

La agenda política en salud en el segundo Gobierno de Michelle Bachelet: ausencias, desafíos y oportunidades para avanzar en la progresión del derecho a la salud en Chile.

**Michelle Bachelet Second Presidency's Public Health Political Agenda:
Silences, Pitfalls, and Opportunities to Advance in the Pursue of the Right
to Health in Chile.**

Autora: Cecilia Bustos Ibarra, Trabajadora Social, Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Escuela Andaluza de Salud Pública, Universidad de Granada-España. Candidata a Doctora en Sociología, Universidad Autónoma de Barcelona. Docente del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Miembro del Grupo Interdisciplinario de Investigación en Derechos Humanos y Democracia GIDHD de la Universidad de Concepción. Mail cecbustos@udec.cl.

Palabras Claves: Agenda política salud, Derecho a la salud, Gobierno Michelle Bachelet.

Keywords: Health Political Agenda; Health rights; Michele Bachelet's Government.

Resumen: La situación del derecho a la salud en Chile, da cuenta de diversos problemas en el goce y ejercicio del derecho a la salud. El presente trabajo revisa críticamente la contribución de la agenda política en salud plasmada en el Programa del segundo gobierno de Michelle Bachelet para el período 2014-2018; intentando identificar ausencias, oportunidades y desafíos para avanzar en la discusión sobre la progresión del derecho a la salud en Chile.

Abstract: Several problems regarding the access and use of the right to health mark the current situation of health rights in Chile. This essay presents a critical review of the contributions to a Public Health Political Agenda in Michelle Bachelet's program for her second government (2014-2018). In particular, this essay attempts to identify silences, opportunities, and pitfalls to advance in the promotion of the health rights in Chile.

1.- Introducción

La situación del derecho a la salud en Chile, da cuenta de diversos problemas en el goce y ejercicio del derecho a la salud, a este respecto el INDH ha identificado los siguientes déficits principales¹: la débil definición del derecho a la salud, la omisión de los determinantes sociales de la salud en la política, las desigualdades e inequidades en salud, la falta de calidad de atención y de capacidad resolutoria en los servicios públicos y el déficit en la salud sexual y reproductiva. Desde la perspectiva de los ciudadanos, según datos de la Primera Encuesta Nacional de Derechos Humanos, INDH (2011) el 46,6% de los encuestados/as señaló que no cree que en el país se proteja el derecho a la salud y el bienestar.

El modelo de sistema sanitario vigente en Chile, a partir de la reforma implementada desde el año 1979 y consagrada en la Constitución de 1980, implicó pasar de un Sistema Nacional de Salud de cobertura universal y financiamiento centralizado a un sistema de aseguramiento mixto o dual, fuertemente desigual. Según los datos de la Encuesta Casen 2011 el 78,8% de la población se encuentra afiliado al FONASA, que atiende mayoritariamente a las personas con mayores necesidades sanitarias (adultos mayores, niños/as, mujeres y a las personas con menores recursos económicos, en efecto un 30% corresponde al Tramo A-carentes de recursos); mientras que el 14% de la población se encuentra afiliado a una ISAPRE, que concentra a las personas con mayores ingresos, en especial de los quintiles 4 y 5, y con menores necesidades sanitarias, lo que se relaciona con el mecanismo de selección adversa utilizado para por las Isapres para la incorporación de sus afiliados.

El Programa del Gobierno de la Nueva Mayoría para el período 2014-2018, no incluye la salud como una de sus prioridades. Las medidas anunciadas en el Programa, que forman parte de las 56 medidas para los primeros 100 días de Gobierno, pueden comprenderse como medidas de carácter incremental, que

¹ INDH, Indicadores de derechos económicos, sociales y culturales: derecho a la Salud y derecho al trabajo. Santiago de Chile, Diciembre de 2012.

apuntan a reducir los déficits y si bien dan cuenta de las orientaciones de la política, no constituyen, al menos en su desarrollo actual, propuestas sustantivas de cambio al sistema de salud vigente.

