugares poblados, incluyendo aquellos donde el mercado lucrativo no llegaría y se ubican poblaciones de bajos ingresos, y vulnerable pero cuya mayoría estas cubiertos por el aseguramiento de FONASA.

### **Servicios de salud**

Los Servicios de Salud (del SNSS) tienen responsabilidades de acción sanitaria sobre territorios geográficos definidos. Su condición jurídica es que son organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, que tienen a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. A nivel local, la mayoría de los municipios tienen a su cargo la administración de los centros de salud y educación, para cuya gestión establecen convenios de administración con las Direcciones de los Servicios de Salud, aplicada principalmente a la atención primaria de salud.

El SNSS dispone de una red asistencial que cubre toda la geografía poblada del país, proveyendo servicios a más del 80% de la población. La red asistencial de los Servicios de Salud está conformada por hospitales públicos (y otros adscritos bajo convenio) y la atención primaria de salud, que en su mayoría está delegada a la Administración Municipal. El sector prestador privado con fines de lucro provee servicios asistenciales a través de diversos tipos de centros asistenciales (ambulatorios y cerrados), incluyendo a aquellos profesionales prestan atención de salud de manera individual.

### **Nivel primario de atención**

Ya desde 1978, Chile ha adoptado la estrategia internacional de Atención Primaria de Salud, bajo gobiernos de distinto signo. Pero ello se ha traducido más bien en la acción del nivel primario de las redes asistenciales, y no de un trabajo con la comunidad y su activa participación.

El modelo y principales funciones asumidas en la APS en Chile se identifican con el enfoque internacional asumido desde 1978, liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El foco conceptual de la APS se refiere a "...la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los

individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad". El marco conceptual y normativo de la APS en Chile es determinado por el Ministerio de Salud y se ha incluido en el "Modelo de Atención de Salud Integral de Salud Familiar y Comunitaria", para su aplicación en los centros de nivel primario que desempeñan funciones de APS.

Aún no se ha logrado plenamente el objetivo de que la APS pueda ser el núcleo y la base de todo el sistema de salud ni que la comunidad se convierta en un actor participativo relevante. La tendencia histórica es que la APS ejercida por el nivel primario del SNSS sigue siendo considerada en la teoría como la base esencial del sistema de salud, pero en la práctica es tratada como la función de un nivel de menor categoría, destinado a los más pobres, dependiente de una autoridad central de modo vertical y sin capacidad efectiva de gestión local que entre otras cosas, pueda responder de modo pertinente a las diversas necesidades de salud de las poblaciones objetivas de cada comunidad.

El enfoque normativo del Ministerio de Salud asume los conceptos esenciales de Alma-Ata y los incluye en su documentación relacionada con APS, con responsabilidad y participación del nivel comunitario local. Pero simultáneamente aplica una gestión central de alta influencia vertical, con programas selectivos, y escasa retroalimentación efectiva desde el nivel primario de atención, lo que limita considerar de nodo efectivo a las necesidades y la participación de cada comunidad local.

En el nivel primario de atención se ejecutan principalmente los Programas Básicos de Salud de las Personas y la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en directo contacto con su población objetivo. Para su realización se cuenta con medios simples de apoyo diagnóstico y un arsenal terapéutico determinado y de acuerdo con las prestaciones que se brindan. El tipo de personal que realiza las acciones de salud varía según la magnitud de la población a atender y la naturaleza de las actividades a cumplir, abarcando desde el auxiliar rural hasta un equipo que incluye médicos generales y otro personal de colaboración. Las actividades que se efectúan en este nivel son fundamentalmente: controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria.

La cobertura de nivel primario y de los programas básicos de las personas, reflejada por la atención materna, infantil e inmunizaciones, mantiene una alta cobertura nacional (aportada por sectores público y privado). La atención de niveles más complejos provista por el sistema asistencial público es variable entre regiones y depende de la disponibilidad de centros y recursos más que de diferencias provenientes de la demanda.

El sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES), establecido en 2005 como parte de una reforma de la Autoridad Sanitaria, ha favorecido un aumento en la demanda de atención por parte de beneficiarios públicos y privados, a las patologías privilegiadas con en ese sistema, pero no hubo aumento correspondiente en recursos ni capacidad en los centros del SNSS para dar respuesta institucional a la demanda de beneficiarios públicos. Ello ha generado listas de espera importantes y la privatización parcial de la atención del Programa de Garantías Explícitas de

Salud de los beneficiarios públicos. No existe información más definida o precisa de atención de salud más compleja de los sistemas público y privado (como hospitalizaciones, atención de día o acciones de apoyo diagnóstico y terapéutico) que permita comparar la cobertura en provisión de servicios a los distintos grupos de población y grupos de beneficiarios previsionales, y en las distintas áreas geográficas del país.

### **Sector asistencial privado**

El sector asistencial privado está conformado por un conjunto de prestadores de bienes y servicios asistenciales privados (con o sin fines de lucro), o bien algunos centros que, siendo estatales, no forman parte del SNSS, como aquellos de las Fuerzas Armadas y de Orden, o de la Universidad de Chile. Los centros privados ofrecen servicios asistenciales abiertos al mercado en general (o bien a ciertos grupos específicos, en algunos casos).

La regulación de los prestadores privados está a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública, en términos de autorización sanitaria, y la Superintendencia de Salud, en los aspectos de acreditación y certificación de calidad. Los prestadores privados sin fines de lucro en general están vinculados a instituciones de carácter solidario, religioso, voluntariado, mutuales, sociedades de beneficencia u organizaciones no gubernamentales (ONG).

Existe una distinta lógica de gestión y desempeño entre los distintos centros asistenciales públicos y privados. Cada una de dichas lógicas es correcta, en la medida que se apliquen según la naturaleza y objetivos de cada tipo de centros. Aquellos centros bajo lógica estatal o pública persiguen lograr una eficiencia social respecto a su población objetivo. Para ello, buscan igual distribución social y espacial de centros y personal, con igualdad de acceso. Hay controles fiscales de presupuestos, costos y personal, desincentivando especialización, tecnologías innovadoras y de alto costo.

Los centros bajo lógica privada por su parte ponen su foco principal en el buen desarrollo técnico y rentabilidad del centro, así como en atraer clientes a través del prestigio la mejor atención posible, con calidad y satisfacción de clientes. Para ello, utilizan ingresos privados para costear pagos por servicio en que es positivo invertir alto costos, tener doctores altamente especializados y tecnología innovadora y de alto costo. Dado que no hay compromiso con población objetivo, no importa asumir altos costos, concentración en clientes y lugares de mayores ingresos, y a diferencia con los centros bajo lógica estatal, no hay mayor compromiso con la eficiencia social o el impacto en reducción de problemas colectivos de salud.

### **Desafíos prioritarios de adecuación y fortalecimiento del sistema de salud**

A pesar de su relevancia y crucial aporte, el sistema público acarrea importantes aspectos críticos no resueltos, especialmente aquellas relacionadas con las limitaciones estructurales y financieras del Estado y del propio sector público. Las limitaciones que persisten en las respuestas sanitarias de la población, especialmente en el sistema público de salud se relacionan con la cantidad y distribución de recursos, financiamiento, aseguramiento, gestión y calidad de la atención.

Ya en forma histórica bastante prolongada, sigue pendiente concretar una reforma que permita mejorar el financiamiento, el nivel y distribución del recurso humano y físico, fortalecer el

desempeño, o adaptarse de modo más dinámico a responder en forma adecuada a las nuevas y diversas necesidades de salud de la población, mientras que esta última ha continuado con un gran crecimiento junto a cambios demográficos y epidemiológicos que apelan a fortalecimiento del sistema de salud.

Esta situación implica la necesidad de revisión y propuestas de cambios estructurales acerca del sistema de salud, buscando asegurar la sustentabilidad financiera y de personal capacitado. Como se reconoce en la agenda sanitaria de la última década, se requiere una mayor equidad en la distribución del recurso asistencial que favorezca acceso a una atención de calidad y responda apropiadamente a las necesidades de los diversos grupos de la población.

La limitación estructural y de recursos del Estado sigue impidiendo un cumplimiento más pleno de los objetivos del sistema de salud, para una respuesta que sea más efectiva a las necesidades sanitarias de la población. Los cambios demográficos (envejecimiento) y epidemiológicos de la población representan un importante desafío de adecuación y fortalecimiento del sistema de salud, especialmente por el aumento y complejidad en la demanda asistencial.

El marco legal, político y económico vigente desde la reforma sanitaria de 1980 tiene algunas características que siguen limitando de facto, que se puedan efectuar los cambios o reformas sustanciales necesarios, las que a su vez puedan permitir un efectivo fortalecimiento y adecuación del sistema de salud global.

A pesar de su gran aporte de cobertura nacional y de los beneficios cubiertos, FONASA mantiene una serie de limitaciones y aspectos críticos financieros. Ello se debe a que el fondo proveniente desde las cotizaciones de sus afiliados (menos del 40% del fondo total) resulta muy insuficiente respecto a lo que debe manejar para poder cumplir con sus funciones de seguro, dados los elevados gastos destinados a financiar el uso de servicios de salud que hacen sus beneficiarios. Esas limitaciones financieras influyen a su vez en el déficit de recursos y actividades del SNSS (cuyos centros asistenciales prácticamente no tienen otras fuentes relevantes de ingreso).

Con el fin de asegurar y fortalecer el rol del actual FONASA, es importante abordar una serie de desafíos entre los cuales destacan: (a) la revisión y fortalecimiento de su sustentabilidad financiera; (b) la separación estructural o al menos funcional de su triple rol (como seguro de trabajadores cotizantes, protección social a pobres y rector interno de fondos de la red del SNSS); y (c) la búsqueda de adecuación y fortalecimiento del financiamiento del SNSS y de una más eficiente gestión interna de fondos de ese sistema público.

Las limitaciones de los servicios de salud y su interacción con la comunidad limitan el impacto esperado de los sistemas de salud en preservar, prevenir y mejorar la salud de la población, como es el caso de la promoción de salud, programa ampliado de inmunizaciones, atención del ciclo de vida, con énfasis en aspectos materno-infantiles.

Así mismo, dada la doble inequidad de que tiende a haber menos recursos y provisión de servicios donde más se necesitan, las limitaciones en la atención primaria hacen que el sistema de salud sea infructuoso en mejorar la equidad en salud y en la atención de salud. Las reformas que llevan a la descentralización no coordinada de la red de servicios y a la búsqueda competitiva



de eficiencia (cuasi mercados) han estado relacionadas con dificultades para mejorar la equidad y disminuir los eventos de salud que se presentan en exceso en países y áreas pobres y que son altamente evitables.

La experiencia ya histórica de la modalidad de APS implica ventajas y desventajas agregadas, cuyos objetivos no se han logrado en forma suficiente ni equitativa en las heterogéneas comunas del país. En adición a la restricción global recursos y desempeño que sigue afectando a todo el nivel primario del SNSS, la modalidad de gestión municipal ha contribuido a mantener la desarticulación de la red asistencial, así como el déficit e inequitativa distribución de los recursos y diferente el desempeño entre las diversas comunas y centros de APS, de detrimento de los municipios con menores recursos que cubren poblaciones con menores condiciones socio-económicas y de mayor vulnerabilidad social y de salud.

Chile tiene el desafío de mantener el sistema asistencial público de salud para cubrir a una mayoría de la población que pudiendo legalmente optar por utilizar servicios privados de salud, les resulta más conveniente acceder al sistema público. Ello no sólo incluye al sector de menores ingresos y más vulnerable en lo social y sanitario, incluye a alrededor de 80% de la población.

Además, se requiere mantener un sistema público que no puede ser sustentable en forma autónoma (por cotización e ingresos propios o pago al momento de uso, sino que requiere de un importante aporte gubernamental que proviene de los impuestos generales.

El sistema público ha tratado de responder a estos desafíos fortaleciendo la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y el establecimiento del modelo de salud familiar en la atención primaria. También ha estado trabajando en la instauración de sistemas de telemedicina, con capacitación del personal, que ya están en funcionamiento en diversos hospitales del país. Sin embargo, las largas listas de espera, el aumento en la insatisfacción de los usuarios, el endeudamiento hospitalario y la migración de los especialistas al sector privado continúan siendo problemas que deben ser atendidos en materia de gestión de las redes y de capacidad de resolución del primer nivel de atención.

Junto a las notorias disparidades de desarrollo socioeconómico y de salud existentes entre diversas localidades o comunas, se produce una existencia muy heterogénea y desigual de situación sanitaria, así como de acceso y uso de servicios de salud

A pesar de los esfuerzos equitativos y de amplia cobertura geográfica y de población del SNSS, se tiende a que se produzca la tendencia llamada “cuidado inverso de la salud”. Eso significa que las áreas con grupos más pobres y con más carga de enfermedad evitable tienden a tener menor acceso efectivo y una menor y más recargada y empobrecida atención de salud que la observada en aquellas áreas con mayor nivel socioeconómico y de salud.

Afortunadamente en el caso chileno, esa tendencia es parcialmente disminuida gracias al esfuerzo y cobertura del SNSS que, a pesar de sus cruciales limitaciones, llega a la población más pobre, vulnerable y con mayor carga de enfermedad (donde el mercado y la complejidad asistencial no llegan).

Bajo el modelo prevalente, se sigue asignando al Estado un rol subsidiario en que se incluye un foco residual, mediante el cual el aporte fiscal prioriza a los más vulnerables y pobres). También se le asigna un rol de corrección de las imperfecciones del mercado. En el sector salud, el Estado también asume el rol de provisión de servicios de salud en aquellos lugares y grupos de población (de bajos ingresos, vulnerables y aislados) donde el mercado no tiene interés en expandirse, por falta de expectativas de sustentabilidad y rentabilidad.

Por ejemplo, el traspaso de centros de nivel primario desde los Servicios de Salud a la administración municipal a partir de 1981 incluía la posibilidad de una eventual privatización posterior, lo que finalmente no ocurrió. En esos centros no se generan otros ingresos económicos que los aportados por el nivel central (salvo algunos aportes municipales y otros ingresos menores), y esos fondos resultan insuficientes para sustentar el adecuado desempeño que necesitan cumplir esos centros.

La provisión de servicios de salud incluso la del sistema público, tiene un relativo alto costo para el Estado y la ciudadanía. Esta última, además de sus impuestos que en parte se derivan a salud, requiere pagar por cotización a un seguro de salud, realizar pagos o copagos al momento de uso, realizar gastos de bolsillo para medicamentos y otros gastos directos e indirectos.

