



SUBCOMISIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES, CULTURALES Y AMBIENTALES

Acta de la sesión 9ª, ordinaria, celebrada en martes 14 de abril de 2023, de 9.10 a 11.16 horas.

SUMARIO:

La comisión se reunió con el propósito de escuchar las exposiciones de la doctora Paula Daza y Jaime Mañalich, sobre sus planteamientos en torno a la propuesta de norma en materia de derecho a la salud, contemplada en el inciso 16 del artículo 17 del texto aprobado en general por la Comisión experta.

.

PRESIDENCIA

Presidió la comisionada señora **Alejandra Krauss Valle**.

ASISTENCIA

Asistieron en forma presencial las comisionadas señoras Alejandra Krauss Valle y Bettina Horst Von Thadden; y los comisionados señores Teodoro Ribera Neumann, Alexis Cortés Morales, Jaime Arancibia Mattar y Flavio Quezada Rodríguez.

Actuó de secretario de la subcomisión Mario Rebolledo Coddou y de abogado ayudante, el señor Hugo Balladares Gajardo.

CUENTA

Se ha recibido el siguiente documento:

La presentación de la doctora Paula Daza.

ACUERDOS

No se adoptaron acuerdo.

ORDEN DEL DÍA

La señora **Presidenta** comenzó señalando que, en la presente sesión expondrán la Doctora Paula Daza y el doctor Jaime Mañalich sobre sus planteamientos en torno a la propuesta de norma en materia de derecho a la salud, contemplada en el inciso 16 del artículo 17 del texto aprobado en general por la Comisión experta.

La señora **Paula Daza** relató que la propuesta de Texto de Nueva Constitución (aprobada en general), artículo 3 dispone que Chile se organiza como un estado social y



democrático de derecho que reconoce derechos y libertades fundamentales y promueve el desarrollo progresivo de los derechos sociales, con sujeción al principio de responsabilidad fiscal y a través de Instituciones estatales y privadas.

La cobertura universal de salud es una estrategia prioritaria planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para todos los países. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar.

La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas.

De acuerdo a la encuesta “Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas” realizada por la OPS.

- En promedio, alrededor de una tercera parte de las personas en los países de las Américas (29,3%) reportaron no buscar atención en salud cuando lo necesitaron debido a múltiples barreras de acceso.
- Entre los que reportaron no buscar atención, el 17,2% atribuyó su decisión a barreras organizativas (ej. largos tiempos de espera, horas de atención inadecuadas, requisitos administrativos engorrosos).
- Las barreras financieras fueron reportadas en el 15,1% de los casos, la disponibilidad inadecuada de recursos (ej. falta personal de salud, medicamentos e insumos) en el 8,4% de los casos y las barreras geográficas en el 5,4% de los casos.
- Es importante destacar que el 8,0% atribuyó su decisión a barreras de aceptabilidad (ej. barreras lingüísticas, falta de confianza en el personal de salud o maltrato por parte del personal, preferencia por la medicina tradicional e indígena).
- Las personas en el quintil de riqueza más pobre fueron más propensas a experimentar barreras de aceptabilidad, financieras, geográficas y de falta de disponibilidad de recursos.

La OMS define: “La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados”. La atención sanitaria de calidad se puede definir de muchas maneras, pero hay un creciente reconocimiento de que los servicios de salud de calidad deben ser:

- Eficaz – proporcionar servicios de salud basados en evidencia a quienes los necesitan.
- Seguro – evitar daños a las personas para las que el cuidado está destinado.
- Centrado en las personas: proporcionar atención que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales. (2)

Este último punto que quiero abordar es más bien conceptual, pero sumamente relevante para la conversación que estamos teniendo.



- En relación con la evaluación de los sistemas de salud la OMS propone funciones y objetivos que se deben alcanzar.
- Dentro de los objetivos están mejorar la salud (tanto para los pacientes como para quienes no lo son) y poner a las personas en el centro. ¿Y qué es un sistema centrado en las personas? Es un sistema que satisface las necesidades médicas de la población, junto con las no médicas, como garantizar que los derechos, necesidades y preferencias individuales de las personas sean respetadas en sus interacciones con el sistema de salud.
- ¿Está resguardando esta propuesta de salud en la constitución la preferencia?

Preciso que vayan a la conceptualización de qué significa esto. La doctora Ellen Nolte (London School of hygiene and Tropical medicine) experta en materia de sistemas de salud, conceptualizó el enfoque de centrado en las personas y el empoderamiento teniendo en cuenta tres componentes principales: la voz del ciudadano participando en tomas de decisiones en distintos ámbitos de la salud, lo segundo es la elección del proveedor por parte del paciente o del usuario del servicio, y la tercera es cómo los usuarios o pacientes, como co productores se involucran, de forma individual o colectiva y en conjunto con los proveedores, en el proceso de su propio tratamiento. (Esto es medicina participativa). Esto es lo que la constitución debiese resguardar.

Manifestó que realizaron una encuesta (CIPS- UDD) en panel ciudadano donde le preguntamos: “¿con respecto a los servicios de salud donde preferiría atenderse usted o su familia?”; el 63% prefiere poder elegir entre salud pública y privada (Fonasa 64%) Isapre (61%). Las personas querían tener alternativas para decidir donde atenderse, donde ellas sean protagonistas del cuidado de su salud, no sólo en la enfermedad.

Finalmente sostuvo que la Constitución debiera resguardar el derecho a un sistema de protección de salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud, con equidad y resguardando siempre sus preferencias, necesidades y valores individuales.

El señor **Jaime Mañalich**, comentó sobre los **Determinantes sociales de Salud señalando lo siguiente:**

- a. La atención de salud, propiamente tal, define en un 25% la situación de la población. 25% restante se explica por factores genéticos, y 50%, por los determinantes sociales.
- b. Los determinantes más importantes son la educación, el ingreso familiar, la calidad del ambiente, la calidad del agua.
- c. Una constitución que enfatiza el derecho a la salud de su población debe atender a estos determinantes, independiente la forma de estructurar el texto.
- d. El actual proyecto se hace cargo de la mayoría de estos determinantes, desde los artículos primero y segundo.
- e. Sin embargo, la educación como palanca de equidad y salud solo se presenta en sus procesos; pero no en sus metas y objetivos.

Luego enfocó su exposición sobre la Seguridad Social y señaló que:

El artículo 20 se refiere a la seguridad social, centrada en los derechos de los trabajadores a un sistema de protección en pensiones, salud, etc. La redacción es adecuada; pero no se entiende por qué el derecho a la salud se ha separado de la seguridad social. De hecho, la redacción de los incisos a) y b) resulta precisamente adecuada para el tema que nos convoca:

- “El Estado garantiza el acceso a prestaciones básicas y uniformes establecidas por la ley, resguardando a las personas de las contingencias de vejez, discapacidad, muerte, enfermedad, embarazo, maternidad, desempleo, seguridad y salud en el trabajo, sin perjuicio



del establecimiento de otras contingencias por ley. El legislador podrá establecer cotizaciones obligatorias.

- Los recursos con que se financie la seguridad social solo podrán destinarse al financiamiento y administración de sus prestaciones.

- De hecho, en la redacción del artículo comentado, basta con eliminar la especificidad “en el trabajo”.

El Plan de Salud Universal. Asumiendo una extensión al derecho social de la salud, este artículo resulta particularmente pertinente, al proponer que se defina por ley un Plan Garantizado de Salud, uniforme y universal, como aquello que al Estado le corresponde asegurar para toda la población, independiente de su localización, ingreso, y educación.

Abordó los sistemas de atención de salud.

El artículo 16 establece el derecho a la protección de la salud.

En el texto constitucional vigente, se desliza una falta de precisión conceptual al hacer referencia a los “sistemas de salud”. Desde la perspectiva del financiamiento, y la provisión, en el país conviven diversos sistemas. Ej.- Municipal, Fuerzas armadas y de orden, Mutuales de Seguridad, Municipal (APS).

Sinonimia “público vs privado” en referencia a “sistema de servicios de salud vs extrasistema”. Históricamente, se ha entendido como públicos aquellos recintos que son administrados por los 29 Servicios de Salud del país, y los Centros de Salud Primaria (APS), dependiente directa o indirectamente de Municipios. El extrasistema es el conjunto de instalaciones y personal que no pertenecen a esta categoría. Así, forman parte del “extrasistema” los Hospitales de la Fuerzas Armadas y de Orden, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, los centros de Salud de las Mutuales. La diferencia radica estriba en que estos últimos se relacionan con Fonasa con las mismas reglas de los privados propiamente tal.

No resulta prudente apuntar a que sea el Estado el que directamente entregue, por sí mismo, toda la protección de derecho a la salud. Lo que, si es adecuado, es que el Estado garantice la igualdad de acceso a este derecho, independiente de la educación, ubicación o capacidad de pago, como se ha hecho en el GES, verdadero modelo de seguridad de desarrollo progresivo y basado en la evidencia.

El Plan Garantizado de Salud, hoy en discusión parlamentaria, debe considerarse como una extensión de la reforma AUGE, ampliando progresivamente las enfermedades incluidas, y especificando la prevención y la educación para la salud.

El conjunto de prestadores que entrega las garantías de salud que la ley establezca, sí deben estar integrados en un solo sistema coordinado, que permita la máxima eficiencia a la hora de resolver el estado de necesidad.

Respecto al financiamiento, el texto debería estar abierto a cualquier fuente de contribución, en el entendido de un carácter solidario y universal.

Se refirió al acceso a fármacos en los siguientes términos:

Inciso b): “Las acciones de salud comprenden el acceso a los medicamentos de conformidad a la ley”.

Esta precisión parece innecesaria y riesgosa. Innecesaria, en el sentido que no se incluyen otros ítems necesarios para la atención de salud, como los insumos, equipos de diagnóstico, equipos de procedimientos, etc. Riesgosa porque permite judicializar indebidamente el acceso a fármacos no necesariamente probados, y donde la industria ha encontrado una fuente de influencia más allá de las garantías establecidas en la Ley, como son la propia reforma Ges o la Ley Ricarte Soto.

Con respecto a la libertad de elegir comentó que:

Punto muy relevante en la discusión y posibles enmiendas que esta Comisión y luego, en el resto del proceso constituyente se sigan.



La libertad de poder elegir, aún con limitaciones, la posibilidad de recibir atención en uno u otro centro de atención es muy valorada por la ciudadanía.

Constituye una puerta de seguridad frente a deficiencias de calidad o acceso.

Es como funciona hoy la atención de salud.

Es un concepto mucho más relevante que el foco que se ha hecho en el actual texto a la interpretación directa del destino de la cotización obligatoria por parte de los trabajadores en contrato.

Cuando se señala “La ley podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona puede elegir el régimen de salud al cual adscribirse sea este estatal o privado”, me parece que se produce una dificultad de precisión.

Sería prudente separar ambas frases.

Con respecto a la alerta sanitaria dijo que:

El Artículo 36° del Código Sanitario señala: “Cuando una parte del territorio se viere amenazada o invadida por una epidemia o por un aumento notable de alguna enfermedad, o cuando se produjeran emergencias que signifiquen grave riesgo para la salud o la vida de los habitantes, podrá el Presidente de la República, previo informe del Servicio Nacional de Salud, otorgar al Director General facultades extraordinarias para evitar la propagación del mal o enfrentar la emergencia.”

La declaración de Alerta sanitaria produce potenciales efectos constitucionales:

Sobre la libertad de movimiento

Sobre la libertad de reunión

Sobre el acceso a la educación

Chile ha adherido al Reglamento Sanitario Internacional, que también señala cuando la OMS define via sugerencia, algunas medidas en la misma línea de limitación de derechos.

Se requiere una precisión sobre la limitación a estos derechos básicos, mediante la obligación a partir de una duración determinada, por ejemplo, de homologarla a un Estado de Emergencia o Catástrofe, con aprobación y revisión del Parlamento.

Dijo que el artículo 104, inciso 3.-

“Toda persona que haya sufrido daños como consecuencia de la falta de servicio de los órganos de la Administración del Estado, de sus organismos incluyendo los gobiernos regionales y las municipalidades, tendrá derecho a ser indemnizada en las condiciones que señale la ley, sin perjuicio de las responsabilidades que pudieren afectar al funcionario que hubiere causado el daño”.

Este artículo abre la puerta a una judicialización que se debe revisar en materia de derecho a la salud, y que hace más imperioso que exista un Plan Garantizado de Salud, como el objeto de la protección constitucional.

El artículo 24 señala: “El derecho a desarrollar cualquiera actividad económica que no sea contraria a la salud pública, al orden público, o la seguridad de la Nación, en conformidad a la ley.

Esta iniciativa parece suficiente para limitar el desarrollo de actividades industriales o de cualquier índole que produzcan deterioro de la situación sanitaria.

Alude en parte a la adecuada conservación de la calidad ambiental y ecológica, como también a la vigilancia de aquellas actividades que son determinantes comerciales de la salud. Es decir, industrias que logran sus rentas a través del daño comprobado que producen en el capital de salud de los ciudadanos, y que obligan a la sociedad a ingentes gastos para tratar de compensar dicho daño.



La protección del medio ambiente es un objetivo que debería tener una mejor definición en el texto constitucional, por tratarse de uno de los determinantes sociales de la salud que más rápido se deteriora en esta época.

Dio a conocer el determinante de salud de la narco-industria.

La propuesta constitucional no menciona este grave problema.

El desarrollo de legislación específica a esta verdadera pandemia debería estar alentado desde la Constitución, aunque sea solo en un lenguaje aspiracional.

A CONTINUACION SE ADJUNTA VERSION TAQUIGRAFICA DE LA COMISION.

(Transcripción desde archivo de audio y video – Texto en revisión)

I. APERTURA DE LA SESIÓN

-Se abrió la sesión a las 09:10 horas.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

II. ACTAS

-No hay actas.

III. CUENTA

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- El señor Secretario dará lectura a la cuenta.

-El señor Mario Rebolledo, Secretario, da lectura a la cuenta.

