



Género y
derechos
ausentes

Tensiones y Silencios en la Reforma de la Salud 2011



Autoras:

María Isabel Matamala Vivaldi
Pamela Eguiguren Bravo
Ximena Díaz Berr

Con la colaboración del Núcleo Técnico del
Observatorio de Equidad de Género en Salud

María Eugenia Calvin Pérez
Sandra Castañeda Martínez
Jennifer Durán Villalón
Patricio Hevia Rivas
Margarita Iglesias Saldaña
José Olavarría Aranguren
Rosa Yáñez Solís

Observatorio de Equidad de Género en Salud 2011

Nuestros especiales agradecimientos a quienes participaron en las entrevistas, importantes insumos para este trabajo:

Oscar Arteaga H., María Soledad Barría I., Lilian Cisternas E., Javiera Corbalán P., Claudio González J., Pablo Rodríguez W., Hernán Sandoval O.

Nuestros agradecimientos al Dr. Julio Suárez, de la Organización Panamericana de la Salud, por nuestras sesiones de trabajo conjuntas para hacer realidad este proyecto.

Esta publicación se realizó gracias al apoyo financiero del Programa de Género, Diversidad y Derechos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, Washington DC.

ISBN: 978-956-345-768-1

Fecha: Noviembre 2011

Edición: Carmen Torres Escudero

Diseño y diagramación: Marcela Passalacqua Frabasile

Impresión: Andros Impresores

Fotografía portada: Pamela Eguiguren Bravo

Contacto: Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Av. Independencia 939, Independencia.

Teléfono: (56-2) 978 6133, Email: observatoriodgenerosalud@gmail.com

Índice

7	Prólogo
9-10	I. Preámbulo. ¿Una reforma “ciega a género”?
11-18	II. Marco de referencia para una reforma que asegure el goce del derecho a buena salud <ul style="list-style-type: none">A. El necesario replanteo de la mirada economicistaB. Los determinantes sociales de la inequidad en saludC. Género, un inequitativo ordenador socialD. Equidad en salud: el camino a la eliminación de las desigualdadesE. Equidad de género: redistribución de derechos, poder y oportunidadesF. Género en las políticas de reforma, para avanzar hacia la igualdad de resultados en salud
19-22	III. Evidencias de desigualdades de género en salud: argumentos para fortalecer la protección social <ul style="list-style-type: none">A. Estado de saludB. Acceso y uso de recursos y servicios de atenciónC. Financiamiento de la atenciónD. Responsabilidades y reconocimiento en el trabajo de producción social de salud
23-26	IV. Justicia de género en salud: sistemas que avanzan hacia la equidad
27-47	V. La propuesta de reforma de la Comisión Presidencial: una mirada crítica desde género y derechos <ul style="list-style-type: none">A. Análisis de los participantes en la Comisión<ul style="list-style-type: none"><i>1. Mandato e intereses detrás de la propuesta</i><i>2. Una Comisión sin participación ni diversidad</i>B. Vacíos y amenazas a la equidad de género en la propuesta<ul style="list-style-type: none"><i>1. Lógica de análisis del sistema</i><i>2. Antecedentes de la situación de salud</i><i>3. La propuesta</i><i>4. Análisis del diagnóstico y propuestas relativas a la salud de trabajadores y trabajadoras</i><i>5. Comentarios finales</i>
	Cuadros - Gráficos
25	Cuadro 1: Tipos de sistemas de salud según valores
26	Cuadro 2: Modelo de financiamiento de los diversos sistemas de salud
13	Gráfico 1: Mecanismos de desigualdad en salud. Modelo de la producción social de la enfermedad
48-52	Bibliografía

Prólogo

Como Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, me complace presentar este nuevo trabajo del Observatorio de Equidad de Género en Salud. Se trata de una mirada desde la perspectiva de género que, tomando como punto de partida la propuesta de Reforma de la Salud realizada por la Comisión Presidencial en 2010, la analiza críticamente e identifica los desafíos que supone alcanzar la equidad en salud. Su análisis va más allá de la propuesta concreta, establece referentes teóricos para su posición y aplica en la propuesta los aspectos centrales en materia de equidad de género. Se hacen visibles las ausencias y se argumenta la necesidad de elaborar las políticas de reforma en salud con base en género y demás determinantes sociales de la salud. Sólo por este camino será posible garantizar políticas más equitativas, con igualdad de resultados en salud, que es lo que, en último término, mide la efectividad de éstas.

En el escenario actual, las evidencias del impacto de las determinaciones sociales en salud exigen un abordaje comprehensivo y una mirada a las estructuras sociales que se refuerzan o generan desde la política pública. Por ello, este documento es un aporte para la discusión que se hace cargo de que género no es una opción para tomar o dejar, instalándolo como un mandato y una urgencia para el real ejercicio de la democracia y del derecho a la salud.

El Observatorio de Equidad de Género en Salud, ejerciendo su rol de vigilancia ciudadana de la política pública, entrega con este documento insumos para el debate de la ciudadanía. Aporta a la identificación y comprensión de las tensiones y silencios que dan cuenta de lo que debe exigirse a la política sanitaria: abordar con equidad las necesidades de salud de mujeres y hombres de nuestra sociedad, lo que implica atención a los riesgos diferenciados; redistribución de poder; aseguramiento de acceso a recursos, prestaciones y decisiones, así como reconocimiento de los aportes a la producción social de salud y empoderamiento de los grupos más vulnerables.

Es deseable que los aportes al conocimiento y las propuestas contenidas en este informe encuentren acogida en los espacios de decisión política, de manera que éstos apliquen voluntad en la materialización de las transformaciones estructurales, institucionales, cognitivas, técnicas y culturales, necesarias para asegurar la igualdad de género en salud.

Cecilia Sepúlveda Carvajal

Decana
Facultad de Medicina
Universidad de Chile



I. Preámbulo. ¿Una reforma “ciega a género”?

La insatisfacción de chilenos y chilenas respecto de la atención de salud en los sistemas existentes, así como sus demandas por mayores esfuerzos gubernamentales para resolver el problema¹ reflejan que ellos y ellas perciben que sus necesidades no están cubiertas, que no ejercen ni gozan su *derecho a la salud*. Tal descontento indica una mayor información y apropiación simbólica de derechos por parte de las personas que integran la sociedad chilena, en buena medida resultante de la ampliación de las tecnologías comunicacionales. Pero también expresa una mayor infelicidad derivada de los impactos del biopoder en sus cuerpos y sus vidas, cada día más insostenibles para su bienestar, en ausencia de una efectiva e invulnerable *protección social*.

Millones de personas con sus expectativas y necesidades no cubiertas requieren, por consiguiente, ser sujetos centrales y protagónicos de la reforma de la salud por sobre cualquier otra consideración. El avance hacia la justicia en materia de salud, si se pretende que sea verdadero, exige que la población levante y debata legítimamente sus demandas y propuestas, en especial los grupos humanos más excluidos, carenciados y con menos poder, como las mujeres, personas adolescentes, adultas mayores, integrantes de los quintiles más bajos, grupos de la diversidad sexual, pueblos originarios. Para asegurarles equidad en salud desde la función garante del Estado, es necesario que se les incorpore en todo el proceso de reforma, desde su diseño hasta el seguimiento y evaluación de su implementación.

El abordaje adecuado de cambios en la política de salud exige identificar y hacerse cargo de las insuficiencias que están generando riesgos y vulnerabilidades a los diferentes grupos de población, así como de los problemas de salud que de ello se derivan, teniendo en cuenta que unas y otros obedecen a determinaciones sociales susceptibles de ser modificadas, y considerando que cuando las políticas sanitarias actúan sobre esas determinaciones su eficiencia y efectividad queda demostrada empíricamente. Las evidencias abundan en el mundo y en Chile. Basta señalar dos ejemplos en la historia de nuestra salud pública. El primero fue el favorable impacto del saneamiento ambiental, ocurrido en nuestro país en el siglo pasado, en la salud de la población –particularmente en los índices de mortalidad infantil–, medida que, además, ilustró un requisito clave: la mejora de la salud poblacional requiere de políticas intersectoriales. El segundo ha sido el notable resultado en el descenso de la mortalidad materna que implicó la regulación de la fecundidad en forma libre, mediante la política de planificación familiar del gobierno de Eduardo Frei Montalva.²

Si una reforma de la salud prioriza exclusivamente la organización sectorial –centrándose en el financiamiento y dando preeminencia a la reparación de la salud individual, sin contar con un marco ético basado en los derechos humanos, sin considerar las causas de fondo de la pérdida de salud poblacional e individual, sin prestar atención a la participación de la ciudadanía ni a la responsabilidad intersectorial en materia de salud–, no cabe duda que esa reforma atisba la realidad por el orificio de la cerradura y efectúa su diagnóstico de partida en forma reduccionista. El cambio hacia una mejora efectiva de la salud de la población tiene como requisito y principio la eliminación de todas las discriminaciones, asunto que exige mirar la realidad con gran angular, abarcando el máximo de información y de consideraciones sociales, políticas, económicas, culturales, jurídico-legales y éticas.

Desde esta perspectiva, es preciso que el proceso de formulación de la política de reforma instale –junto al marco ético de los derechos humanos– el marco político técnico de los *determinantes sociales de la salud*.

¹ Cuadro 3, Informe Comisión Presidencial de Salud, diciembre 2010.

² El problema inmediato a abordar era la alta tasa de mortalidad por aborto; la política –basándose en los avances científico-tecnológicos y en los instrumentos Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y, posteriormente, la Conferencia de Derechos Humanos de Teherán (1968)– hizo posible evitar los embarazos no deseados e imprevistos, causa de fondo del problema señalado.

Sin duda, el determinante estrato socioeconómico de pertenencia —o *clase social*— ha sido el determinante estructural más reconocido y trabajado en salud pública y sobre el cual existe amplio consenso y una vasta evidencia. No obstante, los saltos epistemológicos y el enfoque de derechos han contribuido a ampliar el conocimiento sanitario con la identificación de otros determinantes sociales, tales como género, etnia, edad, entre otros. En la actualidad, no es posible elaborar un diagnóstico de base, capaz de sustentar un cambio profundo de las políticas de salud orientado a la equidad, sin incluir el análisis de estos determinantes estructurales. El determinante *género* será el eje central de nuestro análisis y como, por añadidura, es transversal a otros determinantes estructurales, lo haremos interactuar con éstos.

El Estado chileno ha suscrito consensos y compromisos de la comunidad internacional para aplicar análisis de género a la formulación, aprobación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas.³ La elusión de estas obligaciones no sólo vulnera tales mandatos, sino que ignora las evidencias que a nivel global reafirman las razones por las cuales las políticas de salud deben recoger este imperativo. Evidencias que, más allá del ámbito de la salud, han llevado a la creación de una nueva institucionalidad en el sistema de Naciones Unidas para ocuparse con más poder y recursos en dar respuestas a las desigualdades de género.

Es por ello que preocupa la omisión del marco de determinantes sociales de la salud y del análisis de género en los diagnósticos y propuestas de la Comisión Presidencial de Salud. Esta abstención la lleva a rechazar el avance hacia un sistema de cobertura universal financiado con recursos estatales, a pesar de que reconoce el consenso internacional de sus bondades en materia de equidad en salud, que —obviamente— incluye la reducción de desigualdades entre mujeres y hombres.

Este análisis de la propuesta de reforma de salud de la Comisión Presidencial presenta, en primer término, un marco de los principios y conceptos cuya aplicación a las políticas, a la luz de las experiencias globales, ha refrendado su valor como sustento de logros en materia de reducción o eliminación de desigualdades en salud entre los sexos. En seguida, se fundamenta la opción por sistemas de salud que garanticen el avance hacia la equidad, para, luego, revisar algunas evidencias del estado de salud de la población chilena según sexo, que ilustran acerca de las diferentes necesidades de mujeres y hombres a resolver por las políticas de reforma.

³ Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979), Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (1984), Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belem do Pará", 1994), Convención contra la Delincuencia Organizada Transnacional (2000).

II. Marco de referencia para una reforma que asegure el goce del derecho a buena salud

A. El necesario replanteo de la mirada economicista

La reforma de salud, como toda reforma de políticas, requiere, por una parte, asentarse en principios fundamentales tributarios de la justicia social, tales como la reducción o eliminación de las desigualdades sociales a través de la redistribución de poder y recursos, no discriminación en el ejercicio de derechos y el acceso a servicios, cobertura universal de los servicios y garantías (UNRISD, 2006); por otra parte, es necesario proponer transformaciones en las instituciones del Estado. Es clave, por ende, revisar las bases en que se debe sustentar una política de salud que contribuya a asegurar oportunidades de goce de buena salud para todas y todos quienes habitan este país, que ostenta las mayores estratificaciones sociales y desigualdades entre los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

En este documento se abordan las premisas a tener en cuenta por una política de reforma de la salud que aspire a modificar favorablemente los indicadores que, en la actualidad, reflejan cambios negativos en la salud poblacional, a través de la construcción de equidad, basándose en los aspectos ya señalados. Para ello, se considera el marco teórico, las conclusiones y lecciones comunicadas por la Comisión experta de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), que ha revisado los resultados en salud en diversas regiones del mundo. Esto es, una reforma que proponga centralmente asegurar buena salud a las personas y las comunidades, como contrapartida a las reformas reducidas sólo a una política de financiamiento y de reingeniería institucional supeditada a éste.

