

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

La salud en Chile y la inequidad. Un problema ético.

Francisca Browne L.

Cita:

Francisca Browne L (2009). *La salud en Chile y la inequidad. Un problema ético. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1496>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

La salud en Chile y la inequidad

Un problema ético

FRANCISCA BROWNE L.

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO, CHILE

ANTECEDENTES

Como dice Van Rensselaer Potter¹ “Tenemos gran necesidad de una ética de la tierra, de una ética de la vida salvaje, de una ética de la población, de una ética del consumo, de una ética urbana, de una ética internacional, de una ética geriátrica, etc...”. Dentro de la Bioética tenemos necesidad de una ética de las políticas públicas de salud.

El presente trabajo analiza las políticas de salud, desde una perspectiva ética y pretende, por tanto, contribuir a la discusión sobre la urgente necesidad de transitar hacia una sociedad en la cual, la vida y la salud estén aseguradas por el sólo hecho de la existencia. Analizar las políticas de salud desde una perspectiva ética, implica hacerlo desde la disciplina de la Bioética, toda vez que esta se refiere al “estudio sistemático de la conducta moral en las biociencias y la medicina”.

El diseño de las políticas de salud implica la definición de una cierta población objetivo, lo que significa por simple opción, privilegiar a una población por sobre otra. Cuando los recursos son escasos y no es posible, por tanto, dar respuesta a las múltiples necesidades de salud de la

¹ Citado por María Isabel Gil Espinoza: Bioética: una propuesta de humanización y actitud frente a la vida”. Colección Fé y Universidad. Facultad de Teología, Departamento de Teología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C. 2001. Introducción.

población, se impone la necesidad de elegir una o algunas de varias alternativas de inversión de los fondos públicos. Dejando fuera aquellas acciones que han sido definidas como prioritarias por el Estado y las cuales no se pueden dejar de financiar, como es el caso del funcionamiento de hospitales públicos y consultorios de salud, programas de vacunación, etc. la decisión sobre el destino de los recursos en el área de la salud pública, conlleva siempre una decisión ética, toda vez que con los recursos escasos se privilegia a una población por sobre otra. Aún cuando los fondos disponibles no vayan en beneficio directo de determinada población, siempre las decisiones son orientadas por la prioridad. Pero ¿Quién o qué determina la prioridad? ¿Es más prioritario destinar recursos a la investigación sobre el SIDA o sobre el cáncer? ¿Qué decisión se toma ante la disyuntiva de comprar vacunas para todos los niños para prevenir una enfermedad de mediana gravedad o de comprar vacunas que beneficien a menos niños pero para prevenir una enfermedad más grave? ¿Se debe privilegiar la cantidad por sobre la gravedad?

En 1979 Tom L. Beauchamp y James Childress, dos autores norteamericanos, sistematizan su pensamiento acerca de cómo obrar en situaciones médicas conflictivas. Ellos presentan su libro sobre “Principios de ética biomédica”, donde exponen un paradigma base, desde el cual se pueden abordar los dilemas. Se conoce como el *paradigma de los cuatro principios*². En todo conflicto ético se tendrá que argumentar teniendo en cuenta los principios de Autonomía del paciente, No Maleficencia, Beneficencia del médico y Justicia, desde la equidad social.

LA BIOÉTICA EN LA SALUD PÚBLICA

Daniel Callahan ³ dice que la Bioética es una disciplina que va desde la angustia privada y los dilemas individuales que enfrentan los médicos y otros trabajadores de la salud que actúan al lado de la cama del paciente moribundo, hasta las terribles decisiones públicas y sociales que enfrentan los ciudadanos y los legisladores cuando tratan de planear políticas equitativas de salud y medio ambiente. Sus problemas pueden ser altamente individuales y personales así como muy comunitarios y políticos.

² Beauchamp ,T y Childress J. “Principios de ética biomédica”. Cuarta edición. Ed. Masson, Barcelona, 1999.