IV. ORDEN DEL DÍA

**AUDIENCIA CON LA SEÑORA PAULA DAZA Y EL SEÑOR JAIME MAÑALICH,
DOCTORES EXPERTOS EN POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD**

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- La presente sesión tiene como propósito recibir en audiencia a la doctora Paula Daza y al doctor Jaime Mañalich.



El objetivo de la invitación es escuchar sus planteamientos en torno a las propuestas de normas en materia del derecho a la salud, contempladas en el inciso 16, del artículo 17, aprobado en general por el Pleno de la Comisión Experta.

Para efectos de registro, informo que la señora Paula Daza es médico cirujano, con especialidad en Pediatría, de la Universidad de Chile; magíster en Administración en Salud, de la Universidad de los Andes; diplomada en Investigación y Medicina Basada en la Evidencia, de la misma Universidad, y diplomada en Administración en Salud, en el Instituto de Tecnología, Haifa, Israel.

Muchas gracias por su asistencia, doctora.

Dispone de veinte minutos para realizar su exposición. Posteriormente, los comisionados le haremos una ronda de preguntas.

Tiene la palabra la doctora Paula Daza.

La señora **PAULA DAZA** (expositora).- Señora Presidenta, por su intermedio saludo a las comisionadas y a los comisionados que están presentes.

Agradezco profundamente la posibilidad de exponer hoy en esta reunión tan importante, así como la oportunidad que me brindan de participar en este proceso en el que están trabajando.

A modo de introducción, quiero contarles que actualmente ejerzo el cargo de directora ejecutiva del Centro de Políticas Públicas en Salud e Innovación, en la Facultad de Gobierno de la Universidad del Desarrollo, cuyo propósito, a pesar de que no tiene más de un año, es elaborar propuestas concretas en políticas de salud, principalmente centradas en las personas.

Si bien Chile ha avanzado en distintas políticas de salud, aún tenemos grandes desafíos por delante y no cabe duda de que la pandemia nos dejó aún más desafíos. En ese contexto, hemos hecho distintas propuestas y es por eso que hoy estoy participando en esta reunión.

Hay dos aspectos que son fundamentales en nuestro centro y en mi posición: primero, hacer propuestas concretas, poniendo a las personas en el centro de la discusión, pero siempre basados en la evidencia. Desde esa mirada, les vengo a contar cuál sería mi posición frente a lo que ustedes están conversando.

Comenzaré mi presentación refiriéndome a este texto que hemos compartido con la Subcomisión. Hago presente, además, que se encuentran disponibles algunos archivos que se pueden revisar después, en caso de que les sean de interés.

Primero, respecto de la propuesta del texto de nueva Constitución, que fue aprobado en general, el artículo 3 dispone que “Chile se organiza en un Estado social y democrático de derecho, que reconoce los derechos y las libertades fundamentales y promueve el desarrollo progresivo de los derechos sociales, con sujeción al principio de responsabilidad fiscal y a través de las instituciones estatales y privadas.”.

Desde esa mirada, la Organización Mundial de la Salud, que, como ustedes saben, es el órgano mundial que dictamina hacia dónde debemos avanzar en la materia, ha planteado un concepto, que es la cobertura universal de salud. Al respecto, señala que es una estrategia prioritaria, planteada por la OMS para todos los países.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin ninguna discriminación, a servicios integrales de salud, que sean adecuados, oportunos —en esto quiero ser muy enfática—, de calidad, y que estén determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades de la población. Lo mismo aplica en el caso de los medicamentos, los que deben ser de calidad, seguros, eficaces y asequibles. A la vez, se debe asegurar que el uso de estos servicios no exponga a los usuarios a dificultades financieras, en particular en lo que dice relación con los grupos en situación de vulnerabilidad.

Asimismo, la OMS señala que el acceso universal de la salud y la cobertura de salud son el fundamento de un sistema equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, efectivo a los servicios. Sin esos requisitos, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable, ya que ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar.

Esto es tremendamente importante, porque en Chile hemos avanzado en muchos aspectos en políticas de salud que permiten el acceso universal, pero estamos lejos de que ese acceso universal sea oportuno.



Por otra parte, la equidad en salud es un componente fundamental de justicia social, que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas, debido a las circunstancias sociales, económicas, demográficas y geográficas.

Acá me quiero referir a una encuesta que hizo la Organización Panamericana de la Salud para entender qué piensan las personas en relación con el acceso universal. Como pueden ver en la presentación, se señala que la fuente es este documento es el llamado Leveraging household survey data.

También podemos ver en la lámina la encuesta que elaboramos nosotros, a la cual me referiré después.

(La expositora indica una lámina)

La Organización Panamericana de la Salud dice que, en promedio, una tercera parte las personas en los países de América reportaron no buscar atención de salud cuando la necesitaron, debido a las barreras de acceso.

De quienes reportaron no buscar atención, el 17 por ciento atribuyó su decisión a barreras relacionadas con la organización, como largos tiempos de espera, horas de atención inadecuadas, requisitos administrativos engorrosos, etcétera. El 15 por ciento de los casos reportó que no buscó atención debido a barreras financieras, como la disponibilidad inadecuada de recursos y la falta de personal, entre otros; el 8 por ciento señaló que su decisión se debió a la falta de medicamentos e insumos, y el 5 por ciento lo atribuyó a barreras geográficas.

En nuestro centro hemos realizado estudios basándonos en estos antecedentes y hemos evidenciado que en Chile tenemos muchas barreras en estos temas, principalmente en materia de acceso a medicamentos, a pesar de que existen políticas públicas que buscan cautelar esa cobertura. En ese sentido, las personas no acuden a la atención primaria por la geografía o porque no están disponibles los medicamentos, lo que deriva en que terminamos teniendo un gasto de bolsillo en esa materia.

Entonces, es muy importante entender dónde están esas barreras. Primero, debemos considerar que el 8 por ciento atribuyó su decisión a barreras de aceptabilidad, a barreras lingüísticas, a la falta de confianza en el personal de salud o al maltrato por parte del personal, o a la preferencia por la medicina tradicional e indígena.

Además, las personas del quintil más pobre fueron más propensas a experimentar barreras financieras, geográficas, de aceptabilidad y de falta de disponibilidad de recursos.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud señala que la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. En esa misma línea, agrega que la atención sanitaria de calidad se puede definir de muchas maneras, pero hay un creciente reconocimiento de que los servicios de salud de calidad deben ser eficaces, es decir, proporcionar servicios de salud basados en evidencia a quienes lo necesitan; seguros, a efectos de evitar daños a las personas, para las que el cuidado está destinado, y, sobre todo, centrados en las personas, es decir, proporcionar una atención que responda a las preferencias, a las necesidades y a los valores individuales.

Quiero abordar este último punto de manera conceptual y, en ese marco, les pido que entiendan cómo está la medicina hoy día y hacia dónde están avanzando las personas en materia de salud, lo que es sumamente relevante, tanto para la conversación que estamos teniendo hoy como para lo que a ustedes les va a tocar definir en los próximos días.

En relación con la evaluación de los sistemas de salud, la OMS propone funciones y objetivos que se deben alcanzar. Dentro de esos objetivos está mejorar la salud, tanto para los pacientes como para quienes no lo son, y poner a las personas en el centro.

¿Qué es un sistema centrado en las personas? Es un sistema que satisface las necesidades médicas de la población, pero también las necesidades no médicas. Ahí tenemos un tremendo desafío en nuestro país, pues hay una población altamente enferma; un 70 por ciento de obesidad y sobrepeso, enfermedades de personas que se alimentan mal, que tienen malos hábitos de salud, y, por lo tanto, tenemos que avanzar en medidas preventivas, pero también debemos garantizar que los derechos de necesidades y preferencias individuales de las personas sean respetados en sus interacciones con el sistema.



¿Estamos resguardando la preferencia de las personas en la propuesta de salud consignada en la Constitución? Para responderlo, primero vayamos a la conceptualización de qué significa resguardar esa preferencia.

Al respecto, ha habido muchos avances y hay mucha literatura disponible. Por ejemplo, hay una doctora que se llama Ellen Nolte, de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, quien ha escrito y estudiado mucho acerca de lo que significa la salud basada en las personas y es experta en materias de sistemas de salud.

Ella conceptualizó el enfoque de un servicio centrado en las personas y el empoderamiento, teniendo en cuenta tres componentes.

Primero, la voz del ciudadano, quien participa en la toma de decisiones en distintos ámbitos de salud; segundo, la elección del proveedor por parte del paciente o del usuario del servicio, y tercero, la forma en la que los usuarios o los pacientes son coproductores y se involucran de forma individual o colectiva, en conjunto con los proveedores, en el proceso de su propio tratamiento. Esto es lo que llamamos medicina participativa, y es, justamente, lo que la Constitución debiera resguardar.

En esa misma línea, les quiero contar que hemos estado trabajando en la creación del Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud, de la Universidad del Desarrollo (CIPS), donde hemos evidenciado que todos los países han ido integrando a las personas en las distintas comisiones y en la toma de decisiones en materia de salud.

Hace unas semanas, me tocó participar en un seminario de enfermedades raras, liderado por los mismos pacientes que las padecían, quienes se preguntaban por qué no los involucraban en la toma de decisiones, si conocían los procesos y las enfermedades y sabían qué tenían que hacer para lidiar con ellas.

En la actualidad, cada vez hay más avances en esa dirección. Por ejemplo, en Inglaterra se han desarrollado medidas muy relevantes en la materia, al igual que en Estados Unidos y en Canadá, donde hay grupos en que las personas participan en estas decisiones.

El año pasado, en el panel ciudadano del CIPS de la Universidad del Desarrollo, realizamos una encuesta sobre distintas materias relacionadas con el sistema de salud. Entre paréntesis, cabe señalar que, al mismo tiempo que nosotros hacíamos encuestas, también teníamos conversatorios con la gente, porque creemos que es muy rico escuchar a las personas. Si bien es cierto que la mayor parte del tiempo tomamos las decisiones desde la academia o desde este tipo de instancias, a veces uno toma medidas a partir de las distintas opiniones de los ciudadanos.

Considerando lo anterior, cuando a las mujeres les preguntamos por qué no se habían hecho su mamografía, muchas señalaron que era porque vivían a ocho kilómetros del centro de salud y no podían viajar para tomarse el examen.

En conclusión, es sumamente importante que las personas participen en este tipo de decisiones.

En la presentación pueden ver la metodología que utilizamos. Además, si les parece, con posterioridad pueden revisar con más detalle la encuesta, para comprender cabalmente cómo la elaboramos.

Esto lo hicimos en junio del año pasado, cuando quisimos comprender qué pensaban las personas respecto de los servicios de salud, a fin de determinar qué preferían, dónde querían atenderse, etcétera. Curiosamente, pensamos que las personas solo nos dirían que preferían atenderse en el sistema privado o en el sistema público, pero el 63 por ciento nos dijo que prefería elegir su sistema de salud y dónde atenderse, argumentando que por qué le iban a imponer dónde hacerlo. De los demás encuestados, el 20 por ciento dijo que prefería la salud privada y el 17 por ciento se inclinó por la salud pública.

Cuando nos detuvimos a analizar quiénes eran las personas que querían elegir su sistema de salud, vimos que eran más mujeres que hombres. Creemos que esto se debe a que siempre las mujeres participan más en el sistema y son más activas con su salud en general, ya que el hombre suele ser menos activo en ese sentido.

También quisimos determinar qué grupos quieren elegir, y dentro de las personas más vulnerables, que son las del grupo C3 -después ustedes pueden ver con más detalles la encuesta- vimos que estos son el D y el E.

Entonces, creo que es muy importante entender estos principios de dar salud oportuna, tener acceso a la salud, tiene que estar cubierta, de calidad y segura, pero también considerar



a las personas. Las personas querían tener alternativas para decidir dónde atenderse, donde ellas sean protagonistas del cuidado de su salud y no solo de su enfermedad.

Quiero cerrar mi intervención diciendo que la Constitución debiera resguardar el derecho a un sistema de protección de salud, que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible, con equidad ¡qué duda cabe!, pero resguardando siempre sus preferencias, sus necesidades y sus valores individuales.

Esa es mi presentación, señora Presidenta.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Muchas gracias, doctora Daza.

Tiene la palabra el comisionado Alexis Cortés.

El señor **ALEXIS CORTÉS**.- Señora Presidenta, por su intermedio quiero agradecer la presentación de la doctora Paula Daza, porque fue muy ilustrativa. Creo que es muy importante escuchar, además, las intervenciones de quienes tuvieron la difícil tarea de enfrentar probablemente la situación de salud más compleja de las últimas décadas y tal vez de lo que va de este siglo. Esa experiencia, sin duda, es relevante para pensar en una nueva Constitución. Estamos redactando una Constitución pospandémica, y este hecho debería quedar reflejado en ella.

Me gustaría destacar muchos aspectos de su presentación, pero quiero hacerlo contrastando los avances que también están presentes en la redacción propuesta. Creo que una concepción de salud integral, aunque no se utilice el término, es relevante. Hay buena parte de los principios que la OMS reconoce como relevantes para la consagración del derecho que están presentes en la redacción, pero usted también mencionó algunos principios que, tal vez, habría que enfatizar, como el de la universalidad, el de la equidad y el de la no discriminación.

Quiero preguntarle también, a propósito de eso, cuán relevante es la solidaridad para pensar en la efectivización de este derecho y sobre todo para el desarrollo de políticas públicas en el ámbito de salud y cuál es la relación del derecho a la salud con otros derechos.

Es muy importante esa visión integral. Creo que hemos logrado grandes avances en esta fase de redacción, que está sujeta a perfeccionamiento, a nivel de vivienda, trabajo; pero también hay otros derechos que son muy relevantes y que normalmente se asocian, como la alimentación, y probablemente ahí tenemos un déficit, por lo que podríamos incorporar algo así como mínimos energéticos, también pensando en otras contingencias que las personas enfrentan.

Me gustaría saber su visión respecto de esta interacción con otros derechos y qué sugiere usted que pudieran ser tópicos relevantes para esa discusión, para que los podamos considerar. Asimismo, la importancia de una perspectiva de género para pensar en el derecho a la salud -usted hacía mención a los diferentes comportamientos que hay en relación con la salud entre hombres y mujeres, por ejemplo-; pero también cómo se puede considerar de un modo más atento y, sobre todo, si sería relevante o recomendable pensar este derecho para poblaciones de especial protección. ¿Cómo esto podría quedar reflejado, o qué preocupación deberíamos tener al respecto? Estoy pensando en niños, niñas, adolescentes, en las mujeres y también en personas con discapacidad.