La propuesta de reforma de la salud de la Comisión Presidencial –si bien el escenario actual de la reflexión y propuestas en materia de salud pública cuenta con los citados aportes de la OMS que reposicionan el marco de determinantes sociales de la salud– no se diferencia sustantivamente de las situaciones a que aludía en el año 2003 la directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Dra. Mirta Roses, mirando en forma retrospectiva las iniciativas de reforma ocurridas en la década (Roses, 2003):

“A mediados de los 90, la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe iniciaron reformas de sus sistemas de salud y extensión de sus programas de seguridad social. La reforma sectorial formó parte del proceso de reforma del Estado y sus políticas se centraron prioritariamente en cambios institucionales y financieros en los sistemas de salud. Sus ejes centrales han sido la privatización, la descentralización y la separación de funciones entre la provisión y la regulación de los servicios”...

“La característica común en la mayoría de los países ha sido la limitada inserción de la perspectiva de género para abordar temas cruciales como el de los determinantes sociales de salud, el acceso a servicios, el financiamiento y el trabajo y la participación social en salud. La observación actual revela que no es posible seguir insistiendo en el potencial impacto de la reforma sectorial para reducir las inequidades, si las necesidades y condiciones específicas de hombres y mujeres no se toman en cuenta desde el inicio en su diseño, implementación, financiamiento y monitoreo”...

“Aunque en la mayoría de las políticas de reforma se establece la población pobre como grupo prioritario, la ausencia de un análisis desagregado por sexo limita el desarrollo de estrategias eficaces que atiendan a la población según sus necesidades. El sexo también se articula con otras categorías que pueden traer consigo diferentes niveles de vulnerabilidad social como la edad, la etnia, la zona de residencia, entre otras”...

“Cuando se habla de sistemas de salud no sólo se incluye a los establecimientos y redes, sino también a todos los que cumplen una función de provisión de cuidados de salud a las personas ‘sin importar su naturaleza jurídica o económica’. ¿Tiene entonces la mujer, en este marco, la posibilidad de ocupar un lugar mejor?” ...

“Las palabras pueden variar su sentido según como sean aplicadas. Políticas aparentemente neutras como ‘reducción de costos’, ‘eficiencia’ y ‘descentralización’ pueden reflejar (...) profundos sesgos de género, porque implican transferencias de costos de la economía remunerada a la economía basada en el trabajo no pago de las mujeres, que son las principales proveedoras y promotoras del cuidado de salud en el hogar. No cabe duda de que no existe neutralidad de género en las políticas sobre el sector salud. El proceso todavía está abierto. Las políticas que no consideren las desigualdades de género terminarán siendo limitantes, produciendo, perpetuando o exacerbando las desigualdades, en desmedro de la salud de la sociedad y de las generaciones futuras”.

B. Los determinantes sociales de la inequidad en salud

La acción sobre los determinantes sociales de la inequidad en salud es un proceso político que envuelve la movilización de las comunidades y grupos desaventajados, y la responsabilidad del Estado.
OMS, 2010.

12

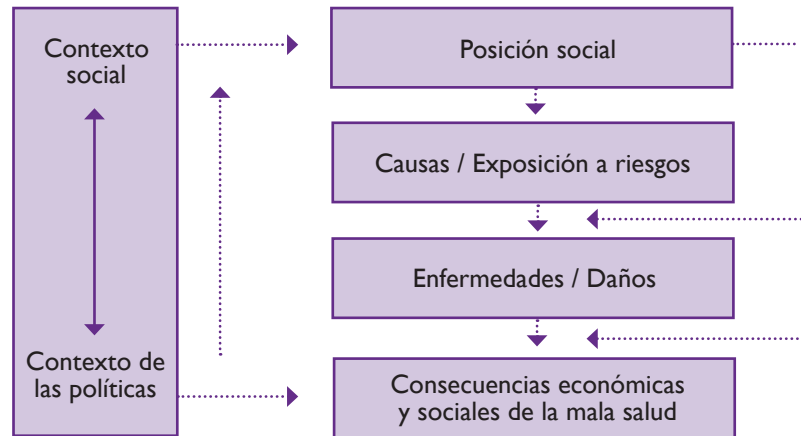
Un país como Chile, con una de las mayores brechas entre quintiles extremos y con la tasa más baja de participación laboral de las mujeres en la región de América Latina y el Caribe; con una de las cifras porcentuales más altas de mujeres mayores de 60 años con limitación de las actividades cotidianas; con baja participación política de mujeres en comparación con los países de la región (OPS/OMS et al., 2009); con alta proporción de violencia contra la mujer y cifras de femicidio que rebasan las muertes maternas (Sernam, s/f; Minsal, s/f); con la más alta proporción de planificación de suicidio en mujeres adolescentes escolares (Minsal et al., 2005); con la más negativa estratificación escolar de la OCDE; y con alta inseguridad en el empleo⁴ necesita respuestas políticas en materia de salud que consideren y aborden los factores sociales que están determinando estas situaciones y su impacto en los perfiles de salud de mujeres y hombres.

Desde Virchow (siglo XIX), los factores determinantes de la salud estuvieron en el debate sanitario, siendo posteriormente considerados por las políticas de los estados de bienestar, retomados en los años ochenta y noventa a partir del denominado *Informe Black* (DHSS, 1980). Luego, serían validados como marco de las políticas públicas de salud de la comunidad internacional por el Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS en el primer lustro del presente siglo. Por tanto, en la actualidad se dispone de un bagaje teórico, de evidencias empíricas construidas a través del mundo, y de herramientas metodológicas que amplían el horizonte y permiten que el proceso de formulación de las políticas públicas en salud se adecuen a la realidad en que viven los ciudadanos y ciudadanas de cada país. Por ello, es imprescindible que cualquier propuesta de reforma de salud que tenga lugar en Chile incorpore los determinantes sociales de la salud como marco de sus decisiones, ya que enfatiza el concepto de “posición social” y la forma en que las diferencias de éstos se encuentran en la base de las inequidades en salud. El modelo de Diderichsen explica los mecanismos de la construcción de desigualdades en salud (OMS, 2010).

El contexto social, que incluye la estructura de la sociedad o las relaciones sociales en la sociedad, crea estratificaciones sociales –basadas en clase social, género, etnicidad, edad– y asigna diferentes posiciones sociales a las personas.

⁴ En Chile, desde 1992 al 2000, mientras el PIB crecía un 7% anual, las asalariadas del quintil más pobre sin contrato de trabajo formal aumentaron de un 29% a un 58%, y aquellas sin cotizaciones previsionales subieron de un 62,7% a un 68,4%, cifras notablemente superiores a las reportadas respecto de los trabajadores hombres (Feres, 2010).

GRÁFICO I. Mecanismos de desigualdad en salud. Modelo de la producción social de la enfermedad (Diderichsen et al., 2001)



El gráfico muestra la manera en que el contexto social y sus estratificaciones instalan a las personas en posiciones sociales diferenciadas, lo que, a la vez, se traduce en diferentes grados de exposición a riesgos de salud y en una diferente vulnerabilidad en lo referido a condiciones de salud y acceso a recursos. Estos mecanismos determinan diferencias respecto de la calidad de salud entre grupos aventajados y desaventajados de la población y, en última instancia, establecen consecuencias económicas y sociales distintas, según el grupo de pertenencia. Estas consecuencias deben incorporarse como base de toda propuesta de cambio orientada a la mejoría de la situación, teniendo presente que las políticas pueden y deben intervenir en forma específica en cada uno de los niveles del modelo de Diderichsen.

El rol de la posición social en la generación de inequidades en salud exige destacar dos conceptos. En primer lugar, el rol central del poder, y, en segundo lugar, la distinción entre las *causas sociales de la salud* y los *factores sociales determinantes de la distribución de estas causas* entre los grupos humanos aventajados y desaventajados, la que define en última instancia los objetivos de las políticas.

Los estratificadores estructurales más importantes y sus indicadores proxy incluyen clase social, género, raza/etnicidad, ingresos, educación y ocupación. La conjunción del contexto, los mecanismos estructurales y la posición resultante de las personas constituyen los “determinantes estructurales”, a los que se denomina “determinantes sociales de las inequidades en salud”. Éstos operan a través de un set de “determinantes intermedios de la salud”: circunstancias materiales (vivienda, calidad del vecindario, consumo, ambiente físico de trabajo); comportamientos y/o factores biológicos (estresores psicosociales, circunstancias de vida y relaciones estresantes, soporte social, nutrición, actividad física, consumo de alcohol y tabaco, factores genéticos); sistema de salud como tal, que incide en forma relevante en temas como el acceso, exposición y vulnerabilidad, acción intersectorial coordinada desde el sector salud y que intermedia las consecuencias diferenciales de la enfermedad en las vidas de las personas.

Las preguntas a formular al proyecto de reforma dicen relación con las políticas a través de las cuales se harán efectivas las redistribuciones de poder, recursos y aseguramiento, así como el goce de derechos para los grupos más desaventajados, de tal manera que el Estado cumpla su función garante en materia de igualdad de resultados en salud.

▼ Este tema parte de una visión de justicia social y equidad. Si no se tiene esta visión, se podrá actuar en algunos determinantes identificados en función de patologías específicas y de manera marginal, pero las grandes políticas de los determinantes sociales tienen que ver con cosas mucho más profundas, las que tienen que ser abordadas desde el punto de vista social y filosófico por gobiernos que tengan miradas amplias; no puede ser abordado desde visiones sectoriales.

Médico, consultor OMS, ex secretario ejecutivo de la Comisión Reforma de la Salud, gobierno de Ricardo Lagos.

C. Género, un inequitativo ordenador social

Si bien los conceptos básicos sexo y género han sido ampliamente difundidos en las últimas décadas, se reiteran aquí para dejar establecidas las bases desde donde parte el análisis que efectúa el Observatorio de Equidad de Género en Salud a la propuesta de reforma.

Sexo, es sabido, refiere a las características de mujeres y hombres que están determinadas biológicamente (genéticas, anatómicas, fisiológicas). Género, en cambio, hace referencia al significado que las sociedades asignan a la diferencia biológica entre los sexos, que se expresa en la construcción social de esferas diferenciadas de actividad masculina y femenina, las cuales institucionalizan asimetrías de poder entre los sexos, convenciones culturales, roles y comportamientos que regulan las relaciones entre mujeres y hombres. Género es relacional, no hace simple referencia a hombres y mujeres por separado, sino a la relación entre los sexos (Women's Health Bureau Health Canada, 2003:8-9). Las relaciones de desigualdad social entre los sexos y el impacto de esta desigualdad en sus vidas constituyen el eje central del análisis de género. La asimetría construida impacta diferenciadamente la calidad de vida de hombres y mujeres, su mayor o menor reconocimiento y valoración social, la toma de decisiones y su acceso a recursos (Gómez, 2002).

Los modelos de masculinidad que se construyen socialmente, y que sitúan al sexo masculino en el lugar de mayor poder de la jerarquía social, tienen consecuencias indeseadas en la salud de los hombres, niños y adultos. En cambio, la mayoría de las mujeres y las niñas, aun cuando los modelos de femineidad las habilitan en las tareas del cuidado, ve deteriorada su salud como resultado del impacto de su ubicación minimizada en la jerarquía social de género, lo que les significa sistemáticas discriminaciones en su acceso a poder, autonomía, prestigio y recursos.

Lo anterior se resume con lucidez en la idea clave de Sir Geoffrey Rose (1992) respecto de la salud de las poblaciones: "La población incorpora en sus cuerpos las vivencias de igualdad y desigualdad y las expresa biológica, psicológica y/o socialmente desde la vida intrauterina hasta la muerte como desigualdades sociales en la salud, según la diversidad de experiencias originadas en los lugares de poder de los grupos a que pertenecen (sexo, clase, etnia, jóvenes). Los factores de riesgo tienden a concentrarse en determinados grupos sociales y geográficos".

D. Equidad en salud: el camino a la eliminación de las desigualdades

Las inequidades sólo pueden ser transformadas cuando se hacen visibles y se actúa para eliminarlas.

Mirta Roses, 2003.

La equidad en salud se refiere a la justicia en la distribución de poder, ejercicio y goce de derechos, recursos, servicios y responsabilidades en salud, eliminando los desequilibrios entre grupos humanos situados en las diferentes jerarquías sociales instaladas en cada sociedad, proceso en el cual las políticas públicas cumplen un papel decisivo. Cualquiera sea la posición social de los diferentes grupos, su estado de salud –medido de acuerdo con los indicadores consensuados– debe ser similar al que ostentan los grupos con mayores ventajas en esa sociedad. Las políticas se encargan de facilitar, a través de acciones redistributivas, que los diversos grupos de personas puedan resolver sus necesidades específicas y alcancen resultados similares en salud. “Cualquier esfuerzo serio por reducir inequidades en salud envolverá cambios en la distribución de poder al interior de la sociedad en beneficio de los grupos con mayores desventajas” (OMS, 2010).