Además, los limitados ingresos de la mayoría de los trabajadores no permiten que sus cotizaciones aportadas a los seguros de salud (el 7% de los salarios) puedan ser suficientes para que en conjunto se logre abastecer totalmente el fondo en cada seguro. Ello sería esencial para que cada seguro entregue la atención adecuada de salud que cada beneficiario requiere. En FONASA, casi el 60% de los fondos manejados deben provenir del aporte fiscal, pues lo recolectado por las cotizaciones no alcanza al 40% del total. Cabe destacar sin embargo que poco más del 60% de beneficiarios de FONASA se encuentran exentos de cotizar (o esa cantidad es baja debido a bajos ingresos) y están exentos de pago al momento de uso.

El sistema de seguros privados de salud manejado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) son seguros individuales (o familiares si hay otros beneficiarios), pero no corresponden a algún seguro colectivo tipo Bismark que se pueda aplicar de modo universal a todos sus afiliados, con similar cobertura de beneficios (plan común).

Las ISAPRES han logrado un sólido desarrollo institucional, pero mantienen problemas e inconsistencias en su particular condición de seguros individuales, en un mercado poco regulado. Su clientela y rentabilidad está concentrada en cotizantes de mayores ingresos y menor riesgo, ante quienes realizan fijación arbitraria de múltiples planes y alzas de precios.

En las ISAPRES, como entidades rentables del mercado, predomina el interés comercial y la sustentabilidad económica por sobre la satisfacción de las más importantes necesidades de salud específicas de sus beneficiarios y que son posibles de resolver actualmente. El foco se concentra en las “prestaciones” asistenciales que se otorgan según cada plan individual (a lo cual se agregan extra cotizaciones y copagos que pueden incidir en el acceso a la atención que se necesita); pero no se aplica la perspectiva esperada en un seguro colectivo según la salud pública, en que el

aseguramiento debiera contribuir al resguardo y mejoría de la salud de cada persona cubierta por un seguro de salud.

Las ISAPRE han tenido mejorías parciales y ajustes de rectoría y regulación desde 1990, lo que aún es insuficiente. Continúan siendo la alternativa preferente de elección de aseguramiento en el grupo de población con mayores ingresos, debido a que FONASA ofrece una más limitada y no competitiva opción para la atención institucional del SNSS e incluso de acceso a la atención privada.

La relativa insuficiencia de recursos y desempeño de las instituciones asistenciales limita a su vez el acceso y uso oportuno y efectivo a la atención de salud, la que debieran ser provista según necesidad e independiente de la capacidad de pago de cada persona usuaria.

Especialmente desde 1990, los diversos gobiernos han realizado importantes esfuerzos de adecuación y fortalecimiento del SNSS, lo que no ha podido ser resuelto a cabalidad. Estos aspectos tienden a ser similares a los problemas prioritarios encontrados en los sistemas públicos de otros países, especialmente de aquellos que desarrollaron reformas sanitarias según el modelo neoliberal.

Entre los aspectos críticos no resueltos del SNSS, destacan la fragmentación de sus redes, modalidad de cuasi mercado, déficit crónico de recursos, limitaciones secundarias de desempeño, inequidad sanitaria, y el desbalance público/privado.

Reformas específicas aplicadas en la década pasada (como la Ley de Autoridad Sanitaria y el Programa GES), junto un mayor recurso aportado al SNSS, han procurado readecuar y fortalecer algunos aspectos institucionales del sistema de salud, pero eso sigue siendo insuficiente.

Mediante la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (Ley 19.937, 2004), el SNSS se transformó de facto en un sistema “ministerial” de salud, con una gestión normativa y financiera fuertemente centralizada y vertical, en desmedro de las funciones y adaptaciones adecuadas regionales de los Servicios de Salud y especialmente del nivel primario de atención local y de la estrategia de atención primaria de salud (APS). A su vez, el Programa GES contiene garantías explícitas que aseguran legalmente la atención oportuna de un conjunto seleccionado de patologías. Este Programa ha expandido el número de patologías cubiertas e involucra un creciente mayor gasto al SNSS pues al no ser sustentable con el presupuesto propio asignado al Programa, consume fondos que corresponden al resto del presupuesto del SNSS.

El estilo de gestión central define verticalmente el desempeño del SNSS mientras que el Programa GES define centralmente un grupo de patologías con fondos especiales. Esos aspectos contradicen lo que Chile ha suscrito frente a la Declaración de Alma-Ata (1978) y Astaná (2018) respecto a la Atención Primaria de Salud (APS).

La APS debiera ser la esencia de un sistema organizado efectivamente en red, destacando lo que cada comunidad local considera como necesidades prioritarias locales para orientar la consecuente planeación y gestión del sistema, e incluso con participación. Bajo esa perspectiva, la APS no debiera seguir siendo relegada a ser tratada como una estrategia o acción ejercida en un nivel primario, el que a su vez se encuentra con limitados recursos y a la vez subordinado y

sometido a decisiones y condiciones centralizadas, con muy baja importancia e interacción horizontal y vertical.

La APS formal en Chile (que cubre específicamente a aquellos beneficiarios FONASA que se inscriben en los centros de nivel primario), sólo alcanza al 70% de la población nacional. Como paradoja, la modalidad de inscripción en APS local lleva a que cada centro reciba fondos centrales según la cantidad de personas que necesiten o se interesen en inscribirse (solo siete de cada diez habitantes) y no considera la totalidad de población residente, y ni siquiera al total de asegurados públicos en FONASA. Esa situación es otra importante contradicción con los principios de Alma-Ata.

La población no inscrita en la APS formal tiende a tener mejor situación de salud, porque en general corresponde a grupos con mejores condiciones socioeconómicas y de calidad de vida, y que utilizan la atención privada de salud. El 12% de los beneficiarios de FONASA no se inscribe en APS y en general acude a la atención privada de salud (modalidad de libre elección de FONASA).

En el SNSS, las limitaciones financieras de larga data (deuda histórica de falta de inversiones y de recursos necesarios), repercuten en limitaciones de salarios, restringidas plantas de personal, falta de personal calificado (que tiende a emigrar al sector privado), cobertura y calidad de atención a distintos niveles, insuficiente tecnología asistencial y limitada capacidad de gestión y desempeño.

La desigualdad de la situación sanitaria en el país y la heterogeneidad desigual de recursos y desempeño en el sistema de salud (en especial el SNSS) requieren ser consideradas y monitoreadas en detalle, especialmente al momento de planificar, gestionar, desempeñar y evaluar la función del sistema de salud (al menos del SNSS), a nivel de cada localidad o área pequeña del país. El desempeño del sistema de salud debe llegar efectivamente y en forma pertinente a cada persona, barrio y localidad, según la específica vulnerabilidad y necesidad sanitaria. Se requiere procurar una mayor y pertinente capacidad de.

Se requiere lograr el desarrollo concatenado de políticas, leyes, planes, estrategias, recursos y modos de asegurar un adecuado y efectivo desempeño del sistema de salud, en respuesta a las necesidades sanitarias de los diversos grupos de la población

Es importante contar con una mayor evidencia, monitoreo y evaluación sobre el grado de equidad y eficiencia asistencial y su impacto sobre una mejor y más equitativa salud. El país ya cuenta con reiterados y útiles antecedentes, estudios y propuestas para orientar la adecuación, fortalecimiento y posibles reformas del sistema de salud. Se requieren estudios y debates para conocer y analizar sobre las reales causas subyacentes que siguen impidiendo lograr una solución efectiva a las brechas de cumplimiento de los objetivos planteados para el sistema de salud en Chile (bajo distintos gobiernos, entidades universitarias, ONG y otras, en distintos períodos).

Ello favorecería proponer posibles soluciones prioritarias y factibles asumidas a distintos plazos y áreas, mediante una consecuente planificación, gestión y acción de todas las funciones y entidades del sistema de salud. Se requiere estudiar qué políticas y sistemas de protección social, aseguramiento y atención sanitaria pudieran ser fortalecidas en forma coordinada.

El sistema de salud está bastante abierto al sistema político y económico, especialmente de la acción del Estado, y por tanto es altamente dependiente del macro contexto político, económico y social del país. Por ello, una eventual reforma sectorial se favorecería (o sería más factible) si es que una reforma sectorial se pudiese alinear con una coherente reforma política y económica global del país, en especial si ello se encamina a lograr hacia un modelo que permita conjugar el necesario avance económico del país con la mejoría en las condiciones de equidad social, calidad de vida y bienestar de sus diversos habitantes, en los distintos grupos y áreas del país.

## 5. LOS TEMAS DE SALUD ABORDADOS EN LA PROPUESTA

La propuesta constitucional abarca una amplia gama de contenidos entre los cuales destacan el Estado, los derechos y necesidades de la población y de la naturaleza. En las materias relacionadas más directa o indirectamente con salud, destacan los siguientes artículos y puntos específicos de la Propuesta (entre comillas y con negrilla) a los cuales se les agregó un breve comentario:

### Artículo 44

***“...1. Toda persona tiene derecho a la salud y al bienestar integral, incluyendo sus dimensiones física y mental...”***

Es más simple señalar el derecho a la salud según el concepto simplificado de OMS desde 1946, que la describe a la salud como “*Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia*”. Cabe sin embargo señalar que esa definición es indistinguible del bienestar, y asume la utopía de ser completo, lo que la convierte en un concepto teórico no posible de alcanzar en la práctica por las personas.

Esa definición de 1946 fue complementada por M. Terris en 1992 indicando que la salud incluye “*...con capacidad de funcionamiento...*”, lo que aporta un elemento más objetivo de las condiciones de la persona para poder desempeñarse en forma productiva y social, lo que también es una condición para el bienestar.

La propuesta refiere término de bienestar “***integral***”. Según la Real Academia Española de la lengua (RAE), esa palabra puede ser sinónimo de “*completo*”, que es el término internacional usado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

***“...2. Los pueblos y naciones indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales, a mantener sus prácticas de salud y a conservar los componentes naturales que las sustentan...”***

En esa redacción se asume implícito que ambas medicinas y prácticas de salud serían igualmente beneficiosas para el resguardo de la salud (aunque en ambas hay riesgos para el adecuado cuidado de la salud). La práctica de la medicina formal u occidental está permanentemente sometida a evaluación e investigación sobre su calidad e impacto en la salud, y con permanente e intensiva investigación por continua innovación y progreso.

El avance nacional de la salud materno infantil en Chile se ha logrado por la intervención de la medicina formal o alopática (destacando, por ejemplo, la cobertura universal de vacunaciones y de la atención hospitalaria del parto). En ambos tipos de medicina e independiente del origen étnico de una persona, puede haber detractores o personas qui la rechazan, independiente del origen étnico (como el rechazo a recibir las vacunas programadas contra el COVID-19)

¿Qué pasa cuando una persona indígena (por motivos propios o indicación de una autoridad indígena) requiere recibir medicina formal (alopática) cuando la tradicional no es suficiente?

¿Qué pasa cuando hay conflictos entre medicina tradicional y formal? (por ejemplo, alta mortalidad infantil por tipo de parto espontáneo adoptado o del tipo de alimentación infantil provista).

¿Qué pasa cuando hay grupos que no son indígenas, pero que adoptan sus propias prácticas distintas a las formales, por motivos religiosos o culturales? Por ejemplo, el no aceptar transfusiones o medidas de anticoncepción, o el ser estrictamente vegano.

¿Qué pasa con los pueblos migrantes, como haitianos con bastante diferente cultura sanitaria?  
¿Sus prácticas propias de medicina, tienen un estatus inferior a los pueblos indígenas?

***“...3. El Estado debe proveer las condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de la salud, considerando en todas sus decisiones el impacto de las determinantes sociales y ambientales sobre la salud de la población...”***

Expectativa valórica y utópica proveniente de OMS. Sería útil contar con una aproximación empírica de referencia (Benchmarking) de algún país en que ello efectivamente se haya logrado, o que se cuente con un caso factible (demostrable) de cumplimiento de esa obligación.

Se espera que el Estado provea condiciones para la salud considerando los determinantes sociales y ambientales (obligación contenida en otros artículos). Ello representa considerar el impacto de aspectos como educación, ingresos, vivienda, empleo, saneamiento y varios otros. Esa provisión de condiciones esperadas de parte del Estado ni siquiera pueden ser logradas bajo un fuerte Estado totalitario. Los factores que a su vez influyen en cada determinante social escapan con creces de la acción de cualquier Estado en el mundo, incluyendo a países con gran desarrollo global.

También es importante considerar las determinantes económicas de la salud, factores que entre otros aspectos dependen del mercado y factores productivos. La Organización Mundial de la salud está actualmente estudiando y promoviendo la importancia de los “Determinantes Comerciales de la Salud”.

***“...4. Corresponde exclusivamente al Estado la función de rectoría del sistema de salud, incluyendo la regulación, supervisión y fiscalización de las instituciones públicas y privadas...”***

Esa función ya se cumple en Chile, en forma relativamente efectiva. Bajo la legislación vigente, el Estado ya cumple un importante rol con diversas funciones en el sistema de salud, rector, contralor, coordinador global, parcialmente financiador, e incluso con funciones previsionales y asistenciales estatales. Según la Propuesta, el Estado abordaría funciones financieras, previsionales y asistenciales de un modo más universal.

***“...5. El Sistema Nacional de Salud es de carácter universal, público e integrado. Se rige por los principios de equidad, solidaridad, interculturalidad, pertinencia territorial,***

***desconcentración, eficacia, calidad, oportunidad, enfoque de género, progresividad y no discriminación...***

El carácter de “universal” es una utopía valórica proveniente de OMS. Se requiere una aproximación empírica de referencia (Benchmarking) de algún país en que ello se haya logrado, o el nivel factible (demostrable) de cumplimiento de esa obligación.

No parece que, para esa cobertura deseada, sea suficiente contar con leyes y un nivel de recursos posibles de lograr en concreto (según la propia experiencia chilena actual e histórica, así como la de otros países).

El término de “público” es ambiguo y afecto a sesgos. Muchas empresas e instituciones chilenas son mixtas en la práctica (en su propiedad, funciones y apertura al mercado). Por ejemplo, en el caso chileno, la Universidad de Chile se considera pública, pero es una institución estatal que tiene un comportamiento privado y está abierta al mercado competitivo (en competencia por alumnos, proyectos y otras iniciativas y fondos con otras universidades públicas y privadas). Lo mismo el Hospital Clínico de dicha Universidad que, a pesar de ser estatal, funciona como un centro asistencial privado abierto al mercado.