Muchas gracias.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Tiene la palabra la doctora Paula Daza.



La señora **PAULA DAZA** (expositora).- Señora Presidenta, es una gran pregunta la que me hace el comisionado Cortés.

Respecto del tema de la salud, es muy complejo porque son muchos los factores que inciden en la salud de las personas y por eso nosotros hablamos de que se alude en todas las políticas, porque todas tienen un rol muy relevante en la salud. En este sentido, quiero decir que los grandes avances en salud, los grandes cambios que la población ha tenido desde el punto de vista de la salud se han producido, en términos generales, principalmente por dos factores.

Son muchos los factores, muchas las variables. Pero quiero simplificar.

En salud pública hay dos elementos que han sido fundamentales. Primero, el agua potable, que produjo un cambio muy relevante en términos de equidad, desde el punto de vista de salud, y segundo, la vacunación. Esos son los dos elementos que han producido un gran cambio en la historia de la salud pública de las personas; obviamente, está la medicina y un montón de otros factores.

En relación con su pregunta -por eso, creo que el tema del derecho a la salud involucra, y probablemente hay otras comisiones que están participando en la importancia de los otros derechos-, la Organización Mundial de la Salud es muy clara desde el punto de vista de qué significa tener acceso universal a la salud; es decir, todas las personas, independientemente de su condición -cuando uno empieza a especificar niños, niñas, mujeres, hombres, puede dejar fuera a otros actores-, y aquí todos: las personas mayores, los niños, los jóvenes están dentro de esto; todas las personas debieran tener un acceso oportuno cuando lo necesiten; por eso en el concepto de prevención y de promoción están todas las personas. Por lo tanto, nadie puede quedar fuera de este derecho de acceso a la salud.

Hoy día, en nuestro país, tenemos derecho al acceso a la salud, pero no estamos cumpliendo con los principios de la cobertura universal que dice la Organización Mundial de la Salud. En la actualidad, cuando hablamos de acceso oportuno, tenemos dos millones de personas en el sector público en lista de espera, tenemos 300.000 personas que están esperando una cirugía.

Entonces, si lo resuelve uno u otro, el sector público o privado, si lo resuelve la tecnología, si lo resuelve la medicina, si lo resolvemos... No es el tema quien lo resuelva. El tema es que tenemos que resolverlo, y a mí me parece que en la Constitución deben quedar dos principios que son fundamentales y que tienen que ser resguardados, y ustedes lo describieron muy bien, un Estado social y democrático, que reconoce los derechos fundamentales en salud, tener acceso oportuno, de calidad, que sea efectivo y eficiente; pero también tiene que resguardar a las personas y el derecho a elegir de las personas.

Al respecto, quiero ser muy enfática. Tenemos que resguardar el derecho de las personas más vulnerables, Presidenta. Las personas que tienen altos ingresos siempre lo van a poder hacer; las personas que tienen altos ingresos siempre van a poder solucionar sus problemas de salud. Pero ¿a quiénes tenemos que resguardar esos derechos? A las personas más vulnerables. ¿A ellas tenemos que dejarles resguardado en la Constitución esos derechos!

Hoy día, tenemos siete millones de personas que están en Fonasa, que acceden a la libre elección, porque se lo estamos garantizando en la Constitución, principalmente porque tenemos políticas de salud. Obviamente, esto es lo que va a quedar en la Constitución y después tienen que hacer la bajada, la que tiene que construirse de una manera adecuada, tienen que hacer reformas, ¡qué duda cabe!, en el sector privado y en el sector público, y tenemos que avanzar.

Pero en esta casa que estamos construyendo, con estas -yo diría- reglas del juego, en estos marcos que estamos construyendo, tenemos que resguardar esos principios, pero para todos, tanto el derecho a un acceso a la salud oportuno, de calidad y segura, como también tenemos que resguardar que esas personas tengan el derecho a tener un rol relevante en sus preferencias, en sus necesidades y también en sus valores, porque Chile es un país complejo,



Chile es un país diverso, y todos los actores tienen que sentirse representados por esta Constitución que estamos escribiendo.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Muchas gracias por su respuesta, doctora.

Tiene la palabra el comisionado Flavio Quezada.

El señor **FLAVIO QUEZADA**.- Señora Presidenta, por su intermedio agradezco mucho la exposición que nos ha hecho la doctora Daza y el documento que nos hizo llegar también, porque va a ilustrar de forma importante nuestra conversación.

Tal como hemos conversado en otras sesiones en la Subcomisión, considero importante avanzar en la construcción del Estado social -por decirlo de algún modo y siguiendo a un autor que ha citado el comisionado Arancibia, Rosanvallon- en la cual no se formalice y se haga como algo ajeno a la ciudadanía la prestación de servicios sociales.

Hay que avanzar en una desformalización de la solidaridad institucionalizada -para utilizar expresiones de dicho autor-. En ese sentido, tengo una pregunta para la doctora Daza, quien ha hecho énfasis en la salud participativa, lo que me parece muy interesante. De hecho, creo que podríamos explorar, con lo cual yo estaría muy de acuerdo, algún principio de participación, para que la ciudadanía tenga participación en la configuración misma de la prestación de salud -bueno, esto se hace en otro ámbito, en materia de educación acontece- como en la organización y procedimiento mismo de aquella, lo que obviamente será materia del legislador.

Solo quiero saber, porque podría ser algo interesante en lo cual innovar, si es posible incluir un principio de participación de la ciudadanía en la salud, a propósito del concepto de medicina preventiva que nos propuso.

En segundo lugar, una de las lecturas más apasionantes que tuve este verano fue un libro de Jaime Llambías, que se llama Auge y caída del Estado de bienestar en Chile, y que explica el bienestar chileno, a propósito de la construcción de nuestro sistema de salud; explica cómo se construyó bajo la Constitución de 1925, y los cambios que acontecieron con posterioridad.

En ese libro, uno puede concluir lo mismo que usted aquí nos demuestra con la encuesta, y que está muy arraigado culturalmente en Chile, y es que las personas puedan escoger los prestadores de salud y tener una participación importante. Y dado que eso no está ahora explicitado ni evidenciado, quizá sería algo que debiéramos estudiar incluir, como se sigue de esta exposición, algo con lo que yo también estoy de acuerdo, que las personas puedan escoger el prestador de salud y que quede explícito en el texto. No sé si usted está de acuerdo con eso.

En breve: uno, sobre si incluir un principio de participación, quizá haya algún sistema de salud en el cual aquello exista, a propósito de esto, y dos, explicitar en el texto el derecho a escoger de la ciudadanía a los prestadores de salud, algo con lo que estoy muy de acuerdo, y que hasta ahora no está en la redacción que hemos propuesto para esta discusión en particular.

Gracias, Presidenta.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Tiene la palabra la doctora Paula Daza.

La señora **PAULA DAZA** (expositora).- Señora Presidenta, si bien el texto lo van a escribir ustedes, me parece tremendamente relevante, como principio, entender cuáles son los marcos que deben estar escritos en una Constitución para garantizar esos derechos, por lo que es importante el acceso y ustedes pueden plantear hasta dónde se llega.



Respecto del acceso a los prestadores, me parece que en una Constitución debe quedar contemplado que las personas deben tener su derecho a elegir, a elegir su prestador, su seguro; a elegir dónde o cómo quieren atenderse, porque esta Constitución que ustedes van a escribir es para los próximos cincuenta años.

Entonces, no tenemos que pensar que esto va a estar centrado en cómo estamos haciendo la salud hoy día, que está cambiando de una manera impresionantemente rápida y, por lo tanto, a lo mejor, mañana vamos a tener sistemas de salud que se conformen de una manera muy distinta. Por eso, como dije, el derecho a elegir de la persona es tan relevante, ya sea su prestador, su seguro; pero ese derecho tiene que garantizarse. Y quiero insistir en esto: son los más vulnerables los que quieren hacerlo, ¡son ellos los que quieren hacerlo! Por eso es tan importante escuchar a las personas. Son ellos lo que quieren que se les garantice la posibilidad de tener el día mañana un seguro público, privado o no -bueno, para ello tenemos que asegurar que existan seguros-, pero ¿cómo se va a construir ese sistema de salud? No lo va a determinar la Constitución, sino las leyes.

Hoy día tenemos sistemas imperfectos, tanto en el sector público como en el privado; se han hecho varias reformas de ley que desgraciadamente no han avanzado en el Congreso Nacional por distintos motivos, ¡y se tiene que avanzar en eso!

Pero en esta Constitución que ustedes van a escribir a mí me parece elemental que esos dos principios sean garantizados. ¡No pueden no estar!, y no para las personas más adineradas, sino para los más vulnerables.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Tiene la palabra la comisionada Bettina Horst.

La señora **BETTINA HORST**.- Señora Presidenta, por su intermedio agradezco a la doctora Paula Daza por la presentación.

Tengo una pregunta general. Cuando discutimos esta norma incorporamos el título “derecho a la protección de la salud física, mental y social”, y se incorpora el componente social, que es algo nuevo y que también ha generado harta adhesión, y más se refuerza con lo que usted dice, en cuanto a que muchos de los determinantes de la salud tienen que ver con el entorno social: acceso a agua potable, pobreza, contaminación intramuros, probablemente. Pero nosotros, en el fondo, recogimos el título, pero no hacia abajo en la redacción misma del artículo.

Entonces, entender bien desde la experiencia internacional, desde lo que plantea la OMS, de cómo debiese incorporar más eso, determinantes sociales, sin sobrerregidizar obviamente lo que uno quiera plantear en el texto, pero yo siento que ahí, quizás, queda un poco cojo el articulado en cuanto a que en el título se pone el tema social, pero más hacia abajo no se señala que el sistema de salud tiene que hacerse cargo de la regulación de eso y también de los determinantes sociales.

Entonces, ¿hasta qué punto uno tiene que perfeccionarlo más y entrar más en detalle para que quede bien plasmado? No obstante estar incorporado el tema de acceso al agua potable por otro derecho, y vivienda, o sea, algunos de los temas que se hablaron acá están recogidos, pero cómo hacerlo específicamente en el área de salud.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Tiene la palabra la doctora Paula Daza.

La señora **PAULA DAZA** (expositora).- Señora Presidenta, en salud nosotros hablamos de determinantes sociales, que son unos de los factores que inciden fuertemente en la salud,



y no solo el agua potable, la vivienda, las condiciones, el trabajo. ¡Son tantos los factores que inciden!

Por eso se habla de salud en todas las políticas de salud, porque finalmente lo que uno hace día a día: el transporte, lo que uno come, lo que no come. ¡Todo incide en la salud de las personas! Por lo tanto, son los determinantes sociales que involucran toda esta serie de factores, que probablemente hoy día son esos, pero el día de mañana no sabemos. A lo mejor, la inteligencia artificial va a tener una incidencia en la salud de las personas; son otros los factores que pueden incidir en cómo una persona puede estar, dentro de lo factible, lo más sano posible, y todos tengan ese acceso y la posibilidad de decidir cómo lo quieren hacer.

Entonces, yo creo que los determinantes sociales, como concepto, es algo que se ocupa en el mundo de la salud.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Tiene la palabra el comisionado Jaime Arancibia.

El señor **JAIME ARANCIBIA**.- Señora Presidenta, por su intermedio quiero dar las gracias por su exposición a la doctora Paula Daza.

Me pregunto si hay algún comentario adicional que hacer a la propuesta que nosotros ya hemos formulado, aprobada por nuestra Subcomisión y en el Pleno, a la norma de salud.

¿Hay algo que eche de menos?

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Tiene la palabra la doctora Paula Daza.

La señora **PAULA DAZA** (expositora).- No, yo creo que puede haber algún cambio de lenguaje. Creo que los determinantes sociales enriquecen, de alguna manera, a qué se refiere el punto.

Me parece importante que todos los artículos que ustedes hayan propuesto estén dentro de ello, y por eso yo he planteado hoy día y me he referido principalmente al último punto, sobre la base de lo que dice la evidencia que debiera estar, porque con eso estamos resguardando sobre todo un principio que las personas más vulnerables no solo necesitan, sino que quieren.

El señor **JAIME ARANCIBIA**.- Perfecto.

Presidenta, por su intermedio, era solo para saber si hay algo más allá de lo positivo que usted encuentra el texto, en concreto por desarrollar.

Muy bien, muchas gracias.

La señora **PAULA DAZA** (expositora).- Más allá de que se pueda perfeccionar. Yo no soy jurídica, vengo del mundo de la salud. El lenguaje jurídico lo pueden perfeccionar ustedes.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Tiene la palabra el comisionado Teodoro Ribera.

El señor **TEODORO RIBERA**.- Presidenta, por su intermedio, dudas.



En Chile, uno está en el sistema de Fonasa o está en un sistema privado, donde las isapres son, en definitiva, compañías de seguros, y estas no dan la salud, sino que la subcontratan a los operadores, que son las clínicas, los médicos directamente, etcétera.

¿Nunca se dio la posibilidad de que aparte de los seguros hubiera salud de prepago, como existe en otros países, como en Argentina, en Colombia, etcétera? Pareciera ser muy semejante al seguro, pero no es lo mismo. En el seguro a uno le pagan una prima que pareciera ser muy semejante, pero no es lo mismo.

En el seguro a uno le pagan una prima y uno asume los riesgos, la compañía de seguros asume los riesgos, y en el sistema de salud de prepago uno paga anticipadamente o mensualmente en consideración a que le tienen técnicamente calculado el costo que va a ser, es decir, no es una compañía de seguros, es una empresa distinta.

Por ejemplo, cuando uno viaja al extranjero y le venden seguros en el aeropuerto, el seguro de viaje, en realidad es un contrato de prepago. ¿Nunca se vio esa fórmula?

En segundo lugar, entiendo que en nuestra discusión política o pública ha habido intenciones de generar algunas modificaciones en el sistema. ¿A dónde iban orientadas esas modificaciones?