De esta manera, “los resultados finales en salud constituyen la dimensión más importante de la equidad en salud” (Evans et al., 2002) y son el indicador más sensible respecto de la incidencia de las políticas en la mejoría o deterioro de la salud de la población. Iguales resultados, esto es, igualdad en salud, es el horizonte de las políticas de equidad y ratifica la ausencia de discriminación en materia de salud.

▼ En gran medida, los movimientos sociales que estamos viendo hoy se generan por la frustración que se produce al alcanzar niveles crecientes de formación y educación, sin que eso se acompañe de niveles crecientes de incorporación a la vida social, no sólo como una forma de ganarse la vida, sino de participar en el poder, en la toma de decisiones y en encauzar las grandes corrientes de opinión y de acción de la sociedad. En consecuencia, una visión totalmente restringida a los temas de financiamiento, como la de la Comisión Illanes, no va a tener una feliz relación con el tema de los determinantes sociales.

Médico, consultor OMS, ex secretario ejecutivo de la Comisión Reforma de la Salud, gobierno de Ricardo Lagos.

E. Equidad de género: redistribución de derechos, poder y oportunidades

La equidad implica, operacionalmente, la identificación y el abordaje de las diferencias evitables e injustas que existen entre mujeres y hombres como resultado de la asimetría de poder entre los sexos, a través de acciones redistributivas orientadas a restablecer el equilibrio entre éstos.

En lo referido a la jerarquía género, la equidad no significa alcanzar iguales tasas de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino de eliminar las desigualdades posibles de ser remediadas a través de asegurar a unas y otros “oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles” (Gómez, 2002).

En cuanto a la igualdad de acceso a la atención, es necesario garantizar que los recursos de atención se asignen diferencialmente, según las necesidades específicas de mujeres y hombres; que los servicios se reciban de acuerdo con tales necesidades particulares según sexo, y que las eventuales contribuciones financieras no tengan como base la necesidad o riesgo diferencial por sexo, sino la capacidad económica de las personas. Vale señalar que la equidad en materia contributiva estatuye que cada quien debe contribuir según su capacidad económica, no según su riesgo. En todos los países, en promedio, las mujeres tienen menor capacidad de pago que los hombres por su menor participación en el mercado laboral, su mayor desempleo, su concentración en trabajos de baja remuneración y en ocupaciones no cubiertas por la seguridad social (tiempo parcial, sector informal), sus menores remuneraciones por el mismo trabajo que los hombres y la interrupción de su historia laboral por el embarazo y la crianza, razones todas que reducen su carga contributiva.

La mayor utilización objetiva de servicios de salud por parte de las mujeres responde a distintas necesidades, a la diferente socialización y a factores institucionales. Sus funciones reproductivas generan demandas de atención en todas las etapas del ciclo de vida; enferman y sufren más discapacidades que los hombres a través de los años; una alta proporción sufre cotidianamente violencia al interior de su hogar; su mayor longevidad aumenta las probabilidades de verse afectadas por enfermedades crónicas. Asimismo, la socialización de las mujeres en su rol de cuidadoras de otros/as las sensibiliza respecto de la detección precoz de síntomas y prevención de enfermedades, por lo que son más asiduas que los hombres a las consultas preventivas, tanto de ellas como de su grupo familiar. Las instituciones de salud tienden a estimular este rol y a transformarlas en población cautiva que apoya la obtención de metas del sistema en materia de prevención y de cuidado de salud no remunerado al interior de los hogares (crianza, cuidado de familiares discapacitados/as o enfermos/as), y que también es inducida a la medicalización de procesos biológicos.

▼ La propuesta de la Comisión Illanes no identifica necesidades diferenciadas en salud para hombres y mujeres porque, básicamente, es un seguro individual. No hay una lógica social detrás. Las mujeres aparecen seriamente discriminadas, porque, desde el punto de vista individual, la maternidad encarece los costos.

Médica, consultora OPS/OMS, ex ministra de Salud, gobierno de Michelle Bachelet.

En su esfuerzo por ser equitativas, las políticas de reforma de salud necesitan responder, entre otras, a interrogantes como: ¿Cuáles son los actores que están definiendo agendas y tomando decisiones? ¿Está incluida en forma protagónica la sociedad civil en el proceso de formulación y debate, junto con el gobierno, la academia y los actores internacionales? ¿Se ha asegurado la participación de las mujeres en el proceso, en especial las integrantes de los grupos con mayores desventajas? ¿Se están incluyendo medidas para reducir brechas injustas, desventajas y gradientes en salud? ¿Se están considerando los impactos diferenciales de los cambios en los mecanismos de fijación de prioridades, de financiamiento, y organizacionales? (Ravindran, 2002). ¿Se pone atención a los impactos diferenciales de las políticas en las vidas de mujeres y hombres y en mujeres y hombres de distintos grupos sociales (étnicos, nivel socioeconómico, etarios)? ¿Están más o menos protegidas las mujeres de estos grupos con mayores desventajas? ¿Se facilita o se obstruye la utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres? ¿Se está otorgando reconocimiento al trabajo de cuidado de las mujeres en sus hogares mediante redistribución de poder en las decisiones de salud? ¿Se están redistribuyendo las tareas de cuidado no remunerado de la salud entre mujeres y hombres al interior de los grupos familiares? ¿Está el Estado asumiendo su responsabilidad como garante por la provisión, organización y financiamiento de los servicios de salud?

F. Género en las políticas de reforma, para avanzar hacia la igualdad de resultados en salud

Los sistemas de salud “ciegos a género” refuerzan las desigualdades e inequidades en salud en sus políticas y en el cotidiano.
Sarah Payne et al., 2009.

En opinión de los movimientos sociales y organismos internacionales, el modelo de salud que se instaló, y que aun hoy pretende ampliar y profundizar diversas políticas de reforma en materia de salud, repercute en detrimento del acceso de las mujeres y sus dependientes a los servicios. También incide de manera negativa en las condiciones de trabajo de éstas, ya sea en su calidad de trabajadoras remuneradas de ese sector o como proveedoras de cuidados de salud no remunerados en el espacio doméstico, cuando las necesidades de atención no se satisfacen en razón de restricciones financieras del sector. Algunos de los rasgos predominantes de este modelo (UNRISD, 2006), que podemos denominar como “género insensible” o “ciego a género”, son los siguientes:

- Repliegue del Estado al ejercicio de una función con predominio regulador y de orientación de prioridades, con prestación de servicios de salud pública focalizada en los estratos más pobres.
- Liberalización de la prestación clínica privada y las ventas farmacéuticas, y promoción de una “combinación” de proveedores públicos, privados y voluntarios.
- Incremento de contratación, por parte del gobierno, de grupos y empresas independientes para que presten servicios de salud.
- Mayor autonomía administrativa y de financiamiento hospitalario, con un cierto grado de privatización de hospitales.
- Sustitución de los mecanismos de financiamiento de la salud –basados en los impuestos– por el sistema de seguros privados, incluidos los sistemas de seguro por mutualidad.
- Descentralización de los sistemas de salud, a fin de que sea el gobierno local el que los controle.
- Cobros al usuario/a por los servicios de salud, medicamentos e insumos proporcionados por el gobierno y por los servicios de salud de base comunitaria.

Esta identificación de los modelos que, de una u otra forma, generan, mantienen o refuerzan las desigualdades de género, permite estar alertas para desecharlos y, por sobre todo, obliga a efectuar un riguroso análisis de género de las reformas propuestas, proceso que ineludiblemente incluye:

- Identificar las diferencias por sexo en materia de riesgos, vulnerabilidades, resultados en salud y consecuencias, así como en materia de acceso a recursos, servicios y poder de decisión, responsabilidades y compensaciones, visibilizando las desigualdades y desglosando la información, incluso dentro de la familia.

- Precisar las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres en salud a partir de lo anterior, y priorizar en base a éstas para formular adecuadamente las políticas, teniendo presente la afirmación de la OMS acerca de que *“los buenos sistemas de salud identifican y abordan las necesidades diferenciadas”*.
- Considerar a mujeres y hombres como protagonistas en la provisión y el consumo de servicios de salud dentro y fuera de sus hogares. Determinar el grado de equidad en el reconocimiento y retribución que la política otorga a sus contribuciones diferenciadas, lo que implica examinar la interacción entre la economía remunerada y la no remunerada y contribuir al equilibrio de las cargas y compensaciones según sexo.
- Prestar atención al posible impacto diferenciado (financiero, sanitario, exclusiones, protección) de la política de reforma en mujeres y hombres, previendo resultados injustos. Por ejemplo, las políticas económicas del modelo globalmente dominante son erróneamente asumidas como neutras en materia de trato a mujeres y hombres y en materia de resultados en su salud. No se considera que impactan en las brechas según sexo, en las estructuras, en el mayor o menor asistencialismo y en el debilitamiento o fortalecimiento de la protección social y, por consiguiente, en la calidad de vida diferenciada de mujeres y hombres.

Los ámbitos en que se expresan las desigualdades de género en salud y que serán analizados en detalle en los siguientes capítulos son:

- Estado de salud (huella de la mayor o menor equidad sobre los resultados de salud).
- Acceso y uso a recursos y servicios de atención de salud de calidad.
- Financiamiento de la atención (contribución financiera).
- Responsabilidades y reconocimiento en el trabajo de producción social de salud (roles diferenciados por sexo) (Gómez, 2002).

La visibilización de las brechas según sexo y el análisis de género de las mismas en cada uno de estos ámbitos permite construir evidencias de las desigualdades e identificar las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres para darles respuesta y restablecer los equilibrios.

III. Evidencias de desigualdades de género en salud: argumentos para el fortalecimiento de la protección social

A. Estado de salud

Estudios efectuados en México (Lozano, 1997), Perú (Velásquez, 2006), Ecuador (Lozada et al., 1995) y Chile (Concha et al., 1996) evidencian que los hombres tienen mayor carga de enfermedad, principalmente por lesiones, y que las mujeres presentan un predominio de enfermedades crónicas (55% en México, 62% en Perú, 48% en Ecuador, 81% en Chile), lo que refleja una peor calidad de vida femenina.

El estudio de carga de enfermedad 2007 en Chile mostró un impactante vuelco, al arrojar una razón hombre/mujer de 0.95, a diferencia del año 1993, cuando la razón hombre/mujer fue 1.25. La situación requiere estudiar con detención este impacto de las políticas en curso en la salud de las mujeres (Minsal, 2008).

La violencia hacia las mujeres es uno de los mayores problemas a enfrentar para mejorar la salud de éstas y disminuir la desigualdad entre los sexos. La prevalencia de la violencia conyugal en diversas regiones del país asciende a porcentajes totales que fluctúan entre 50% en la Región Metropolitana, 47% en La Araucanía, 48% en la Región de Coquimbo, 43% en la de Antofagasta, 36% en Aysén, 55% en Los Lagos (PNUD, 2010).

La Encuesta Mundial de Salud Escolar aplicada en Chile (Minsal et al., 2005)⁵ reveló que, en adolescentes de ambos sexos, un promedio total de 16% elaboró un plan para suicidarse; sin embargo, en mujeres las cifras alcanzaron hasta un 26,6%, y en algunas regiones más que duplicaron las de los hombres. No obstante, la literatura mundial reitera que, pese a la mayor prevalencia de depresión y de ideación y planificación suicida en mujeres adolescentes, la realización del suicidio es más frecuente en hombres. Para el período 2003-2005, OPS/OMS informó para Chile una tasa bruta de mortalidad por suicidio en el grupo de 15 a 24 años de 19.1 para los hombres y de 4.3 para las mujeres (OPS/OMS et al., 2009).

Las determinaciones de género requieren ser identificadas y analizadas para abordar con mayor efectividad las necesidades diferenciadas e impactar favorablemente las brechas, habida cuenta del deterioro de la salud mental en escolares.

Cabe preguntar a los autores de la propuesta de reforma a la salud, la forma en que se plantea abordar estas necesidades diferenciadas para mitigar o eliminar brechas y gradientes.

B. Acceso y uso de recursos y servicios de atención

Estudios comparativos a nivel de la región de América Latina y el Caribe sostienen que “la inequidad o discriminación por género en el acceso y en la prestación no es usualmente enfrentada por las reformas” (Mesa-Lago, 2005: 36).

Una de las evidencias más notorias al respecto la constituyó, y aún la constituye, las barreras de acceso a la Anticoncepción de Emergencia o “píldora del día después”, cuyas múltiples expresiones se detallan en el documento *La saga de la anticoncepción de emergencia en Chile: avances y desafíos* (Casas, 2008). Hasta ahora, esta situación no ha sido plenamente resuelta, debido a la multiplicidad de factores políticos, ideológicos, religiosos y organizacionales que actúan como barreras. Existe consenso en que el indicador necesidad insatisfecha de anticonceptivos es una sensible medida del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y por consiguiente, de discriminación en salud (Berstein y Edouard, 2007; Kols, 2008).

