Boletín N° 13.738-07

Proyecto de reforma constitucional, iniciado en moción de los Honorables Senadores señor Huenchumilla, señora Rincón, y señores Bianchi, De Urresti y Girardi, que consagra el derecho a la salud.

Considerando:

1.- Que, el artículo 19, numeral 9º de las Constitución Política de Chile establece que todas las personas tienen:
"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.".

2.- Que, utilizando el lenguaje de los derechos sociales, la redacción actual protege la libertad de elección, consolidando lo que en Chile se denomina el “principio de subsidiariedad”, es decir, el deber constitucional del Estado de asegurar las condiciones del mercado, no de asegurar derechos sociales.

3.- Que, el financiamiento del sistema de salud en Chile alcanza un 8.4% del PIB, cifra inferior al resto de los países OCDE, siendo esta brecha mayor en relación al origen de ese financiamiento, donde sólo alrededor del 50% proviene de medios públicos. Lo anterior, exige un alto “gasto de bolsillo” de la ciudadanía, lo cual es regresivo (Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile & Colegio Médico de Chile A.G., 2018).

4.- Que, el sistema de salud actual se caracteriza además por su segregación. Tan solo el 15% de la población es usuaria de Isapres, siendo este sistema mayoritario sólo en el decil más rico (Casen, 2018). Las Fuerzas Armadas, financiadas a través de impuestos generales, soportan a un 4% y Fonasa al restante 77% de la población (Becerril-Montekio, Reyes, & Manuel, 2011).

5.- Que, Fonasa asume, además, los costos de la selección de riesgo que ejerce el sistema privado, funcionando como una respuesta pública que subsidia este modelo de discriminación (Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile & Colegio Médico de Chile A.G., 2018). La organización de las Isapres, sus planes y los respectivos costos incitan la migración de sus usuarios y usuarias a medida que se transforman en población más riesgosa. En otras palabras, mientras hombres jóvenes y sanos cotizan en Isapre, separadamente del resto de la población, las mujeres y los adultos mayores son forzados a abandonar el sector privado para ser asumidos solidariamente por Fonasa.

6.- Que, por lo tanto, la diferencia de calidad entre ambos es consecuencia de un diseño institucional creado para aquello: para que la provisión mínima y más gravosa sea de carga de todas y todos, mientras se genera el espacio suficiente para crear un mercado que atienda a quienes tengan los recursos para pagarlo. Así, bajo la actual protección constitucional de la salud y su respectivo modelo de financiamiento, destacan dos grandes sistemas opuestos: uno solidario para los tres cuartos más pobres de la población y uno de seguro privado para los más ricos.

7.- Que, por el contrario, los derechos sociales se caracterizan por tener un interés colectivo en su provisión, generando espacios de igualdad, donde todas y todos somos ciudadanos. Esto exige una organización libre del principio del mercado, conforme al cual cada uno recibe aquello por lo

que puede pagar (Atria, 2014). El principio de subsidiariedad en su sentido ya explicitado, entonces, consiste en la negación precisa de la idea fundamental de los derechos sociales. En vez de asegurar derechos sociales, la constitución vigente los deja entregados a la lógica del mercado y a merced de la desigualdad que caracteriza a nuestro país (Allard, Hennig Leal & Galdámez Zelada, 2016).

8.- Que, una transformación al sistema de Salud chileno que prefigure el Estado que viene, requiere una ruptura del modelo de Estado contenido en la Constitución de 1980, que por las razones ya explicadas es incompatible con la idea de derecho social a la salud (Allard, Hennig Leal & Galdámez Zelada, 2016). De allí la necesidad de una reforma constitucional. Una nueva redacción del derecho a la salud consagrado en la Constitución determinará la forma en que el Estado asume ese compromiso.

9.- Que, una nueva redacción debe consagrar efectivamente el derecho a la salud. La genuina consagración del derecho a la salud requiere constitucionalizar tres principios: (i) que el sistema se organice de modo de atender a las necesidades de todos y todas; (ii) que sea gratuito en el punto de servicio y (iii) que tenga cobertura universal.

10.- Que, con esta finalidad, el nuevo texto debe separarse de la redacción actual en la Constitución de 1980, porque pretende constitucionalizar el derecho a la salud, en contraposición al texto constitucional actual que niega el derecho a la salud y lo reemplaza por el mercado en la salud. Este giro desde el mercado al derecho a la salud tiene una serie de consecuencias. Implica entender la salud no como la sola ausencia de enfermedad, sino desde una perspectiva sistémica. Así, los recursos que el Estado destina a través de sus políticas públicas, deben garantizar a todos y todas las condiciones ambientales, sociales, culturales y económicas para tener salud y con ello desarrollar una vida digna. (Vélez, 2007). Es decir, las políticas públicas que se desarrollen deberán, proteger y promover la salud integral de ciudadanos y ciudadanas.

11.- Que implica, además, comprender que el derecho a la salud incluye pero no es reducible al derecho de acceder a un conjunto de prestaciones de salud. En lo que se refiere a éstas, el acceso debe ser universal en el entendido que el sistema de salud debe estar orientado a servir a toda la población, sin ningún tipo de exclusión o discriminación. Debe ser también igualitario, en el sentido de que todos tendrán acceso de acuerdo a sus necesidades y no de acuerdo a su capacidad de pago.