El carácter de “integrado” es ambiguo y afecto a sesgos ¿se refiere a participación de instituciones tanto estatales como privadas, con y sin fines de lucro? ¿Qué significa en concreto, la participación privada en lo público?

Las once calificaciones simultáneas esperadas en el formulado “Sistema Nacional de Salud” le confieren a dicho sistema un más que perfecto (utópico) sistema en su calidad de estructura, desempeño y resultados. Se requiere una aproximación empírica de referencia (Benchmarking) de algún país en que ello se haya logrado, o el nivel factible (demostrable) que se pueda cumplir en una realidad medible y afecta a control, acerca de ese profuso conjunto de deseables cualidades en un esperado “perfecto” sistema ¿Cómo puede aplicar ese conjunto de expectativas en un sistema que realmente exista en alguna parte del mundo? (aunque sea un país del más alto desarrollo global posible).

Para que cada una de esas calificaciones se traten de cumplir, dado que son conceptos valóricos o cualidades generales, es preciso que ellas puedan ser operacionalmente definidas y afectas a medición, planificación, monitoreo y evaluación de logro. De otro modo, no tiene sentido de cumplimiento que se describan tan profusa y generalmente

***“...6. Asimismo, reconoce, protege e integra las prácticas y conocimientos de los pueblos y naciones indígenas, así como a quienes las imparten, conforme a esta Constitución y la ley...”***

Ese planteamiento presenta una imagen idealizada sobre las prácticas y conocimientos de los pueblos y naciones indígenas (que obviamente son respetables), como algo que cada persona indígena realiza o recibe de un modo ancestral y de un modo totalmente distinto y alejado de la medicina formal ¿es así? Ambos tipos de prácticas son beneficiosas, pero tienen claras limitaciones y en ambas hay riesgos para el adecuado cuidado de la salud ¿Existen habitantes de pueblos originarios que no usen la medicina formal? ¿existe en la práctica, una barrera funcional que separe ambas medicinas y obligue a optar por una u otra?



En la actualidad, la medicina formal se caracteriza por avanzar con muy dinámica innovación. Ello tiene a producir una rápida obsolescencia entre quienes practican la medicina, salvo que esté sometidos a un permanente estudio y actualización. Parece que la cualidad de la medicina tradicional es al revés, resguardando lo ancestral sin cambios centenarios, ni evaluación de su impacto y beneficios atribuibles.

Si se va a discriminar con integrar otras alternativas a la medicina formal, no solo a lo relacionado con lo indígena, entonces en consecuencia la Constitución debiera incluir la homeopatía, parasicología, santería (que han traído algunos migrantes del Caribe) y otras prácticas de salud.

***“...7. El Sistema Nacional de Salud podrá estar integrado por prestadores públicos y privados. La ley determinará los requisitos y procedimientos para que prestadores privados puedan integrarse a este Sistema...”***

Ese planteamiento ratifica que el Sistema Nacional de Salud (SNS) será estatal, donde los prestadores privados se integrarían según las condiciones y requisitos que ponga el citado sistema. En ese caso, cabe resguardar que el Estado actúe de modo ecuánime aplicando una ley positiva, y enfocado en la cobertura y progreso general, evitando sesgos o discriminación contra los prestadores privados.

El planteamiento es demasiado general. Como la experiencia nacional e internacional indica, los sistemas públicos en países en desarrollo como Chile, tienden a tener crónico déficit de recurso financiero y de personal calificado. La “integración” de prestadores privados no sería exitosa por el simple imperio de la ley.

La base de decisiones estaría en la entidad que maneja legalmente el financiamiento (el SNS). El problema en la realidad es que cada habitante o persona cubierta por financiamiento y previsión es quien decide si se atenderá por un prestador público o privado.

Los médicos son el grupo profesional más crucial en la atención de salud, y esa profesión no está estrictamente obligada a ser funcionarios asalariados estatales o bien proveedores privados que se acomodan a un sistema socialista de salud con limitados fondos. Ello ya ocurre con la atención privada en asegurados de FONASA (Modalidad de Libre Elección) y muchos especialistas calificados no atienden por esa modalidad.

El texto revisado no permite saber o intuir sobre qué puede pasar con el Programa de Garantías Explícitas de Salud (GES), cuyo mayor pago por atenciones privadas (más caras que las públicas) ha desfinanciado más al sistema de salud (ya con limitados fondos) y aumentado las listas de espera de pacientes no GES, entre otras ventajas y desventajas.

***“...8. Es deber del Estado velar por el fortalecimiento y desarrollo de las instituciones públicas de salud...”***

Ese planteamiento es obvio y ambiguo, pues las llamadas instituciones públicas de salud son estatales. Hay ausencia de una mínima referencia a las instituciones privadas de salud, cuyo desarrollo y supervivencia depende de las condiciones del mercado, y que tienen alta influencia y dependencia de las condiciones económicas del mercado y el país.

¿Qué pasa con el fortalecimiento y desarrollo de las instituciones privadas de salud? ¿Por qué no corresponde también apoyar el desarrollo de instituciones privadas? ¿Se entiende que ambas contribuyen a la cobertura de población, o lo privado es visto como algo negativo que debiera desaparecer?

***“...9. El Sistema Nacional de Salud es financiado a través de las rentas generales de la nación. Adicionalmente, la ley podrá establecer cotizaciones obligatorias a empleadoras, empleadores, trabajadoras y trabajadores con el solo objeto de aportar solidariamente al financiamiento a este sistema. La ley determinará el órgano público encargado de la administración de los fondos de este sistema...”***

El desarrollo y adecuado funcionamiento del propuesto Sistema Nacional de Salud – que sería universal y principalmente financiado por fondos fiscales (renta general de la nación) - requeriría contar con muchos más recursos (que no existen) para abordar las más importantes necesidades sanitarias y así poder cumplir los derechos legales en salud. Eso es crucial y muy insuficiente en los adultos mayores. Las limitaciones de recursos del actual sistema de salud llevan a priorizar lo curativo (incluso urgencia) sobre otras funciones esenciales (en detrimento de cumplir con el derecho integral a la salud)

Existen muchos “países” internos y se produce una “ley de cuidado inversa de la salud”. Hay áreas que tienen similitud con países como Suecia y otras como Haití (hasta con inmigrantes haitianos). Los lugares más vulnerables y con más carga de salud, tienen menos recursos asistenciales. El SNSS con todas sus limitaciones, tiene un papel esencial en la equidad sanitaria (donde el mercado lucrativo no llega). El actual sistema de salud con sus componentes público y privado tiene distintos modos y niveles de financiamiento (tanto en cotización, como previsión y pago al momento de uso). El financiamiento, especialmente en el sistema asistencial público que recibe fondos de cotizaciones y de rentas generales de la nación, cuenta con crónica falta de financiamiento a pesar de grandes esfuerzos. ¿Por qué sólo basarse en fondos fiscales va a mejorar la situación actual que ya tiene serias falencias?

Ese planteamiento es central en la Propuesta, al definir – al menos en lo que corresponde al sistema de salud - a un sistema sanitario estatal socialista de planificación central, con manejo de capitales y fondos por parte del Estado, que provendrían de las rentas generales. Países desarrollados donde ello se aplica, como el Reino Unido, también registran serios problemas con ese tipo de sistema, incluso contando con mayores fondos estatales provenientes de mayores (y por tanto dinero de impuestos) mucho mayores que llevan a mayores fondos en la renta general nacional.

No queda claro la afirmación sobre que la ley podrá establecer cotizaciones obligatorias con el solo objeto de “aportar solidariamente al financiamiento”. Esa ambigüedad pudiera llevar a determinar una muy baja proporción de personas que aportan y cantidad de fondos que se aportan, o bien abarcar una parte importante de fondos recolectado y de proporción de personas aportantes.

Si hay desfinanciamiento con el eventual nuevo sistema, tal vez se requieran cotizaciones obligatorias similares o incluso mayores que las que ya existen.

La estructura, funciones y experiencia de FONASA, que es el órgano público encargado de la administración de los fondos del sistema público en alrededor de 80% de la población, puede servir muy concretamente como referencia empírica para lo que se esperaría de un organismo similar.

FONASA no solo maneja fondos previsionales, sino que decide al máximo detalle sobre el financiamiento interno del sistema asistencial público (Sistema Nacional de Servicios de Salud, SNSS), que a su vez también cubre aproximadamente al 80% de la población.

Más del 60% de los fondos de FONASA provienen de la renta general de la nación, y la cotización del 7% es claramente insuficiente para que represente un aporte efectivo a los fondos de FONASA. ¿Qué pasaría si se deja que el financiamiento del SNS fuera similar a las fuentes de FONASA en el futuro y el nivel de fondos que recolectan?

***“...10. El Sistema Nacional de Salud incorpora acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, habilitación, rehabilitación e inclusión. La atención primaria constituye la base de este sistema y se promueve la participación de las comunidades en las políticas de salud y las condiciones para su ejercicio efectivo...”***

La primera parte del planteamiento es obvia y falta incluir los “cuidados paliativos”; el concepto de “inclusión” representa algún interés de término o sesgo no claro.

Se requiere dividir conceptual y operacionalmente dos términos relacionados pero distintos: la atención primaria de salud (APS) que es una estrategia de salud y desarrollo, en que los servicios de salud actúan con la comunidad, la cual tiene activa participación, y la “atención primaria” que se refiere a un nivel general y base de las redes asistenciales de los servicios de salud (públicos, no privados)

La afirmación de que “se promueve la participación de las comunidades en las políticas de salud y las condiciones para su ejercicio efectivo” proviene de la estrategia de “atención primaria de salud” (APS). La participación de la comunidad que allí se indica (como planteada en 1978 en la Conferencia internacional de Alma-Ata y con cuatro décadas de experiencia en Chile) no ha funcionado en Chile con gobiernos de muy distinto signo, ni tampoco en países desarrollados y exitosos en logros de salud. Países con atención primaria (asistencial) más extenso como el reino Unido, no incluyen la participación de la comunidad.

No queda claro porqué una nueva Constitución facilitaría la participación de la comunidad, acción de la sociedad que no depende directamente de una herramienta legal.

***“...11. El Estado generará políticas y programas de salud mental destinados a la atención y prevención con enfoque comunitario y aumentará progresivamente su financiamiento...”***

Este planteamiento demasiado específico no requiere ser explicitado en una propuesta constitucional. De ser así, y en concordancia con ello, habría que incluir centenas de temas relacionados con políticas y programas específicos de salud.

Pareciera ser el resultado de una influencia y abogacía especial por el tema al elaborar la Propuesta. Esa misma relevancia también aparece planteada, de ese mismo modo, en el

programa gubernamental actual (que es donde correspondería incluir este tipo de afirmaciones, y aún más concretas, y no en la Propuesta)

#### **Artículo 45**

***“...1. Toda persona tiene derecho a la seguridad social, fundada en los principios de universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, igualdad, suficiencia, participación, sostenibilidad y oportunidad...”***

Del mismo modo que las numerosas calificaciones simultáneas formuladas para el “Sistema Nacional de Salud”, se plantean nueve cualidades simultáneas de principios en los que se fundaría la seguridad social. Esas grandes cualidades le confieren al esperado derecho a la seguridad social, un perfecto (más bien utópico) sistema en su calidad de estructura, desempeño y resultados.

Para que cada una de esas calificaciones sobre la seguridad social se traten de cumplir, dado que son conceptos valóricos o cualidades generales, es preciso que ellas puedan ser operacionalmente definidas y afectas a medición, planificación, monitoreo y evaluación de logro. De otro modo, no tiene sentido de cumplimiento que se describan de modo profuso y de adjetivación general

Se requiere una aproximación empírica de referencia (Benchmarking) de algún país en que ello se haya logrado, o el nivel factible (demostrable) que se pueda cumplir en una realidad medible y afecta a control, acerca de ese profuso conjunto de deseables cualidades en una esperada “perfecta” seguridad social ¿Cómo puede aplicar ese conjunto de expectativas en un sistema similar de seguridad que realmente exista en alguna parte del mundo? (aunque sea un país del más alto desarrollo global posible).

***“...2. La ley establecerá un sistema de seguridad público, que otorgue protección en caso de enfermedad, vejez, incapacidad, supervivencia, maternidad y paternidad, desempleo, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y en las demás contingencias sociales de falta o disminución de medios de subsistencia o de capacidad para el trabajo. En particular, asegurará la cobertura de prestaciones a quienes ejerzan trabajos domésticos y de cuidados...”***

La acción esperada en el propuesto “sistema de seguridad público” tiene cierta área de coincidencia con el propuesto Sistema Nacional de Salud, pues el sistema de seguridad otorgaría protección en casos como de enfermedad, incapacidad, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Por ello, los artículos 44 y 45 de la propuesta Constitución debieran tener algún punto de conexión. Debiera quedar claro qué significa “otorgar protección” ¿El sistema de seguridad financia la atención sanitaria de esos tipos de problemas? ¿Financia las licencias por enfermedad u otros pagos económicos?

***“...3. El Estado define la política de seguridad social. Esta se financiará por trabajadoras, trabajadores, empleadoras y empleadores, a través de cotizaciones obligatorias y rentas***

***generales de la nación. Los recursos con que se financie la seguridad social no podrán ser destinados a fines distintos que el pago de los beneficios que establezca el sistema...***

En relación con el punto anterior sobre protección de salud otorgada por la seguridad social, es importante saber si los fondos logrados por ella también contribuyen a las acciones realizadas por el Sistema Nacional de Salud a personas que han cotizado a la seguridad social ¿Qué sistema - de salud o seguridad social - financia los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que requieren ser atendidos en el Sistema Nacional de Salud? Ambos se financian por fondos de rentas generales de la nación, pero además los trabajadores y empresas cotizan a la seguridad social.

Un sistema de seguridad público, como el Sistema de Seguridad Social del cual emergió el Servicio Nacional de Salud en Chile, requiere la capacidad de recolectar, manejar y destinar fondos para las prestaciones que sean necesarias. Ello requiere gran capacidad de gestión financiera, de capitalizar y de asegurar los suficientes fondos para sus prestaciones. La experiencia nacional e internacional indica que eso tiende a estar desfinanciado, en que los recursos fiscales en general son insuficientes. Entonces ¿Cómo se logrará el equilibrio entre ambas fuentes, de modo que contar con debidos fondos en nivel factible y suficiente? En un Estado en que se piden demasiadas obligaciones y acciones, la fuente de renta general de la nación tenderá a estar muy limitada, y no se podrá exigir altas cotizaciones en una población con limitados ingresos.