³ Callahan, Daniel. *Bioética*. En Llano Escobar, Alfonso S.J. “Qué es Bioética”. Colección Bioética, 3R Editores, Colombia 2001, Pág 150.

Así como las decisiones médicas referidas a un individuo en particular caen dentro del área de la Bioética Clínica, a qué área corresponden las decisiones relativas a la salud pública? Callahan propone llamar Bioética Pública a aquella área de la bioética que se dedica a reflexionar sobre las decisiones que afectan a la salud de la población en general y que involucran recursos del Estado.

La ética médica ha sido tradicionalmente más de aplicación individualista. El actuar del médico ha sido, en primera instancia hacia el individuo. Preguntas más generales, como la distribución de recursos escasos en la atención de la salud, las estructuras básicas de la política de salud o las de atención primaria y secundaria se han dejado en un segundo plano por el médico.

Sin embargo, la ética médica traspasa lo individual cuando ya no reflexionamos sobre una situación médica particular, sino que reflexionamos sobre una situación de salud general. Al adentrarnos en esta reflexión nos topamos de frente con los temas de justicia y ya el análisis bioético es inseparable de la justicia.

En la Bioética se consideran tres principios morales: Autonomía (respeto por la persona), Beneficencia (Bienestar) y Justicia (equidad). Cada principio puede tomarse aisladamente, pero entran en conflicto frecuentemente. Para resolverlo se apela al “utilitarismo de acto”, ponderando las consecuencias (utilidad) buenas y maximizándolas; el acto será bueno si además minimiza las malas.

La President’s Commission⁴ establecida por el presidente Carter en 1981, aceptó los tres principios mencionados del método bioético utilitarista pero modificándolo. Del “mayor bien para el mayor número”, al sentido de “un adecuado nivel de asistencia para todos” por ser la salud un bien tan especial que debe redundar en bien de todos y no de las mayorías. El derecho al acceso a la salud se considera como un derecho básico. En síntesis, la Comisión recomendó las siguientes obligaciones éticas:

1. Acceso equitativo como obligación moral
2. Obligación social – obligación individual de cuidar la salud
3. Acceso equitativo, nivel adecuado de asistencia

⁴ President’s Comisión for the Study of Ethical problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Summing Up, Washington, U.S Government printing office 1981.

4. Subsidiaridad: consecución de la equidad como responsabilidad del individuo, las fuerzas sociales y el gobierno.
5. El costo debe repartirse equitativamente
6. Contención del costo sin acrecentar desigualdades

Un sistema justo de seguridad social en salud centrado en el enfoque multicausal, en el que la salud no puede aislarse del entorno social, el ambiente, las condiciones laborales, los hábitos de vida y la alimentación, debe considerar cuatro principios universales de justicia centrados sobre la persona y que originan obligaciones por parte del Estado para todos y cada uno de sus miembros.

1. Universalidad: todos y cada uno (como personas)
2. Igualdad: Atención integral, no sólo la básica
3. Equidad: distribución equitativa de cargas y beneficios
4. Solidaridad: quien más tiene debe contribuir al menos favorecido.