Tercero, ¿no hubo respaldo político? ¿Se trabaron por alguna razón?

Esa es la otra pregunta que quería hacer.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora **PAULA DAZA** (expositora).- Señora Presidenta, le contesto al comisionado Ribera.

En primer lugar, quiero decirle que eso está dentro del ámbito de las políticas públicas, no dentro del ámbito de la Constitución. Esta diferencia es muy importante. Eso está dentro del ámbito de las políticas públicas.

En Chile se han hecho distintas propuestas para mejorar las reformas de salud. Sin embargo, nos hemos quedado estancados en los últimos años.

Voy a hablar del sector público, donde se hizo una gran reforma en 2005, que es el GES, las Garantías Explícitas en Salud.

La ley de garantías explícitas en salud es lo más cercano que uno tiene a lo que se llama un plan de salud universal, que es universal porque es para todos; es una cobertura en que por ley se debe garantizar la calidad, la oportunidad y el financiamiento de la atención, tanto en el sector público como en el sector privado.

Las Fuerzas Armadas no fueron integradas. No sé por qué no, pero al ser universal, debieran estar todos.

Eso es lo más cercano, que fue en 2005.

Desde ese año a la fecha, no se ha hecho ninguna reforma. Sin embargo, se han hecho propuestas específicas desde el punto de vista de reformas, tanto en el sector privado como en el sector público. Voy a referirme primero al sector privado y después al sector público.

En el sector privado, se ha visto que en los últimos 10 a 12 años las isapres en su conjunto tienen tremendas deficiencias, por distintos motivos: epidemiológicos, hoy en día tenemos una población mucho mayor, estamos envejeciendo, nos enfermamos mucho más, somos mucho más caros.

Sin embargo, se plantearon dos reformas de salud: una en 2010 y otra en 2019; dos reformas de salud, con comisiones de salud donde participaron todos, donde se buscaba avanzar en seguros sociales dentro del sector privado. ¿Qué significa? Que todas las personas



tuvieran un plan de salud universal con coberturas universales, ciertas prestaciones, y que eso tuviera un valor -eso se midió- y hubiera también un fondo de riesgo.

¿Qué es ese fondo de riesgo entre el sector privado? En el fondo, que las personas más enfermas fueran subvencionadas por las más jóvenes, y los más jóvenes subvencionaran a los mayores; todo eso dentro del sector privado. Entonces, yo iba a estar en una isapre A, B o C, iba a pagar un monto, tenía esta cobertura, y si yo quería subir a un segundo tramo pagaba un poco más.

Esas fueron las propuestas que se hicieron dentro del sector privado, y los seguros competían entre sí por los prestadores.

Pero, claramente, también ahí hay que avanzar en las formas de financiamiento, porque aquí hay un seguro, que es el que paga; están los prestadores, que son los que gastan, y no hay ningún control de compartir riesgos, porque la institución privada gasta, gasta y el sector privado paga, paga. Entonces, ¿cómo contenemos esos costos? Bueno, eso es más profundo, porque hay propuestas claras.

Pero hay dos proyectos de ley que se plantearon, y desgraciadamente no prosperaron, porque era la forma de ir avanzando en lo que nosotros hemos llamado que el sector privado tuviera una competencia de seguro social, con distintos factores. Yo diría con dos elementos fundamentales: competencia -ustedes son economistas-, que hubiera competencia para que mejorara la calidad, la eficiencia y la efectividad, pero que también hubiera cooperación. Yo creo que esos dos conceptos...

En el sector público también se han hecho propuestas. Se hizo una gran propuesta que se llamó Mejor Fonasa, en 2019, que planteaba una reforma de Fonasa para darle más atribuciones. Hoy Fonasa no tiene ninguna posibilidad de actuar regulando o dándole más atribuciones para saber qué pasa con los prestadores. Y hay un proyecto de ley muy interesante, que todavía está en el Congreso Nacional, que no ha avanzado, que es el seguro catastrófico de salud.

¿Qué es lo que prestaba eso? A las personas que están en Fonasa y que hoy están en una lista de espera, darles la posibilidad de una cobertura en ciertas patologías de alto costo, como cobertura de cirugías de cadera y un montón de cosas, y esa persona pudiera ir con ese seguro, pagando un delta, adonde le pudieran resolver su problema de salud, tanto en el sector público como el sector privado; darle la posibilidad a esa persona de que lo pudiera hacer.

Desgraciadamente, son proyectos que no avanzaron en el Congreso Nacional, por distintos motivos. Pero claramente en el Parlamento se han hecho propuestas concretas, y hoy no hemos podido avanzar en estos proyectos, que llevan años.

La reforma de isapres lleva más de diez años, dos proyectos de ley, y en Fonasa, igual. Entonces, el proyecto que presentó, por ejemplo, el doctor Marcelo Mosso, quien fuera director de Fonasa, planteaba que era importante, en este proyecto de seguro catastrófico, darles un seguro a las personas para que pudieran ir al sector privado a atenderse, porque ese iba a ser el gran problema después de la pandemia. ¿Y saben lo que dijeron en el Congreso Nacional? Pero si el problema hoy no son las listas de espera, el problema es la pandemia, así que eso no lo vamos a pasar hoy. Pero él les dijo que mañana el problema van a ser las listas de espera.

Entonces, hay un tema de políticas públicas en el que claramente tenemos que avanzar, que son fundamentales en el tema de salud. Hay propuestas, como las que dice usted, desde el punto de vista de que las personas tengan la posibilidad de decidir: “Este es mi seguro y yo quiero ir a atenderme...”, obviamente con control de costos, hay ahí una serie de cosas que hay que medir con los prestadores, pero ha habido propuestas. Desgraciadamente, en el Congreso Nacional no avanzan, por distintos motivos.

Los expertos están de acuerdo, muchas veces los académicos estamos de acuerdo; pero algo pasa, que las reformas llegan al Congreso Nacional y ahí se estancan.



La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Muchas gracias, doctora Daza.

Quiero hacer dos pequeñas consultas.

Parto por agradecerle infinitamente su exposición, y en particular por querer contribuir para destrabar también, en este ámbito pequeño, la visión que podemos tener y lograr, como usted muy bien señaló, una norma que esté al servicio de las personas.

En relación con su presentación, a propósito del sistema de salud participativo, de políticas públicas participativas, y como bien expresó ahora, a propósito de los seguros y seguros complementarios en el ámbito de salud, todo lo que de una u otra manera se ha tratado de impulsar, se refiere más bien a políticas públicas.

La señora **PAULA DAZA** (expositora).- Así es.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- En consecuencia, la consagración del derecho a la salud y su debida protección integral: mental, física y social -que ya me quedó clarísimo que esa dimensión no se puede eludir como una garantía explícita en la Constitución- debiera habilitar, justamente para permitir que por medio de leyes o de impulsos de un gobierno en particular, a través de políticas públicas.

Entonces, en esa materia, a usted le parece que la norma, que es muy similar a la que se ha tenido en los últimos cuarenta años, a pesar de los obstáculos que usted misma refiere en materia de salud en nuestro país, ¿es suficiente para que en los próximos treinta años sigamos transitando, en esta política de salud centrada en las personas, hacia la dignidad de las personas y de los más pobres? ¿Cuánto habilita, cuánto entorpece y cuánto queremos, en treinta años más, haber dicho la doctora Daza yo contribuí con eso, y nosotros seis pusimos un granito de arena para la dignidad de las personas? Esa es una primera pregunta.

En segundo lugar, creo que ha quedado tremendamente claro, incluso el comisionado Quezada como que recogió la libertad de elegir, y usted se refirió a aquella encuesta que dio como resultado que un 63 por ciento prefiere tener la posibilidad de elegir entre salud pública y privada. Y ahí las mujeres se expresaban un poquito más, por su mayor participación.

Yo tengo tremendamente claro aquello, pero quiero saber, sobre la base de su experiencia, tanto en el servicio público como hoy en un centro de políticas públicas, cuánto pueden elegir efectivamente las personas en el sistema actual, y, si no eligen, ¿por qué?

La señora **PAULA DAZA** (expositora).- Muchas gracias por su pregunta, Presidenta.

Creo que en la actualidad una gran cantidad de personas no puede elegir, ¡y qué duda cabe que no pueden elegir en muchos aspectos! Sin embargo, en la Constitución debemos garantizarles ese derecho.

Me parece que es muy importante que las políticas públicas, las autoridades, el Congreso Nacional, todos quienes de alguna manera podemos aportar en esas políticas públicas, avancemos para que todas las personas tengan la posibilidad de elegir o al menos tener alternativas, en especial en un tema tan delicado como es la salud, que finalmente es la vida.

Por eso, si usted me pregunta dónde creo que hemos tenido los problemas hoy. Chile tiene grandes avances en salud, no me quiero quedar con los problemas; Chile ha tenido en la historia grandes avances desde el punto de vista de protección de salud. Si uno se compara con otros países, Chile tiene indicadores muy positivos. Me ha tocado participar en distintos organismos internacionales, y Chile siempre ha sido reconocido en las políticas públicas de salud.

Sin embargo, la población ha cambiado, vivimos más, y eso es muy bueno, porque es producto de lo que se ha hecho en el país. Tenemos indicadores que muestran que en promedio vivimos más de 80 años, y hace pocos años vivíamos hasta los 50 o 60 años.



El hecho de vivir más implica estar más enfermos, y necesitamos más salud, y donde no hemos sido lo suficientemente enérgicos y agresivos es en hacer esas reformas que debemos realizar para que las personas tengan una mejor salud.

¿Cómo lo hacemos? ¿Dónde se tiene esa mejor salud? A veces, nos quedamos discutiendo si es el sector público o en el sector privado; pero por eso digo “centrado en las personas”.

Esa persona que está en Chiloé y que necesita atenderse, porque necesita una cirugía de cáncer de mamas, y el hospital no cuenta con eso, ¿no será bueno que, si hay una institución privada, que lo haga ahí, porque ahí va a resolver su problema? O al revés, una persona que está en un seguro privado y necesita resolver ese problema, y hay un hospital que tiene alta..., ¿por qué tenemos que...?

Entonces, tenemos que avanzar en la forma de resolver los problemas de esas personas, y esas son las políticas de salud.

Por eso, no es banal cuando uno dice: “Yo quiero proponer políticas públicas centradas en las personas”, porque no solo nos podemos poner centrados en lo que estamos viviendo acá en la zona urbana.

Durante la pandemia recorrí Chile, de Arica a Magallanes, y las realidades son muy distintas. Los niños en regiones, que tienen un cáncer en etapa terminal, que están en una isapre, no pueden ir a atenderse al hospital público, porque la política nuestra no lo define. Se hacen convenios; pero, ¿por qué menciono esos puntos? ¿Por qué no puede ese niño, que está en una isapre, ir a atenderse al hospital? ¿Por qué un niño que está en el sector público no puede ir a atenderse en una clínica, que a los mejor tiene los recursos, los instrumentos y los insumos?

Entonces, cuando definimos, tenemos que sacarnos los sombreros de lo que creemos que tienen que ser las cosas, y escuchar a las personas y ponerse en su lugar, dónde están sus preferencias, sus necesidades y, por supuesto, sus valores, porque aquí tenemos que respetar los valores de cada uno de los que vivimos en este país.

No sé si le contesté.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Muchas gracias.

Haré una pequeña precisión y luego le daré la palabra al... y estamos...

La señora **PAULA DAZA** (expositora).- Si sé.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Lo que logro..., porque no puedo sino coincidir.

Me tocó tramitar la ley de seguro para el acompañamiento de niños y niñas afectados por una condición grave de salud (Sanna), a propósito, y su creación, completa.

En consecuencia, recorrí y conocí la situación de los niños y familias, particularmente en regiones; pero lo que logro entender, para resolver esta dualidad entre sacarnos el sombrero, ¿supondría un sistema nacional de salud?

La señora **PAULA DAZA** (expositora).- No, yo creo que no.

Creo que hay que pensar en darles alternativas a las personas. Acá todos los actores son fundamentales. El sector privado es fundamental, el sector público, el asegurador; cada uno de los actores, y lo vivimos en la pandemia, lo vivimos. Todos los actores eran fundamentales para resolver los problemas, y quiero cerrar solamente con una frase.



Cuando Chile fue propuesto para un premio en Estados Unidos, el Franz Edelman Award, me tocó estar ahí, y uno de los jueces presentes nos preguntó -porque ahí competíamos contra Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson, contra Alibaba, que tenía una tecnología, y Chile-, cómo fue el milagro para que el sector público, el sector privado y el mundo académico trabajaran juntos.

Esa fue la frase que usó, y creo que ahí todos los actores tienen que estar y participar en esto de darle una mejor salud a las personas.

Cierro con eso.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Tiene la palabra el comisionado Flavio Quezada.

El señor **FLAVIO QUEZADA**.- Sí, solo quiero reiterar lo persuasiva que ha sido la doctora, insistente respecto del punto, en lo que estoy de acuerdo. Tenemos que estudiar la posibilidad de incluir en el texto el derecho de las personas a escoger su prestador, o algún seguro privado, si así lo desea, porque, como aquí se ha demostrado, y como lo evidencia también la literatura que ha tratado la construcción del sistema de salud en Chile, es algo culturalmente bien arraigado, aunque, como hemos dicho en otras ocasiones, soy partidario de una Constitución lo menos extensa posible.

Conversábamos ayer que uno de los problemas de las constituciones latinoamericanas es su gran extensión, pero en esta materia, por lo visto, es importante garantizar expresamente aquellos derechos.

Quiero abusar un poco de la generosidad que usted ha tenido con nosotros en venir a exponernos sus ideas, pidiéndole que nos envíe, de ser posible, la referencia a los proyectos de ley que hizo denantes que se han intentado impulsar sin éxito. Eso es lo primero.

Para lo segundo sí que no hay tiempo, lo puede hacer solo si puede, porque sé que venía preparada para hablar de salud.

A propósito del derecho al agua que proponemos, porque uno de los principios o referencias que se hacen de él, en tanto derecho humano, es que debe ser suficiente, saludable, aceptable, físicamente accesible, y eso no está explicitado en lo que nosotros hicimos.