En este contexto, interesa revisar, desde la perspectiva del derecho a la salud, las ausencias, oportunidades y desafíos de la política de salud en el programa del segundo gobierno de Michelle Bachelet.

2.- Prioridades programáticas o reformas de fondo: ausencia y oportunidades para el debate del derecho a la salud.

Como es sabido, las prioridades programáticas o reformas de fondo contenidas en el Programa de Michelle Bachelet para el período 2014-2018² corresponden a la Reforma Educativa, Reforma Tributaria y Nueva Constitución.

La no inclusión de una Reforma de Salud en las prioridades del programa de gobierno, constituye el escenario inicial para nuestro análisis, en el que constatamos la ausencia de prioridad para los temas de salud. Este escenario da cuenta del momento histórico y político que vive el país y de la construcción de la agenda pública, que sin lugar a dudas se caracteriza por un mayor empoderamiento ciudadano, en torno a las demandas del movimiento estudiantil y de una nueva constitución.

Desde nuestra perspectiva, esta primera impresión de postergación de los temas de salud o de ausencia de la discusión sobre el sistema de salud chileno, puede a su vez ser leído como un contexto favorable, que ofrece a lo menos, dos oportunidades para avanzar en la discusión del derecho a la salud en Chile.

La primera de ellas, es la oportunidad de cuestionar el lucro en el sistema de salud, asociada al efecto simbólico de la deslegitimación del lucro en la educación como resultado del proceso de movilización social que ha marcado la realidad chilena, desde el año 2006 y con más fuerza a partir del 2011 - más allá del resultado del proceso de elaboración, diseño e implementación de la Reforma Educacional al que asistimos y del que seremos testigos en este período de gobierno-.

Como plantea Mayol (2013:204)³, este proceso de movilización está basado en una fuerte impugnación a las relaciones entre ciudadanía y capital. La crisis de

² Chile de todos. Programa de Gobierno Michelle Bachelet 2014-2018. Disponible <http://michellebachelet.cl/programa/>

³ Mayol, Alberto; Azócar, Carla; Azócar, Carlos "El Chile profundo: modelos culturales de la desigualdad y sus resistencias". Santiago: Liberalia Ediciones Ltda. 2013.

legitimidad de la deuda educativa y el caso La Polar fueron las llaves que abrieron la puerta de una crítica radical y activa en contra del sistema financiero, que parece ser el bastión final de la crítica al modelo de sociedad vigente. La crisis de legitimidad del modelo económico chileno, según Mayol se debe a una gran acumulación de malestar que lo ha acompañado durante todo su despliegue y que está asociada no solo con los rasgos económicos (desigualdad, endeudamiento, desprotección), sino también con los políticos y culturales. El autor plantea que las movilizaciones del 2011 vincularon a la ciudadanía con algo más que el problema de la educación y la demanda de una educación pública, gratuita y de calidad, sino también con una crítica radical de todo el modelo, cristalizada en las consignas «No al lucro» y «No más lucro». Así, la noción de lucro transforma la percepción de la dimensión económica en un terreno donde impera el abuso, que es el punto de partida para que el modelo económico de libre mercado y exportación de materias primas; el Estado subsidiario; la lógica política de la transición, y la construcción de un espacio público apolítico comiencen su proceso de desplome. Este proceso que Mayol ha llamado “derrumbe del modelo”⁴ (2012) es sin dudas, un contexto favorable para la discusión del derecho a la salud, y los temas de fondo sobre la estructura del sistema de salud chileno, los seguros públicos y privados, el lucro de las Isapres, el gasto en salud.

La segunda oportunidad, se genera en el marco de la discusión de una nueva constitución y permitiría fortalecer el reconocimiento del derecho a la salud en nuestro ordenamiento jurídico, mediante la definición del contenido del derecho a la salud a nivel constitucional, considerando los acuerdos y estándares internacionales sobre la materia. Como sabemos el reconocimiento del derecho a la salud actualmente en nuestro ordenamiento jurídico continúa siendo débil e insuficiente, en tanto no se define el alcance de la protección de la salud y además se excluye la vulneración del derecho a la salud del catálogo de derechos sujetos a tutela judicial a través del recurso de protección.