#### **Artículo 50.**

***“...1. Toda persona tiene derecho al cuidado. Este comprende el derecho a cuidar, a ser cuidada y a cuidarse desde el nacimiento hasta la muerte. El Estado se obliga a proveer los medios para garantizar que el cuidado sea digno y realizado en condiciones de igualdad y corresponsabilidad...”***

El término “cuidado” es demasiado ambiguo y requiere de una mayor precisión operacional en significado y expresiones humanas, para que las leyes y normas que se redacten en consecuencia puedan delimitar con claridad operacional una determinada necesidad concreta y el cuidado específico que corresponda. El derecho a cuidar corresponde a la acción de un agente institucional o personal que cuida a otra, en términos individuales o colectivos. Hay cuidados subjetivos y objetivos, en las distintas esferas humanas y sociales.

Si ese término no se precisa operacionalmente, es imposible determinar el rango y tipo de cuidados que deben ser provistos por el estado, para “garantizar” que se realice dicho cuidado.

***“...2. El Estado garantiza este derecho a través de un Sistema Integral de Cuidados, normas y políticas públicas que promuevan la autonomía personal y que incorporen los enfoques de derechos humanos, de género e interseccional. El Sistema tiene un carácter estatal, paritario, solidario y universal, con pertinencia cultural. Su financiamiento será progresivo, suficiente y permanente...”***

En línea con lo planteado en punto anterior, el texto no permite determinar, o al menos especificar algo más concreto, cuáles serían los bienes y servicios provistos por ese Sistema Integral de Cuidados.

***“...3. Este Sistema prestará especial atención a lactantes, niñas, niños y adolescentes, personas mayores, personas en situación de discapacidad, personas en situación de dependencia y personas con enfermedades graves o terminales. Asimismo, velará por el resguardo de los derechos de quienes ejercen trabajos de cuidados...”***

Este punto plantea que el Sistema asistirá a diversas edades (salvo los adultos no mayores) con distintas necesidades de cuidados, en general sanitarios y de bienestar básico, así como a los cuidadores.

Correspondería que dicho cuidado forme parte de la acción del sistema de salud, pues la mayor causa de necesidades de cuidados es de dependencia de rigen sanitario. El cuidador es un agente de salud y bienestar

***Artículo 54. “...Deber del Estado de asegurar la soberanía y seguridad alimentaria... El Estado fomenta producción agrícola ecológicamente sustentable...”***

Lo temas de seguridad alimentaria son un tema esencial de preocupación del Estado y que entre otros aspectos, inciden en la salud de la población. La incidencia del Estado para asegurar condiciones de producción agrícola, ganadera u otra, en general resultan bastante parciales en cuanto a promoción y control (a menos que toda la propiedad agrícola sea estatal).

***Artículo 56. “...Toda persona tiene derecho a una alimentación adecuada, saludable, suficiente, nutricionalmente completa y pertinente culturalmente... El Estado garantiza en forma continua y permanente la disponibilidad y el acceso a los alimentos que satisfagan este derecho...”***

El derecho es amplio y muy deseable, a nivel individual y universal de la población (es una utopía que llevaría a erradicar el hambre y problemas nutricionales). Pero ello escapa al rango de acción que pueda adoptar el estado para garantizar ese deseado derecho para toda la población. Ello no parece factible ni coherente con la realidad nacional e internacional

***Artículo 57. “...Derecho humano al agua y saneamiento suficiente... ...El Estado vela por la satisfacción de ese derecho según necesidades y contexto...”***

Es un derecho obvio, pero los problemas de saneamiento global, en general relacionados con pobreza y vulnerabilidad social, tienden a escapar con creces de la posibilidad de un efectivo control estatal global

***Artículo 60. “...Toda persona tiene derecho al deporte, actividad física y a las prácticas corporales...”***

La posibilidad de concretar el cumplimiento de ese derecho depende fuertemente del desarrollo, por ello ese cumplimiento es mucho mayor en áreas de población con mayor desarrollo socioeconómico. La cultural de personas y grupos es esencial para este tipo de acciones. No es suficiente declarar esos deseos de mayor actividad física y deporte para toda la población, para

lograr que sea el Estado permita que ello ocurra y asegure involucramiento de las personas y comunidades.

**Artículo 61. “...Toda persona es titular de derechos sexuales y reproductivos... El Estado garantiza su ejercicio y la ley regula ese ejercicio...” Esa garantía incluye “...una interrupción voluntaria del embarazo...”**

El artículo tiene excesivas afirmaciones que, siendo correctas en general, debieran considerar que los derechos individuales – altamente respetables – pueden pasar a llevar los derechos humanos de otras personas, bajo otra perspectiva cultural.

La Propuesta describe los derechos de las personas desde que nacen, pero no hay referencias a los seres humanos intrauterinos que aún no nacen.

La interrupción voluntaria del embarazo es una opción que puede adoptar una mujer respecto a su propio cuerpo, pero ello representa la muerte de otra persona que lleva en su interior (con vida intrauterina), y que también tiene todos los derechos que la propia constitución plantea respetar.

Si se acepta ese enfoque sobre la muerte de una persona (independiente de sus derechos), entonces también se podría aceptar interrumpir la vida (infanticidio) de recién nacidos (que inician vida extrauterina) que poseen condiciones de discapacidad o bien que la madre no los puede mantener por razones personales o sociales. Lo mismo con adultos mayores discapacitados, o que han perdido su lucidez y funciones principales.

**Artículo 68. “...Toda persona tiene derecho a una muerte digna...El Estado garantiza el acceso a los cuidados paliativos, la ley regula las condiciones de su ejercicio...”**

Se incluye en ese artículo, que cada persona libremente decide al respecto, y que se garantizara información y acompañamiento adecuado.

Los cuidados paliativos son muy complejos y exigentes de realizar en todos quienes los necesiten. La garantía estatal de acceso y uso de cuidados es muy compleja y corresponde a una necesidad de un gran número de personas. Ese derecho no puede concretarse suficientemente por la simple Constitución y las leyes que se puedan implementar. El marco jurídico no es suficiente para lograr el cumplimiento de dicho artículo.

**Artículo 104. “...Toda persona tiene derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado...”**

A nivel nacional y universal, en todos los países de modo independiente a su grado de desarrollo global, la condición sanitaria y ecológica del ambiente escapa de lo que plantea una determinada Constitución o de leyes basadas en ella.

**Artículo 105. “...Toda persona tiene derecho al aire limpio durante todo su ciclo de vida...”**

Este derecho forma parte de lo planteado en el Artículo anterior, referido al ambiente sano.

**Artículo 106. “...La ley podrá establecer restricciones a determinados derechos para proteger el medioambiente y naturaleza...”**

Artículo obvio, cuya traducción en legislación requeriría ser muy amplia y concreta como para incidir entre distintas entidades o personas con distintos intereses e incluso conflictos de interés.

**Artículo 127. “...La naturaleza tiene derechos. El Estado y la sociedad tienen el deber de protegerlos y respetarlos...”**

El artículo parece ser obvio. El Estado solo puede actuar con efectividad muy parcial sobre las condiciones de la naturaleza, mientras que “la sociedad” es una entidad o agente muy ambiguo y heterogéneo (cuya acción de protección y respeto bajo obligaciones legales también solo serían parciales).

**Artículo 128. “...Principios para la protección de la naturaleza y el medioambiente...”**

A nivel nacional e internacional, en todos los países de modo independiente a su grado de desarrollo global, la protección de la naturaleza y el ambiente escapa de lo que plantea una determinada Constitución o de leyes basadas en ella.

**Artículo 129. “...Deber del Estado ante la crisis climática y ecológica...”**

A nivel nacional y universal, en todos los países de modo independiente a su grado de desarrollo global, la crisis climática y ecológica escapa de lo que plantea una determinada Constitución o de leyes basadas en ella, y de lo que puede hacer el Estado.

**Artículo 133. “...Deber del Estado ante la producción de residuos...”**

A nivel nacional y universal, en todos los países de modo independiente a su grado de desarrollo global, la obligación estatal de regular la producción de residuos solo puede ser cumplida de modo parcial, ante una serie de factores de la producción y el desarrollo que no siempre están afectos al efectivo control estatal.

**Artículo 141. “...Deber del Estado de promover y proteger la gestión comunitaria de agua potable y saneamiento...”**

Si la comuna y la gestión comunitaria va a ser autónoma, no queda claro el deber de un Estado y legislación a nivel central Parece un artículo obvio dentro del deber del Estado sobre el agua y saneamiento, así como con el rol de la Agencia Nacional del Agua.

**Artículo 144. “...Agencia Nacional del Agua encargada de acceso al agua y saneamiento...”**

El enunciado parece corresponder a la síntesis de una futura ley y su organización burocrática.

**Artículo 176. “...Deber del Estado de proveer servicios públicos universales y de calidad, con financiamiento suficiente...El Estado planifica y coordina esos servicios de manera intersectorial...”**

La suficiencia, eficiencia y efectividad del sistema financiero, previsional y asistencial de salud depende de la adecuada organización y estructura de los servicios de salud que se organicen, como el Sistema Nacional de Salud.

**Artículo 183. “...Las finanzas públicas se conducirán conforme a principios de sostenibilidad y responsabilidad fiscal...El Estado usará sus recursos de forma razonable, óptima, eficaz y eficiente...”**



La propuesta de un Sistema Nacional de Salud que se financie con rentas nacionales de la nación, que integre sectores públicos y privados y que logre cumplir con sus objetivos, depende crucialmente de un adecuado financiamiento proveniente de las finanzas públicas.

Ello no se asegura con la simple formulación de ese artículo constitucional y de las esperadas leyes que se basen en ella. En general, países en desarrollo medio como Chile (y muchos otros) tienen sistemas públicos como salud, educación y otros sectores sociales bastante limitados en recursos, lo que repercute en su calidad, eficacia y cobertura.

## 6. LA SALUD ABORDADA EN DOCUMENTOS CONSTITUCIONALES PREVIOS

Una revisión y análisis más integral sobre la propuesta constitucional se enriquece y ella se compara con dos fuentes de referencia útil: La Constitución vigente y el Proyecto de Reforma Constitucional de la presidenta Bachelet, en marzo de 2018.

### **Constitución Política de 1925**

Como antecedente previo a la constitución vigente, destaca que en la Constitución Política de 1925, texto bastante más breve que la Constitución vigente y la actual propuesta, aborda el tema relacionado a salud de un modo bastante escueto

En su artículo 10 sobre Garantías Constitucionales, esa Constitución indicaba que entre lo que la Constitución aseguraba a todo habitante de la República, se indicaba en su Inciso 14, “*...La protección al trabajo, a la industria y a las obras de previsión social, especialmente en cuanto se refieren a la habitación sana y a las condiciones económicas de la vida, en forma de proporcionar a cada habitante un mínimo de bienestar, adecuado a la satisfacción de sus necesidades personales y a las de su familia. La ley regulará esta organización...*”

### **Constitución Política de 1980 (vigente)**

La Constitución Política vigente aborda más específicamente el tema relacionado con salud en el Artículo 19, tanto en el punto 1 donde se plantea que “*...la Constitución asegura a todas las personas el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona, incluyendo que la ley protege la vida del que está por nacer...*”

En el punto 9 de dicho artículo, se formula (*...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...*”

### **Principales diferencias con la propuesta de nueva Constitución**

Ambos documentos aseguran el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona. La Propuesta se refiere a “salud y bienestar” en línea con la definición internacional de la OMS, y agrega el calificativo de “integral” (OMS lo refiere como “completo”).

La Propuesta indica que se permite “la interrupción voluntaria del embarazo”, mientras que la Constitución vigente indica que “la ley protege la vida del que está por nacer”.

La Constitución actual indica el derecho a la protección de la salud, formulando que el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Lo formulado en la Propuesta es más explícito y ambicioso (en línea con OMS), indicando que el Estado debe proveer las condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de la salud. Lo último es obvio pero ambiguo en el caso de la Propuesta ¿se busca llegar al más alto nivel empírico ya logrado en alguna parte del mundo, un potencial teórico por alcanzar, o una utopía? La experiencia internacional indica que el rol del Estado – a pesar de las utópicas recomendaciones de organismos y tratados internacionales - es muy insuficiente para garantizar lo formulado en la propuesta.

Ambos documentos se refieren a la rectoría del sistema de salud (ya existente); la Propuesta indica innecesariamente que ello será sobre “instituciones públicas y privadas”

La Constitución actual indica un rol de gestión estatal en el sistema indicando que le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. La Propuesta es más concreta e indica que es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud (como el programa GES actual, pero universal)

La Propuesta indica que las acciones sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley ¿Se formularán los mismos requerimientos y financiamiento para ambos tipos de instituciones? Los centros y servicios asistenciales públicos no caen en bancarota, pero se mantienen con serias limitaciones de recurso y desempeño, a pesar de grandes esfuerzos de aporte.

La Constitución y legislación actual se refieren al pago de cotizaciones obligatorias de los trabajadores. La Propuesta indica que la ley podrá establecer cotizaciones obligatorias para “aportar solidariamente” al financiamiento del sistema de salud, afirmación bastante ambigua para orientar a una adecuada aplicación legal y financiera.

La Constitución indica que cada persona tendrá el derecho a elegir el “sistema de salud” al que desee acogerse, sea éste estatal o privado, mientras que la Propuesta señala un Sistema Nacional de Salud universal, público e integrado (esto último referido a prestadores públicos y privados). La ley determina requisitos y procedimientos para integración de privados. No se considera que los llamados “prestadores privados” están abiertos al mercado en Chile y el extranjero (la asistencia médica no es una función estatal asalariada) ¿Será un sistema estatal socialista principalmente financiado por la renta general de la nación?

### **Proyecto de Reforma Constitucional de la presidenta Bachelet**

En marzo de 2018, la presidenta Bachelet presentó y envió al Congreso Nacional un Proyecto de Reforma Constitucional para modificar la Constitución Política de la República (en adelante el “Proyecto”). Sin embargo, dicho Proyecto no prosperó, al no ser apoyado por el gobierno siguiente.