LA SALUD Y LAS POLITICAS DE SALUD EN CHILE

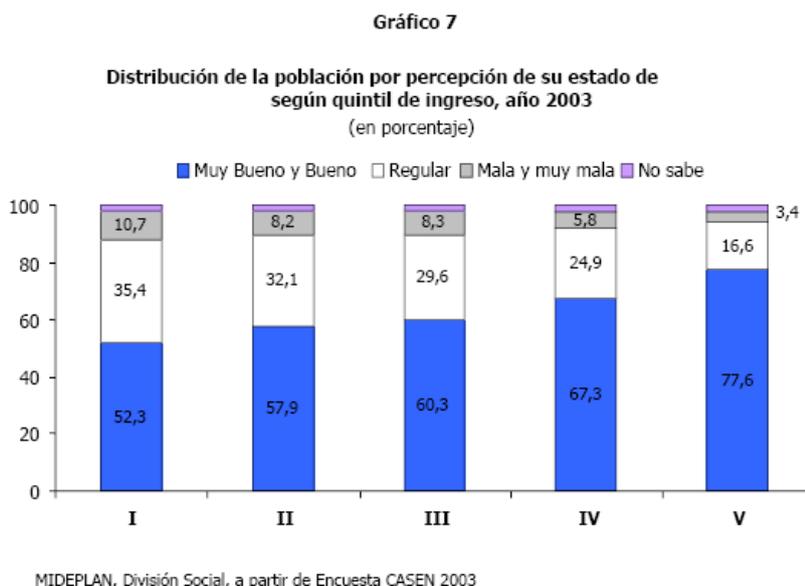
En primer lugar y si hemos de reflexionar desde una perspectiva bioética, tenemos que distinguir entre la salud de las personas, el sistema de salud, los servicios de salud y las políticas de salud en Chile. La pregunta es ¿La salud de la población, el sistema de provisión de salud, el acceso a la salud y las políticas de salud actualmente existentes en nuestro país, son éticamente correctas, desde un punto de vista de la bioética? La respuesta es rotundamente negativa para las dos primeras y para las segundas tenemos aún espacio suficiente para su discusión.

Según los datos aportados por la Encuesta CASEN del año 2003, vemos en primer lugar, que el estado de salud no es igual para toda la población y esta variación está relacionada con factores ajenos a las personas en sí mismas, es decir, en su constitución biológica y autodeterminación. De acuerdo a la encuesta mencionada, la salud de las personas varía según su zona de residencia, esto es, zona urbana o rural. En la zona urbana, el 64,7% de la población declara que su salud es “Muy buena” o “Buena”, en tanto que en las zonas rurales, lo hace el 50,4%. Asimismo, el 9,5% de la

población rural declara que su salud es “Mala” o “Muy mala”, proporción mayor que en la población urbana⁵.

Mayores diferencias se observan de acuerdo al sexo, en donde los hombres declaran tener mejor salud que las mujeres (69,2% los hombres versus 59,2% las mujeres dicen tener “Muy buena” o “Buena” salud).

Sin duda, el mejor indicador del peso que tiene el nivel socioeconómico en la salud se encuentra en el siguiente gráfico, en donde se observa que en el año 2003, el porcentaje de las personas que declara que su salud es en general buena o muy buena se incrementa a medida que crecen los ingresos de los hogares. En el primer quintil el 52,3% declara que su salud es en general buena o muy buena, en el segundo un 57,9%, en el tercero un 60,3%, en el cuarto un 67,3% y en el quinto un 77,6%.



Asimismo, en el año 2003, el porcentaje de personas que declara que su salud es en general buena o muy buena se incrementa en los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES (80,6%) y en las personas que declaran no estar afiliados a ningún sistema previsional (72,7%). Este

⁵ Encuesta de Caracterización Socioeconómica 2003, Principales Resultados en Salud, División Social, Ministerio de Planificación.

porcentaje corresponde a 71,4% para las personas afiliadas a sistemas de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden, descendiendo a 57,5% en la población afiliada a FONASA, estos últimos pertenecientes principalmente a los primeros quintiles de ingreso.

Por otra parte, el 12,5% de la población afiliada al sistema público declara haber sufrido enfermedad o accidente en el último mes, registrándose los valores más altos para la población del grupo A y B, donde se concentra la población de los quintiles de menores ingresos. Proporciones levemente inferiores se observan para la población afiliada a ISAPRES donde alcanza un 10,3%.

Los datos presentados corroboran que la salud de las personas varía de acuerdo a características que escapan a determinantes biológicas o a la autodeterminación, es decir, existen determinantes socioeconómicos que están afectando de manera evitable la salud de la población. De aquí que las desigualdades en el estado de salud no podrán ser resueltas en parte, mientras no se disminuyan las desigualdades sociales.