12.- Que, el Colegio Médico de Chile junto con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile presentaron en mayo del 2018 la propuesta para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile, que contiene una transición hacia un Seguro Nacional, con un Plan Universal y un nuevo rol a las Isapres. Tras la movilización del 18 de Octubre del año pasado a esta propuesta adhirieron diversas organizaciones, bajo el lema “Por el derecho a la Salud”.

13.- Que en ella, el Seguro Nacional de Salud asume la administración de los recursos públicos, superando la segmentación del financiamiento actual. Que se basa en los principios de universalidad y equidad ya explicados, y en los de integralidad, solidaridad y eficiencia. Integralidad es comprendido como la coordinación y coherencia dentro de las actividades que son parte de un sistema de salud. Solidaridad, en cuanto el aporte económico no es individual sino que es parte de un sistema en el que el aporte es progresivo y subsidia a otros grupos de riesgo. Eficiencia, al esperar alcanzar los mejores resultados sanitarios posibles a partir de los recursos disponibles, integrando la participación social en la toma de decisiones en diferentes niveles. Sustentabilidad, entendida como sostenibilidad financiera política y social en el largo plazo (Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile & Colegio Médico de Chile A.G, 2018).

14.- Que, la propuesta cuenta de cuatro componentes:

i. Universalización y unificación de los diversos esquemas de aseguramiento existente –Fonasa, Isapres, FFAA, Seguros sociales contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales– en un único esquema de seguro público.
ii. Unificación de todas las fuentes de financiamiento, incluidos aportes fiscales, las cotizaciones de los trabajadores y las cotizaciones de empleadores para el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Se transita en disminuir progresivamente las cotizaciones ligadas al trabajo a la vez que se aumenta el aporte del Estado vía impuestos generales
iii. Creación de un Plan de Salud Universal que cubra a todas y todos los afiliados del seguro, tenga una cobertura integral de prestaciones –incluidas promoción, prevención, curación y rehabilitación–.
iv. Transformación de los seguros privados –Isapre–, abandonando el rol sustitutivo que tienen actualmente, para transformarse en seguros con un rol complementario o suplementario de carácter voluntario, con regulaciones que protejan a las personas de prácticas discriminatorias.

15.- Que, esta nueva institucionalidad y modelo de financiamiento crea la solidaridad característica de los derechos sociales, estableciendo un nuevo paradigma en salud.

16.- Que, por los antecedentes expuestos anteriormente, los senadores que suscriben este documento vienen en presentar el siguiente:

Proyecto de reforma constitucional

Artículo único: Sustitúyase el numeral 9 del artículo 19 de la Constitución Política de Chile por el siguiente:

"9º.- La salud es un derecho de todas las personas.

Es deber del Estado garantizar el derecho a la salud a través de políticas sociales, económicas y ambientales que la promuevan de manera integral y reduzcan el riesgo de enfermedad y otros factores de riesgo.

El acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas es universal e igualitario.

Este derecho se realizará a través de un Seguro Nacional de Salud, cuya cobertura será universal. La ley podrá crear para su mantención cotizaciones obligatorias. Adicionalmente, el Seguro Nacional de Salud se organizará conforme a los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, eficiencia, participación y sustentabilidad.".

Referencias:

Allard, R., Hennig Leal, M. C., & Galdámez Zelada, L. (Julio de 2016). El derecho a la salud y su (des)protección en el Estado Subsidiario. Estudios constitucionales, 14(1).

Atria, F. (29 de Enero de 2016). Efectivamente no hay salud. El Mostrador. Obtenido de https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2016/01/29/efectivamente-no-hay-salud/.

Atria, F. (2014). Derechos Sociales y Educación, Un nuevo paradigma de lo público (Santiago: Lom, 2014).

Bachelet, V., & Atria, F. (2016). Salud y Nueva Constitución. Instituto Igualdad. Obtenido de https://institutoigualdad.cl/2016/01/04/salud-y-nueva-constitucion/.

Becerril-Montekio, V., Reyes, J., & Manuel, A. (enero de 2011). Sistema de salud de Chile. Salud Pública de México, 53(2).

Cadem. (2020). Encuesta Plaza Pública. Obtenido de https://www.cadem.cl/wp-content/uploads/2020/07/Track-PP-341-Julio-S4.pdf.

Casen. (2018). Salud. Síntesis de resultados. Ministerio de Desarrollo Social.

CNN Chile. (6 de Julio de 2020). Senadores ingresan proyecto para limitar atribuciones del presidente de la República. Obtenido de https://www.cnnchile.com/pais/senadores-proyecto-limitar-atribuciones-presidente_20200706/.

Data Influye. (2020). Coronavirus en Chile. Radiografía de la crisis. Estudio cuantitativo. Obtenido de https://www.tuinfluyes.com/assets/estudios/ESTUDIO_TUINFLUYES_MAYO_2020.pdf.

Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile & Colegio Médico de Chile A.G. (2018). Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile. Obtenido de http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/05/Propuesta-Reforma-de-Financiamiento-Integral-a-la-Salud.pdf.

Ley N° 21200. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 23 de diciembre de 2019.

Vélez Arango, A. L. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el Estado. Hacia la Promoción de la Salud, 63-78.