En ese Proyecto, destaca que se basaba en la Constitución vigente, ante la cual presentaba reformas bastante específicas, aunque con algunos cambios radicales. También tiene cierta

similitud con la Propuesta actual, destacando que se refiere a “los pueblos” de Chile y el énfasis en el enfoque de los derechos humanos.

El Proyecto indica que **“...Es deber de los órganos del Estado y de todas las personas respetar y promover tales derechos garantizados por esta Constitución, así como aquellos establecidos en los tratados internacionales vigentes ratificados por Chile, y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada y proclamada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. Los órganos del Estado deberán conciliar estos derechos con los establecidos en esta Constitución...”**

En lo que respecta a la salud de la población, en el Proyecto destacan el Artículo 13 sobre el derecho a la protección de la salud, el Artículo 25 sobre el derecho a la seguridad social, y el Artículo 26 que incluye el derecho de cada persona a elegir el sistema de pensiones al cual desee acogerse, ya sea público o privado.

### **13º.- El derecho a la protección de la salud.**

**“...El Estado garantiza el libre e igualitario acceso a la promoción, protección y recuperación de la salud y a la rehabilitación del individuo...”**

La Propuesta actual deja esa función específicamente en el Sistema Nacional de Salud, figura no planteada en el proyecto ni en la Constitución vigente.

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

Ello corresponde a la rectoría del Estado, lo que es cubierto en los tres documentos.

**“...Es deber preferente del Estado garantizar el funcionamiento, y la calidad de un sistema público de salud, apoyado parcialmente por cotizaciones obligatorias proporcionales a los ingresos de los usuarios. La ejecución de acciones de salud que se prestan por instituciones previsionales será regulada por la ley, la que garantizará la oportunidad y calidad de tales acciones, así como las obligaciones que puedan establecerse para cubrir tales prestaciones...”**

El Proyecto se refiere en forma concreta a un “sistema público de salud” (no excluyendo otras alternativas), pero la propuesta actual engloba todo en el Sistema nacional de Salud.

El Proyecto se refiere a las acciones de las instituciones previsionales, similar a la Constitución vigente, pero la Propuesta actual no especifica sobre dicho tema.

**“...Cada persona tendrá el derecho a elegir, sin ser discriminado negativamente, el sistema de salud al que desee acogerse sea éste estatal o privado...”**

El Proyecto se refiere al derecho a elección entre sistema público o privado, similar a la Constitución vigente, pero la Propuesta actual no especifica sobre dicho tema y solo se remite a los prestadores públicos y privados.

### **25º.- El derecho a la seguridad social.**

**“...El Estado garantiza el acceso de todas las personas al goce de prestaciones necesarias para llevar una vida digna en el caso de jubilación, retiro o pérdida de trabajo, sean aquellas provistas por instituciones públicas o privadas. La ley podrá establecer cotizaciones obligatorias, siempre en proporción a los ingresos de los afiliados...”**

El Proyecto indica que la seguridad social puede ser asumida por instituciones públicas y privadas, pero la Propuesta actual se remite a indicar que la ley establecerá un “sistema de seguridad público”.

***“...El Estado supervigilará el ejercicio del derecho a la seguridad social, así como el adecuado funcionamiento de las instituciones prestatarias...”***

El Proyecto indica que el Estado supervigila el derecho y el adecuado funcionamiento de las instituciones prestatarias (asumiendo que son instituciones públicas y privadas), pero la Propuesta actual se remite a indicar que el Estado define la política de seguridad social, en que la ley establecerá un sistema de seguridad público (no hay ninguna referencia a alguna institución privada de seguridad social)

***26º.- La seguridad de que los preceptos legales que por mandato de la Constitución regulen o complementen limiten las garantías que ésta establece.***

***“...Cada persona tendrá el derecho a elegir, sin ser discriminación negativamente, el sistema de pensiones al que desee acogerse sea éste estatal o privado...”***

El Proyecto se refiere al derecho a elección entre sistema de pensiones estatal o privado, similar a la Constitución vigente, pero en la Propuesta actual, solo se especifica al sistema de seguridad público.

## 7. DIFERENCIAS ENTRE EL SISTEMA DE SALUD ACTUAL Y EL MODELO BOSQUEJADO

El modelo propuesto para el sistema de salud tiene bastantes aspectos similares al sistema actual (pues se basará en lo ya existente); pero se formulan algunos cambios radicales que podrían tener efecto no solo aquellos objetivos esperados, sino que otros que aún no parecen haber sido debidamente considerados en el modelo bosquejado (Cuadro 7.1).

**Cuadro 7.1. El sistema de salud actual y el modelo del Sistema Nacional de Salud**

<b>Función</b>	<b>Sistema de salud actual</b>	<b>Sistema Nacional de Salud</b>
<b>Rectoría</b>	Estado (Ministerio de Salud)	Estado
	Regulación, supervisión, fiscalización de instituciones públicas y privadas	Regulación, supervisión, fiscalización de instituciones públicas y privadas
<b>Financiamiento</b>	Renta general de la nación Cotización de trabajadores Cotización de trabajadores y empleadores del sistema de seguridad ocupacional Copago al momento de uso	Renta general de la nación Cotización de empleadores y trabajadores Cotizaciones de empleadores y trabajadores al sistema de seguridad social Copago al momento de uso
<b>Aseguramiento</b>	FONASA ISAPRE Cajas de Fuerzas Armadas y Orden Instituciones de Salud Ocupacional Otras	Institución pública administradora de fondos
<b>Provisión de servicios asistenciales</b>	Prestadores públicos y privados	Prestadores públicos y privados
	Atención de SNSS a asegurados públicos y privados (modalidad de atención institucional) Atención privada a asegurados privados y a asegurados FONASA (Modalidad de Libre Elección)	Atención universal del SNS Atención de prestadores públicos y privados
	Beneficiarios del programa GES	¿equivalente a GES universal?
	Atención primaria a asegurados FONASA	Atención primaria universal
	---	Medicina tradicional

*Fuente: Elaborado por autor, en base a sistema actual y propuesta constitucional 2022*

Destaca la creación del Sistema Nacional de Salud que, a pesar de constituir un modelo fundacional y universal, esencialmente estatal, se basa en la organización y estructura de las diversas entidades del sistema de salud global ya existente.

### **Rectoría (con Regulación, Supervisión, Fiscalización)**

Tanto en la situación actual como en el modelo propuesto, la rectoría de todo el sistema de salud corresponde al Estado. En ambos casos, destacan las funciones de regulación, supervisión y fiscalización. Estas funciones en general corresponden al Estado, como responsable de todo el sector salud y que abarcan tanto el sector público como el privado.

Aunque con una escueta redacción distinta, ello es bastante similar a lo ya existente y en su aplicación legal posterior, debiera detallarse qué entidades estatales tendrían esa función, como lo hace actualmente el Ministerio de salud y sus dependencias como al Superintendencia de Salud.

### **Financiamiento**

En la actualidad y especialmente en lo relativo a aseguramiento y provisión de servicios estatales, las principales fuentes de financiamiento provienen tanto del Estado como de cotizaciones de los trabajadores. En lo que respecta a FONASA, que también cubre beneficiarios de bajos ingresos, la mayoría de financiamiento de la atención pública de salud en el SNSS proviene de la renta nacional de la nación (alrededor de 60%) con menor proporción proveniente de cotizaciones (menos del 40%) y con muy bajos ingresos desde la fuente de copago al momento de uso.

En el modelo propuesto, se plantea que el financiamiento sea esencialmente estatal, basado en la renta general de la nación, aunque deja abierta la posibilidad de que la ley pueda establecer cotizaciones de empleadores y trabajadores; esto último, aunque no se describe, podría abarcar cotizaciones desde el sector público y privado.

El carácter de “universal” del propuesto Sistema Nacional de Salud es una visión valórica ideal proveniente de OMS. Sin embargo, el sistema global de salud chileno ya tiene una cobertura e población de prestación asistencial que podría ser considerada universal, combinando lo público y privado. En otros países, quedan fuera del sistema de salud los más pobres, rurales y de poblaciones aisladas (que no tienen seguros y tiene que pagar al momento de uso). En el caso chileno, lo pobres e incapaces de cotizar y de pagar al momento de uso, son cubiertos por FONASA y la atención del SNSS en sus centros distribuidos en todos los poblados del país.

El término de “público” formulado para el modelo es ambiguo y afecto a sesgos de interpretación. No debe ser confundido con el término estatal (de propiedad o dependencia directa del Estado). Muchas empresas e instituciones chilenas son mixtas en la práctica (en su propiedad, funciones y apertura al mercado) e incluso hay entidades privadas (como la Universidad de Chile y su Hospital Clínico) que son de propiedad estatal, pero funcionan con modalidad privada.

De modo similar, el carácter de “integrado” también es ambiguo y afecto a sesgos ¿Se refiere a participación de instituciones tanto estatales como privadas, con y sin fines de lucro, de modo

integrado simétrico y consensuado entre entidades y prestadores privados sometidos a requerimientos impuestos por una entidad estatal? ¿Qué significa en concreto, la participación privada en lo público?

Las mutuales de Seguridad que en general se concentran en la protección y atención de salud laboral, y corresponden a instituciones privadas sin fines de lucro. Se requiere de su descripción explícita en el nuevo modo planteado en la Propuesta. Corresponde a un sistema específico de salud que tiene varias ventajas respecto a las limitaciones que pueden tener tanto el sector público como el privado, por separado.

### **Previsión o aseguramiento en salud**

De acuerdo con el artículo 44. Inciso 9 de la Propuesta, “...*La ley determinará el órgano público encargado de la administración del conjunto de los fondos de este sistema*”. Dado que la configuración del sistema se considera pública, pero que integrará prestadores públicos y privados (modelo sobre el cual no se establece la necesaria claridad), no es posible apreciar cuál sería la función concreta de dicha institución.

En ese contexto, al menos se puede estimar que esa institución heredaría el rol y las actuales funciones del actual seguro público de salud en Chile que es el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que es una entidad dependiente del Ministerio de Salud (MINSAL). Constituye un servicio público autónomo, funcionalmente descentralizado, de ámbito nacional, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio.

La nueva institución administradora de fondos ocuparía la fuente de las rentas generales de la nación, y además podría “...*establecer cotizaciones obligatorias... para portar solidariamente al financiamiento de este sistema*”. Ello podría incluso significar que se mantiene la actual modalidad financiera de FONASA.

Si es así ¿También heredaría los serios problemas financieros de FONASA, donde la cotización resulta insuficiente y financia de modo muy limitado al recurso y desempeño rutinario del SNSS? ¿Por qué la nueva institución administradora va a ser mejor?

Pero además de su función de seguro público, el actual FONASA tiene crucial injerencia en el detalle financiamiento interno de las actividades del sistema asistencial público, que es el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). En ese interior, FONASA funciona como un “comprador” de servicios de los centros asistenciales, a los cuales se considera “prestadores estatales”. FONASA fija, junto a MINSAL, las tarifas detalladas de las actividades asistenciales (individuales o agrupadas) que son provistas en los centros del SNSS, en la modalidad denominada de atención institucional.

¿Por qué la institución administradora provista – similar a lo que hace FONASA respecto al interior del SNSS – sería un correcto, justo y suficiente comprador y pagador de los servicios prestados por “prestadores” asistenciales públicos y privados?

La modalidad del programa GES obliga a que, por actividades asistenciales similares, se pague con mayor cantidad desde el SNSS a prestadores privados (actividades mucho más caras) ¿Cómo



se calculará adecuadamente el monto de financiamiento similar que corresponda a cada acción asistencial, independiente de que eso sea realizado por un prestador público o uno privado?

Si la propuesta de un Sistema Nacional de Salud no tiene claro si basta con establecer la fuente de fondos fiscales más cotización obligatoria a definir ¿Cómo se espera que sean las leyes - como si eso fuera un recurso mágico y suficiente - las que permitan que haya fondos suficientes para un adecuado financiamiento del sistema?

FONASA como seguro público y el SNSS como institución asistencial pública ya cubren alrededor de 80% de la población cada uno, y tienen serias limitaciones y crisis financieras crónicas no resueltas, a pesar de todo el esfuerzo y aumento financiero que se le da ¿Por qué se espera, que de cubrir el 100% de población con muchos aspectos similares a ese 80%, la situación de financiamiento va a ser ideal y perfectamente sustentable?

### **Prestación de servicios asistenciales**

La propuesta (Art. 44.8) indica que *“Es deber del Estado velar por el fortalecimiento y desarrollo de las instituciones públicas de salud. ¿Qué pasa con la previsión y prestadores privados que cubren beneficiarios privados y del propio FONASA? ¿Están condenadas a desaparecer?*

El SNSS ya opera como Sistema nacional de Salud para el 80% de la población y tiene serias limitaciones de recursos y desempeño para cumplir adecuada y oportunamente con su población objetivo (los beneficiarios de FONASA). Parte de esos beneficiarios, por necesidades no satisfechas oportunamente en el SNSS, deben acudir al sector privado con pagos al momento de uso que se podrían evitar en un adecuado y suficiente SNSS. Esa situación no es considerada en el nuevo modelo, en que se asume un fondo estatal sería suficiente para el sistema, y que las eventuales cotizaciones de trabajadores y empleadores (actualmente solo cotizan los trabajadores) serían complementarias y solidarias.

### **Atención primaria universal**

La atención primaria universal es un planteamiento de la Propuesta que tiene cierta aspiración o lógica teórica y en general tiene a ser sustentada por propuestas internacionales como las que formula la Organización Mundial de la Salud respecto a la Cobertura Universal de Salud.

Para tener alguna aproximación histórica e institucional que permita creer en la factibilidad de una atención primaria universal, es muy relevante poder tener en cuenta qué es lo que a pasado con la atención primaria del SNSS en las últimas décadas. Una nueva Constitución sería solo un instrumento jurídico, base de lo normativo, pero hay otros factores que impiden que esa aspiración se cumpla, y deben ser analizados y previstos (incluyendo la necesidad de recurso). Las limitaciones de recurso (que no han podido ser resueltas de modo histórico, independiente del marco legal) no pueden ser resueltas por la simple elaboración de leyes.

La evolución histórica de la demanda asistencial continúa aumentando en forma sostenida, debido a factores como el aumento y envejecimiento de la población, con aumento importante de problemas de salud y requerimiento de una medicina más compleja. Ello representa un

importante aumento en la necesidad de contar con mayor y más complejo recurso, aunque sea el necesario a disponer en cada centro asistencial de nivel primario.