Desde un punto de vista bioético, esta desigualdad en el estado de salud de la población chilena se relaciona directamente con el cuarto principio de justicia, que radica en la sociedad y rebasa, por tanto, la debida justicia que la bioética exige en el ámbito de la salud. Se desprende, entonces que, analizada la salud de la población chilena desde la bioética no se cumple el principio de justicia, del que son responsables, en este caso, instancias mayores e instituciones más amplias que los servicios de salud.

En sistema público o privado, el acceso a la salud en Chile está asegurado en todos los rincones de su amplia geografía. El sistema público se encarga de llegar, a través de los Consultorios de Salud a las ciudades y pueblos. En el caso de conglomerados de menor población lo hace a través de Postas de Salud y en zonas rurales de difícil acceso, a través de rondas médicas.

Aún así, la mayor desigualdad en la salud está dada por la existencia de un sistema de salud mixto, en el cual a través de las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES, se entrega atención y servicios hospitalarios a quienes se encuentran afiliados a ellas. La cantidad y calidad de los servicios entregados depende del monto pagado mensualmente, siendo así la salud una fuente de lucro. Dado el alto costo de este tipo de medicina, pueden acceder a él sólo los grupos de más altos ingresos. Para la población de menores ingresos existe la salud pública, la que es entregada a través del Fondo Nacional de Salud y en la cual existe independencia entre el aporte monetario del afiliado

y la cantidad y calidad de los servicios a los que tiene derecho, dada su filiación al sistema. Así, la pertenencia a uno u otro sistema, determinada por el nivel de ingresos, define el tipo de establecimiento que prestará los servicios de salud requeridos. Las diferencias entre los distintos tipos de establecimientos radican fundamentalmente en las comodidades, infraestructura y servicios adicionales entregados en el sistema privado.

Más allá de las diferencias entre ambos sistemas en cuanto a la calidad de la atención, la mayor desigualdad está dada en que mientras la menor cantidad de población de mayores recursos accede a un mejor sistema de salud, el resto de la población, correspondiente a aquellas de menores recursos, accede a un sistema de salud más congestionado y que cuenta con menores recursos.

La Encuesta CASEN muestra que la afiliación a FONASA es mayor en los quintiles de menores ingresos, mientras que la afiliación a ISAPRES se incrementa a medida que crecen los ingresos de los hogares. Del total de personas pertenecientes al primer quintil, un 91,1% se reconoce beneficiaria de FONASA y sólo un 1,6% de ISAPRE. En el quinto quintil, es decir el de mayores ingresos, la afiliación a Sistema Público corresponde a 33,6% y a ISAPRES a un 50,5%. El siguiente gráfico muestra que el sistema de salud privado está restringido para aquella población de más altos ingresos.

Distribución de la población por sistema previsional de salud por quintil de ingreso autónomo per capita del hogar, años 2000 y 2003

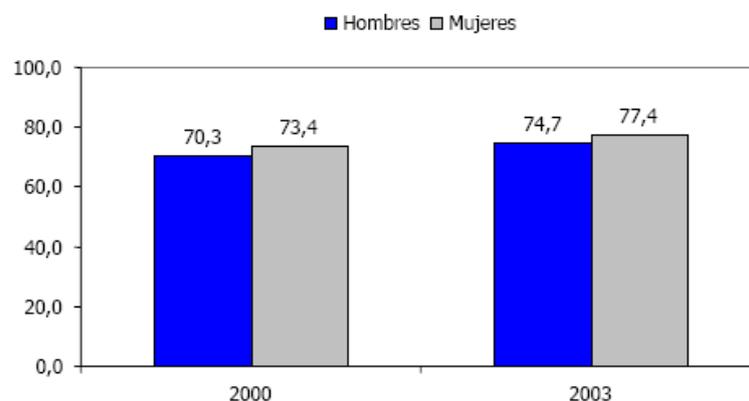
2000	Quintil de ingreso				
	I	II	III	IV	V
Sistema Público	87,5	80,1	67,0	53,4	29,6
ISAPRE	3,1	7,8	17,6	29,5	54,2
Ninguno (particular)	8,5	9,7	10,0	10,3	10,4
FF.AA. y de Orden	0,5	1,6	4,4	5,6	4,8
Otro sistema	0,1	0,3	0,3	0,6	0,6
No sabe	0,4	0,6	0,7	0,6	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2003	Quintil de ingreso				
	I	II	III	IV	V
Sistema Público	91,1	85,4	76,4	60,5	33,6
ISAPRE	1,6	5,6	11,2	24,0	50,5
Ninguno (particular)	5,9	6,3	7,3	8,3	9,2
FF.AA. y de Orden	0,6	1,6	3,9	5,5	5,1
Otro sistema	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4
No sabe	0,6	1,0	1,1	1,4	1,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN años respectivos