Le pregunto si usted sería partidaria de explicitar principios como aquellos, a propósito de lo que señaló, de la importancia del acceso al agua potable en los avances en materia de salud.

La señora **PAULA DAZA** (expositora).- Contra la primera sugerencia, de todas maneras le voy a hacer llegar los proyectos de ley que se presentaron.

Respecto del derecho al agua, prefiero no opinar, porque la verdad es que no lo he estudiado en profundidad, de modo que no me atrevo a comentar sobre algo que no he estudiado, que no he analizado y que no es mi *expertise*.

Disculpen, pero no es mi tema; no lo conozco en profundidad.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Tiene toda la razón, doctora.

Muchísimas gracias.

Suspenderé la sesión por cinco minutos para despedir a la doctora.

Se suspende la sesión.



-Transcurrido el tiempo de suspensión:

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Continúa la sesión.

Seguimos con el objeto de esta sesión, que es recibir los planteamientos que formulará el doctor Jaime Mañalich, a propósito del texto aprobado en torno al derecho a la salud y su protección desde la dimensión física, mental y social, contemplado en el inciso 16, del artículo 17, del texto aprobado en general por la Comisión Experta.

Nos acompaña el doctor Mañalich, máster en Epidemiología Clínica, mención en Economía de la Salud, Universidad McMaster, Canadá; médico internista, especialista en nefrología de la Universidad de Chile y exministro de Salud.

Hemos estimado alrededor de veinte minutos para su presentación. Si necesitara más minutos, estaremos felices de escucharlo, para, posteriormente, formularle las preguntas pertinentes, que nos permitan consagrar debidamente el derecho a la salud en el próximo texto constitucional.

El señor **JAIME MAÑALICH** (expositor).- Muy buenos días, Presidenta y estimados comisionados expertos.

Agradezco enormemente la oportunidad y el honor de estar con ustedes y poder distraerlos algunos minutos respecto del texto que se está elaborando, con bastante promesa de éxito, por como lo están haciendo, en el plebiscito de salida.

Creo que uno de los temas relevantes que ustedes han abordado como Subcomisión es precisamente el derecho del acceso a la salud.

En este sentido, quiero hacer algunas precisiones.

Primero, en el Parlamento se fijaron las doce bases de este proceso y en el punto 5 se señala que Chile es un Estado social y democrático de derecho, cuya finalidad es promover el bien común. Este reconoce los derechos y las libertades fundamentales y promueve el desarrollo progresivo –insisto, progresivo- de los derechos sociales, con sujeción al principio de responsabilidad fiscal y a través de instituciones estatales y privadas.

Habiendo dicho eso, respecto de lo que ustedes han analizado, quiero precisar los siguientes aspectos:

En primer lugar, los determinantes sociales de la salud.

En el entendimiento habitual se cree, se piensa, que la salud de las personas depende de la posibilidad que tengan de acceder a servicios de salud: curativos, preventivos, lo que fuera.

La evidencia acumulada en los últimos años, tanto en Chile como en otros países -esto ha sido liderado por sir Michael Marmot, en el Reino Unido-, demuestra que la salud de una población o de las personas solo depende en 25 por ciento de su capacidad de financiamiento para acceder a un centro de asistencia de salud, a ver al doctor, a operarse, etcétera.

El 25 por ciento restante depende del azar, que es la carga genética. Las mujeres de Chile saben que, si su madre y su abuela tuvieron cáncer de mamas, la probabilidad de que ellas sufran de cáncer de mamas es extraordinariamente alta, y eso es azaroso. Si mi padre y mi madre fueron diabéticos, la probabilidad de que yo sea diabético es enorme, y es azaroso.

En ese sentido, hay una carga de la que hacerse cargo, que se define cada día más. Estoy hablando de estos predisponentes genéticos para la depresión, para el alcoholismo, para la hipertensión, para cualquier enfermedad crónica.

El otro 50 por ciento -no menos- de los determinantes de la salud son sociales. O sea, ¿cuál es el entorno en que vivo? ¿Cuál es el acceso al agua que tengo? ¿Aprendí o no aprendí a lavarme las manos? En fin, podemos citar cientos de ejemplos.



El 50 por ciento de la carga de enfermedad de un país depende -insisto- de estos determinantes sociales, y el más importante de ellos es la educación.

Si uno compara expectativas de vida, morbilidad, obesidad, alcoholismo, etcétera, en la medida en que uno puede separar la interacción que hay con el efecto económico, porque normalmente baja educación está asociada a bajos ingresos, la educación es un determinante fundamental, según los pocos estudios que han podido discriminar esto.

Lo anterior lo describo siempre con la paradoja Puerto Saavedra-Vitacura. Se estima, se sabe -fueron los argumentos para la reforma AUGE- que la mortalidad infantil, vale decir, aquella cantidad sobre 1.000 niños nacidos que mueren antes de cumplir un año, es muy superior en Puerto Saavedra -Región de La Araucanía- que en Vitacura. Entonces, uno concluye que hay que instaurar un sistema de salud que se haga cargo de esta debilidad poblacional sanitaria de Puerto Saavedra.

Ahora, cuando uno divide lo que llamamos mortalidad neonatal precoz, vale decir, niños que nacen y mueren antes de los 28 días, y los separamos de aquellos que fallecen entre los 28 días y un año, la mortalidad neonatal precoz es prácticamente idéntica en ambas comunas, donde está la Clínica Alemana y donde está el hospital de Puerto Saavedra, Región de La Araucanía.

En el resto, la diferencia se produce después de los 28 días y está determinada fundamentalmente por la educación de la madre. Es así todavía, supongo que en el futuro va a importar más la educación del padre, pero hoy el determinante social fundamental en la calidad de la salud es el nivel educacional de la madre.

En ese sentido, los otros determinantes, como el ingreso familiar, la calidad del ambiente, la calidad del agua, son muy relevantes y producen más o menos enfermedades que, insisto, tienen que ver con condicionantes que son ajenos al servicio de salud.

En ese contexto, me parece que hay que esforzarse por ver estos determinantes sociales como condicionantes de la salud de la población y como derecho a la salud de la población en una forma muy específica. Efectivamente, cuando ustedes hablan del agua, del medio ambiente, de la educación, es evidente que hay un impacto, una externalidad positiva, en la medida en que haya una mejor política pública, un impacto positivo, una externalidad positiva para el tema de la salud.

Desde el primer y segundo artículo del borrador del proyecto de Constitución, que ha sido aprobado en general, estos determinantes sociales están bien abordados, en mi opinión, salvo el de la educación, en que hay mucho esfuerzo en los procesos, en quién está a cargo de educar, en qué acceso se tiene al proceso, pero no en el resultado. O sea, la educación como palanca de equidad, en mi opinión, no está suficientemente abordada, midiendo resultados, en fin, en el proceso educacional chileno, sobre todo a nivel preescolar y escolar, que es donde más marca diferencia.

El otro determinante social que me preocupa, que no es abordado en absoluto en este proyecto, es el problema de la epidemia narco. Hoy nos podemos cegar y decir que no lo vamos a ver, pero es un tema esencial, no solo para la estabilidad política y social del país o para la delincuencia, sino para la salud. Es por eso que otras constituciones, como la colombiana, lo abordaron específicamente años atrás, y han elaborado leyes y han obtenido resultados que ubican una situación paradójica: el problema de droga en Chile es muchísimo más grave que en Colombia, porque en Colombia se ha legislado de acuerdo con una nueva Constitución, con el objeto de enfrentar este condicionante social, que va a ser un problema mientras esté vigente la nueva Constitución. En veinte, treinta, cincuenta años más va a ser un problema fundamental para la salud de los chilenos, como ya lo es respecto de su problema de adicción, consumo, violencia, tráfico, delito, balas, etcétera.

Todo el problema de violencia que tenemos hoy se reduce a un solo aspecto: narcotráfico. Todo lo demás es una pequeña cascarita, porque el problema esencial es que enfrentamos la posibilidad de que seamos un Estado fallido y de que pasemos el umbral -estamos a punto-



de cinco muertos diarios por balas, por narcotráfico, es una realidad imperiosa de tomar en cuenta.

El artículo 20 se refiere a la seguridad social centrada en los derechos de los trabajadores. En mi opinión, aquí de nuevo se produce un error conceptual, en el sentido de separar la seguridad del acceso a la salud, dejándola fuera de la seguridad social, lo que es un error conceptual grave; vale decir, en el modelo británico Beveridge, en el sistema alemán, en el sistema canadiense, la salud es parte fundamental de la seguridad social.

Por lo tanto, cuando uno habla de seguridad social, tiene que hablar de una sola cosa; o sea, la red de protección para el Estado de necesidad, producida por una discapacidad, por una enfermedad crónica, por un accidente de trabajo, en fin, tiene una similitud enorme con la afectación por los problemas de salud. En este sentido, la redacción del artículo 20 es extraordinariamente virtuosa, y creo que sería interesante pensarla y extenderla a la seguridad social en salud.

Respecto del artículo 20, la redacción es adecuada, pero no se entiende por qué... De hecho, la redacción de los incisos a) y b) resulta precisamente adecuada para el tema que nos convoca, que es el de salud, cuando dice: “El Estado garantiza -que es concordante con los dos primeros párrafos de la Constitución- el acceso a prestaciones básicas y uniformes establecidas por la ley en seguridad del trabajo, resguardando a las personas de la contingencia de vejez, discapacidad, muerte, etcétera, y “salud” sobra en el ámbito del trabajo, sin perjuicio del establecimiento de otras contingencias por ley, el legislador podrá obligar a cotizaciones”.

¿En qué sentido considero que esto es importante? En 2011 se entregó a la Cámara de Diputados un proyecto de ley que establecía salud universal; vale decir, ¿qué es lo garantizado? Porque al no estar precisado en esta Constitución, podría significar un riesgo. ¿Qué es lo garantizado? Lo garantizado lo definen el legislador y los legisladores por ley. Este es un plan garantizado de salud, que toma, al final, la reforma AUGÉ, de 2005, del entonces Presidente Ricardo Lagos y la expande. Hoy son 85 enfermedades, las lleva todas a prevención y dice que esto es a lo que tiene acceso por ley toda la población, independiente de su capacidad de pago o de quién paga. Esto es lo que está garantizado.

Entonces, la Constitución Política señala que el Estado garantizará “esto”, y ese “esto” irá progresivamente mejorando a lo largo de los años.

Quiero agregar que los recursos con que se financia la seguridad social solo podrán destinarse al financiamiento y administración de sus prestaciones, lo que tiene implicancias enormes para el mundo de la salud. Las cotizaciones obligatorias, los impuestos, solo pueden destinarse a prestaciones de salud.

El plan universal de salud -la doctora Daza recién ofreció hacer llegar ese proyecto- es una pieza muy importante, que fue aprobado en general y en particular por la Cámara de Diputados y pasó al Senado; sin embargo, para decirlo con toda sinceridad, llegó un momento al final de mi primer período, como ministro, en que se produjo una tentación maximalista.

Vale decir: “No hagamos reforma, vamos a un gran proyecto que entregue al Estado todas las responsabilidades en un sistema único”, como estaba plasmado en el artículo 44 de la Constitución que se rechazó el 4 de septiembre de 2022; o sea, un sistema manejado en su servicio y en su financiamiento únicamente por el Estado.

Entonces, esa tentación maximalista, como la voy a llamar, llevó a que no legisláramos la reforma de las isapres, el plan garantizado de salud, el plan de seguro catastrófico para los beneficiarios de Fonasa, de manera tal que no tuvieran que arruinarse si contraían una enfermedad grave desde el punto de vista del financiamiento. Sin embargo, producto de esta tentación maximalista, nada de eso se ha tramitado ni se ha aprobado en el Congreso Nacional.

Lo segundo a lo que quiero hacer mención tiene relación con los sistemas de atención de salud. Este es un error conceptual -por llamarlo en suave- que pervive desde la Constitución de 1980. Los sistemas de salud son los sistemas de financiamiento, los sistemas de atención,



una mezcla de ambos. Porque en Chile hay muchísimos sistemas de salud. Está el sistema de salud de las Fuerzas Armadas, pagado por el fisco; de Carabineros, lo mismo; las mutuales de seguridad, que son financiadas por los empleadores, específicamente el 0,9 por ciento de la cotización viene de parte del empleador, más una prima adicional si ocurren siniestros muy grandes en la empresa; el sistema público, financiado en 70 por ciento por impuestos generales; Fonasa, 30 por ciento financiado por cotizaciones obligatorias y, por supuesto, el sistema de isapres. Pero en el sistema privado de salud de prestación se atiende el 50 por ciento de los beneficiarios de Fonasa.

Entonces, ¿de qué estamos hablando cuando nos referimos a un sistema de salud?

Esto proviene de la reforma que crea el Servicio Nacional de Salud a imagen del National Health Service (NHS), de Inglaterra. Allá se creó en 1947 y acá en 1952. Este fue el primer país después de Inglaterra en crear un modelo, en que se habla del sistema como financiamiento y como provisión. Esa reforma no se pudo llevar a cabo en su totalidad, ya que los médicos y los gremios se opusieron, por lo que se creó un subgrupo, que después derivó en Fonasa o cajas de compensación.

En ese contexto, en Chile hay sistemas de financiación y de provisión muy diversos, y no me extenderé sobre lo que ya mencionó la doctora Daza de que nuestro sistema es muy pobre. Nosotros tenemos muy bajo número de médicos por habitante, bajo número de camas, bajo número de consultorios, bajo número de especialistas y, en este sentido, tener una red fracturada que no conversa, que no se potencia, es un gravísimo error.

Como se demostró con la pandemia, en un estado de excepción constitucional, el Ministerio de Salud tomó control de todo el sistema de prestación, generando la posibilidad de crecer en todas partes y dar atención, de una manera completamente inesperada para la situación sanitaria de Chile y de otros países; o sea, se puede generar una unión virtuosa entre los sistemas de provisión de salud; una potenciación podría significar una dramática reducción de las listas de espera, en fin.