⁵ Pregunta 44.

En Chile, la falta de acceso a estos servicios por parte de las y los adolescentes ha contribuido a mantener el embarazo de este grupo etario como problema de salud pública. La *Revista Pediatría Electrónica* informaba, el año 2008, de 40.355 recién nacidos/as vivos/as de madres adolescentes, 1.175 de madres menores de 15 años, equivalente a una incidencia de 16,16%. El análisis ponía acento en la distribución del porcentaje de madres adolescentes según nivel socioeconómico, señalando que “en las clases bajas (E y D) el porcentaje era mayor, 29% y 48%, respectivamente, a diferencia de las clases medias (C2 y C3), con 15% y 6%, y de las altas (ABC1) con 2%” (León et al., 2008).

La Encuesta Nacional de la Juventud, citada por OPS en *La salud en las Américas 2007*, informaba que, en el año 2003, el 80,4% de las mujeres entre 15 y 20 años que habían tenido hijos/as no estudiaba al momento de la encuesta, situación que refleja con claridad las consecuencias de las determinaciones sociales de género y estrato socioeconómico en la salud y la vida de estas mujeres (OPS, 2007). Las cifras son elocuentes y requieren ser tomadas en cuenta por las políticas, a la hora de asegurar coberturas y acceso.

Desigualdades como las señaladas llevaron en el año 2006 a que el Secretario General de las Naciones Unidas de entonces, incluyera como una de las cuatro nuevas metas de los Objetivos del Milenio, bajo el ODM5: “Alcanzar el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015” (Annan, 2006, párrafo 24).

A la luz de estos datos, la omisión de análisis de género en la propuesta de reforma aparece como una señal negativa respecto de la eliminación de barreras a la atención de salud reproductiva y de la realización del ODM5 al 2015, en especial en lo referido a la salud reproductiva de adolescentes.

C. Financiamiento de la atención

La equidad en materia de financiamiento implica que cada quien debe aportar según su capacidad económica y no según su riesgo de enfermar o requerir servicios. Ya se ha señalado que en todos los países, en promedio, las mujeres tienen menor capacidad de pago que los hombres porque tienen menor participación en el mercado laboral, mayor desempleo y concentración en trabajos mal remunerados, de tiempo parcial o en el sector informal, no son cubiertas por la seguridad social, y tienen historias laborales interrumpidas por el embarazo y crianza. Cifras recientes entregadas por el PNUD respecto de las trayectorias laborales de hombres y mujeres en Chile, revelan que entre los 20 y 44 años, las mujeres con inserción laboral permanente alcanzan un 32%, mientras que los hombres llegan al 92%; además, señalan que 21% de las mujeres nunca se incorpora al mercado laboral, a diferencia del 1% de los hombres que vive la misma situación. Si bien la brecha salarial entre mujeres y hombres se ha reducido a través del tiempo, en especial en la década 2000-2010, el PNUD informa que en el año 2006 la brecha era de 81% para las mujeres con baja y mediana escolaridad (PNUD, 2010).

Esta menor autonomía económica que afecta a las mujeres incide negativamente en su acceso a una atención integral, especialmente en el sistema de seguros privados. Es el caso de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), sistema no solidario que exige a las personas pagar por la mantención de su salud según el criterio de riesgo. Tal disposición obliga a las mujeres a un mayor desembolso y las hace más propensas a bajar su estándar de vida ante gastos de salud catastróficos, sobre todo cuando se trata de mujeres jefas de hogar. Las primas de los diversos planes de salud que ofrecen estas aseguradoras privadas se fijan a partir de una tabla de dos factores, sexo y edad (Superintendencia de Isapres, 2010), variables que establecen legalmente discriminación a usuarios/as con mayor nivel de

desprotección social, como las mujeres y las personas adultas mayores. Un plan de salud puede costarle a una mujer nueve veces más caro que a un hombre. Y un adulto mayor puede terminar pagando 14 veces por un mismo plan que un joven (Zambra, 2010). Es la forma en que las Isapres compensan los riesgos de su seguro, “ciegas a género”, con prescindencia de la solidaridad y la no discriminación. La injusticia y violación de derechos que entraña esta norma es tan flagrante que los tribunales de justicia siempre han fallado a favor de las personas que han demandado a las Isapres.

En países como Estados Unidos, el modelo no solidario de salud genera una enorme inversión de recursos con escasos resultados relativos, que reflejan ineficiencia. La revista *Health Affairs* informaba un gasto per cápita en salud de 7.500 dólares estadounidenses para el año 2007, valor equivalente a 23 veces el gasto medio por habitante en Argentina, país con buenos indicadores de salud (Tobar, 2007).

Respecto a la inequidad en materia de financiamiento de la atención del parto en las Isapres, en el año 2008 la Superintendencia de Salud reconocía su existencia y afirmaba que “si bien la lógica de funcionamiento del seguro privado de salud de carácter individual no es posible transformarlo en un seguro de tipo solidario, existen instrumentos de regulación que podrían corregir la inequidad de género en la Atención del Parto, como podría ser su incorporación en las Garantías Explícitas de Salud (GES o Plan AUGE), plan de salud de carácter solidario y obligatorio para las Isapres. Esto es posible gracias a la solidaridad en los aportes financieros al existir una prima pareja del AUGE para todas las personas beneficiarias y, por otra parte, por la solidaridad de los riesgos en salud entre mujeres y hombres. Desde un punto de vista legal, no se requiere una nueva ley sino sólo la modificación de un Decreto Supremo, lo que permite un trámite más fácil y expedito” (Superintendencia de Isapres, 2008).

▼ Es preciso entender que la solidaridad no sólo tiene una expresión financiera, porque la creación de un fondo solidario es un mecanismo financiero para generar flujos parejos hacia el sistema público y el privado, pero eso no significa solidaridad. Los fondos que se entregan son para la atención de la enfermedad, no para la salud.

Médico, consultor OMS, ex secretario ejecutivo de la Comisión Reforma de la Salud, gobierno de Ricardo Lagos.

D. Responsabilidades y reconocimiento en el trabajo de producción social de salud

En las familias y en la comunidad las mujeres son quienes, tanto en Chile como en el mundo, efectúan mayoritariamente el trabajo de cuidado no remunerado de salud, como una de las más importantes actividades del trabajo doméstico. La encuesta experimental sobre uso del tiempo, efectuada en la Región Metropolitana por el Instituto Nacional de Estadísticas y el Ministerio de Salud (2007), mostró que en los hogares, en general, el porcentaje de personas que participaban en el cuidado de otros/as integrantes de la familia era superior en mujeres, 32,8%, y minoritario en hombres, 9,1%. Cuando los grupos familiares incluían personas postradas, los porcentajes ascendían a 49,4% en las mujeres y a 17,4% en los hombres.

Las consecuencias que este trabajo de cuidado –asignado culturalmente a las mujeres– tiene sobre las vidas y la salud de quienes lo hacen fueron visibilizadas en la investigación que realizó el Centro de Estudios de la Mujer: abandono del trabajo remunerado, disminución horaria del trabajo remunerado, realización del trabajo remunerado desde la casa, disminución de ingresos, impacto negativo en la promoción laboral y ascensos, imposibilidad de tomar decisiones en forma autónoma, abandono de estudios, pérdida de amigas/os, cese de estudios, escollos para

hacer cosas personales (Medel et al., 2006). Todo ello afecta la calidad de vida y la salud de las personas cuidadoras, en especial su salud mental, según se informa en el estudio de casos que efectuó hace casi una década la OPS y la OMS en Chile (Reca et al., 2002).

El cuidado de otros/as, condicionado por razones demográficas, epidemiológicas, sociales y culturales ha pasado a constituir una de las preocupaciones centrales de las políticas públicas en los países de Europa y Norteamérica.

El inequitativo orden de género que se sustenta en los planos económico, político y cultural y que refuerza en forma permanente esta división sexual del trabajo, plantea la necesidad de realizar intervenciones de política pública que mitiguen la carga de trabajo de las mujeres y que impulsen una efectiva corresponsabilidad en materia del cuidado no remunerado a nivel de la sociedad.

▼ La maternidad es un estado de necesidad en virtud del cual la mujer ve afectada su capacidad para generar ingresos porque está cumpliendo una función social. En este sentido, es completamente inadecuado plantear que la maternidad debe ser cubierta por un arreglo que sólo implica la contribución de las mujeres.

Director Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Las preguntas a formular a los autores de la propuesta de reforma de la salud tienen relación con eventuales transferencias de costos institucionales al ámbito de los hogares, dado que estos costos recaen en el trabajo no remunerado de las mujeres y en el subsecuente desgaste de sus cuerpos. También cabe indagar sobre los mecanismos que se prevén para redistribuir el trabajo de cuidado no remunerado en la sociedad; sobre la resocialización de las masculinidades, a través de la planificación intersectorial con educación y cultura, y acerca de los mecanismos de reconocimiento y retribuciones (en materia de poder, de beneficios sociales o previsionales, y financieras).

En el sector salud las mujeres representan más de dos tercios de los recursos humanos, predominan en puestos de trabajo con menor remuneración, prestigio y poder, y participan menos en las decisiones políticas de salud. Además, en general, los sistemas de salud no responden a sus necesidades, determinadas en gran medida por las condiciones de trabajo, incluido el descontento de la población. No obstante, la propuesta de reforma no incorpora en sus consideraciones una política de recursos humanos que, junto con proteger la salud, la participación y las condiciones de trabajo, asegure la calidad de los servicios de salud.

IV. Justicia de género en salud: sistemas que avanzan hacia la equidad

Es necesario recordar que el fortalecimiento global de modelos de sistemas de salud orientados por el mercado, fue influenciado por el informe del Banco Mundial *Invertir en Salud*, de 1993, en el que se promovían los “paquetes” costo-efectivos, dejando de lado los determinantes sociales de la salud y desintegrando la atención en ese sector. Las políticas orientadas a garantizar el ejercicio de los derechos ya no fueron prioritarias (aunque el concepto de ejercicio de derechos se mantuvo en el discurso de las agendas y en los informes oficiales). Ejemplo de ello fueron las reformas del sector salud aplicadas en los años ochenta y noventa en América Latina y el Caribe, las que no consideraron las necesidades de las poblaciones y dieron prioridad, en cambio, a los intereses de los capitales que habían sido invitados a *invertir en salud* como rentable negocio. En este esquema, las mujeres fueron las más perjudicadas.

Si bien los países de la OCDE avanzaron aceleradamente hacia una cobertura universal de salud con diversos esquemas de mayor o menor participación de los sectores público y privado, en América Latina y el Caribe son escasos los países –Chile es uno de ellos– que alcanzan o casi alcanzan esta cobertura. La tendencia predominante ha sido, por una parte, la instalación de proveedores privados de salud con una lógica de mercado y, por otra, el desmejoramiento y debilitamiento progresivo de los servicios que otorgan los sistemas públicos de salud. En este esquema, las personas se ven empujadas a comprar un *seguro*, cuyo costo es diferenciado según los riesgos de salud que hacen necesaria una mayor o menor demanda de atención por parte de las personas que se “aseguran”. Chile no ha sido ajeno a las presiones en ese sentido, en especial en los últimos años, y es evidente que son éstos los intereses que se perfilan en la actual propuesta de reforma de salud.

Para contraargumentar desde el derecho a la salud y desde bases científicas esta tendencia que navega a contracorriente de la práctica OCDE, es preciso partir del consenso de que la política social busca resolver situaciones de desventaja y vulnerabilidad en el presente inmediato, y que tal política requiere tener carácter de *universal* para que todas las personas que integran una comunidad puedan acceder a ella sin más requisitos que su ciudadanía. Según Machinea (2004), el concepto *universal* implica garantizar a toda la ciudadanía, precisamente en virtud de su condición de tal, determinadas protecciones o *beneficios* fundamentales, necesarios para su participación plena en la sociedad en que viven. El *principio de universalidad* pretende que todos los miembros de la sociedad vivan con la certeza de que ésta les asegura protección social, una calidad de bienestar considerada básica e imprescindible, con el máximo estándar que permita el desarrollo económico en ese momento. Así entendida, la universalidad genera, por añadidura, cohesión social, sentido de pertenencia y, en última instancia, consenso social, materializando el concepto de ciudadanía y los derechos sociales constitucionales, en especial salud, educación, seguridad social, vivienda.

La falta de universalidad, como ya se ha enunciado, afecta principalmente a las personas más pobres, sector en el que están sobrerrepresentadas las mujeres. Por esta razón, si bien la focalización o selectividad no debe ser el objetivo de la política social, en ocasiones puede constituir un instrumento optativo que, bien aplicado, permite hacer más inclusiva y eficaz la universalización de los programas sociales.