Si bien es cierto, la discusión se ha centrado hasta aquí en la forma que debe tomar este proceso constitucional, es decir, en el mecanismo, analizando las ventajas y posibilidades de la asamblea constituyente o la vía institucional, el debate del contenido del catálogo de derechos sociales es un debate ineludible.

El debate ciudadano, en la perspectiva de conquistar la salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado, que desde una mirada histórica ha

⁴ Mayol, Alberto “El derrumbe del modelo. La crisis de la economía de mercado en el Chile contemporáneo”. Santiago: Editorial LOM. 2012

sido impulsado por diversos actores sociales y gremiales⁵, es en la actualidad incipiente. Sin embargo, desde nuestro punto de vista presenta posibilidades de avanzar en el posicionamiento del debate público de la salud como derecho, en la medida en que se ha visto fortalecido por los esfuerzos para establecer alianzas entre el movimiento estudiantil y los gremios de la salud, los aportes de la iniciativa “Movilizándonos por Justicia y Dignidad en Salud”, impulsada por EPES,⁶ desde el año 2012 (que implicó el desarrollo de Jornadas destinadas al diagnóstico y levantamiento de propuestas y la constitución de Mesas de Salud Regionales en Tarapacá, Metropolitana y Biobío, además de un trabajo comunicacional dirigido a difundir las acciones y la propuesta de articulación de organizaciones sociales, gremiales y de usuarias/os), por el malestar ciudadano que da cuenta de vulneraciones cotidianas al derecho a la salud en el sistema público y privado, que se expresan en insatisfacción con el sistema, y por la incidencia de la sociedad civil organizada en la reivindicación del acceso al sistema de salud (por ejemplo, la marcha de los pacientes por acceso a los medicamentos, la incidencia de las sociedad civil organizada en temas de derechos sexuales y reproductivos, la incidencia de las asociaciones de pacientes como el caso de Asociación LUPUS Chile para la incorporación al GES, etc.)

3.- La agenda política en salud: desafíos y oportunidades

Respecto de la agenda en Salud, el diagnóstico que sustenta las propuestas reconoce el plan AUGE como un gran avance para el país e identifica importantes falencias en el sector público entre éstas menciona: el déficit en especialidades médicas, la falta de infraestructura, especialmente en hospitales; la necesidad de una mejor gestión y mayor efectividad de la Atención Primaria.

Se reconoce como un problema el gasto en salud en Chile, cuyo monto total bordea el 8% del PIB, incluyendo gasto público y gasto privado (aporte individual del 7% para cubrir seguros de salud en el FONASA o mediante la contratación de un plan de salud con las Isapres, además del creciente aumento de gasto de bolsillo o co-pago privado, por ejemplo por compra de bonos, exámenes, procedimientos y medicamentos. El programa de gobierno

⁵ Illanes, María Angélica. “En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública. Chile 1880/1973” Primera Edición Colectivo de Atención Primaria, Santiago 1993. Segunda Edición Ministerio de Salud Chile 2010.

⁶ EPES. Movilizándonos por justicia y dignidad en salud. Dossier Diagnósticos, propuestas y articulaciones sociales por el derecho a la salud. Fundación Educación Popular en Salud, EPES. Octubre de 2013. Disponible en <http://www.epes.cl/wp/wp-content/uploads/Dossier-Diagn%C3%B3sticos-propuestas-y-articulaciones-por-el-Derecho-a-la-Salud.pdf>

cuestiona la composición del mismo, el gasto público está en torno al 50% (mientras que en los países de la OCDE es del 72%).