Continuando y en tercer lugar, a los servicios de salud les corresponde garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención en salud. De acuerdo a los datos aportados por la Encuesta

CASEN, observamos que aumenta en los últimos años el acceso a la atención en salud. En el año 2003 el 76,3% de las personas que sufrieron enfermedad o accidente el mes anterior a la encuesta consultaron por esta causa, mientras que en el año 2000 lo hacía el 72,2%. Este incremento se observa tanto en los hombres como en las mujeres, manteniendo éstas los porcentajes más altos de consulta.

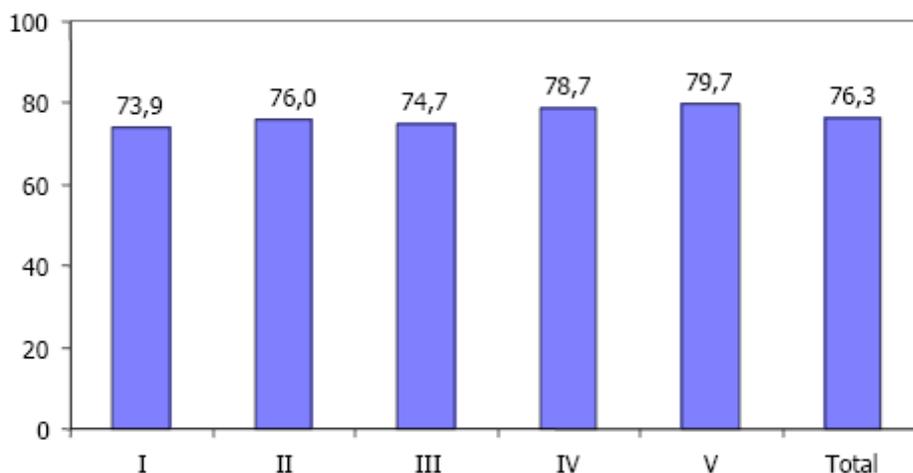
Gráfico 13
Población que tuvo accidente o enfermedad y consultó según sexo, años 2000 y 2003
(en porcentaje)



MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN años respectivos

Sin embargo, existen diferencias en la proporción de personas que declararon enfermedad o accidente en el último mes y consultaron según nivel de ingreso. En el primer quintil la tasa de consulta es 2,4 puntos porcentuales, menos que la media nacional y 5,8 puntos porcentuales menos que en el quinto quintil. Si bien la ocurrencia de enfermedad o accidente no presenta una tendencia por quintil de ingreso autónomo y es muy similar entre aquellos individuos de hogares con mayores ingresos y entre los de menores ingresos, una vez ocurrido este evento los individuos de mayores recursos tienden a consultar en una mayor proporción.

Población que declaró enfermedad o accidente en el último mes y consultó por quintil de ingreso autónomo per capita del hogar, año 2003 (en porcentaje)



MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN 2003

La calidad de la atención en el sector público es bien evaluada por los usuarios. Según la Encuesta CASEN, el año 2003, alrededor del 80% de las personas que consultó en un centro público de salud o en un centro de urgencia público manifestó que el grado de satisfacción por la atención médica y de enfermería era muy bueno o bueno. También hay alto grado de satisfacción con el trato del personal administrativo y la comodidad de las salas de espera (77% y 74% respectivamente). En los establecimientos privados estos porcentajes superan el 90%. Aún cuando la calidad de la atención es mayor en los centros privados de atención en salud, la salud pública es bien evaluada por los usuarios, lo que se puede observar en el siguiente gráfico.

