
políticas sociales

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

Marcelo Drago



NACIONES UNIDAS



Santiago de Chile, mayo de 2006

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

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

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

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN impreso 1564-4162

ISSN electrónico 1680-8983

ISBN: 92-1-322915-1

LC/L.2539-P

Nº de venta: S.06.II.G.66

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

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

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

Índice

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

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

Índice de cuadros

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

Índice de recuadros

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

Índice de gráficos

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

Resumen

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

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

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

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

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

I. Introducción

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

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

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

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

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

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

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_2426