El programa de gobierno contempla las siguientes líneas:

a) Ampliar la red pública de salud, para lo cual se comprometió en los primeros 100 días de gobierno el lanzamiento del plan nacional de inversión pública en Salud 2014-2018, al que se destinarán 4.000 millones de dólares, que incluirá la construcción de 20 nuevos hospitales, dejar en construcción otros 20 y avanzar en los estudios técnicos de arquitectura e ingeniería como en la licitación de obras civiles de otros 20. Además incluye el proyecto de reposición de la Posta Central y el fortalecimiento de la red de APS mediante la construcción de 100 nuevos Centros de Salud y 100 Centros Comunitarios de Salud Familiar y 132 SAR Servicios de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolución. Se incluye además el desarrollo de un plan de mantención del parque tecnológico de las unidades críticas y de los servicios generales de los principales centros hospitalarios del país, Programa de adquisición y reposición de ambulancias, para contar con 1.900 ambulancias en estado óptimo de funcionamiento.

b) Atención y prevención, se incluye el aumento del gasto per cápita en APS, destinando recursos e incentivos para atraer y retener a los profesionales de la salud, especialmente médicos y mejoras en la tecnología. Se proyecta incorporar a 1.000 nuevos médicos a la APS. Desarrollo de un programa de prevención para adultos con riesgo de desarrollar diabetes o hipertensión arterial, que buscará generar hábitos de alimentación saludable, manejo de estrés y promover actividad física. Programa para mantener la autovalencia de 1.100.000 adultos mayores. Plan “Más sonrisas para Chile” para ampliar la cobertura de atención odontológica para mujeres con una cobertura de 400.000 mujeres en el período de Gobierno. Programa “sembrando sonrisas” destinado a niños/as de 2 a 5 años de jardines infantiles JUNJI, Integra, Escuelas Municipalizadas y Subvencionadas del país. Atención odontológica integral a los jóvenes de 4° año de enseñanza media de colegios municipales y particulares subvencionados.

c) Plan Nacional de Formación de Médicos Especialistas, para la formación y retención de especialidades médicas, para apoyar la formación de 4.000 nuevos especialistas, que incentive el ingreso de más de 5.000 médicos a los programas de formación, junto con articular una política moderna para el desarrollo del recurso humano especializado. Como una de las medidas de los 100 primeros días, se incluye la disposición de los recursos para que los

Servicios de Salud puedan contratar 33.000 horas médicas semanales adicionales, equivalentes a la contratación de 750 médicos especialistas.

d) Más Solidaridad para financiar la salud y terminar con los abusos de las Isapres. Como una de las medidas de los primeros 100 días de Gobierno, se comprometió la creación de una comisión de expertos con el mandato de redactar una propuesta de proyecto de ley de Isapres.

e) Política Nacional de Medicamentos. Creación de un fondo nacional de medicamentos que beneficiará a 5 millones de chilenos que se atienden en la APS, asegurando el acceso oportuno a los medicamentos al 100% de las personas mayores de 15 años con diabetes, hipertensión, colesterol y triglicéridos altos. Generar un Fondo Especial de Medicamentos de Alto Costo.

3.1.- Un primer desafío: analizar los avances y limitaciones del GES desde la perspectiva de derechos y corregir los efectos negativos.

Respecto al breve diagnóstico preliminar, que precede la presentación de medidas, nos parece pertinente al menos evidenciar la necesidad de un debate que analice los efectos del Plan AUGE-GES de manera global, incluyendo las diversas críticas a sus efectos en términos de equidad.

Como es sabido, la Ley N°19.996 publicada el 03 de septiembre de 2004, que crea el sistema de garantías explícitas en salud GES, constituyen un “plan de salud garantizado” para un conjunto de patologías prioritarias que comenzó a ser aplicado de manera piloto en el sector público y entró en vigencia en ambos sistemas Fonasa e Isapres, a contar del 1° de julio del 2005 y actualmente cubre un total de 80 patologías. Las garantías de acceso, financiamiento y oportunidad implican garantizar siempre una cobertura adecuada para aquellas enfermedades definidas en el GES. A su vez, la garantía de calidad, que comenzó a regir el 01.07.2013 implica un control respecto de la capacidad de cada prestador para resolver adecuadamente las patologías acreditadas. Conforme con lo anterior, el GES estaría creando la cobertura mínima a la cual toda la población tiene acceso y al mismo tiempo estaría eliminando la incertidumbre respecto de la capacidad de los prestadores definidos para resolver los problemas de salud establecidos (Simon, 2007)⁷. El GES se constituyó en el componente central de la reforma de salud y en una de las principales políticas públicas con perspectiva de derechos, generando un cambio estructural del sistema de salud que a nuestro juicio puede ser abordado al menos desde dos perspectivas: la primera de ella desde el avance