En ese sentido, hay una sinonimia que no se ha corregido entre sistema y extrasistema, que es el lenguaje que se usa en el ministerio. O sea, sistema son todos los hospitales que forman parte de los servicios de salud, como el hospital de Concepción, los hospitales regionales, el hospital Barros Luco, y extrasistema son todos los que no están ahí, vale decir, el Hospital Clínico de la Universidad Chile, que es fiscal, no forma parte del sistema; el Hospital Clínico de la Universidad Católica no forma parte del sistema; las mutuales no forman parte del sistema, son extrasistema; extrasistema que hoy tiene un tercio de las camas hospitalarias del país.

Al respecto, creo que la palabra “sistema” requiere una precisión constitucional, que echo de menos en el texto que tenemos aquí, y me parece que debe separarse la sinonimia entre fuentes de financiamiento y fuentes de provisión. Creo que son dos conceptos complementarios, a lo mejor distintos, que tienen que ser regulados por el mismo.

Entonces, ¿qué es lo que tiene que hacer el conjunto de prestadores, sean públicos o privados? Entregar las garantías que se establezcan por ley: “estás son las garantías”, “este es el AUGÉ”, “el AUGÉ 2.0, esto es”, después vendrá el 3.0, el 4.0, en fin, todo dependerá de la capacidad del Estado, de la evolución tecnológica, etcétera.

Tengo que decir -porque veo que esta discusión está abierta- que independientemente de que no podemos “isaprisar” la discusión de este proyecto constitucional de largo alcance por una contingencia que se va a resolver, de una u otra manera, en los próximos meses, me parece que el texto del proyecto constitucional, si es que hace alusión, debería estar abierto a cualquier fuente de financiamiento.

O sea, hoy, la salud del adulto mayor, de los niños con discapacidad, se financia fundamentalmente a través de organizaciones que tenemos que preservar. No voy a mencionar ninguna, porque -en fin- puede haber cosas ahí. Pero la política de protección, de atención de la discapacidad en Chile, de protección del adulto mayor, de las niñas vulnerables, etcétera, no existiría si no...



En el artículo en cuestión, ustedes hacen una precisión respecto de las acciones de salud. Dice: “Las acciones de salud comprenden el acceso a los medicamentos, de conformidad a la ley.”.

Creo que esa precisión es innecesaria y genera un riesgo gigantesco, porque la influencia de la industria farmacéutica, para que el Estado compre, adquiera medicamentos, que en realidad no producen o producen un mínimo efecto a la salud, es una cosa muy grave, que se debe que corregir, pues genera una brecha para la introducción del *lobby*, que se trasunta en lo que hoy vemos: que la ley de fármacos 2 hace un año que no se tramita; que se identifica el *lobby* de la industria farmacéutica detrás; que cuando intentamos tramitar de que no haya una propaganda directa a los doctores -fármacos 2-, nadie toma la decisión de tramitarlo; el *lobby* farmacéutico judicial, vale decir, “financiamos a agrupaciones de pacientes para que vayan y proclamen por el expediente derecho a la vida”, cosa que hay que mirar con mucho cuidado, porque ahí -insisto- se produce una inequidad gigantesca, que es que aquellos que tienen fondos de los laboratorios o aquellos abogados que van a lucrar, mediante un conjunto de costas, o sea, aquella gente con más recursos, son las que acceden a su garantía constitucional de derecho a la vida y los beneficiarios de Fonasa A, que son los más pobres, los que constitucionalmente tenían derecho a elegir, que es lo mismo que se argumentó para no subir la tabla de factores o el plan base; el Tribunal Constitucional dijo, “no se puede porque se quita a las personas la libertad de elegir el sistema, y por lo tanto, no se puede ajustar el precio base”.

En ese sentido, el hiperactivismo judicial, por el vacío constitucional y legal, es algo de lo que nos tenemos que hacer cargo y corregir, aunque sea aspiracionalmente.

En cuanto a la libertad de elegir. Creo que la libertad de elegir de las personas, respecto de dónde y con quién atenderse, es algo que está asentado culturalmente. Creo que no vale la pena dedicarse a pensar que constitucionalmente vamos a hacer un cambio cultural en algo que es tan... ¿Por qué? Porque la gente sabe.

El miércoles puse una columna en La Tercera contando mi experiencia en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile: “encárguese del policlínico; que no vayan a ver a este doctor no más”: fracaso absoluto. La gente dice que vive donde no vive; la gente se las arregla para ir donde el doctor que quiere; la gente sabe.

La mamá que tiene un niño con un tumor cerebral sabe exactamente dónde tiene que operarlo y no acepta que lo deriven a otro lugar y hace cualquier cosa por esforzarse.

En ese sentido, cerrar, prohibir la libertad de elección, creo -quizás se puede restringir financieramente- que es algo que se debe evitar. Además, sería un punto de discusión y, a lo mejor, de rechazo de todo el proyecto constitucional, porque es algo muy sentido, esta libertad de elegir, que constituye una puerta de seguridad; o sea, si veo que un prestador anda mal, que una clínica cualquiera se está destruyendo, voy a decir “me voy a ir a otro lado, porque creo que aquí voy a tener mejores resultados”.

Como señalé antes, “La ley podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona puede elegir...”. Creo que ahí hay que separar los dos artículos. O sea, una cosa es “La ley podrá establecer cotizaciones...”, listo.

Respecto de “Cada persona puede elegir...”. Esto -insisto- se vincula, por estar en el mismo párrafo, tanto en esta como en la anterior Constitución, a la cotización. O sea, la gente puede elegir dónde cotizar. Ese no es el tema. El tema es dónde quiero atenderme. Y, bueno, ustedes definirán. La ley definirá dónde cotizo. Y, de hecho, hay que tener mucho cuidado, porque si así quedara, o sea, si la gente no pudiera elegir, no se podría cotizar entre las distintas mutuales de seguridad. Es decir, “para mis trabajadores es mejor esta”, y es los empleadores, es un sistema Von Bismarck puro, que dice “yo quiero que vayamos a la mutual, o a la asociación, o al IST, porque estamos en nuestra empresa en Valparaíso”.

Por su intermedio, Presidenta, haré dos digresiones si usted me permite.

La primera precisión, que no tiene nada que ver con el motivo de la convocatoria, dice relación con el tema “alerta sanitaria”.

Producto de la pandemia, hemos vivido un estado de excepción constitucional de facto, no contemplado en el texto constitucional, que ha limitado violentamente derechos consagrados en la Constitución vigente.

Como país, nosotros adherimos al reglamento sanitario internacional, que permite que la Organización Mundial de la Salud, en caso de una epidemia, ya sea por covid, gripe aviar o



lo que fuera, diga: “Mire, nosotros le recomendamos a Chile que cierre las fronteras, o que haga esto o que haga aquello”, pero son recomendaciones. El hecho de adherir a este reglamento sanitario internacional no nos obliga y, de hecho, antes de que aquel reglamento dijera que había que cerrar las fronteras, o que había que testear, o que había que hacer esto o lo otro, ya lo habíamos hecho. Partimos mucho antes.

En ese sentido -independientemente de que hay jurisprudencia, o lo que fuera-, este estado de excepción constitucional fáctico se basa en el artículo 36 del Código Sanitario, que dice lo siguiente: “Cuando una parte del territorio se viere amenazada o invadida -esto es del año 1965- por una epidemia o por un aumento notable de alguna enfermedad, o cuando se produjeran emergencias que signifiquen grave riesgo para la salud o la vida de los habitantes, podrá el Presidente de la República, previo informe del Servicio Nacional de Salud, otorgar al Director General –o sea, al Ministro de Salud- facultades extraordinarias para evitar la propagación del mal o enfrentar la emergencia.”.

Vivimos un estado de excepción constitucional prolongado. La alerta sanitaria aún está vigente, hasta el 30 de agosto. Y eso permite que la gente sea aislada, que se encierre, que haya cuarentena, que haya esto, que haya lo otro.

En ese contexto, en alerta sanitaria vivimos siempre -ya sea por el dengue en Isla de Pascua, por la chikungunya en Arica, por la contaminación ambiental en La Araucanía, por cualquier cosa-, alerta sanitaria que permite que la fuerza pública entre a una casa: “Permiso, venimos a apagarle la chimenea”. Esa es la violencia de este estado de alerta sanitaria.

En ese sentido, creo que se requiere constitucionalmente, a pesar de que ustedes adhieren al texto vigente de los estados de excepción, una precisión que, a manera de respetuosa sugerencia, debería ser que cuando la alerta sanitaria se deba prolongar más de tres meses, esta sea autorizada, al igual que un estado de excepción constitucional, como el de emergencia o catástrofe, por el Parlamento, o sea, el mismo mecanismo. Está bien: “Llegó la influenza de los pollos, tenemos un problema. Entendemos que hay que matar a los pollos, aislar a los trabajadores”, lo que fuera, pero “a ver, revisemos esta cosa”, porque esto le da al Estado una potencia y un poder que eventualmente puede ser mal usado. No digo que “necesariamente”, pero puede y parece completamente contradictorio con las libertades consagradas en la Constitución.

El último tema al que me quiero referir está contemplado en el inciso tercero, del artículo 104, que dice que “Toda persona que haya sufrido daños como consecuencia de la falta de servicio de los órganos de la Administración del Estado -o sea, salud-, de sus organismos, incluyendo los gobiernos regionales y... tendrá derecho a ser indemnizada en las condiciones que señale la ley, sin perjuicio de las responsabilidades que...”.

Aquí se abre una ventana para el hiperactivismo judicial, que encuentro muy complejo, porque esto va a significar un conflicto. O sea, se va a entregar a los tribunales la responsabilidad de definir cuándo determinadas políticas de salud producen una afectación. Y acentúa el problema que tenemos hoy, que un laboratorio dice: “Traigo una droga o un medicamento”, que cuesta un millón de dólares al mes por cada una de las personas tratadas, y el tema no se discierne en un consenso sanitario o en una instancia del Ministerio de Salud, o en un plan garantizado de salud, o una ley Ricarte Soto, sino en un tribunal, que será el que dirá al Estado “gaste, en esta persona, un millón de dólares por mes, para tratar esta enfermedad que pone en riesgo su vida”. Y este artículo lo enfatiza, lo acentúa. Vuelvo, entonces, al inicio de la imperiosa necesidad de que la seguridad social en salud esté definida respecto de un marco de ley, es decir, “esto es lo que la ley y la Constitución...”.

El AUGES tiene prácticamente el estatus de una garantía constitucional. De hecho, se puede reclamar, se pueden reclamar las multas, puedo reclamar porque no me han atendido a tiempo y que me manden a otro lado con cargo al Estado. O sea, es casi como pedirles que consideren seriamente que esa tremenda reforma de 2005, que generó este producto, no lo abandonemos, sino que, de alguna manera, lo fortalezcamos y digamos -perdón por la impertinencia- en el marco de la nueva Constitución, la ley dirá cuáles son las garantías que el Estado debe otorgar, ya sea a través de sí mismo o de interpósitas personas.

Señora Presidenta, con eso termino.

Perdón por haberme extendido.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Muchísimas gracias, doctor Mañalich.



Muy por el contrario, como miembro de esta Comisión Experta, le agradecemos, particularmente por la relevancia que tiene la debida consagración de la protección del derecho a la salud, y por la riqueza de su intervención.

Tiene la palabra el comisionado Jaime Arancibia.

El señor **JAIME ARANCIBIA**.- Muchas gracias, profesor Mañalich, por su exposición, que ha sido muy clara.

Tengo dos preguntas, quizás muy relacionadas una con la otra.

Seré muy preciso, porque me parece entender que existe un consenso en esta Subcomisión, en cuanto a que la libertad de elección del prestador no está en juego; tampoco está en juego o tampoco se ha discutido, creo yo que existe un consenso de que habrá prestadores públicos, entendiendo que podrán ser estatales y privados. De hecho, está en las bases la provisión mixta.

Entonces, despejado eso y siguiendo su distinción entre elección de prestador y sistema de financiamiento, mi pregunta trata de ponerlo en un escenario hipotético: si una ley estableciera que las cotizaciones o primas obligatorias de los seguros de salud estarán destinadas a un fondo común solidario, de administración estatal, ¿afectaría la libertad de elección en salud? Así de simple, esa es mi pregunta.

Y la segunda consulta es, entendiendo la necesidad de definir mejor lo que es “sistema”. De hecho, nosotros abandonamos la distinción de “sistema” y proponemos la de “régimen”. Entonces, ¿qué es lo que entendería usted por “sistema” o “régimen”? Lo pregunto para efectos de ayudarnos a hacer esa distinción que usted propone.

Esas son mis dos preguntas.

Muchas gracias.

El señor **JAIME MAÑALICH** (expositor).- Respecto de la segunda, el punto central, para mí, está en el objetivo, que, por lo demás, está definido en los artículo 1 y 2 del texto constitucional: “El Estado deberá servir a las personas... su mayor realización...”, que coincide, prácticamente en forma exacta, con la descripción de la OMS, en cuanto a qué es un “estado de salud”, que es un estado de completo bienestar, sin problemas de salud mental: una felicidad -digamos-; el mejor desarrollo de las capacidades de la persona, tal cual ustedes lo plantean.

En ese sentido, todo está ordenado -respecto de su pregunta-, en el sentido de ¿para qué es el sistema? El sistema es para lograr que ocurra lo que se ha pretendido como esencial, que es el mayor bienestar de la persona humana, de la sociedad; en fin, sin violencia, o lo que fuera.

En ese contexto, la palabra “sistema”, para mí, es funcional a ese objetivo. O sea, ¿qué sistema nos damos o qué sistema, por ley, debemos corregir en el futuro, a fin de garantizar esto, sobre todo en una situación demográfica y epidemiológica extraordinariamente cambiante? O sea, la velocidad con que envejecemos genera enormes desafíos para el legislador en el futuro: ¿cuál va a ser el régimen de cuidado de las personas adultas? ¿Vamos a financiar o no? O sea, preguntas concretas.

Entonces, puede haber un subsistema de financiamiento de los cuidados, un régimen de protección de la salud del trabajador, un régimen de prevención, de educación para la salud. ¿Me explico?

En ese contexto, “sistema”, para mí, es una palabra muy amplia, que está destinada a satisfacer un objetivo superior consagrado en la Constitución.

Y me parece que hay que abandonar -como usted mismo sugiere, don Jaime- la idea de un sistema radical: “No, el sistema privado; no, el sistema público”.