Si se consideran las desventajas de las mujeres en materia de distribución de poder y recursos, es evidente que los sistemas de salud capaces de responder a sus necesidades diferenciadas deben ser solidarios, universalistas, capaces de asegurar el pleno acceso y el avance hacia la equidad de género, estrato socioeconómico y etnia, y en los cuales la toma de decisiones se efectúe en forma participativa e inclusiva. Es necesario contar con sistemas de salud que prioricen la Atención Primaria en Salud (APS) como clave para llegar a la

comunidad, impactar los determinantes sociales de la salud con acciones intersectoriales, asegurar la efectiva participación ciudadana en salud, mejorar el acceso y uso de los servicios y otorgar prestaciones integrales, disminuyendo o erradicando –a través de ellas– las disparidades y mejorando los resultados de salud. Además, requieren identificar aquellos aspectos que refuerzan u originan nuevas disparidades de género y producir herramientas para erradicarlas (por ejemplo, presupuestos de género).

En materia de salud y sistemas de salud, CEPAL (2006) considera necesario revisar las agendas de reforma para avanzar en la consolidación de *modelos solidarios*. Reconoce que para mejorar sustancialmente la salud de la población se requieren respuestas intersectoriales más allá de los límites del sector salud, que incluyan vivienda, seguridad alimentaria, infraestructura, agua potable y saneamiento, entre otras. Plantea también transformaciones en la organización, financiamiento y prestación de los servicios de salud, sugiriendo un conjunto de medidas que incluyen la integración del financiamiento público y de la seguridad social, la separación de funciones entre financiamiento y prestación, la universalización de un conjunto de prestaciones prioritarias, de ampliación progresiva en función de las posibilidades de recursos en cada país, y la expansión de modelos de atención que, como la atención primaria, posibiliten el acceso y la expansión de la cobertura.

La Organización Internacional del Trabajo agrega a lo anterior un sistema de gobernanza que apoye el papel del Estado y garantice la participación de los distintos actores sociales –incluidos proveedores, aseguradores y usuarios– en el funcionamiento del sistema. El fin último que postula es “lograr la cobertura universal de la protección social en salud, definida como el acceso efectivo a una asistencia médica de calidad adecuada y la protección financiera en caso de enfermedad” (OIT, 2007). Desde esa mirada, la protección social no se considera como estrategia de asistencia a los pobres para permitirles superar los riesgos económicos que impiden su participación en el mercado, ni tampoco como aporte al capital humano que produce beneficios económicos. Lejos de ello, su enfoque de protección social de la salud se fundamenta en los derechos humanos a la salud y a la seguridad social, así como en su relación con los derechos al trabajo.

De acuerdo con la OPS, la protección social universal en salud es la garantía que la sociedad otorga, *por conducto de los poderes públicos*, para que una persona, o grupo de personas, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago⁶ constituya un factor restrictivo. Así definida, no es una función asistencial sino un derecho exigible por la ciudadanía y de obligatoria garantía por parte del Estado, que debe cumplir tres condiciones:

- Garantizar el acceso a los servicios, eliminando las barreras económicas, sociales, geográficas y culturales de la estructura del sistema de salud y aquellas relacionadas con los determinantes estructurales de la salud, tales como las discriminaciones basadas en género, clase social y etnia.
- Garantizar la solidaridad en el financiamiento y la seguridad financiera de los hogares.
- Asegurar la atención con dignidad, con respeto por la diversidad, calidad y calidez.

La ausencia de una o más de estas dimensiones determina alguna forma de exclusión en salud, entendida como “la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan” (Rodríguez, 2011).

⁶ Considera salarios, patrimonio y consumo.

CUADRO I. Tipos de sistemas de salud según valores

Valores	Asistencial	Seguro Social	Universalista	Seguro privado
Solidaridad	Caritativa	Mecánica ^(a)	Orgánica ^(b)	(-)
Equidad	Regresiva	Horizontal	Vertical ^(c)	Horizontal ^(d)
Efectividad	Media	Alta	Muy alta	Media
Universalidad	Focalizada	Muy amplia	Máxima	Mínima

Fuente: González y Tobar, 2004.

(a): Solidaridad entre iguales, sin diferenciación. (b): Solidaridad entre desiguales, por consenso.

(c): Equidad entre iguales. (d): Equidad entre desiguales

El cuadro superior compara las características de los diversos sistemas que actualmente se aplican en los países, de acuerdo con los valores de solidaridad, equidad, efectividad y universalidad. Se constata que los sistemas universalistas son los que, en mayor medida, responden a las necesidades diferenciadas de las mujeres y de los demás grupos desaventajados de la sociedad (personas adolescentes, adultas mayores, discapacitadas, integrantes de pueblos originarios, inmigrantes).

En una línea de avance en esa dirección, el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC) y la OPS han desarrollado una iniciativa, desde el año 2003, cuyo propósito es la extensión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe y que busca renovar la visión de las políticas de salud, asignando importancia central a la superación de las condiciones de exclusión e inequidad en el acceso y uso de los servicios de salud. Se consideró necesario el replanteo de la protección social para encarar los bajos resultados en acceso universal, atención equitativa, salud pública y participación social de los sistemas de salud, como consecuencia del enfoque economicista de las reformas de los años noventa, las cuales enfatizaron aspectos de eficiencia en detrimento de la equidad y la calidad. Esta experiencia ha reforzado las evidencias acerca de las limitaciones de esa orientación con predominio económico y ha instalado como imperativo el desarrollo de sistemas de protección social, universales y con protagonismo ciudadano que hagan realidad la *garantía del derecho a la salud* (Rodríguez, 2011).

Los sistemas de Cobertura Universal (CU) de salud se caracterizan por incorporar la salud como un derecho, en los que el *Estado cumple un rol muy activo como garante protector de derechos*, el acceso a la atención es equitativo, garantizado y financiado con recursos públicos (impuestos) y contribuciones, son participativos y eliminan la discriminación (Payne, 2009).

Es importante reiterar que la APS requiere ser el eje estructurante fundamental que –mediante la promoción, prevención, acceso a cuidados y tratamientos– impacta en los resultados de salud de mujeres y hombres, al mismo tiempo que favorece el empoderamiento de la ciudadanía, especialmente de los grupos más excluidos.

Para ser sostenible, es indispensable que la cobertura universal considere los aspectos fuerza de trabajo, servicios, información, financiamiento, entre otros, todo lo cual supone cambios en los modelos de aseguramiento y en los sistemas de prestación de servicios. Especial atención en estos sistemas requieren el papel del Estado y el financiamiento. El cuadro siguiente compara modelos e ilustra acerca de los alcances y limitaciones de las diversas opciones.

CUADRO 2. Modelo de financiamiento de los diversos sistemas de salud

Sector de la población	Modelo asistencialista	Modelo seguro social	Modelo universalista	Modelo seguro privado
Carenciado, desempleado	Recursos fiscales y donaciones	Sin recursos definidos	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Sin recursos definidos
Trabajador formal y clase media		Contribuciones sociales basadas en salarios	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Pago directo de las primas

Fuente: Adaptado de Médici (1994) por Tobar (2005).

Vale traer a la memoria la opinión entregada recientemente por un ex presidente,⁷ quien, entre los tres grandes temas a tener presentes en el diseño del futuro como país, reconocía la equidad de género como uno de ellos. Señalaba que en el gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010) las políticas de promoción de la equidad de género no se habían agotado, razón por la cual era preciso mantener el tema como guía de reflexión y proceder. La reforma de la salud es una gran oportunidad para que el actual gobierno continúe avanzando en esa dirección.

⁷ Ricardo Lagos Escobar (2000-2006), 11 de abril 2011, diario electrónico El Mostrador.

V. La propuesta de reforma de la Comisión Presidencial: una mirada crítica desde género y derechos

Como ya se ha planteado en el marco conceptual al inicio de este documento, el análisis desde la perspectiva de género, o análisis de sexo-género (ASG), en el campo de la salud responde al reconocimiento del género como un determinante social de la salud. El ASG no sólo tiene como premisa identificar las desigualdades de género y explicarlas desde la estructura social, política, económica y cultural, sino también determinar los cursos alternativos de acción, es decir, políticas y programas conducentes a eliminar o desarticular esos mecanismos estructurales de construcción de desigualdad basados en el sexo (condición desfavorable por definición, aunque no exclusivamente, al sexo femenino) (Gómez, 2010). Una cuestión fundamental en el método del ASG es que operacionaliza la exigencia de considerar no sólo las necesidades prácticas que devienen de las relaciones de género, sino, de manera fundamental, los requerimientos estratégicos para cambiar la situación. Un paso estratégico integrado en este método consiste en garantizar en el proceso de diseño de las políticas la participación de los/as afectados/as, particularmente, dados los desbalances que conocemos, la participación de las mujeres.

Junto con el marco de determinantes sociales, cuya lectura está ya instalada, es importante recordar que también se articula en esta discusión el enfoque de derechos humanos, en el que la no discriminación entre los sexos es un principio básico. Desde este reconocimiento, las desigualdades entre hombres y mujeres para el goce pleno de la salud, en sus diferentes dimensiones, interpela a los gobiernos que han suscrito, a través de diferentes instrumentos, el compromiso de diagnosticar y actuar sobre esas desigualdades. Una de esas herramientas es la transversalización de género en la institucionalidad del Estado. El ASG es parte de ello y está incorporado en las recomendaciones de Naciones Unidas para la formulación de políticas y programas de salud.

▼ La propuesta carece del abordaje de los determinantes sociales de la salud. La propuesta se centra en cómo el país “soluciona” los problemas de financiamiento que tiene la salud pública, e incluso de la salud en general, porque, por una parte, están los “derechos” de las personas de Isapres y, por otra, los “derechos” de los usuarios de Fonasa. Si se aplica la mirada de derechos al planteamiento de la propuesta, obviamente los determinantes sociales de la salud no están, como tampoco está el determinante género.

Dirigenta de organización de profesionales de la salud.

Al referirnos a procesos de reforma del sistema de salud, hablamos de escasas ventanas de oportunidad en las que es posible modificar la estructura del sistema, o parte de ella, teniendo como horizonte el bienestar de toda la población. Considerando que el género es un determinante social de carácter estructural que condiciona distintas oportunidades, necesidades e impactos dentro del sistema, cualquier propuesta de reforma requiere del análisis de género. El ASG, como herramienta, hace posible la comprensión y valoración de políticas y estrategias que identifican y abordan las necesidades e impactos diferenciales en la salud de mujeres y hombres. Si el análisis de género no está presente y no se develan esos procesos, las brechas de desigualdad entre ambos se profundizan.

En la propuesta de reforma analizada, la perspectiva de género está ausente, por lo que se puede asumir que sus autores pretenden la existencia de “neutralidad” desde el punto de vista de género o, como suele plantearse, que género “no aplica”. Sin embargo, es un hecho reconocido que la neutralidad en esta materia no existe, y que, respecto de las brechas de sexo/género, se está lejos de la inocuidad si se camina a ciegas. Como ya se ha dicho, en esta

supuesta neutralidad lo que realmente subyace es la naturalización de la discriminación; no reconocerlo hace imposible avanzar y oculta sus consecuencias.

Lo anterior forma parte de una ausencia amplia en esta propuesta. No hay una sola referencia a la existencia de determinantes sociales de la salud, que ponen a las personas frente a las medidas propuestas en evidentes condiciones de desigualdad. No se analiza de qué manera los cambios en el sistema propuesto podrán interactuar con la desigualdad estructural frente a la exposición, vulnerabilidad y consecuencias de los problemas de salud. ¿Cómo el sistema recoge la necesidad de solidaridad del sistema para responder a las mayores necesidades de protección y asistencia de la población más vulnerable?

A continuación, el análisis se focaliza en la propuesta de mayoría, comenzando con los aspectos generales de la propuesta, abordando luego la reforma financiera, con la creación de las Entidades de la Seguridad Social en Salud (ESSS), y terminando con un análisis específico sobre las medidas relacionadas con salud de los/as trabajadores/as.

A. Análisis de los participantes en la Comisión

La propuesta de la Comisión Presidencial, más allá de sumar un conjunto de medidas, opinables cada una en sus posibles impactos sobre la equidad de género, tiene una estructura que devela una lógica y una visión de la realidad que debe ser analizada.

1. Mandato e intereses detrás de la propuesta

La propuesta de reforma responde a un mandato presidencial que solicita avances para una “... propuesta de ley (...) que se haga cargo de las necesarias modernizaciones en políticas de salud, que sean coherentes con el progreso médico, el debido acceso a la atención, el perfil demográfico y epidemiológico y la disponibilidad de recursos siempre escasos” (pág. 2).

Los requisitos para esta propuesta, contenidos en este mandato, son expresados como:

“(...) que configure un plan garantizado de salud que incluya como mínimo el Plan Auge y las patologías y condiciones que en el futuro se le incorporen, las prestaciones contenidas en el arancel codificado por Fonasa y acciones preventivas de demostrado éxito para evitar enfermedades o contribuir a su diagnóstico precoz”.

“(...) “revisar el mecanismo de acceso y financiamiento del Subsidio de Incapacidad Laboral o Licencia Médica” (pág. 3).