⁷ Simon, G. (2007) “Avances de la reforma de salud desde la perspectiva de las Isapres”. Documentos de Trabajo En Foco. Fundación Expansiva.

en materia de derechos garantizados y la segunda desde una perspectiva crítica en términos de las restricciones generadas a partir de la implementación del GES.

Como hemos dicho por un lado la creación de un sistema de prestaciones garantizadas, da cuenta sin lugar a dudas, de un cambio en la política social, en tanto el GES se constituyó en uno de los programas referentes del diseño de políticas con perspectiva de derechos en Chile, esto es, se inscribe dentro de los programas con una mirada de carácter mayormente promocional y garantista, así podemos sostener que la creación del GES constituye un avance en la perspectiva de la positivación del derecho a la salud, entendiendo que los derechos humanos han abierto espacios institucionales que han permitido a los diferentes sujetos sociales constituirse en sujeto de derecho y, consiguientemente, ha dado instrumentos para su exigibilidad y su consecuente vigencia hacia el Estado (Guendel, 2002)⁸, que en el caso del GES se traducen en las garantías explícitas, los mecanismos de reclamo y el Bono GES en caso de incumplimiento. Este programa ha sido objeto de diversas evaluaciones, reconociéndose en general un cambio en cuanto al reordenamiento de la oferta de atención y un aumento en la satisfacción por parte de los usuarios.

Sin embargo, también desde un análisis del alcance de la perspectiva de derechos, pero desde una perspectiva más crítica, es posible dar cuenta de diversos efectos negativos a partir de la implementación del GES. En este sentido, se reconoce que una de las razones planteadas para fundamentar la creación del AUGE-GES, fue la necesidad de racionalizar el gasto en salud, particularmente a través de un mecanismo que permitiera definir de forma informada prioridades en el gasto público en salud. Al mismo tiempo, se argumentó que éste constituiría un mecanismo de regulación de las Isapres, al exigir garantías mínimas de cobertura en sus planes de salud. De acuerdo al ex ministro de Salud Jorge Jiménez “el concepto subyacente detrás de la reforma es lograr una mezcla apropiada de lo público y lo privado para la totalidad del país” (Jiménez, 1993: 730)⁹. Desde el discurso oficial se afirma que el AUGE-GES se constituyó en un intento de corregir las distorsiones generadas por primera reforma neoliberal del sistema sanitario chileno llevada a cabo a inicios de la década de los ochenta como parte de las medidas privatizadoras, sin embargo, diversas investigaciones cuestionan que se haya logrado ese efecto corrector. El GES ha sido objeto de importantes cuestionamientos, que pueden

⁸ Guendel, L. (2002). Políticas Públicas y Derechos Humanos. Ciencias Sociales 97, 105 - 125

⁹ Jimenez, J. (1993). “Re-Establishing Health Care in Chile”. Author(s): Jorge Jiménez Reviewed work(s): Source: BMJ: British Medical Journal, Vol. 307, No. 6906 (Sep. 18, 1993), pp. 729-730.