No, tenemos un aparato, un sistema, que es concordante y que hay que ir mejorando de acuerdo con la realidad, que es extraordinariamente cambiante. Ejemplo de ello es lo que vivimos con la pandemia del covid, en que toda nuestra preocupación estuvo puesta en las enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión, depresión -qué sé yo-, que son responsables del 80 por ciento de la carga de enfermedad en Chile, pero la pandemia nos disminuyó la expectativa de vida en un año y medio, produjo que fuera la mayor causa de mortalidad en 2021, etcétera.



Respecto del tema de la ley, creo que fijar en la Constitución una precisión de esa naturaleza no es. ¿Ah?

El señor **JAIME ARANCIBIA**.- Disculpe, don Jaime, mi pregunta no es si incluimos eso en la Constitución, es si a usted le parece que una ley de esas características afecta o no la libertad de elección. Esa es mi pregunta.

El señor **JAIME MAÑALICH** (expositor).- Evidentemente, la libertad de elección no es absoluta y, de hecho, me parece bien que alguien que está inscrito en un consultorio de salud -consultorio al que se paga un per cápita por atenderlo- reciba allí la mejor atención, que coincida con que tiene la obligación, el financiamiento y la voluntad. O sea, uno dice “aquí la cosa anda bien”.

En ese contexto, respecto de su pregunta, me parece que la posibilidad de que una ley, de la naturaleza -o el texto- que usted describe, no debería estar prohibida, en el entendido de que, como se ha propuesto, si es así, hay un seguro público único, administrado por un agente público no capturable, presidido por un consejo de gobernación de al menos cinco personas elegidas por Alta Dirección Pública, con un director inamovible por ocho o seis años, ratificado por el Parlamento. Porque, de lo contrario, la gran caja pagadora, que es Fonasa, es capturada, y eso significa que se produce una desigualdad de acceso entre los míos y los otros.

Creo que ahí hay un peligro enorme, al menos en la situación de descripción del seguro público, en que, de hecho, su director es nombrado personalmente, como un cargo de confianza, por el Presidente de la República, cuestión que me parece una falacia para un sistema o régimen de seguro que maneja doce, catorce, quince billones de dólares de presupuesto fiscal. Todo eso reside en una persona, en una autoridad unipersonal, sin control, sin...

Si así fuere, yo diría por favor no. Vamos a un sistema de multiseguros en el cual, si hay una recaudación, esta se distribuya entre agencias que tienen una población a cargo, “percapitada”, y que se decide, usted se va a hacer cargo, como ocurre en Alemania, en Holanda, de 300.000 personas. ¿Cuánto es el per cápita por persona? En Chile, hoy, son 2.400 dólares por persona; ahí están sus 2.000, ajustados por riesgo, si hay más mujeres, menos mujeres, más niños, más enfermos, menos enfermos.

Pero respecto de su pregunta, yo creo que el legislador podría tener la libertad, asumiendo -insisto- un control de esa agencia monumental por el Parlamento, por la opinión pública, situación que no existe hoy; o sea, darle al Fonasa de hoy esas atribuciones me parecería una aberración jurídica y de justicia enorme.

El señor **JAIME ARANCIBIA**.- Presidenta, solo para terminar de entender.

Entonces, ¿usted está diciendo que, con esas condiciones, existiendo un órgano autónomo, sujeto a control, etcétera, no sería contrario a la Constitución ni afectaría la libertad de elección en salud, una ley que destinara todas las cotizaciones obligatorias y los seguros obligatorios de los trabajadores a un fondo común y solidario administrado por el Estado?

El señor **JAIME MAÑALICH** (expositor).- Me parece que una prohibición de esa naturaleza, no debería quedar signada en la Constitución, porque es perfectamente posible que, como país, maduremos, evolucionemos hacia una situación en que una ley así puede ser posible, en opinión del legislador, del colegislador, de la Corte, eventualmente, por supuesto, entendiendo que es una situación reversible, de acuerdo con el resultado, de acuerdo con nuevas características, etcétera.

El señor **JAIME ARANCIBIA**.- Muchas gracias.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Tiene la palabra el comisionado Quezada.

El señor **FLAVIO QUEZADA**.- Señora Presidenta, agradezco al profesor y exministro por la exposición que ha hecho hoy, tan clara y, para mí, esperanzadora.



El primer día en que se instaló esta Subcomisión señalé que venía muy esperanzado en que este pudiera ser el espacio en el cual las distintas visiones -que en nuestro país son muchas-, al menos la más relevantes, se vieran reflejadas en el texto que redactemos, y que, independientemente de nuestra visión política, social o ideológica, lleguemos a un texto en el cual todos nos podamos encontrar y ver.

Hoy me he vuelto a esperar, y mucho, con la exposición del doctor Mañalich, porque la suscribo de inicio a fin, incluyendo las comas, acentos y énfasis. Solo quiero pedir si nos la puede hacer llegar, porque quiero ocupar ese insumo para trabajar mis enmiendas.

Muchas gracias, Presidenta.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Tiene la palabra la comisionada Horst.

La señora **BETTINA HORST**.- Gracias, ministro, por su presentación.

Usted relevó el tema de los medicamentos, y la norma propuesta por nosotros, dice: en conformidad con la ley. Usted levanta la alerta, con unas u otras palabras, en cuanto a que el Congreso Nacional, eso es muy complicado, ya está capturado por el *lobby* feroz de las farmacéuticas -no sé si entendí bien-, y que ya van varios proyectos de ley tramitándose que no avanzan, y me da la impresión de que plantea que ese no avance se debe a eso.

Entonces, si no es por ley, me imagino que la otra alternativa es que sea por reglamento. Y ese reglamento es emitido a través de un profesional, un funcionario del Ministerio de la Salud. ¿Ahí no habría un *lobby* feroz?

La debilidad humana y, de hecho, la corrupción que plantea usted que estaría en el Congreso nacional, ¿no es algo que podría pasar en el Ejecutivo, en el gobierno?

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Doctor Mañalich, me gustaría que se precisara bien el objetivo respecto de la pregunta -es una facultad del Reglamento-, porque estimo que puede haber afirmaciones que sé que no se quieren entender así, tengo la más profunda certeza.

Para efectos de precisar bien, en su condición de experto, ¿qué quisiera escuchar del doctor Mañalich?

La señora **BETTINA HORST**.- Mi pregunta es respecto de su cuestionamiento a que se establezca de acuerdo con la ley, y por los argumentos que entregó, para entender bien, y la pregunta al ministro es, si no es en función de la ley, ¿en función de qué?

Porque la pregunta es si es a través de un reglamento y ese reglamento no es en el Congreso Nacional, sino en una institución del Estado, ¿ahí no podría existir también los mismos problemas que hoy levanta, que son un problema en el Congreso Nacional?

Esa es mi pregunta.

Si ocupé alguna palabra mal o sobreinterpreté algunas de las cosas, usted me corrige. Pero, en simple, en el fondo.

El señor **JAIME MAÑALICH** (expositor).- En primer lugar, respecto de don Jaime Arancibia, quiero precisar que, para ser concordante con discusiones pasadas, cuando asumí en el Ministerio de Salud la primera vez, en 2010, por encargo del Presidente de la República, redactamos un proyecto de transición desde el actual sistema -así llamado- de salud hacia uno nuevo, que tenía seguro catastrófico de Fonasa, reforma radical del sistema de isapres, con término de las preexistencias, financiamiento, libre movilidad, término de la declaración de preexistencia, entre otros componentes.

Como dice en el mensaje, este proyecto de ley veía en el horizonte la necesaria confluencia en un solo sistema de financiamiento, cualquiera que este fuere, para los subsectores isapres y Fonasa. Esto que estoy planteando es concordante con esa idea de hace ya once años y que está presente en el mensaje.



Respecto de lo que usted me plantea, en primer lugar, respecto del tema fármacos, se han hecho progresos muy importantes, algunos reglamentarios y otros por ley. La ley Cenabast, por ejemplo.

La ley Cenabast permite que las farmacias puedan intermediar, a través de Cenabast, medicamentos; todos hemos visto la propaganda y el Ministerio de Salud actual ha hecho gran énfasis de este beneficio. ¿Por qué? Porque del gasto de bolsillo de las personas en salud, que es muy regresivo, el 50 por ciento es en medicamentos.

Entonces, en la medida en que el medicamento no es un producto asegurado -o sea, financiado por el asegurador-, efectivamente, se transforma en una contingencia que arruina a las familias, a las personas, sobre todo en tratamientos crónicos, y donde hay, según opiniones expertas, grados importantes de corrupción o de influencia indebida a todo nivel.

Me parece que la especificidad para el texto constitucional de decir medicamentos o fármacos, y no hablar de mascarillas. Bueno, ¿por qué no hacemos una lista? Fármacos, respiradores, jeringas, insumos, equipos de rayos. El privilegio que ustedes dan a los fármacos en el texto no corresponde a los bienes necesarios para la atención de salud, donde también hay niveles.

En ese sentido, me preocupa no tener una cosa concreta para decir: “este es el plan de salud que garantiza el Estado de Chile para todos los chilenos por igual, independiente de su capacidad de pago; todos tienen derecho a esto”.

Como es en el AUGE: todos tienen derecho a operarse del corazón, todos tienen derecho a operarse de la vesícula; un poco más, un poco menos; pero conceptualmente está ahí, 85 enfermedades, 80 por ciento de la carga de enfermedades.

Cuando esto no se precisa –“por ley el Estado fijará...”- deja abierto el problema al *lobby*, a la influencia y al activismo judicial, por llamarlo de alguna manera, que también es permeable a estas influencias.

En ese contexto, me parece que este derecho debe materializarse por ley. Y tiene que ser el Ministerio de Salud, con su consejo experto -como existe para el AUGE-, para decir: “Sabe, para este tipo de condición de salud, lo pertinente es que se haga una cirugía antes de 30 días, que se dé tal quimioterapia...” Como son las guías clínicas del AUGE, que son obligatorias, perentorias y entregables por gratuidad o por financiamiento importante, casi absoluto, de los seguros.

Resumiendo, creo que plasmar un fármaco como un ítem específico dentro de la Constitución no es proporcionado. Es mucho más alto el gasto que se hace en insumos distintos a este, en equipamientos; un resonador magnético vale entre tres y dos millones de dólares, y por eso los hospitales públicos no los tienen, lo que es una cosa muy grave. Y si se decide incluir materialmente algo -que tendría que tener un largo etcétera, porque mañana será la telemedicina o lo que fuere-, me parece que es un poquito una especificidad innecesaria.

En segundo lugar, hay que proteger que la ley precise qué es lo que el Estado está obligado a garantizar, a través propio y a través de terceros.

El hospital clínico de la Universidad Católica, de la Universidad de Chile, entrega prestaciones garantizadas en el GES. Los pacientes Fonasa van para allá, tienen una garantía de financiamiento, el Estado paga. Bien. Pero está documentado en una ley que tiene límites y dice: “Mire, este producto no está, no corresponde que esté y lo vamos a revisar”.

Todos los años revisamos si vale la pena incorporarlo, costo-beneficio o no, y eso hace bajar los precios, de manera tal que esté incorporado el paquete farmacéutico, el paquete de insumos, dentro del conjunto de prestaciones incluidas en la ley específica, que, por supuesto, tendrá un aspecto misceláneo, pero ya vamos en 85 enfermedades y nos quedan muy pocas por incluir en el régimen de garantía.



La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Muchas gracias, doctor Mañalich.

Quiero señalarles que, en caso de que se venciera, me autoricen... Quedan cuatro minutos... El Secretario va a revisar la reglamentación, yo autorizó nomás.

El señor **MARIO REBOLLEDO** (Secretario).- Gracias, Presidenta.

El día viernes tiene un régimen distinto, es hasta las 11:00 horas, porque luego comienza la Subcomisión 3.

Entonces, el derecho que les asiste a prorrogar es relativo los días viernes.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Quiero hacer una precisión. Siendo una mujer ciudadana, que escucha a la ciudadanía, se planteó a la Mesa la posibilidad de sesionar ambas comisiones en el mismo horario, y es posible.

Se me había olvidado. Llevé el encargo de cada uno de ustedes.

El señor **MARIO REBOLLEDO** (Secretario).- No hay inconveniente. Gracias, Presidenta.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Tiene la palabra el comisionado Jaime Arancibia.

El señor **JAIME ARANCIBIA**.- Profesor Mañalich, una última pregunta en relación con el mismo tema, pero va a ser más breve, porque ya nos pusimos en la hipótesis.

El texto que se aprobó preliminarmente dice que cada persona tiene derecho a elegir el régimen de salud, sea este estatal o privado. ¿A usted le parece que una ley como la que definí anteriormente queda excluida por esa redacción?

El señor **JAIME MAÑALICH** (expositor).- Primero, quiero -una vez más- precisar que hay una asociación, que es conveniente separar, precisar, entre cotización y elección de sistema.

En ese sentido, lo que más me preocupa hoy es que la prioridad la tiene la libertad de elegir -con ciertos resguardos, cuidados, que no haya abuso ni propaganda indebida- dónde se realiza la prestación. Ese es, para mí, el énfasis fundamental.

Si para cumplir ese objetivo es bueno que haya seguros con cotización público-privada, es un tema que está por verse. De hecho, cuando uno compara, la legislación internacional es extraordinariamente variada; o sea, nadie ha encontrado la manera. Por eso, existe infinidad de sistemas. Hay una evaluación muy interesante de la Biblioteca del Congreso Nacional -que a lo mejor conocen-, de diciembre del año recién pasado, donde compara el derecho a la salud en todas las constituciones.

Hay constituciones mínimas; la española, que tiene un sistema completamente estatal de prestación, etcétera, que dice que el Estado garantizará el debido acceso a las prestaciones salud. Punto final. Y otras que son extensísimas.

Al respecto, creo que estamos en una situación -perdón que lo diga- ciudadana, política, en la que es necesario que ustedes lleguen a buenos acuerdos con poco conflicto ciudadano, sin renunciar a principios, de manera tal que el proceso de esta nueva Constitución sane al país.