Este mandato, a lo menos en su primer punto, se centra en el acceso a prestaciones, no quedando claro en qué medida lo que se solicita difiere de lo que actualmente existe. La propuesta que surge de la Comisión es fundamentalmente una reforma financiera y, a un año de su conformación, sólo se ha presentado en esta materia un proyecto de ley denominado “Ley corta de Isapres”. Tanto el discurso que acompañó los debates en la presentación de la propuesta, así como de este proyecto de ley, nos llevan a afirmar que una motivación principal para el planteamiento de la Comisión Presidencial fue la crisis del sistema de financiamiento de un actor central del sistema privado: las Isapres. El detonante de esta crisis, y que se menciona en la presentación del documento, lo constituye la imposibilidad de las Isapres de continuar ajustando los precios de sus planes de salud por factores de riesgo asociados a la edad y sexo de sus afiliados, sobre la base de la mayor frecuencia de uso de las prestaciones de salud y su complejidad.

▼ Desde la aparición de las Isapres se rompe una cuestión que es esencial en cualquier sistema de seguridad social: la desvinculación entre el riesgo individual y la contribución de cada individuo.

Director Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

“Las dificultades que han enfrentado las Isapre se relacionan con el fuerte incremento de los costos, sin que se haya encontrado un mecanismo de reajuste de los precios validado por la sociedad” (pág. 2). Esta última aseveración de la Comisión resulta hoy más que cuestionable a la luz de la creciente rentabilidad declarada por las Isapres para el año 2010. La actual crisis del sistema pone de manifiesto, más que dificultades para validar mecanismos de reajuste, la ilegitimidad de la lógica del mercado y lucro en la salud. Lo grave de la situación, y de lo que hay que hacerse cargo, es que este subsistema tiene mecanismos de financiamiento que forman parte del sistema de seguridad social, y que las Isapres son, en realidad, entidades privadas con fines de lucro.

Históricamente, este mecanismo de factores de riesgo ha significado una carga económica mayor a sectores particularmente vulnerables, como los/as niños/as, adultos/as mayores y mujeres en edad fértil. En los últimos años, y de manera creciente, ciudadanos/as afiliados/as a las Isapres, han presentado demandas ante la justicia por cobros ilegítimos.⁸ Esta constatación llevó a una presentación ante el Tribunal Constitucional, impugnando el mecanismo de ajuste utilizado por las Isapres, basado en la aplicación de las llamadas Tablas de Riesgo. El fallo del Tribunal Constitucional finalmente dio razón a la ciudadanía, reconociendo que el uso de este mecanismo es discriminatorio y vulnera derechos fundamentales de las personas, tales como la dignidad humana, igualdad ante la ley, igualdad entre hombres y mujeres, protección de la salud y derecho a la seguridad social.

“Se introducen diferencias que no tienen una justificación racional. El Estado no está cumpliendo con su deber de asegurar el acceso a las prestaciones de salud ni de asegurar el otorgamiento de prestaciones básicas y uniformes” (Marisol Peña, Ministra del Tribunal Constitucional).⁹

Estas señales no son las primeras en dar cuenta de una crisis, pero sí las primeras que redirigen su impacto desde los y las afiliadas hasta el corazón del sistema. Ya se venía observando que grupos vulnerables eran expelidos del sistema privado hacia el sistema público, después de haber agotado en él sus posibilidades de rentabilidad, comenzando a tener riesgos mayores que su capacidad de contribuir económicamente. La crisis explota por la falta de solidaridad del sistema privado, una evidencia más de que la salud no es un bien individual ni obedece a las leyes del mercado.

Resulta pertinente señalar que muchas de las personas para las cuales el aseguramiento privado nunca ha sido una opción son mujeres, uno de los grupos vulnerables más discriminados por ese sistema (OPS/OMS, 2002). Desde el punto de vista de género existen múltiples argumentos que avalan el hecho de que el sistema privado, tanto en el aseguramiento en salud como en la provisión de servicios, no favorece la equidad de género; por el contrario, instala mecanismos que agravan las brechas (Wilson y Howard, 2000). Sin embargo, estos argumentos no están presentes en el documento de la Comisión ni gravitan en las propuestas planteadas.

2. Una Comisión sin participación ni diversidad

“(…) que se haga cargo de las necesarias modernizaciones en políticas de salud, que sean coherentes con el progreso médico, el debido acceso a la atención, el perfil demográfico y epidemiológico” (pág. 2).

⁸ El documento aporta cifras, pero no desagregadas según sexo.

⁹ Ver: <http://noticias.universia.cl/vida-universitaria/noticia/2010/09/28/508508/analizan-fallo-tribunal-constitucional-respecto-ley-isapres.html>

El mandato presidencial hace referencia a la consideración del perfil epidemiológico, y hay sólidas evidencias para afirmar que no es posible concluir sobre la salud de las poblaciones ignorando la diversidad y las desigualdades que esconden cifras no desagregadas (Haworth-Brockman e Isfeld, 2010; Grant, 2000). Sin embargo, en la propuesta no se aprecia intento alguno por salir de una visión general, que, por serlo, resulta restringida y superficial como base para una propuesta que debe alcanzar esa diversidad, ya que una reforma del sistema afecta, y de un modo diferente, a un sinnúmero de grupos que componen nuestra sociedad.

“(...) el sistema de salud chileno se compone de numerosos elementos estrechamente relacionados entre sí, como ocurre con todos los sistemas de salud, y no es posible modificar un aspecto aislado, sea estructural o funcional, sin alterar el funcionamiento de todos los demás (...). Si se plantea modificar, por ejemplo, el financiamiento de los seguros privados, necesariamente habrán consecuencias que se sentirán en el asegurador público, en la conducta de los trabajadores asegurados y en los hospitales públicos y clínicas privadas (...)” (pág. 4).

Cuando los autores de la propuesta hablan sobre las complejidades que, en términos generales, tiene llevar a cabo una reforma del sistema, hacen alusión a las interrelaciones que implican que cualquier modificación de uno de sus componentes afecte a otros elementos y actores. Este enunciado no va más allá del reconocimiento de la existencia de esos actores en la estructura del sistema, pues no hay alusión a los impactos diferenciados que ocurren al interior de grandes grupos de quienes “habitan” el sistema como “asegurados y trabajadores”. No se visualiza el sexo ni la edad, y menos la etnia, como trazadores para un análisis más nítido de la propuesta de reforma al sistema y sus posibles impactos.

▼ Es insólito que existiendo en Chile académicas excelentes, ninguna haya sido considerada y que sólo un grupo de hombres, en su mayoría relacionados con los ámbitos de la salud privada, se arrogaran el derecho a representarnos a todos y todas. En esas condiciones, era casi imposible esperar que se contara con un abordaje integral que identificara necesidades diversas y diferenciadas.

Dirigenta organización médicos/las de atención primaria.

Esta perspectiva poco reconocedora de la diversidad y las diferencias se suma al perfil de quienes participan en la Comisión proponente, a nuestro juicio muy homogénea y poco representativa.

Si se analiza la representatividad de género, nos encontramos con una comisión masculina, con 13 hombres de un total de 13 expertos convocados. Recordemos que la participación de la ciudadanía, y de las mujeres en particular, es un requisito fundamental en el diseño de políticas públicas que aseguren mayor equidad de género (Dyner, 2011).

Si, por otra parte, se observan las experiencias que los integrantes tienen en el sistema de salud, se constata que ninguno de ellos es usuario del sistema público y que sus trayectorias laborales están vinculadas al sistema privado, desde posiciones de poder y desde los intereses económicos.

La visión de los autores de la propuesta está cruzada, entonces, por la experiencia del ámbito privado. Desde allí se establece una apreciación sesgada del sistema de salud, y especialmente de la salud de las mujeres (en la medida en que ese sistema no se concibe la reproducción como un bien social) y parte de la base de un enfoque de riesgo que considera a las mujeres como susceptibles de un mayor número de “siniestros de salud”. De acuerdo

con Fonasa, un 79,67% de las mujeres en nuestro país son usuarias del sistema público y ellas constituyen, además, la fuerza laboral principal en el sistema de salud en general, y en el público, en particular.

Cabe recordar que en el sistema político de representación en Chile, la opinión y participación de las mujeres está mediada por una escasa representación parlamentaria y municipal, que ronda el 12%. No hay al interior de los partidos niveles de poder e influencia similares para ambos géneros, lo cual es una desventaja y un obstáculo para la construcción de opinión y agenda pública con la experiencia de las mujeres en el sistema de salud. Sin duda, un tema en la construcción democrática del país es la necesidad de ampliar la participación de la ciudadanía, mujeres y hombres, en materia de políticas públicas.

Antes de la amplia socialización de la propuesta de reforma de salud, se convocó a algunos espacios para recibir los planteamientos de representantes de algunas instituciones u organizaciones. Del análisis de esta participación se concluye nuevamente una marcada participación masculina. Por otra parte, aunque se registró la participación de algunos miembros de organizaciones de la sociedad civil, altamente calificados, sus aportes no fueron considerados, lo que ocasionó públicas reacciones.¹⁰

No es menor que en la gestación de una propuesta de reforma como ésta no se cuente con una participación amplia, pues en un sistema democrático es la participación la que otorga legitimidad y permite la instalación de los cambios.

B. Vacíos y amenazas a la equidad de género en la propuesta

I. Lógica de análisis del sistema

“Los ajustes, anexos y complementos que se han ido agregando se han hecho de acuerdo a las visiones predominantes en esos momentos y, como consecuencia, hoy el sistema se compone de subsistemas que están contruidos sobre bases filosóficas diferentes” (pág. 11).

“En una somera descripción de la estructura de un sistema de salud, al menos cabe distinguir tres estratos: el del financiamiento, que involucra a los trabajadores y al Estado; el de los seguros, que en Chile son en la actualidad tanto privados como públicos; y el de los prestadores, que incluye a médicos, hospitales, clínicas y otros, que también pueden dividirse en privados y públicos” (pág. 4).

A pesar de que en el documento se alude a dos bases filosóficas distintas en la construcción de nuestro sistema de salud, esta forma de entender el sistema no se hace cargo de las lógicas distintas que coexisten en ambos sistemas, público y privado, las que, desde el punto de vista de género tienen distintas consecuencias. El hecho de que estos elementos (financiamiento, seguros y prestadores) sean vistos como componentes de un mismo sistema desdibuja diferencias fundamentales a la hora de evaluar las alternativas y transparentar en cuál de las dos lógicas pretende avanzar la propuesta.

“Por esta razón, no caben revoluciones sanitarias que cambien todo en un solo paso, sino que se requieran años para alcanzar un cambio global. En el intertanto, sólo se puede avanzar gradualmente, construyendo un consenso político en las metas finales de largo plazo y poniendo en marcha cambios graduales que aborden los problemas más acuciantes” (pág. 5).

¹⁰ Por ejemplo, carta pública de Mario Parada, salubrista de la Universidad de Valparaíso y coordinador de ALAMES-Chile.

¿Cuál es el cambio que se quiere alcanzar?

¿Cuáles son los consensos de largo plazo y quiénes los están construyendo?

a. Insatisfacción ciudadana y perfil demográfico y epidemiológico

“El sistema chileno de atención de salud requiere de cambios profundos para modificar las impresiones negativas y la inquietud ciudadana respecto de la atención que podrían recibir en caso de contraer una enfermedad” (pág. 12).

Esta aseveración resulta demasiado simple, tanto como argumento para una reforma como para la complejidad que se vislumbra detrás de la valoración ciudadana de las prioridades para el Estado. ¿Qué significa que la ciudadanía considere los problemas de salud prioritarios en el marco de las urgencias para el gobierno? Por una parte, hay expertos/as que sostienen que mientras más conciencia tiene la ciudadanía de su derecho a la salud, mayores serán sus demandas y expectativas; por otra parte, en una población como la nuestra, que está envejeciendo, es esperable que el tema de la salud se mantenga alto en la prioridad y expectativas. No hay información desagregada por grupo de edad y sexo, ni contenidos que puedan ser analizados en mayor profundidad. Tampoco se distingue en cuál de los dos tipos de sistema de salud (público o privado) está afiliado/a quien responde. Sobre todo, no se aporta información del contenido de las expectativas contenidas en esta demanda y menos de lo que la ciudadanía espera de una reforma del sistema.

Si complementamos este punto con lo recogido por la Primera Encuesta Nacional de Derechos Humanos, realizada en marzo de este año por el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH, 2011), este análisis adquiere otra dimensión, la que debería tenerse presente a la hora de evaluar la dirección de esos cambios profundos que se proponen. Un 85% de la población está de acuerdo con la afirmación “en Chile, el derecho a una atención de calidad en salud depende de cuánto puedes pagar”, mientras un 46,6% de la población se manifiesta en desacuerdo con la afirmación “en nuestro país se protege el derecho a la salud y el bienestar”.

▼ Al mismo tiempo, existe la percepción de los usuarios de la mala calidad de la atención primaria, basada fundamentalmente en la falta de información. No se ha explicado sobre la insuficiencia del financiamiento para cumplir con metas sanitarias, en el marco de un modelo familiar que no se implementa del todo.

Dirigenta de organización social territorial.