En general, las limitaciones para resolver las deficiencias y aspectos críticos de la APS se encuentran fuera del sector salud. Hay un bajo conocimiento, empoderamiento y participación ciudadana e insuficiente legislación y tributación para asegurar la sustentabilidad del SNSS. El enfoque neoliberal sigue favoreciendo al mercado privado y la privatización (directa o indirecta) del sistema público, como el caso de hospitales públicos que se ponen bajo concesión privada.

### **Equidad asistencial y sanitaria**

En forma histórica y hasta la actualidad, se mantiene una fragmentación e inequidad asistencial en el SNSS, incluyendo lo que respecta a la APS bajo responsabilidad del nivel primario. Entre otros aspectos, en ello influye la descentralización regional y local de los centros de las redes asistenciales.

En la propuesta se plantea que en Sistema Nacional de Salud se regirá entre otros, por principios de “equidad”, “desconcentración”, “pertinencia territorial”. El modelo incluye simultáneamente el principio de equidad y simultáneamente se formula una desconcentración y una categórica autonomía regional o local que tiende a producir intervenciones distintas para personas que tienen las mismas necesidades sanitarias, pero viven en lugares distintos. Esos principios tienen alto riesgo de objetivos contrapuestos y de relativa incompatibilidad, salvo que un nivel central pueda conjugar en forma muy difícil y compleja.

Para que los esfuerzos de mayor equidad, aunque sean en la atención primaria, sería importante poder estimar a todo nivel y en debido detalle, qué recurso y otras condiciones institucionales se necesitan para llevar a cabo la normativa ministerial total. Al ser poco aplicable en muchos de esos centros, el modelo normativo mantiene una brecha teórico-práctica importante. A pesar de esa inequidad sanitaria, cabe destacar que dicha inequidad sería mucho mayor en el caso que la atención del SNSS no existiera con la gran cobertura geográfica y temporal que tiene.

### **Medicina tradicional**

El sistema de salud actual no tiene particular discriminación legal por la medicina tradicional de pueblos indígenas, aunque en localidades de alta concentración indígena se desarrollan iniciativas, programas y hasta centros asistenciales biculturales.

No parece que el sistema actual tuviera un desempeño contraproducente de quienes practican y reciben la medicina tradicional que requiera de legislación al respecto, lo que sí se formula en el modelo propuesto.

### **Inclusión complementaria del sector privado**

El sector privado, en lo que corresponde de seguros y previsión y en lo asistencial, se mueve bajo las condiciones y precios del mercado abierto y competitivo. La propuesta no permite estimar si en el nuevo modelo eso se va a eliminar, si es que se aplica la Constitución propuesta.

En los artículos 44 y 45, sobre el sistema de salud y el sistema de seguridad social, tampoco permiten conocer claramente sobre qué sucederá con las instituciones privadas de previsión en salud (ISAPRE), las de salud laboral o de Fuerzas Armadas y de Orden.

## **8. CALIDAD ESPERADA Y FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE SALUD PROPUESTO**

El modelo de Sistema Nacional de Salud plantea un óptimo escenario de objetivos a lograr, que está más centrado en el “desear o deber ser” (la teoría) que en lo que en la práctica se espera que razonablemente se pueda lograr, según factibilidad en la concreta realidad nacional. Dada esa disyuntiva, es importante analizar sobre la eventual excelencia que se puede lograr en el sistema nacional de salud, según el trasfondo y enfoque formulado en la Propuesta.

### **Desafíos y requerimientos de la organización y acción del Estado en el sector salud**

El texto indica que es deber del Estado generar las condiciones necesarias y proveer los bienes y servicios para asegurar que se cumpla con un innumerable conjunto de derechos y responder a necesidades sanitarias de las personas. El documento manifiesta de modo sistemático, un excesivo y a veces utópico foco en las obligaciones y deberes que le correspondería cumplir al Estado. Para que éste pueda cumplir con todo lo deseado de modo tan utópico, tendría que ser omnipotente y funcionar a cabalidad, independiente del total de recursos y capacidad global que en la práctica pueda tener en el país (donde obviamente, los recursos y alcance de acción son bastante limitados respecto a las necesidades).

Se espera que el Estado sea también capaz de asegurar y proveer las condiciones para que la situación de la naturaleza y determinantes sociales que contribuyen a una mejor salud. Esa es una función intersectorial, que depende de distintos sectores productivos y que en general escapan del control total del Estado, aunque este sea totalitario y centralizado. Hay actividades económicas que aportan beneficios como empleo y progreso, pero que dañan el ambiente.

Las expectativas planteadas en la propuesta requieren que se produzca una serie de procesos productivos estatales y sociales, donde contar con un estricto marco jurídico no es suficiente para obligar en consecuencia a una suficiente provisión de acciones, que muchas veces el Estado no está en condiciones de asumir, pues los derechos y necesidades exceden de modo importante la capacidad de estructura, recurso y desempeño del Estado, a todo nivel y en las diversas áreas y grupos de población.

### **El bosquejo de calidad en el modelo de Sistema Nacional de Salud, según el trasfondo y enfoque de la Propuesta**

Por la naturaleza de la Constitución propuesta, solo cabe presentar un bosquejo de la calidad que tendría el nuevo Sistema Nacional de Salud, según el trasfondo y enfoque de la Propuesta. Aún en ese sintético modelo, se describe una serie de condiciones que tendría el sistema y se pueden deducir otras relacionadas con la eventual adecuación y sustentabilidad de su organización, estructura, funcionamiento, con su esperada contribución a la salud de la población.

A partir de la situación del sistema de salud actual, y las posibilidades razonables de que con la nueva Constitución se pudieran realizar efectivos cambios y reformas estructurales, es crucial poder analizar el probable escenario de las características de calidad y efectividad que podría llegar a adquirir el Sistema Nacional de Salud.

### **Capacidad del Estado para proveer condiciones sanitarias**

El sistema tendría una alta dependencia del Estado, dada su naturaleza estatal (más que “pública”). Para su funcionamiento y sustentabilidad, el sistema requeriría de una muy efectiva capacidad del Estado (política, administrativa y financiera) para asegurar y proveer las condiciones que resguarden y mejoren la salud y bienestar de las personas y de condiciones saludables en la naturaleza.

Independiente de lo que establezca la Constitución como “deber ser” en base al nuevo marco legal, es posible que el Estado no tenga mejores condiciones de organización, capacidad y efectividad que lo ya existente. Las limitaciones estatales actuales no solo se originan en limitaciones del marco jurídico actual. Existen muchos otros factores, que escapan del control de Estado, que deben ser considerados, como el crecimiento del país, las posibilidades de tributar, la necesidad de destinar fondos fiscales a demasiados requerimientos simultáneos de la economía y de la población, junto a otros factores relevantes.

El rol subsidiario del Estado requiere revisión, pues no está claro si todo ello podría integrarse en lo social y sanitario bosquejado en el modelo de salud.

La efectiva acción del Estado sobre el sistema de salud también debe incluir su acción y apoyo del sistema de seguridad social, pues este último va a manejar cotizaciones, fondos y debiera apoyar la prestación de servicios relacionados con la salud (en casos como enfermedad, maternidad, discapacidad y otros). Pero ese rol no queda claro en la Propuesta.

### **Organización, estructura y desempeño del SNS**

Para que el sistema de salud tenga debidas condiciones de calidad y funcionamiento, requerirá adquirir una efectiva organización, estructura y desempeño del Sistema Nacional de Salud y de las diversas entidades del sistema. Y eso tomando como gran base estructural y funcional, aquello que ya existe.

Es posible que el Estado reformado pueda ejercer una adecuada rectoría sobre el nuevo Sistema Nacional de Salud, pues ya existen las entidades y dependencias estatales que cumplen en forma efectiva, diversas funciones relacionadas con la rectoría.

Cabe la precaución de que la rectoría sobre el sistema privado (en su aseguramiento, que no es explícita en la Propuesta y habrá riesgos de su desaparición) y en la prestación de servicios de sectores público y privado, requiere ser realizada en forma autónoma, idónea e imparcial, sin sesgos ideológicos contra el mercado.

### **Adecuado financiamiento**

Se requerirá de un financiamiento suficiente que asegure y permita la sustentabilidad y eficiencia al sistema. Ese financiamiento será esencialmente estatal, basado en la renta general de la nación, aunque deja abierta la posibilidad de que la ley pueda establecer cotizaciones de empleadores y trabajadores; esto último, aunque no se describe, abarcaría cotizaciones del sector público y privado. El simple imperio de la Constitución no es suficiente para asegurar adecuado financiamiento, y no hay evidencia para sostener que la actual falencia financiera global se arregle.

Actualmente, la sostenibilidad financiera del sistema público tiene aspectos críticos que inciden en su desempeño. Si FONASA tiene serias limitaciones de fondos para poder financiar adecuadamente al SNSS con carencia de recursos, ¿cómo fijará tarifas y pagos al sector privado, el que se mueve por precios de mercado y que puede recibir mayores fondos desde ISAPRE y de propios beneficiarios de FONASA?

El financiamiento provisto anualmente a cada centro asistencial del SNSS (por MINSAL y FONASA) no es fijado de modo planeado y aportado lo suficiente para financiar lo necesario del recurso y los costos de las actividades asistenciales. Está fuertemente limitado por el presupuesto anual histórico más inflación más aumentos que no son sustanciales. Esa limitación lleva a un limitado desempeño (lo que podría mejorar, de contar con recursos) y los salarios del personal se concretan luego de periódicas huelgas que son de alto riesgo vital para los pacientes cuyas actividades se suspenden o postergan.

### **Cobertura y beneficios del aseguramiento en salud**

En el modelo propuesto, no queda claro que se produzca un adecuado aseguramiento en cobertura universal y de beneficios a proveer. La experiencia de la actual cobertura de FONASA dependiente de la elección de las personas y no de factores legales, podría ser 'probablemente al sistema propuesto, que de cierto modo sería un FONASA universal. No hay evidencias que indiquen que tendrá adecuado financiamiento y cobertura suficiente de beneficios y para todos.

Al revisar la eventual factibilidad de ese ideal escenario para el caso chileno como país de desarrollo medio con bastante heterogeneidad socioeconómica y geográfica de sus habitantes, al menos se requeriría de una aproximación empírica de referencia de algún país en que ello se haya logrado bajo un sistema estatal, a nivel factible (demostrable) de cumplimiento de esa obligación.

No parece que, para esa cobertura deseada, sea suficiente contar con leyes que determinen un sistema de financiamiento esencialmente estatal y de planificación central, para realmente poder obtener los cuantiosos recursos que se necesitan. No se puede esperar que lo que establezca una determinada Constitución sea el instrumento suficiente para ello. Ya la realidad actual tiene demasiadas obligaciones legales que no se pueden cumplir por falta de recurso.

El SNSS ya opera como Sistema nacional de Salud para el 80% de la población y tiene serias limitaciones de recursos y desempeño para cumplir adecuada y oportunamente con su población objetivo (los beneficiarios de FONASA). Parte de esos beneficiarios, por necesidades no

satisfechas oportunamente en el SNSS, deben acudir al sector privado con pagos al momento de uso que se podrían evitar en un adecuado y suficiente SNSS.

### **Institución administradora de los fondos del sistema nacional de salud**

De acuerdo con el artículo 44. Inciso 9 de la Propuesta, “...*La ley determinará el órgano público encargado de la administración del conjunto de los fondos de este sistema*”. Dado que la configuración del sistema se considera pública, pero que integrará prestadores públicos y privados (modelo sobre el cual no se establece la necesaria claridad), no es posible apreciar cuál sería la función concreta de dicha institución.

En ese contexto, al menos se puede estimar que heredaría el rol y las actuales funciones del actual seguro público de salud en Chile que es el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que es una entidad dependiente del Ministerio de Salud (MINSAL). Constituye un servicio público autónomo, funcionalmente descentralizado, de ámbito nacional, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio.

La nueva institución administradora de fondos ocuparía la fuente de las rentas generales de la nación, y además podría “...*establecer cotizaciones obligatorias... para portar solidariamente al financiamiento de este sistema*”. Ello podría incluso significar que se mantiene la actual modalidad financiera de FONASA.

Si es así ¿También heredaría los serios problemas financieros de FONASA, donde la cotización resulta insuficiente y financia de modo muy limitado al recurso y desempeño rutinario del SNSS? ¿Por qué la nueva institución administradora va a ser mejor?

Pero además de su función de seguro público, el actual FONASA tiene crucial injerencia en el detalle financiamiento interno de las actividades del sistema asistencial público, que es el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). En ese interior, FONASA funciona como un “comprador” de servicios de los centros asistenciales, a los cuales se considera “prestadores estatales”. FONASA fija, junto a MINSAL, las tarifas detalladas de las actividades asistenciales (individuales o agrupadas) que son provistas en los centros del SNSS, en la modalidad denominada de atención institucional.

¿Por qué la institución administradora provista – similar a lo que hace FONASA respecto al interior del SNSS – sería un correcto, justo y suficiente comprador y pagador de los servicios prestados por “prestadores” asistenciales públicos y privados?

La modalidad del programa GES obliga a que, por actividades asistenciales similares, se pague con mayor cantidad desde el SNSS a prestadores privados (actividades mucho más caras) ¿Cómo se calculará adecuadamente el monto de financiamiento similar que corresponda a cada acción asistencial, independiente de que eso sea realizado por un prestador público o uno privado?

Si la propuesta de un Sistema Nacional de Salud no tiene claro si basta con establecer la fuente de fondos fiscales más cotización obligatoria a definir ¿Cómo se espera que sean las leyes - como si eso fuera un recurso mágico y suficiente - las que permitan que haya fondos suficientes para un adecuado financiamiento del sistema?

FONASA como seguro público y el SNSS como institución asistencial pública ya cubren alrededor de 80% de la población cada uno, y tienen serias limitaciones y crisis financieras crónicas no resueltas, a pesar de todo el esfuerzo y aumento financiero que se le da ¿Por qué se espera, que de cubrir el 100% de población con muchos aspectos similares a ese 80%, la situación de financiamiento va a ser ideal y perfectamente sustentable?