En ese sentido, me atrevería decir, respecto de esa pregunta que usted hace, que en este texto constitucional me parece una precisión innecesaria...

El señor **JAIME ARANCIBIA**.- Me queda claro que esa precisión sería innecesaria. Pero, ¿a usted le parece que, dejando la norma tal como está, la libertad de elección del régimen -no dice nada más- permitiría, eventualmente, dictar una ley de esas características?

El señor **JAIME MAÑALICH** (expositor).- Me parece, siempre que se separe el tema cotización de...

El señor **JAIME ARANCIBIA**.- Por lo tanto, no la excluye de la redacción actual.

El señor **JAIME MAÑALICH** (expositor).- No, no, no.

El señor **JAIME ARANCIBIA**.- Perfecto, muchas gracias.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Don Jaime, para efectos de la historia fidedigna de la ley y del debate que hemos tenido, lo que señala don Jaime Mañalich, a propósito de la pregunta que usted señala, es que habría que separarla, justamente para que no impida.

(El invitado responde sin micrófono)

Es importante... Pero la debe separar.

Tiene la palabra el comisionado Alexis Cortés.

El señor **ALEXIS CORTÉS**.- Señora Presidenta, por su intermedio saludo y felicito la exposición del doctor Mañalich.

Quiero ser reiterativo, también, a propósito de la presentación precedente, en que creo que es muy relevante en esta fase escuchar a aquellas autoridades que tienen la experiencia de haber enfrentado, probablemente, el desafío sanitario más importante de nuestro siglo. Además, la experiencia que todos vivimos de haber enfrentado una situación como la pandemia debería reflejarse en una Constitución que se escribe en esas condiciones.

Su intervención fue muy clara al respecto; fue no solo ilustradora, sino iluminadora.

El Estado social y democrático de derecho, entre otras cosas, busca disminuir las brechas en relación con la desigualdad social y precisamente la pandemia mostró, dejó en evidencia, una desigualdad social que era más aguda de lo que creíamos. Por eso es importante evitar la segregación y eso dialoga muy fuertemente con los determinantes sociales que señalaba el doctor Mañalich.

De nuevo, estoy siendo reiterativo. Durante la pandemia estuvimos en la misma tormenta, pero no estuvimos en el mismo barco.

Por eso quiero preguntarle dos cosas. Primero, se refirió a varios determinantes sociales y eso supone también el diálogo e interacción con otros derechos. Hay un derecho que nosotros no hemos abordado y podría ser interesante conocer la opinión del doctor al respecto, que es



el de la alimentación. ¿Cómo puede ser un determinante social que afecte el derecho a la salud y si, eventualmente, sería deseable que eso quedara consagrado?

Por otro lado, me parece muy interesante la perspectiva de abordar el sistema en los términos en los que fue expuesto, que es la conclusión y el mérito de la respuesta chilena a la pandemia: el establecimiento de un sistema que logró movilizar los recursos, tanto del ámbito público como privado, para enfrentar un objetivo claro que era la pandemia del covid.

Mi pregunta sería respecto de esta noción de sistema, que nosotros no explicitamos en la redacción -un aspecto que es perfectible, por lo mismo-, respecto del rol que le cabría al Estado en ese sistema, siempre tomando en cuenta la necesaria apertura que debe tener la norma constitucional sin que eso termine consagrando un solo sistema, solo una concepción del rol del Estado, del papel del Estado.

¿Cómo se equilibra el papel del Estado? ¿Cómo se podría caracterizar en una noción de un sistema que puede, eventualmente, considerar lo público y lo privado al mismo tiempo?

El señor **JAIME MAÑALICH** (expositor).- El rol del Estado, en mi opinión, es garantizar que ocurra. Y si se evidencia que un mejor acceso a la salud puede producir mayor bienestar, ser una palanca de equidad -vuelvo a usar la palabra-, hay que legislar de acuerdo con eso. Pero el rol del Estado debe ser asegurar que ocurra.

Respecto del tema de la alimentación, hoy está tomando enorme vigencia en el mundo de la salud pública lo que se denomina determinantes comerciales de la salud. Por determinantes comerciales, quiero señalar que tenemos industrias que producen, fabrican productos que dañan gravemente la salud de la población, y que, incluso, tributan en niveles que no alcanzan a compensar los daños que ellas mismas producen en la salud.

La industria tabacalera, por poner un ejemplo, recauda impuestos del orden de 2.000 millones de dólares al año, pero la evasión es del orden de 800 millones de dólares por tráfico ilegal de cigarrillos, alentado por la misma industria, y el daño estimado en Chile por tabaco, pagado por todos los chilenos, es del orden de los 3.000 millones de dólares, en cifras gruesas.

En ese sentido, en la Constitución que ustedes discuten hay un acápite que yo encuentro muy interesante -no alcanzo a encontrarlo rápidamente, pero ustedes lo recuerdan-, cuando se señala que cualquier persona podrá hacer una industria o un emprendimiento, siempre que no sea contrario a la salud pública, perdón que me cifre en eso, creo que ahí hay una piedra angular, o sea, usted produce alimentos superelaborados que contribuyen severamente a la obesidad de nuestro país, que es una de las más altas del mundo, con diabetes, muertes, etcétera, y que produce solo para la obesidad una disminución de expectativa de vida de seis años entre quienes tienen el problema de padecerla.

Efectivamente, ahí hay un punto. Esta industria elabora un producto que es contrario a la salud, y en Nueva Zelanda el tabaco se va a prohibir, en 2030 desaparece. Por eso tenemos legislación en las cajetillas, en los impuestos, dentro de los impuestos saludables que está proponiendo, o compensatorios, evidentemente que el tabaco es un objetivo fundamental, además del buen control.

Al respecto, el punto que usted señala, creo que está bien salvaguardado en el sentido de que permite judicializar o reclamar contra una industria y tomar las medidas del caso, sea la fundición Ventanas, sea una industria de alimentos de tabaco, o la que sea, que está haciendo un daño sistemático a la población, y, sobre todo, a los más vulnerables, incluyendo también la industria del narcotráfico, muy relevante y estructurada en realidad como una industria.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS**.- Tiene la palabra el comisionado Flavio Quezada.

El señor **FLAVIO QUEZADA**.- Señora Presidenta, aprovechando la generosidad de nuestro invitado, quiero hacer otras preguntas adicionales.



En consideración a la gran importancia que le dio a los determinantes sociales de la salud, porque una crítica que se ha hecho desde los expertos en derecho ambiental a nuestra propuesta para discutir ahora en particular es que la nomenclatura que se transcribe del texto vigente, sobre el derecho a vivir en un medio ambiente libre de contaminación, sería anticuada y no estaría ajustada a los avances que el constitucionalismo ha dado y al derecho internacional al cual Chile también ha adscrito en esta materia.

Es una crítica que se ha hecho a este primer borrador y en parte se explica porque todo se escribió hace cincuenta años, y esta es una oportunidad para ponernos al día en varias materias, entre ellas, esta.

Dada la importancia que usted le dio a los determinantes sociales, si uno mira Constituciones como la francesa, la portuguesa y la noruega por mencionar solo algunas, y estándares internacionales, resoluciones recientes de Naciones Unidas, algo que estuvo en conversación fue actualizar este derecho de vivir en un medio ambiente libre de contaminación por un derecho a un medio ambiente limpio saludable, equilibrado y sostenible, o un derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado.

Quiero saber si a usted le parecería eso, desde su *expertise* en medicina, aunque sé que no es constitucionalista, sino doctor, si es que esta expresión de ese tipo ayudaría a relevar el punto que usted ha señalado sobre los condicionantes de salud.

No es necesario que lo responda ahora, solo si usted tiene tiempo e interés y sigue siendo igual de generoso.

En las distintas normas que nosotros hemos propuesto ocupamos nomenclaturas distintas; por ejemplo, en alguna ocasión hablamos de salubridad pública, en otra de salud pública, en otro simplemente de salud.

Entonces, con el agudo ojo con el que usted ha leído cada una de nuestras propuestas –no es necesario que me lo responda ahora, porque está en distintas normas–, pero si ve ahí algún problema respecto de estas expresiones que quizás habría que actualizarlas, porque varias expresiones de este borrador en algunos casos es mera transcripción del texto vigente, en otro hay innovación; entonces, creo que hay un problema de uniformar el lenguaje, que me parece importante, a la hora de la discusión en detalle.

En breve, esas dos cosas. Si está de acuerdo, dados los conocimientos de salud que tiene, con actualizar el derecho que hoy se llama vivir en un medio ambiente libre de contaminación, por uno sano y ecológicamente equilibrado, acorde a los estándares médicos que usted conoce.

Lo segundo -si tiene luego tiempo y aprovechándome, como digo, de su generosidad- revisar con ese ojo las distintas nomenclaturas que nosotros ocupamos, si tiene alguna implicancia que quizás nosotros, por no ser médicos, no hemos visto.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Muchas gracias, comisionado Flavio Quezada.

Por un tema reglamentario, tras haberse extendido más allá de las 11:00 horas esta presentación, necesito solicitar la autorización para extender la sesión por unos minutos más.

¿Habría acuerdo para prolongar el funcionamiento de la Subcomisión?

Acordado.

Muchas gracias, señor Secretario, para dejar constancia en el acta.



Doctor Mañalich, han transcurrido once minutos de la duración prevista para esta sesión, de modo que, si usted estima que requiere algunos minutos adicionales, no hay ningún problema; pero también existe la posibilidad de contestar por escrito si tuviera otro compromiso.

Tiene la palabra el doctor Jaime Mañalich.

El señor **JAIME MAÑALICH** (expositor).- Por su intermedio, agradezco sus palabras de consideración; por supuesto, hay tiempo, hay voluntad de poder colaborar en lo que se pueda y de extender el tiempo.

Respecto del fraseo particular del texto constitucional, ofrecería responsablemente revisarlo en concreto y proponer por escrito y enviarlo a la Subcomisión, para decir: “Mire, veo tales y cuales temas”.

En general, la salud pública hace referencia a dos conceptos, a dos preocupaciones. La primera, que es muy contraria al sentido habitual en el que pensamos, que la salud es un tema de poblaciones, de conjunto de personas.

La preocupación de la salud pública son las poblaciones: los que están afectados por el covid, los que están afectados por la vejez, los que están afectados por la hipertensión, o sea, hace énfasis en el manejo poblacional y de allí deriva inmediatamente el tema de los determinantes sociales; es decir, si hay un determinante social que produce en una población determinada un efecto sanitario que, por supuesto, afecta a personas con RUT concreto, a esta, a esta y a esta.

En definitiva, si vamos a Quintero-Puchuncaví, en donde a mí me tocó cambiar una escuela, en fin, y muchas cosas después, uno dice aquí hay un problema de salud pública; o sea, no es el problema de este niño o de esta niña solamente, y eso implica un enfoque. Aquí hay que cambiar esta escuela, hay que cerrar esta refinería, lo que sea.

Lo segundo en lo que hace énfasis culturalmente el concepto de salud pública es la preocupación por los más vulnerables, los más débiles, los que están menos protegidos, de manera tal que efectivamente, a través de un sistema de salud, generar una red de protección para quienes tienen menos capacidad de entendimiento para enfrentar esas enfermedades o esos determinantes sociales.

Respecto del tema ecológico, creo que el desafío que tiene este proceso constitucional es gigantesco, porque este tema no se puede mirar con el espejo retrovisor, vale decir, la especie humana lleva 180.000 años sobre la superficie de la Tierra, pero fuimos expulsados del paraíso en realidad aproximadamente hace un siglo y medio. Pum. ¡Fuera!

Así empezamos esta época que está pensada como una época geológica vinculada a la actividad del hombre, que llamamos Antropoceno. La historia juzgará si es correcto o no, pero estamos en el Antropoceno, o sea en 1.000 años más, cuando no existamos, va a haber una capa geológica que va a dar cuenta de la actividad del ser humano, el carbón, radiación, etcétera.

En ese sentido, me parece, y lo digo con enorme respeto, señora Presidenta, esta perspectiva del desafío ambiental para el ser humano no está enfrentada suficientemente en este proyecto constitucional; vale decir, podrá ser una declaración de intenciones, podrá ser aspiracional; pero tiene que dar una meta que nos permita -después legislativamente, la discusión pública- avanzar en iniciativas que conduzcan a un ambiente que garantice un mejor estado de la salud de las personas.

En tal sentido, simplemente copiar un texto de hace cincuenta años requiere una revisión profunda. No quiero aventurar qué redacción o qué normas podría haber. Pero requiere una visión que algunas constituciones ya mencionan, y los movimientos políticos, sociales; los partidos verdes en el mundo, en fin, dicen que este es un problema gravísimo, del cual tenemos que hacernos cargo.



La señora **ALEJANDRA KRAUSS** (Presidenta).- Muchas gracias, doctor Mañalich.

En nombre de los integrantes de esta Subcomisión, quiero agradecer el tiempo que se dio para que, en su condición de experto, nos ilustrara el debate y la toma de decisiones.

Debo recordar que el lunes vence el plazo para presentar las enmiendas respecto de un texto general que se aprobó, y escuchándolo a usted pareciera ser que debemos volver a mirar.

Muchísimas gracias.

El señor **JAIME MAÑALICH** (expositor).- Señora Presidenta, les agradezco a todos y a todas por estos minutos de conversación. Ha sido muy grato para mí. El desafío que ustedes tienen es gigantesco. Tenemos una situación país que ustedes pueden ayudar a sanar, a mejorar, a que nos reencontremos.

En ese sentido, hago expresión probablemente de toda la ciudadanía en la esperanza que está puesta en ustedes en este proceso. Ojalá que en esta Subcomisión y en el resto lleguen a acuerdos adecuados para caminar en ese proceso –insisto- de verdadera sanación nacional que urgentemente requerimos.

Gracias, Presidenta.

La señora **ALEJANDRA KRAUSS**(Presidenta).- Muchas gracias, don Jaime Mañalich.

Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 11:15 horas.

Por haberse cumplido con el objeto de la presente sesión, ésta se levanta a las 11.50 horas.

Mario Rebolledo Coddou
Secretario de la Subcomisión

Se anexa versión taquigráfica, la que se entiende parte integrante de la presente acta.