**Satisfacción usuaria por tipo de centro de salud, año 2003
(en porcentaje)**

	En un centro público de salud	En un centro privado de salud	En un centro de urgencia público	En centro de urgencia privado	En una Mutualidad	En otro lugar
Atención médica						
Muy Bueno y Bueno	80,1	94,4	80,9	92,1	93,1	91,9
Regular	13,4	4,2	12,6	5,1	5,8	4,1
Malo y Muy Malo	6,6	1,4	6,5	2,9	1,1	4,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Atención de enfermería						
Muy Bueno y Bueno	81,3	96,7	81,1	90,4	95,4	95,3
Regular	12,7	2,2	12,3	7,8	3,3	3,6
Malo y Muy Malo	6,0	1,1	6,6	1,8	1,3	1,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Trato del personal administrativo						
Muy Bueno y Bueno	77,0	93,1	77,3	93,3	90,2	93,1
Regular	14,2	5,3	15,5	5,4	6,5	5,8
Malo y Muy Malo	8,7	1,7	7,2	1,3	3,3	1,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Higiene de los baños						
Muy Bueno y Bueno	65,2	96,0	61,8	95,5	96,8	96,2
Regular	16,7	2,5	15,4	2,9	3,2	0,6
Malo y Muy Malo	18,1	1,5	22,9	1,6	0,0	3,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Salas de espera						
Muy Bueno y Bueno	76,0	94,4	72,5	89,8	97,3	92,0
Regular	16,4	4,4	16,5	8,7	2,7	6,9
Malo y Muy Malo	7,6	1,3	11,0	1,4	0,0	1,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN 2003

Por otro lado, no se observa, de acuerdo a los datos oficiales que entrega la Encuesta CASEN, que existan diferencias en cuanto a la oportunidad de la atención entre ambos sistemas. De hecho, la población consultada no señala que no haya tenido acceso a atención, cuando esta ha sido requerida, lo que se observa en el siguiente gráfico.

Población que declaró enfermedad o accidente y no consultó, por razón para no consultar según sistema previsional de salud, año 2003 (en porcentaje)

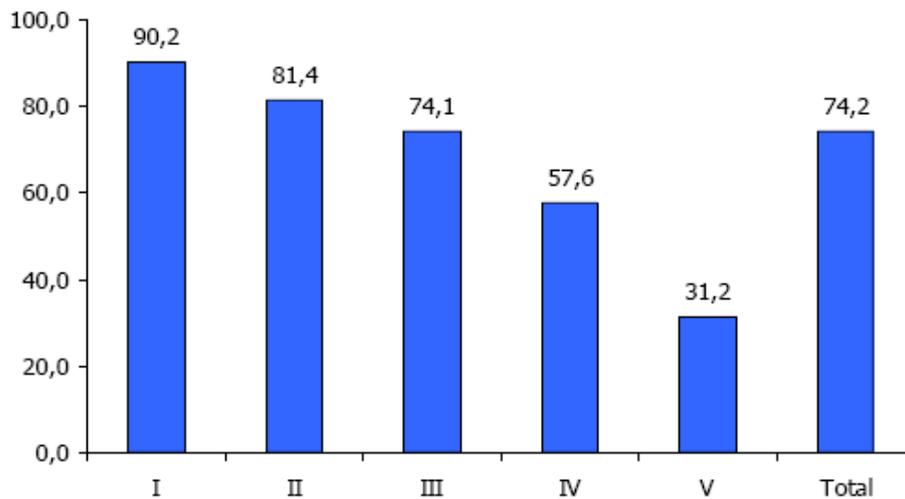
	Sistema previsional de salud						Total
	Sistema Público	FFAA y de Orden	ISAPRE	Ninguno	Otro sistema	No sabe	
No lo consideró necesario, no hizo nada	28,1	39,8	44,1	23,1	73,3	50,8	29,8
No lo consideró necesario, utilizó remedios caseros	40,5	34,3	31,2	29,7	26,7	24,0	38,3
Pensó en consultar, pero no tuvo dinero	10,1	18,7	12,3	39,1		7,1	13,1
Pensó en consultar, pero no tuvo tiempo	8,9	3,1	7,1	2,9		0,2	8,0
Pensó en consultar, pero cuesta llegar al lugar de atención	3,4	1,5	0,6	1,4		4,0	2,9
Pidió hora, pero no la obtuvo	6,4	2,6	0,4	3,4		0,1	5,4
Consiguió hora y no la utilizó	0,6		0,9	0,1			0,6
No contesta	2,0		3,4	0,3		13,8	2,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN 2003