La propuesta (Art. 44.8) indica que *“Es deber del Estado velar por el fortalecimiento y desarrollo de las instituciones públicas de salud. ¿Qué pasa con la previsión y prestadores privados que cubren beneficiarios privados y del propio FONASA? ¿Están condenadas a desaparecer?”*

Cabe revisar con el debido detalle, si es que la propuesta del sistema de salud y el sistema de seguridad social parece corresponder a un socialismo con capitalismo estatal, de manejo centralizado y vertical, y donde se discrimina todo lo correspondiente al sector privado. Si es así, entonces la Propuesta debiera ser consecuente para todo el modelo ideológico propuesto para el país, y no solo respecto al sector salud.

### **Acceso y uso universal de servicios asistenciales**

El carácter de “universal” del propuesto Sistema Nacional de Salud es una visión valórica ideal proveniente de OMS. Sin embargo, el sistema global de salud chileno ya tiene una cobertura e población que podría ser considerada universal, combinando lo público y privado. En otros países, quedan fuera del sistema de salud los más pobres, rurales y de poblaciones aisladas. En el caso chileno, ellos son cubiertos por FONASA y con el SNSS distribuidos en todos los poblados del país.

El adecuado acceso y uso de servicios asistenciales para toda la población, también debiera incluir el acceso a al nivel de capacidad resolutive de redes asistenciales que se necesita en cada caso). Acceder solo a la atención primaria no es suficiente en muchos casos de mayor complejidad, menos aún, si eso se exigiera a toda la población.

### **Integración de sistemas previsionales y asistenciales públicos y privados**

En el marco legal que se elabore y aplique en línea en la Constitución, es necesario que se produzca el debido escenario sobre el complemento e integración efectiva de los sistemas previsionales y asistenciales públicos y privados de salud

El sector privado, en lo que corresponde de seguros y previsión y en lo asistencial, se mueve bajo las condiciones y precios del mercado abierto y competitivo ¿Es que eso se va a eliminar, si se aplica la Constitución propuesta?

En los artículos 44 y 45, sobre el sistema de salud y el sistema de seguridad social, no permiten conocer claramente sobre qué sucederá con las instituciones privadas de previsión en salud (ISAPRE), las de salud laboral o de Fuerzas Armadas y de Orden.

### **Adecuado y suficiente sistema público de salud**

El modelo propuesto da por sentado de que se implementará un adecuado y suficiente sistema público de salud, con capacidad de respuesta coherente a las necesidades y demanda sanitaria



de la población. Las condiciones actuales del sistema de salud más el imperio jurídico dependiente de una nueva Constitución no aportan base técnica ni empírica sustentable para que ello se concrete hasta producir un sistema de óptima excelencia.

El término de “público” es ambiguo y afecto a sesgos de interpretación. No debe ser confundido con el término estatal (de propiedad o dependencia directa del Estado). Muchas empresas e instituciones chilenas son mixtas en la práctica (en su propiedad, funciones y apertura al mercado).

El carácter de “integrado” también es ambiguo y afecto a sesgos ¿Se refiere a participación de instituciones tanto estatales como privadas, con y sin fines de lucro, de modo integrado simétrico entre actores, o prestadores privados sometidos a requerimientos impuestos por una entidad estatal? ¿Qué significa en concreto, la participación privada en lo público?

Los numerosos aspectos simultáneos de calidad definida y esperada que tenga el Sistema Nacional de Salud le confieren una condición ideal o utópica en su calidad de estructura, desempeño y resultados, pero demasiado ambigua o global. Se requiere una aproximación empírica de referencia (Benchmarking) de algún país en que ello se haya logrado, o el nivel factible (demostrable) que se pueda cumplir en una realidad medible y afecta a control.

Las mutuales de Seguridad que en general se concentran en la protección y atención de salud laboral, y corresponden a instituciones privadas sin fines de lucro. Se requiere de su descripción explícita en el nuevo modo planteado en la Propuesta. Corresponde a un sistema específico de salud que tiene varias ventajas respecto a las limitaciones que pueden tener tanto el sector público como el privado, por separado.

### **Calidad integral de la atención**

Los numerosos aspectos simultáneos de calidad definida y esperada que tenga el Sistema Nacional de Salud le confieren una condición ideal o utópica en su calidad de estructura, desempeño y resultados, pero demasiado ambigua o global. Se requiere una aproximación empírica de referencia (Benchmarking) de algún país en que ello se haya logrado, o el nivel factible (demostrable) que se pueda cumplir en una realidad medible y afecta a control.

El modelo propuesto señala una serie de “principios” que tendría el sistema, los que no pueden ser asegurados por el simple deseo e imperio de la Constitución. La calidad multidimensional es bastante compleja y una tarea pendiente y nunca terminadas de lograr totalmente. La calidad concreta depende de muchos factores internos externos a los centros asistenciales y al sistema asistencial de salud. Se indican las dimensiones de: equidad, solidaridad, interculturalidad, pertinencia territorial, desconcentración, eficacia, calidad, oportunidad, enfoque de género, progresividad y no discriminación.

El caso de calidad exigido en el Programa GES, con más de 15 años de aplicación nacional y que tiene una aplicación solo parcial en los casos de enfermedad que requieren asistencia sanitaria, aún enfrenta una serie de problemas de calidad como acreditación, que de aplicarse estrictamente, dejaría a una proporción importante de centros asistenciales como no acreditados para participar en ese programa. Además, ese Programa posterga la calidad y financiamiento de

centros asistenciales que deben postergar la atención de aquellos casos no incluidos en el Programa GES (con alto riesgo de complicación y muerte en listas de espera) ¿Por qué el nuevo sistema de salud debiese ser un equivalente a Programa GES universal, de calidad y cobertura universal?

La calidad integral de la atención incluye la satisfacción usuaria y del personal. Las notorias limitaciones que ocurren al respecto, especialmente en el sector público, requieren intentar solucionar las limitaciones de la satisfacción usuaria o del personal. En su monitoreo, habría que incluir a enfermos que no acuden al sistema de salud (por tanto, no son usuarios opinantes ya que prefieren otras opciones por causas de interés en conocer).

### **Eficiencia global en la distribución de recursos y desempeño**

La eficiencia global en la distribución de recursos es esencial para asegurar la equidad asistencial, y que no haya prestación de servicios de deficiente calidad, especialmente de servicios y comunas más pobres.

La eficiencia en el desempeño del sistema, bastante dispar en la actualidad, no solo se puede monitorear e intentar controlar con “incentivos al desempeño” ¿Cómo se implementará un nuevo sistema de salud que supere esas limitaciones, con similar recurso y organización normativa?

### **Efectividad del desempeño e impacto en salud**

La efectividad del desempeño e impacto en el nivel de salud se anea y asegura con una adecuada implementación del nuevo sistema, con las innovaciones y reformas que sean necesarias sobre el sistema ya existente.

Aunque no se prevé que haya situaciones radicales de cambio respecto a lo existente (ya que no es un tema marco legal), es importante que se considere debidamente la necesidad de mayores recursos y provisión de servicios, pues se requiere una efectiva capacidad de respuesta del sistema de salud a las necesidades sanitarias para todos y no solo de usuarios que acuden a ,los servicios de salud públicos.

### **Atención primaria universal**

La atención primaria universal es un planteamiento de la Propuesta que tiene cierta aspiración o lógica teórica y en general tiene a ser sustentada por propuestas internacionales como las que formula la Organización Mundial de la Salud respecto a la Cobertura Universal de Salud.

Para tener alguna aproximación histórica e institucional que permita creer en la factibilidad de una atención primaria universal, es muy relevante poder tener en cuenta qué es lo que a pasado con la atención primaria del SNSS en las últimas décadas. Una nueva Constitución sería solo un instrumento jurídico, base de lo normativo, pero hay otros factores que impiden que esa aspiración se cumpla, y deben ser analizados y previstos (incluyendo la necesidad de recurso). Las limitaciones de recurso (que no han podido ser resueltas de modo histórico, independiente del marco legal) no pueden ser resueltas por la simple elaboración de leyes.

La evolución histórica de la demanda asistencial continúa aumentando en forma sostenida, debido a factores como el aumento y envejecimiento de la población, con aumento importante de problemas de salud y requerimiento de una medicina más compleja. Ello representa un importante aumento en la necesidad de contar con mayor y más complejo recurso, aunque sea el necesario a disponer en cada centro asistencial de nivel primario.

En general, las limitaciones para resolver las deficiencias y aspectos críticos de la APS se encuentran fuera del sector salud. Hay un bajo conocimiento, empoderamiento y participación ciudadana e insuficiente legislación y tributación para asegurar la sustentabilidad del SNSS. El enfoque neoliberal sigue favoreciendo al mercado privado y la privatización (directa o indirecta) del sistema público, como el caso de hospitales públicos que se ponen bajo concesión privada.

### **Equidad asistencial y sanitaria**

Al planear y monitorear el tema de la equidad asistencial y sanitaria, cabe considerar que la población del país tiene muy diversas condiciones en vulnerabilidad sanitaria, carga de enfermedad y muerte, y capacidad de cotizar y pagar por bienes y servicios de salud.

En forma histórica y hasta la actualidad, se mantiene una fragmentación e inequidad asistencial en el SNSS, incluyendo lo que respecta a la APS bajo responsabilidad del nivel primario. Entre otros aspectos, en ello influye la descentralización regional y local de los centros de las redes asistenciales.

En la propuesta se plantea que en Sistema Nacional de Salud se regirá entre otros, por principios de “equidad”, “desconcentración”, “pertinencia territorial”. Esos principios tienen alto riesgo de objetivos contrapuestos y de relativa incompatibilidad, salvo que un nivel central pueda conjugar en forma muy difícil y compleja. Que la equidad consista en adaptarse a vulnerabilidad sanitaria en proveer acceso y servicios según necesidad a todos los habitantes del territorio, y que por otro lado haya una desconcentración y relativa autonomía regional o local que produzca intervenciones distintas para personas que tienen las mismas necesidades sanitarias, pero viven en lugares distintos.

Para que los esfuerzos de mayor equidad, aunque sean en la atención primaria, sería importante poder estimar a todo nivel y en debido detalle, qué recurso y otras condiciones institucionales se necesitan para llevar a cabo la normativa ministerial total. Al ser poco aplicable en muchos de esos centros, el modelo normativo mantiene una brecha teórico-práctica importante. A pesar de esa inequidad sanitaria, cabe destacar que dicha inequidad sería mucho mayor en el caso que la atención del SNSS no existiera con la gran cobertura geográfica y temporal que tiene.

### **Aplicación del marco constitucional para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud**

La Propuesta Constitucional incluye un conjunto de óptimas condiciones esperadas en salud y bienestar de la población de Chile, en caso de que la Constitución sea efectivamente aplicada al Estado y la sociedad. Es importante prever la factibilidad de que la Constitución definitiva pueda ser acompañada de los procesos consecuentes que permitan organizar y estructurar el nuevo Sistema Nacional de Salud.

Además del requerimiento de cumplir con una adecuada calidad intrínseca, es importante que exista la expectativa razonable de que la aplicación de la Constitución va a ser exitosa, en el sentido de contribuir realmente a reformar y fortalecer al Estado y mejorar las condiciones del sistema de salud y la salud de la población, conforme a lo formulado.

Para que esa aplicación tenga impacto, en beneficio de la salud de la población, se requiere que a nivel nacional se produzca una cascada o cadena armonizada de fases productivas realizadas por las diversas instancias estatales, especialmente bajo la responsabilidad del Estado, para lograr que el sector salud y otros sectores sociales relacionados, puedan contribuir a responder de modo coherente y efectivo, a los derechos y necesidades sanitarias de toda la población.

En ese caso, y junto a otros muchos factores que incluyen a la Constitución (la que per se no es suficiente), entonces el Estado se transforma en un instrumento global efectivo para aportar condiciones que lleven a lograr una mejor situación de salud y bienestar integral, para todas las personas. Al analizar la factibilidad razonable de que la Constitución propuesta sea realmente el instrumento legal estrictamente y coherente con lo que en Chile se pueda lograr, es esencial conocer en su debido detalle, la actual situación del Estado chileno y de las condiciones reales de vida y salud de las distintas áreas y grupos de población en Chile.

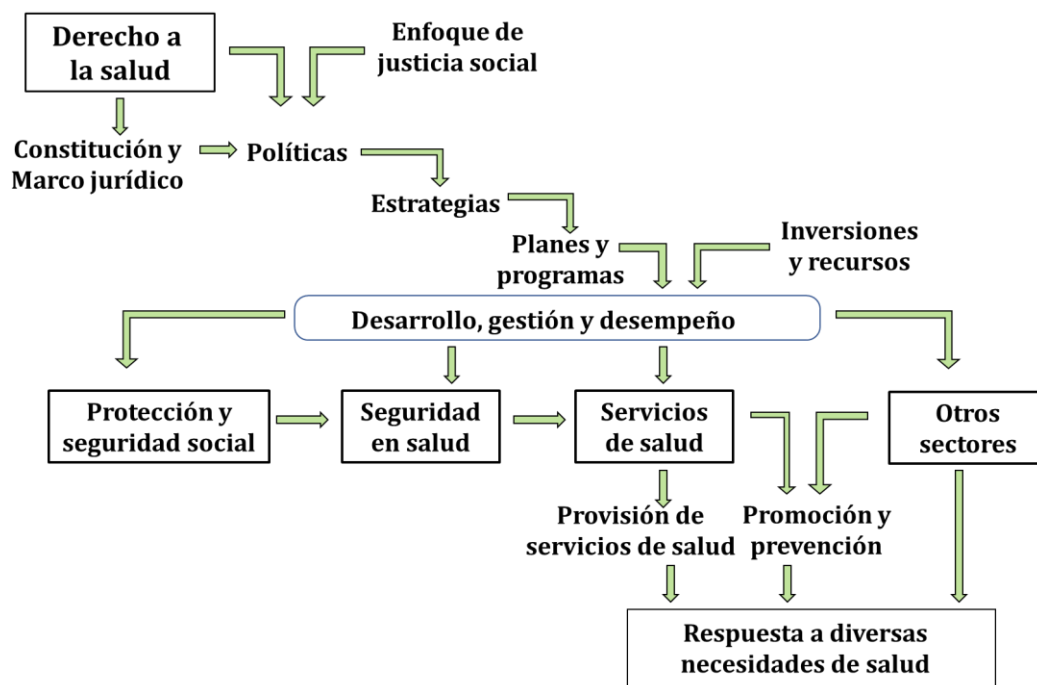
Se requiere llegar a planear y ejecutar numerosos procesos nacionales armonizados para realizar cambios efectivos que permitan cumplir con el escenario descrito en la Propuesta. Una Constitución factible requiere estimar la posibilidad razonable de ejecutar reformas exitosas. Es necesario transitar a partir del país actual y hasta lograr ese óptimo nivel empírico que la Constitución describe para el Estado y la población de Chile.