ser ordenados en al menos cuatro perspectivas críticas: un nivel ético-político, nivel técnico-médico, nivel técnico-económico, crítica desde el sistema privado. En este trabajo nos interesan especialmente las críticas en un nivel ético-político. Desde la filosofía política se cuestiona los principios de exclusión sobre los cuales está diseñado el plan AUGE-GES, los criterios de racionamiento establecidos se fundan en máximas de eficiencia que son contrarias a los principios de equidad que debieran sustentar las políticas sanitarias de las sociedades democráticas, afirmando que los mecanismos de adjudicación utilizados en las guías clínicas de las patologías AUGE-GES, propios de la economía de la salud, han disminuido considerablemente el número de personas potencialmente beneficiarias al establecer criterios de exclusión tales como la edad y el lugar de residencia, por tanto, no responden adecuadamente a las promesas de equidad que fundamentaron la Reforma (Zuñiga, 2011)¹⁰. Además se resalta lo paradójico de la lógica de inclusión/exclusión en base a características particulares de los usuarios, pues si bien el GES va ampliando progresivamente su cobertura a nuevas patologías, paralelamente va aumentando su nivel de exclusión en base a los criterios mencionados. Por otro lado se cuestiona la visión restrictiva de la patología fisiológica v/s la comprensión de los problemas de salud como un fenómeno multidimensional. (Fernández y Díaz, 2010)¹¹. Un efecto importante generado a partir de la implementación del GES es la postergación de la atención a personas que presentan Patologías No GES, en esta misma línea se afirma que el AUGE-GES restringe la atención a un grupo de afecciones, vulnerando el derecho a la salud integral de toda la población, lo que forma parte del principio del bien común. (Román y Muñoz, 2008)¹².

3.2.- Un segundo desafío: evaluar la disminución de las desigualdades en salud.

Las diversas acciones y programas propuestas, apuntan sin duda a mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud, en especial a ciertos grupos de la población, bajo criterios de vulnerabilidad social o de riesgo en salud.

En este sentido, un esfuerzo adicional a la implementación de estas medidas, es evaluar la disminución de las desigualdades en salud. Este esfuerzo nos

¹⁰ Zuñiga, A. (2011) "Justicia y racionamiento sanitario en el Plan AUGE: dilemas bioéticos asociados a la distribución de recursos escasos". Acta Bioethica 2011; 17 (1): 73-84.

¹¹ Fernández, R. y Díaz, A. "AUGE, el primer paso a la consagración del enfoque de derechos sociales en Chile" Rev. Argent Salud Pública, Vol. 1 - N° 5, Diciembre 2010

¹² Román, O. y Muñoz, F. "Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos", Rev. Méd Chile 2008; 136: 1599-1603

permitiría avanzar en la línea de las recomendaciones generales entregadas por la Comisión Mundial de Determinantes Sociales en salud “Medir y analizar el problema de las desigualdades e inequidades en salud”.¹³

3.3.- Una oportunidad: la comisión de expertos y la propuesta de Ley de Isapres.

La llamada Medida N°10 de las 56 Medidas para los primeros 100 días de Gobierno, fue fundamentada con la necesidad de introducir más equidad y solidaridad en el sistema sanitario "Chile necesita y demanda introducir más equidad y solidaridad en el sistema sanitario y ello implica garantizar en todos los casos, sin excepción, el derecho efectivo a la salud, pero no cualquier salud, una salud digna, de calidad y oportuna". El 14.04.2014 la Presidenta Michelle Bachelet firmó el decreto que crea una comisión asesora que impulsará un nuevo régimen jurídico en el sistema privado de salud a través de una nueva ley de Isapres.

En su discurso Bachelet afirmó que el sistema privado "discrimina a los chilenos según riesgo, es decir, evalúa vulnerabilidad y conveniencias por edad, sexo e historial de salud, las mujeres en edad fértil, las personas con menores ingresos, los adultos mayores, las personas con enfermedades preexistentes son desestimadas por las Isapres o se les imponen enormes cobros para estar en una Isapre". "Estas prácticas nos parecen francamente abusivas y en opinión del Tribunal Constitucional algunas de ellas son además inconstitucionales. El acceso a las prestaciones de salud son un derecho y como tal no es posible que su provisión quede librada enteramente a las leyes del mercado, comprometiendo el bienestar e incluso la vida de miles de personas". "Es hora que como país seamos capaces de generar un marco jurídico que nos permita dar respuesta a estas inquietudes y que responda a la realidad política, social, demográfica, epidemiológica y tecnológica del Chile de hoy".