Finalmente y en cuarto lugar, las políticas de salud tienen una importancia capital en nuestro país. Más allá de proteger la salud de la población y definir las acciones pertinentes para hacer frente a los problemas epidemiológicos, las políticas de salud tienen un rol social, destinado a contrarrestar las desigualdades provocadas por un sistema económico que no necesariamente favorece la justicia social.

Por lo anterior es que los últimos gobiernos de la Concertación han puesto especial énfasis en las políticas de salud, lo cual obedece a la acción intencionada del gobierno destinada a lograr una mayor equidad social. Nombrar aquí la extensa lista de programas de salud que implementa el Estado a través de diferentes ministerios y servicios públicos, sería alargar innecesariamente este trabajo. Baste con decir que ellos son numerosos y que se focalizan en aquella población de menores recursos. En el gráfico siguiente se muestra el Programa de Alimentación Complementaria y su concentración en el quintil de menores ingresos.

**Cobertura PNAC* entre niños menores de 6 años por quintil de ingreso autónomo per capita del hogar, año 2003
(en porcentaje)**



* No se considera las respuestas No Sabe
MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN 2003

Pero, además de los programas de salud dirigidos a grupos específicos de población y con beneficios también específicos, la mayor intención del Estado destinada a asegurar una atención de salud de calidad para todos los chilenos es el denominado Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas, AUGE.

El AUGE es un Sistema Integral de Salud que beneficia a todos los chilenos y contempla una gran cantidad de enfermedades, las más graves y de mayor costo, en sus diversas etapas. Es igual para todos porque no discrimina por edad, sexo, condición económica, lugar de residencia o sistema de salud al que estén afiliadas las personas.

El proceso de puesta en marcha del AUGE comenzó en el sector público en Agosto del año 2002 cuando se explicitan garantías para tres problemas de salud y continuó durante el año 2003 con la incorporación de dos nuevos problemas de salud. En abril de 2004 se sumaron doce nuevas garantías para los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, y en enero de 2005, ocho, totalizando 25. El 1 de julio del 2005 entró en vigencia la Ley Auge, que garantiza a todos los chilenos y chilenas, sin discriminaciones por capacidad de pago, género o edad, el acceso a una mejor salud y una atención de mayor calidad, más eficiente y oportuna⁶.

⁶ Mayor información en www.minsal.cl

El Plan Auge lleva a la práctica el principio de justicia y deja en evidencia la intencionalidad del gobierno de disminuir las inequidades, especialmente en el área de la salud, acercándose al Estado de Bienestar. La concepción que tiene de la salud el Ministerio de Salud explica el tránsito hacia un Estado de Bienestar: “La salud es un bien social. En consecuencia, el acceso a las acciones de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, así como a los servicios de atención de salud, constituyen un derecho esencial de las personas. Ellas deben tener acceso a una atención adecuada, con independencia de su capacidad de pago y deben estar protegidas del daño financiero que puede causar una enfermedad de alto costo en el presupuesto familiar”.

Como ya se dijo, la salud en Chile no cumple con el principio de justicia, si bien en algunos aspectos menos que en otros. Pero en contraposición a lo injusto tenemos un Estado que intenta recompensar con una política de salud redistributiva, o sea una intención de justicia dentro de un sistema económico intrínsecamente injusto.