En ese mismo sentido, cuando se compara la insatisfacción de usuarios/as de los sistemas de salud de diferentes países, y se sostiene la globalidad de este fenómeno, no se puede sino sospechar que las motivaciones de ese descontento tienen distinto origen en cada contexto (pág. 5). Por ejemplo, el aumento en el descontento de la población de Canadá, con un histórico Estado benefactor y bien instalado sistema de protección social, debe tener un contenido distinto de lo que puede suceder en Estados Unidos, país que no tiene un sistema de protección social en salud liderado por el Estado.

“Existen otros antecedentes de carácter demográficos y epidemiológicos, que aconsejan iniciar cuanto antes una reforma. Las cifras revelan que nuestro país está en un acelerado proceso de transición demográfica que conduce a un envejecimiento de la población, con el consiguiente cambio del perfil epidemiológico. Las enfermedades agudas e infecciosas –que constituyeron el modelo alrededor del cual se construyeron históricamente los sistemas de seguros y de atención de salud– han mostrado una tendencia declinante que las ha reducido fuertemente, en tanto van en aumento las afecciones crónicas propias de los adultos mayores” (pág. 13).

La argumentación sobre el aumento de costos, la insatisfacción ciudadana y la transición demográfica son los mismos planteados para las reformas de la década de los años noventa. Chile implementó una reforma a la salud en 2005, apuntado a lo que aquí se señala como urgencia, y de un modo bastante directo: la instalación del Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE) con un sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES), que garantiza acceso equitativo, oportunidad, calidad y protección financiera para los problemas de salud de mayor prevalencia en nuestro país, haciéndose cargo del cambio en el perfil epidemiológico. En las GES se logran altas coberturas para patologías cardiovasculares, respiratorias, cánceres y salud mental, además de la gratuidad en la atención para mayores de 60 años de edad, y medidas programáticas, como el programa de atención a los postrados, entre otras. Llama la atención que en el documento de la Comisión Presidencial no se haya incluido alguna información evaluativa del funcionamiento de las disposiciones de la reforma anterior, como, por ejemplo, evaluación cuantitativa y cualitativa del funcionamiento de estas GES.

Por otra parte, en la propuesta de reforma no se explica de qué manera se pretende abordar esas demandas del actual perfil epidemiológico; el gran cambio que se propone es una reestructuración del financiamiento y una apertura al crecimiento de la prestación privada. Lo que sí es una urgencia, determinada demográficamente y que debe ser resuelta en el ámbito del financiamiento, es la situación de los adultos mayores, y especialmente adultas mayores, que tras una vida de cotización en el sistema privado deban salir de éste por el encarecimiento de sus planes, con la consiguiente desprotección. Hasta ahora, ha sido el sistema público el que ha dado una respuesta contundente a las necesidades que plantea el envejecimiento de nuestra población. Desde el punto de vista de género, las mujeres mayores sólo han encontrado respuestas adecuadas a sus necesidades en el sistema público.

b. Costos de salud

“En la primera parte [del documento] se comprueba que existen problemas de alcance nacional, caracterizados por el aumento sistemático de los costos de salud de nuestro país con el consecuente incremento del gasto tanto en el sistema público, financiado con un notable aumento de la participación de los subsidios estatales, como en el sector privado” (pág. 8).

Con respecto a los costos del sistema, nuevamente el análisis es poco profundo. El aumento de los costos en el sistema público también expresa traspaso de fondos al sector privado, como la compra de servicios por las GES. Dinero público de ejecución privada. Junto con ello, el alza de costos también puede reflejar el lucro de la industria farmacéutica sin regulación, de la cual las mujeres son víctimas con un aumento sostenido de sus gastos de bolsillo.

Desde el punto de vista de la eficiencia, un análisis que no puede estar ausente son los resultados. Es decir, si los costos han aumentado, ¿hay o no mejores resultados en salud? Resulta poco serio hablar sólo del aumento de los costos sin hacer alusión a los reconocidos aumentos de cobertura que han implicado las GES, a la incorporación mayoritaria de adultos y adultas mayores con problemas de salud complejos en el sistema, a programas como Chile Crece Contigo, y las inversiones en programas de comunas vulnerables, entre otros.

▼ Se ha instalado el discurso de que todo lo estatal está mal gestionado y, en lugar de buscar alternativas de mejor gestión de lo público, la respuesta que ellos entregan al país es privatizar, porque “los privados son mejores gestores”, lo que es absolutamente falso. Si pudiéramos acceder, a través de la Ley de Transparencia, a fiscalizar las instancias privadas, nos daríamos cuenta de que su gestión es peor que la pública.

Dirigenta de organización social territorial.

En relación a la población afiliada a Fonasa y su distribución en los distintos tramos de ingreso y beneficios (ABCD), el análisis confronta los datos para los tramos inferiores (A y B), con cifras aportadas por la Encuesta CASEN. Se cuestiona un número mayor de beneficiarios/as que lo esperado, según la encuesta, y, por ende, la pertinencia de los procedimientos utilizados para la clasificación en grupos que no co-pagan las prestaciones de salud. La reflexión aquí, sin profundizar en las implicancias o las razones que pueden estar detrás de esta situación, intenta argumentar un supuesto exceso de gasto público. “El grupo B de Fonasa, que corresponde a cotizantes con ingresos mensuales inferiores a 172 mil pesos, incluye a 4,1 millones de personas adicionales que enfrentarían condiciones económicas muy adversas que no se detectan en las encuestas nacionales destinadas a medir ingresos familiares”. Cabría preguntarse, antes de valorar negativamente el aumento de subsidios estatales a las personas, si esto no estará relacionado con la necesidad de hacerse cargo del aumento progresivo en las brechas de desigualdad. A modo de contexto, no se puede desconocer la existencia de un proceso de políticas para ampliar la cobertura del sistema al cien por ciento de los chilenos/as, lo que ha ubicado a Chile en el ranking de países con cifras cercanas a la cobertura universal, argumento que sin duda es importante para su permanencia en la OCDE. Este logro ha implicado la ampliación del ingreso de personas a los tramos A y B, detectando población desprotegida y vulnerable, incluidas mujeres, en sectores de trabajadores/as independientes de alta precariedad, por ejemplo, pescadores artesanales, temporeras, choferes de transporte colectivo, indigentes institucionalizados no cubiertos previamente y personas en situación de calle.

c. Problemas y dificultades en los dos sistemas de salud

“Cada uno de los componentes del sistema enfrenta problemas y dificultades de diferente entidad” (pág. 8).

Efectivamente, los problemas presentados en el sistema público y privado son, sin duda, diferentes en su tipo, pero también en su origen. En la lectura de sus posibles abordajes, cobran nuevamente relevancia las diferencias en las lógicas de ambos sistemas. Lo que muestra el diagnóstico presentado para el sector público son situaciones que no cuestionan su naturaleza; no queda claro cuál es el problema del aumento del aporte fiscal en un país en que el gasto fiscal en salud corresponde sólo a un 46,8% del gasto país, para un sistema que financia la atención de aproximadamente el 80% de la población, y cuyos resultados sanitarios lo ubican a la altura de países desarrollados. Por otra parte, las deficiencias en la atención existen, pero sin duda no apuntan –claramente, no de manera directa– a los cambios en la estructura de financiamiento y de prestación que se proponen.

El desempeño del sistema público es programático y regulado. El del sistema privado, por el contrario, involucra intereses económicos ajenos al logro de objetivos sanitarios colectivos, como lo muestra este mismo diagnóstico. No parece creíble que la lógica del sistema privado y los problemas que genera cambien modificando ciertas reglas para el financiamiento (ya hemos visto cómo en el campo de la educación el lucro penetra y surca el sistema para garantizar los flujos de dinero esperados).

En lo que respecta al sistema privado, los cuestionamientos apuntan a una crisis profunda de su lógica financiera, que afecta a las personas y no da solución a los problemas de salud de la población en su conjunto ni identifica grupos sociales desaventajados a los que asistir. No obstante, la actual propuesta pretende otorgar mayor poder y presencia en el sistema a aseguradores y prestadores privados.

Son manifiestas las contradicciones, pretendiendo crecer en la lógica del sistema privado a pesar de su evidente ineficiencia, debilitando el sistema público, que es el que tiene las posibilidades de ejercer el rol redistributivo frente a las brechas de desigualdad. Y esto frente a una valoración sesgada del crecimiento del gasto público y de las deficiencias en la calidad de la atención. Las soluciones propuestas no responden a la distinta naturaleza y magnitud de los problemas. Hay una simplificación de los desafíos que se enfrentan en materia de salud y equidad, y se propone avanzar hacia la lógica de privatización del sistema, en condiciones de que los problemas estructurales están principalmente en ese modelo y en esa forma de pensar la salud.

2. Antecedentes de la situación de salud

Tras la lectura del documento de la Comisión Presidencial, queda la impresión, dada la selección de información y sus restricciones, de que los antecedentes presentados fueron escogidos con posterioridad a la visualización de la propuesta de reforma y que están presentados para justificar decisiones, más que para dar cuenta de un análisis profundo del sistema para encontrar posibles soluciones. Desde el punto de vista de género, se hace exactamente lo contrario de la metodología necesaria para encontrar los mejores cursos de acción, considerando las condiciones de contexto y los grupos que se verán afectados por las políticas.

Gran parte de la información presentada no está desagregada según sexo, ni por las otras categorías ya señaladas, lo cual invisibiliza las desigualdades y el análisis de los impactos diferenciados probables de las medidas propuestas. La transición demográfica tiene una serie de implicancias que, sin la desagregación de datos, no es posible ver. Por ejemplo, el envejecimiento poblacional no afecta de igual modo a hombres y mujeres, ni a estratos sociales diferentes, y las condiciones de vida en que se enfrenta esa etapa son muy desiguales para unos y otras. Este cambio demográfico repercute de forma distinta en las mujeres, en razón de su biología y condiciones sociales, a lo que se suma el hecho de que son ellas las que se responsabilizan, de manera mayoritaria, del cuidado de los/as adultos/as mayores y también de personas con diversas discapacidades, brindando apoyo frente a la pérdida de autonomía y asumiendo el manejo de cuidados cada vez más sofisticados cuando hay enfermedad. Esa dimensión está por completo ausente en la propuesta de reforma. Proponer un seguro individual con un plan cerrado de prestaciones no se hace cargo de esta realidad y sus impactos en la salud.

“De otra parte, los estilos de vida que acompañan a las sociedades de mayor afluencia favorecen el sedentarismo y la obesidad, que con el correr del tiempo puede conducir a mayores tasas de enfermedades crónicas complejas, tales como diabetes y enfermedades circulatorias” (pág. 13).

Los aludidos “estilos de vida” (que, a nuestro juicio, son más condiciones que estilos, dada la distribución inequitativa en la sociedad de posibilidades de optar) tampoco son iguales entre ambos sexos ni según estrato socioeconómico. El sedentarismo y obesidad, según nuestras últimas encuestas de salud, son mayores en mujeres y en estratos socioeconómicos más bajos. Desde el punto de vista de género, se vincula a la menor disponibilidad de recursos y tiempo libre por parte de las mujeres, debido a las cargas adicionales de trabajo doméstico y de cuidado que se le imponen estructuralmente. De modo que los aumentos esperados afectarán desigualmente a estos grupos, y también a la población adulta mayor. ¿Cuál será el sistema de protección que permita acoger esta mayor demanda, en grupos con menor capacidad financiera?

▼ Tendremos una visión solidaria de la salud cuando nos hagamos cargo de los diferenciales que se producen en los distintos segmentos de la población y comprendamos cuáles son los mecanismos que generan esos diferenciales.

Médico, consultor OMS, ex secretario ejecutivo de la Comisión Reforma de la Salud, gobierno de Ricardo Lagos.

3. La propuesta

a. ¿Plan “universal” o paquete básico?

“Con respecto al financiamiento del sistema de salud, la Comisión respalda en forma unánime la creación de un plan universal de salud para todos los chilenos junto a un cambio en la forma de cálculo de los aportes fiscales a la salud, dejando atrás el sistema de presupuestos históricos, y estableciendo una prima per cápita que cubra totalmente el valor del plan en el caso de los indigentes y parcialmente a quienes pueden contribuir con su cotización” (pág. 10).

“Como eje ordenador del sistema de financiamiento propuesto se debe crear un Plan Universal de Seguridad Social en Salud, a través del cual el Estado cumplirá con la garantía constitucional de protección de la salud” (pág. 39).

En la propuesta de la Comisión, el concepto de Plan apunta a un concepto individual y cerrado respecto de lo que existe en la actualidad. ¿Como se garantiza en ese marco la equidad, es decir, la asignación de recursos y acceso a servicios de acuerdo con las necesidades de cada grupo? ¿Cómo se espera financiar acciones que requieren ser implementadas colectivamente, como, por ejemplo, los programas de salud comunitarios?