Una Constitución que tiene muy claro el escenario que se pretende lograr, pero que no considera la factibilidad de su aplicación a la realidad concreta del país, tiene el alto serio de ser inconsistente y de muy baja o parcial factibilidad. Una Constitución puede tener la condición intrínseca de ser realmente factible, pero su aplicación puede ser limitada por limitaciones en las instancias y procesos que permiten que el Estado cumpla con sus obligaciones y provisión de adecuadas condiciones para un mejor nivel de salud y del sistema de salud.

Existe el riesgo de mantener falsas expectativas, si se espera que el Estado cumpla plenamente con una serie de aspectos idealizados y que tenga una capacidad y suficiencia, que al parecer ningún país del mundo ha logrado estructurar (independiente del grado de desarrollo o ideología nacional predominante).

Los procesos (políticos, económicos, sanitarios y sociales) que se requieren llevar a cabo para responder a las necesidades sanitaria y el resguardo de la salud colectiva, deben estar coherente y consecuentemente coordinados y realizados en una eficiente cadena productiva de fases, para lograr un desempeño e impacto adecuado sobre la salud de la población (Figura 8.1)

**Figura 8.1. Cadena de fases para concretar el derecho a la salud constitucional en la respuesta global a las diversas necesidades de salud**



**Fuente:** Elaboración del autor

Para que el marco jurídico basado en la Constitución se proyecte en una función estatal global efectiva, con un positivo impacto sobre la salud, se requiere contar con:

- Desarrollo de adecuadas políticas públicas y sanitarias
- Desarrollo de adecuadas estrategias, planes y programas públicos y sanitarias
- Acción gubernamental efectiva en programas, proyectos de ley, interacción con parlamento y gestión gubernamental en distintos sectores y programas
- Acción parlamentaria efectiva y oportuna en leyes que permitan la efectiva acción del Estado, en línea con la Constitución
- Adecuada gestión financiera, con suficiente financiamiento para el funcionamiento de la seguridad social, sistema de salud, apoyo a determinantes sociales, y subsidio a grupos con vulnerabilidad social
- Adecuadas inversiones y aporte de recursos para el funcionamiento adecuado del sistema de salud y logro de su esperado impacto.
- Adecuado desarrollo, gestión y desempeño de los sistemas de protección y seguridad social
- Adecuado desarrollo, gestión y desempeño de la previsión o seguridad social en salud
- Rectoría estatal efectiva del sistema de salud en sus diversos componentes (financiamiento, previsión, sistemas y servicios asistenciales, entidades de administración) a distinto nivel y

en sectores público y privado

- Adecuado desarrollo, gestión y desempeño de los sistemas y servicios de salud
- Adecuado acceso y provisión de servicios asistenciales de salud, individual y colectivo
- Efectiva y coordinada interacción intersectorial en torno a salud y desarrollo, a diversos niveles del país

Cuando hay limitaciones o descoordinación en las distintas fases de la cadena de procesos políticos, económicos y de gestión, entonces se producen obstáculos (cuellos de botella) en esa producción estatal y que limitan el desempeño y resultado de la acción sanitaria. Como referencia empírica, es importante revisar la experiencia internacional de constituciones que hayan logrado demostrar su calidad y aporte han favorecido el adecuado funcionamiento y desarrollo global del Estado y población en otros países. Eso ayuda a estimar si la aplicación de la constitución y el coherente marco jurídico a nivel nacional va a ser probablemente exitosa.

En la medida de que la Constitución propuesta contenta una calidad intrínseca y condiciones de factibilidad o aplicabilidad útil y concreta al contexto real chileno, será posible que ella pueda ser aplicada efectivamente como un instrumento clave para contribuir de modo efectivo y concreto (con los procesos legales, normativos, políticos y económicos que correspondan), para adecuar y fortalecer al Estado, al sistema de salud y a proveer las condiciones que favorezcan un mejor nivel de salud y bienestar integral.

## 9. PRINCIPALES CONCLUSIONES

La propuesta de Constitución formula una base legal fundamental para iniciar los necesarios cambios que permitirían arribar al escenario de un excelente Estado, un efectivo sistema de salud, y una óptima condición de salud y bienestar de toda la población.

La Propuesta incluye una gran cantidad de derechos, principios y valores, no solo de las personas (aquellos seres humanos que lograr nacer) sino que también de la naturaleza. Con ese enfoque, parece ser la plataforma jurídica suficiente para asegurar en consecuencia, que se produzcan reformas y fortalecimiento para lograr un Estado efectivo y omnipotente, junto a una población que adquiriría una adecuada cultura, ética y participación. El Estado y sociedad así renovados, serían los agentes efectivos y suficientes para mejorar la salud y bienestar de todos (incluyendo al ser humano que aún no nace).

Sin embargo, una simple Constitución y el consecuente marco jurídico que resulte en consecuencia, no son suficientes y por el simple imperio de la ley, para que se pueda lograr en la práctica el desarrollo de un complejo Estado que sea excelente y omnipotente, de modo que pueda responder a todas las condiciones requeridas según la Propuesta.

La situación de la población chilena cuenta con importantes avances, logros, problemas, brechas y desafíos en su nivel de salud. También cuenta con un complejo marco jurídico y una extensa función estatal que enmarcan la organización, estructura y funcionamiento del sistema de salud, el que obviamente requiere de adecuación y fortalecimiento. Es imprescindible que una nueva Constitución pueda ser consistente y coherente con ese contexto nacional, con las reformas que se necesitan, y con la posibilidad razonable de lograr el deseado nivel de salud (progreso hacia un nivel óptimo empírico, no teórico ni utópico).

De un modo sistemático, la Propuesta enfatiza la situación de salud desde el lado de los derechos y necesidades de salud (lado de la demanda), pero no se considera de igual modo, que se produzcan las condiciones que permitan que el Estado pueda organizarse y ser efectivo (lado de la oferta), como para poder responder a esos derechos y necesidades, no solo en el sector salud, sino que de un modo intersectorial y con el esfuerzo de toda la sociedad. Por ello, el nuevo marco constitucional y jurídico, más que teórico y fundacional, requiere basarse de modo sólido en la estructura y organización estatal y del sistema de salud ya existente.

La visión muy centrada en el lado de la demanda, pero ante la cual solo se antepone un ideal bosquejo de modelo de respuesta (la oferta), que sería convertido en sistema por la esperada aplicación de un Constitución, tiene el riesgo de no tener calidad intrínseca como tal, ni ser aplicable para una adecuada innovación para el desarrollo del necesario Estado y del sistema de salud que específicamente se necesitan.

La mayoría de los factores determinantes de la organización, estructura, calidad y desempeño adecuado del sistema de salud en general están fuera del control del Estado. Entre esos factores

destacan el crecimiento económico y la tributación que se logre obtener, junto a factores como empleo, ingresos, equilibrios económicos, actividad productiva y otros aspectos.

El marcado enfoque teórico y fundacional de la Constitución, especialmente lo que respecta al abordaje del tema de la salud, se sustenta en recomendaciones y tratados internacionales, lo cual le confiere una naturaleza de manifiesto ideológico. Destaca un enfoque estatal socialista de planificación central del sistema de salud, con manejo de fondos y planificación central, principalmente financiado por la renta general de la nación. Consecuente a su ideología, se discrimina al mercado y al sector privado, ignorando los determinantes comerciales de la salud.

Ello que se contrapone en cierta medida con la descentralización regional y comunal (con marcada autonomía de la gestión central vertical).

Se describe un Sistema Nacional de Salud que sería similar al conjunto del actual FONASA, el SNSS (sistema asistencial público), el Programa GES y la atención primaria de salud, integrados en un sistema estatal universal (donde la prestación privada dependería de la planificación estatal). El nuevo sistema utilizaría de modo importante, la organización y estructura ya existente en esas entidades como Cada una de esas entidades tiene gran cobertura y aportes, pero mantiene serias limitaciones no resueltas (independientes de la Constitución). Esas entidades tienen limitaciones críticas que no se han podido resolver (independiente de la Constitución) ¿Por qué una nueva Constitución transformaría al sistema de salud en una entidad óptima y plena de cualidades?

Es importante considerar la experiencia internacional de constituciones y sistemas de salud que hayan logrado demostrar una aplicación exitosa en fortalecer al Estado sólido y favorece el progreso en salud. Ello permite aportar una referencia empírica óptima (Benchmarking), para estimar escenarios factibles de la aplicación de una constitución y el marco jurídico sobre la salud de la población. También es importante revisar el caso de algunas constituciones que son excelentes documentos, pero que no pudieron tener una aplicación exitosa, especialmente aquellas que tienen un enfoque de sistema sanitario socialista similar a la Propuesta.

Se requiere planear y ejecutar numerosos procesos nacionales armonizados para realizar cambios efectivos que permitan cumplir con el escenario descrito en la Constitución. Es necesario entonces planear adecuadamente de un modo coherente y efectivo, sobre cómo transitar a partir del país actual y hasta lograr ese óptimo nivel empírico que la Constitución describe para el Estado y la población de Chile.

En el nuevo modelo no hay descripción sobre la existencia y participación de instituciones aseguradoras privadas (se podría deducir algún rol complementario). Eso no solo incluye a lo que sucede con las ISAPRE, sino que también a las instituciones de salud laboral y a otras entidades estatales como las que cubren a Fuerzas Armadas y de Orden, que tienen previsión y asistencia sanitaria. Ese enfoque tiene más bien una perspectiva ideológica y no empírica de lo que sucede en la realidad nacional e internacional (salvo en países socialistas de tipo autoritario).

Tampoco se aclara adecuadamente, si es que la prestación de servicios puede ser ejercida por el comportamiento del mercado y sí puede ser abordada con fines de lucro (a nivel nacional e



internacional Los prestadores asistenciales privados se manejan por lógica de mercado y está abiertos a al menos un quinto de la población. Eso incluye a beneficiarios FONASA que prefieren pagar más de lo que le costaría una atención en el sistema público (Modalidad de Libre Elección).

La propuesta no considera con claridad, la participación de las instituciones de seguros y prestadores de salud privados, lo que no puede ser ignorado (salvo razones o sesgos ideológicos). La elección de elegir previsión o prestación privada corresponde a una opción voluntaria de las personas y no a una imposición del Estado o de la Constitución vigente. Ese tema requiere exhaustiva y efectiva revisión, pues tiene que ver con cobertura previsional, acceso de afiliados a una atención privada, y al financiamiento global del sistema.

La pretenciosa y utópica teoría disociada de la realidad no permite sustentar alguna certeza razonable de que esa Constitución se pudiera aplicar efectiva y adecuadamente, en forma beneficiosa y armonizada, hacia el logro de una mejor salud y sistema de salud en Chile.

Una adecuada Constitución requiere incluir de modo coherente: (a) una adecuada teoría jurídica, política y humanista; (b) el universo de la concreta situación nacional con sus necesidades y posibilidades de cambios y mejoría; y (c) las expectativas razonables de que esa Constitución es lo que se necesita y que se puede aplicar de un modo útil y efectivo para mejorar al Estado y sociedad, lo que a su vez contribuya al progreso sanitario.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- BCN, 2022. Boletín No 11.617-07 Proyecto de reforma constitucional, iniciado en mensaje de S.E, la presidenta de la República, para modificar la Constitución Política de la República.  
<https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/76296/1/Mensaje%20Pdta.Bachelet.pdf>
- BCN, 2022. Guía de Formación Cívica - La Constitución  
[https://www.bcn.cl/formacioncivica/detalle\\_guia?h=10221.3/45675](https://www.bcn.cl/formacioncivica/detalle_guia?h=10221.3/45675)
- Chile Convención, 2022. Propuesta. Constitución Política de la República de Chile, 2022.  
<https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/07/Texto-Definitivo-CPR-2022-Tapas.pdf>
- Foitzick M, 2016. The Access to Healthcare Services as a Human Right under International Law and Its Applications in Latin American Countries: Case Studies from Argentina, Chile, Costa Rica, and Brazil. Indiana University-Purdue University Indianapolis. IUPUI · Robert H. McKinney School of Law Library
- Gattini C., 2014. Panorama y tendencias de la salud en Chile. Revisión 2013  
<https://www.ochisap.cl>
- Gattini C., Arteaga O, 2016. Teoría y práctica del aseguramiento privado de salud en Chile: brechas, consistencia y reforma pendiente.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1680>
- Gattini C., 2019. Panorama y desafíos del sistema de salud de Chile (Resumen)  
<https://www.ochisap.cl>
- Gattini C., 2019. Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional. Vigencia, experiencia y desafíos  
<https://www.ochisap.cl>
- Mann J, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z y Fineberg HV. Health and Human Rights. Health and Human Rights: An International Journal, Vol. 1, No. 1, 1994.
- OCHISAP, 2022. Panorama y tendencias de la situación de salud en Chile, Revisión 2013  
<https://www.ochisap.cl>
- OHCHR, 2009. Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Folleto informativo N° 33  
<https://www.ohchr.org/es/publications/fact-sheets/fact-sheet-no-33-frequently-asked-questions-economic-social-and-cultural>
- OHCHR, 2022. Declaración Universal de Derechos Humanos (DDHH), 1947  
[https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)
- OHCHR, 2022. Folleto informativo No.16 (Rev. 1) - Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

- <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FactSheet16Rev.1sp.pdf>  
OHCHR, 2022. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 1966
- [https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr_SP.pdf)  
OEA, 2010, Constitución Política de la República de Chile  
[https://www.oas.org/dil/esp/constitucion\\_chile.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_chile.pdf)
- OMS, 2002 Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Organización Mundial de la salud. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1, julio de 2002
- ONU, 1993. Declaración y Programa de Acción de Viena, aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 14 a 25 de junio de 1993, párr. 5 (documento A/CONF.137/23 de la Asamblea General de las Naciones Unidas).
- OMS, 2014. Documentos Básicos 48ª edición, 2014. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1948.  
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- OPS/OMS, 2022. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- WHO, 2021. Commercial Determinants of Health  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>
- Zúñiga A. 2011. El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud en la Constitución: una relación necesaria. Estudios Constitucionales, Año 9, N.º 1, 2011, pp. 37 - 64.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002011000100003>