La Comisión conformada por 17 expertos, entre los que se cuentan destacados salubristas, está integrada por Camilo Cid Pedraza -quien será su secretario ejecutivo-, Ximena Aguilera Sanhueza, Ana María Albornoz Cristino, Óscar Arteaga Herrera, María Soledad Barría Iroumé, Pedro Barría Gutiérrez, Carmen Castillo Taucher, David Debrott Sánchez, Marcelo Dutilh Labbé, Pedro García Aspillaga, Tomás Jordán Díaz, Osvaldo Larrañaga Jiménez, Fernando Matthews Cádiz, Mario Parada Lazcano, Guillermo Paraje, Orielle Soler

¹³ OMS. Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las Desigualdades Sanitarias en una Generación. Alcanzar la Equidad Sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud. 1ª Edición ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.

Hormazábal, Andras Uthoff Botka y Gonzalo de la Carrera. La comisión tiene el mandato de identificar los principales problemas que enfrenta la salud privada y proponer los elementos necesarios para una nueva ley de Isapres", dentro de un plazo de 4 meses.

A pesar, que en los antecedentes que fundamentan esta medida, el Gobierno plantea en forma explícita el objetivo de aumentar la solidaridad financiera del sistema de salud, los resultados deberán ser ponderados en función de los alcances de la propuesta de ley de Isapres y su posterior proceso de discusión legislativa y ciudadana.

En este sentido, como advierte Matías Goynchea, del Movimiento salud un Derecho, la comisión puede tomar al menos dos caminos: preservar el lucro como motor del sistema o restituir el principio de solidaridad para favorecer el bienestar colectivo.¹⁴

Desde nuestra perspectiva el trabajo de esta comisión es una oportunidad, para retomar la discusión de fondo sobre el financiamiento y la solidaridad del sistema de salud. Tal como afirma el informe 2011 del INDH existe un amplio consenso respecto a que el modelo de salud mixto ha generado segmentación y discriminación, pues existen diferencias sustantivas de atención entre distintos sectores de la población, según sus recursos económicos, ubicación geográfica, entre otros. La constatación de esta desigualdad y la insatisfacción de los usuarios de ambos sistemas tanto público como privado, fue uno de los argumentos, que junto a los cambios en el perfil epidemiológico de la población chilena, fundamentaron la reforma de salud implementada a partir del año 2002. En efecto uno de los componentes originales de dicha reforma, fue la Propuesta de Generar un Fondo Unico Solidario, para financiar la salud de todos/as los chilenos. Esta propuesta fue abandonada en el proceso de negociación de la Reforma de Salud.

Así como producto de esta comisión, se podría retomar esta propuesta y generar un “fondo de compensación de riesgo” que incluya a cotizantes de Fonasa e Isapres, en la búsqueda de avanzar en forma sustantiva en la solidaridad del sistema de salud. Así esta comisión de expertos cuyo trabajo en principio, apunta a resolver los problemas de la población afiliada a Isapres, podría potencialmente impactar al sistema en su conjunto.

¹⁴ Columna de opinión” Dos alternativas contrapuestas en la reforma de ISAPRES “, publicada el 14.03.2014. Disponible en <http://www.epes.cl/2014/03/dos-alternativas-contrapuestas-en-la-reforma-de-isapres/>

4.- Conclusiones

Resulta evidente que la discusión sobre la salud y el derecho a la salud, ocupan en términos relativos, un lugar secundario en las prioridades programáticas del segundo gobierno de Michelle Bachelet. Sin embargo, consideramos que el contexto político actual, ofrece condiciones favorables para el posicionamiento del debate de la salud como derecho social en la agenda pública.

Las posibilidades de que la orientación de los cambios de la política en materia de salud, permitan avanzar hacia la progresión del derecho a la salud, estarán necesariamente vinculadas a los resultados en las prioridades programáticas del Gobierno (reforma tributaria, reforma educativa y nueva constitución) y al rol de los actores políticos, institucionales, gremiales y sociales del sector salud.