Este tipo de medidas atenta contra la equidad de género, ya que las mujeres tienen mayores necesidades de salud, tanto a nivel individual que como grupo. Ellas se hacen cargo de la dimensión comunitaria de la salud, que en una propuesta como ésta –que restringe las posibilidades de financiamiento solidario de la dimensión colectiva del acceso a la salud– pone en peligro el desarrollo de iniciativas que amplían la visión curativa de las acciones de salud al ámbito de promoción y gestión comunitaria de la salud. Por otra parte, es previsible que las restricciones en la atención de salud, impuestas por un Plan cerrado, sean sobrepasadas por las necesidades reales y las consecuencias del desequilibrio recaigan sobre el sistema de cuidado no remunerado, que asumen las mujeres, traspasando las consecuencias de estas deficiencias del sistema a los hogares y a su rol de cuidadoras.

La igualdad de acceso a la atención requiere garantizar que los recursos se asignen diferencialmente, según las necesidades específicas de mujeres y hombres; que los servicios se reciban de acuerdo con tales necesidades particulares según sexo, y que las eventuales contribuciones financieras no tengan como base la necesidad o riesgo diferencial por sexo, sino que consideren la capacidad económica de las personas.

b. La sinrazón de la propuesta de financiamiento: amenaza al sistema público

“(…) estimamos que el sistema de salud chileno debiera financiarse sólo con impuestos generales lo que lo hace más progresivo y eficiente. No obstante lo anterior, entendemos que esta es una reforma más profunda al sistema de salud chileno que no creemos posible en este momento de su evolución” (pág. 43).

Respecto de las formas de financiamiento del sistema, es necesario decir que la tributación mediante impuestos generales y un sistema universal y solidario es lo que claramente favorece la equidad de género en salud. La Comisión reconoce que ésta sería la mejor alternativa, pero, al mismo tiempo, la desestima sin un análisis ni argumentación sólida, sólo sustentada en una opinión sobre su factibilidad y que, dado el perfil de los integrantes de la Comisión, no sorprende. Es evidente que bajo esta consideración se trata de una alternativa que, visualizando una nueva reforma, debería ser discutida a fondo y de manera amplia.

“Se crea un nuevo régimen de Seguridad Social en Salud compuesto por entidades públicas y privadas” (pág. 44).

“Se crea un Fondo Compensatorio por Riesgo que se financia con: i) Una cotización de salud obligatoria, la cual ha sido estimada en alrededor de un 6%, cotización actual menos 50% de la cotización promedio destinada hoy a financiar el SIL [Seguro de Incapacidad Laboral]. Esta cotización está exenta del impuesto a la renta e IVA” (pág. 42).

“(…) la Comisión estima que todas las personas debieran tener la posibilidad real de elegir la entidad de seguridad social a la que quieran afiliarse” (pág. 9).

Tratándose de una propuesta que insiste en el sistema de financiamiento por cotizaciones –desestimando el financiamiento por impuestos generales– los integrantes de la Comisión no examinan la composición de la inserción laboral según sexo y el hecho de que las mujeres en un porcentaje muy importante (58%) se encuentran fuera del mercado laboral, ni que cuando trabajan remuneradamente registran varias interrupciones en su vida laboral y estructuralmente tienen salarios inferiores a los hombres. En el análisis de los componentes del financiamiento del sistema tampoco hay una mirada que analice las desigualdades según sexo de la participación en ambos sistemas como cotizantes y beneficiarios/as. Esta configuración y un análisis todavía más fino es extremadamente relevante, ya que está estrechamente relacionado con las desigualdades estructurales en materia de empleo y, por lo tanto, coloca a las mujeres en una situación desigual frente a los valores que se supone esta reforma tendría en términos de las libertades que dice garantizar a la población respecto de sus posibles opciones dentro del sistema. Además de este vacío, es llamativo que la mirada general se desentiende de no menos del 8% de la población no cubierta por ninguno de los dos sistemas actualmente en vigencia. Cualquier reforma a la salud en Chile debiera partir por el reconocimiento de las actuales exclusiones, haciéndose cargo en las propuestas de estrategias para su inclusión.

“(…) plantea la transformación del sistema actual de seguros de salud chileno creando las Entidades de la Seguridad Social en Salud, ESSS pública y privadas, las cuales regidas por los principios de la seguridad social, gestionen el financiamiento del plan universal garantizado” (pág. 9).

La creación de las ESSS no representa una transformación radical al sistema, puesto que las mismas Isapres –cambiando su giro– son las que seguramente asumirán esta gestión. Se mantiene dentro del sistema la persistencia de la competencia por la población con mayor capacidad económica, previendo que ésta adquiera adicionalmente beneficios no incluidos en el llamado plan universal; también se mantienen los actuales vicios del sistema, producto del lucro con el gasto en salud de las personas.

La igualación de Fonasa (ESSS pública) al resto de las aseguradoras que compiten en el sistema de ESSS le resta la capacidad que ha venido desplegando para identificar población vulnerable y actuar aumentando la cobertura y eficiencia del sistema de protección social, papel jugado de manera eficiente y relevante en el período previo al cambio de administración.

c. Provisión de prestaciones: recursos públicos al sector privado

Desde el punto de vista de género, lo propuesto para fortalecer y modernizar la prestación de servicios en el sistema público debiera considerar las inequidades estructurales que enfrentan las mujeres para el acceso a una atención de calidad. Por ejemplo, y sin entrar en las necesidades específicas de atención, hacer visible que enfrentan diversas necesidades a lo largo del ciclo vital, tienen mayores restricciones económicas y sus posibilidades de optar dentro del actual sistema se encuentran limitadas.

La recomendación de avanzar hacia modelos de concesión a privados de toda la gestión en salud y la totalidad de la red asistencial, incluyendo la atención primaria en salud, es un contrasentido al título propuesto para este conjunto de medidas. Lo que se ha observado, y se encuentra en pleno debate para el sistema educativo en el país, es el horizonte hacia el cual se está proponiendo avanzar para salud. Se pretende aumentar la participación privada en salud, dejando al “emprendimiento” de ese sector; con subvención del Estado, la provisión de los servicios de salud, desde el nivel primario al hospitalario. Frente al análisis acerca del aumento de los costos para el sistema no puede entenderse una propuesta como ésta, ya que sin ninguna duda este traspaso debe sumar a los costos de los servicios el mentado lucro. Es probable, entonces, que el modelo nos lleve a disminuir la participación del Estado y traspasar costos adicionales y, por ende, el sustento del lucro al bolsillo de las personas.

No queda claro en este modelo cómo se pretende garantizar la provisión de acciones de promoción y prevención de la salud, fundamentales en atención primaria, sin que dependan de la capacidad de pago de las/os usuarias/os. De acuerdo al sistema de financiamiento propuesto, la vía tendría que ser la valorización de paquetes básicos, incluidos en el per cápita, que difícilmente permitirán a los equipos de atención primaria dar respuestas adecuadas a las necesidades de sus comunidades y a las realidades de sus contextos y territorios. Hay demasiados riesgos e interrogantes en una propuesta que, más que las necesidades de las personas y la identificación de las fortalezas del actual sistema para ser reforzadas, abre la APS como nueva área de negocios para el ingreso del sector privado. Esto, a pesar de los problemas que la propia Comisión ha planteado en este documento sobre el actual desempeño de este sector; y el hecho de que no tenga ninguna experiencia en la provisión de servicios en un esquema de salud integral familiar y comunitaria, como es el actual modelo público en APS.

La APS, desde la gestión pública hoy, y a pesar de los problemas acarreados por la municipalización, sigue sustentando, en función de directrices programáticas lideradas desde el Estado, buenos resultados de salud en coherencia con los objetivos sanitarios. El ingreso del sector privado en estas lides no da garantías de una gestión efectiva de cara al logro de esos objetivos y no de la rentabilidad del negocio. Como ha quedado demostrado en el sector educación, este modelo lleva a un aumento de los costos para los/as usuarios/as, a una pérdida de calidad y capacidad de respuesta frente a las necesidades sociales y a una profundización de las brechas de inequidad, en las cuales el género, a todas luces, será uno de los ejes. En ese sentido, y también desde otros ejes, como etnia o edad, las acciones en atención primaria de salud deben estar comandadas por análisis de la realidad sociosanitaria y objetivos de carácter global, para lo cual el sector privado no tiene vocación ni competencias.

▼ En consecuencia, una visión totalmente restringida a los temas de financiamiento, como la de la Comisión Illanes, no va a tener una feliz relación con el tema de los determinantes sociales.

Médico, consultor OMS, ex secretario ejecutivo de la Comisión Reforma de la Salud, gobierno de Ricardo Lagos.

4. Análisis del diagnóstico y propuestas relativas a la salud de trabajadores y trabajadoras

El diagnóstico y propuestas relativas a la salud de trabajadoras y trabajadores se abordan en el Capítulo IX sobre “Seguro de accidentes y enfermedades profesionales” (pág. 82-84) de manera muy insuficiente. Por esto, nos remitimos también al Capítulo V sobre “Licencias médicas” (pág. 20-36), problema que impacta sobre la salud y la protección social de los y las trabajadoras, pero que es analizado por la Comisión sólo desde el ángulo financiero, con el evidente propósito de reducir costos.

Una lectura crítica de lo expuesto en ambos capítulos revela que la Comisión no considera en su análisis los determinantes sociales de la salud ni sus impactos diferenciales en las necesidades de salud de trabajadores y trabajadoras. Su preocupación central son los resultados institucionales de la demanda insatisfecha de atención en salud de los trabajadores/as y su expresión en un alto costo para el sistema público de salud. Esto estaría dado por la presión ejercida sobre la red pública asistencial y por un mal uso del sistema de licencias médicas, en particular del sistema Fonasa, que –sin aportar evidencias– califica de abusivo.

La pregunta que habría que hacerse es si el problema a resolver es reducir los costos y aliviar la presión sobre el sistema público de salud o, muy por el contrario, buscar las causas y las soluciones tendientes a garantizar el derecho fundamental de trabajadores y trabajadoras a la salud, al acceso a la atención en salud y a la protección en caso de enfermedad.

Resulta indudable que la Comisión intenta responder exclusivamente a la primera pregunta. Por ello, los problemas identificados en el diagnóstico los describe en términos de su impacto institucional –presión sobre la red pública asistencial–, pero no los analiza desde la perspectiva de sus determinantes estructurales, único camino que permite el desarrollo de propuestas que aborden soluciones efectivas para satisfacer las demandas de salud de los trabajadores/as.

De aquí también que las propuestas que se formulan –focalizadas fundamentalmente en cambios institucionales tendientes a reducir el gasto del sistema público de salud– no son capaces de resolver los problemas señalados. No hay análisis ni reflexiones que vinculen la demanda y la falta de protección a las condiciones estructurales y a los vínculos entre trabajo y salud (en el contexto de un modelo de producción flexible y mercado centrado que se instala y desarrolla en Chile y en el mundo en las últimas décadas, impactando la calidad del empleo, las relaciones laborales, las condiciones de trabajo, la calidad de vida y de salud de trabajadores y trabajadoras). Es necesario reiterar que, en particular, el informe carece de propuestas tendientes a evaluar el impacto de los determinantes sociales en la salud de las personas. Desde esta perspectiva, es preocupante la ausencia de un análisis de las desigualdades de salud basadas en el género, concepto ya explicado en páginas anteriores. A continuación, se analizan críticamente los problemas señalados por la Comisión en materia de salud y trabajo:

- a) Uno de los problemas se refiere a la desprotección de una masa importante de trabajadores y trabajadoras (25%) del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, los cuales, en consecuencia, “deben confiar su atención a las mismas redes de prestadores públicos, con lo cual aumenta la presión asistencial y no obtienen una atención satisfactoria, de acuerdo a los aportes que realizan” (pág. 19).

Ante este problema, la Comisión no se plantea preguntas centrales, como, por ejemplo: ¿Por qué una tan importante proporción de trabajadores/as no cuenta con protección del sistema de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales? ¿A quiénes afecta más esta

desprotección? Existen diferenciales entre hombres y mujeres, así como entre trabajadores/as precarios y trabajadores/as. ¿Pueden ser efectivas políticas exclusivamente reducidas a cambios institucionales?

Ninguna de estas preguntas puede ser resuelta sin un análisis del empleo y del mercado de trabajo que examine las causas estructurales de las desigualdades sociales y de género que se traducen en desprotección de grupos de trabajadores y trabajadoras. Es sabido que las mujeres trabajadoras constituyen uno de los grupos más desprotegidos y vulnerables, particularmente aquellas que se insertan en los eslabones más bajos de la estructura ocupacional.

En Chile, hay 6.856.670 mujeres mayores de 15 años. Dentro de este grupo, 3.247.510 forman parte de la fuerza de trabajo, es decir, están ocupadas, buscando empleo por primera vez o están desempleadas, lo que representa una tasa de ocupación de 43,2 mujeres (INE, 2011).

Una de las características del empleo femenino es su concentración en un abanico muy limitado de ocupaciones: comercio, enseñanza, salud, administración pública, servicios sociales y personales, y servicio doméstico. El crecimiento del empleo se ha situado en los últimos meses en los escalafones más precarios: trabajo por cuenta propia, personal de servicio doméstico, familiar no remunerado o empleadores pequeños. La mitad del crecimiento del empleo corresponde al femenino, del que sólo el 37% es asalariado (Fundación Sol, 2011). También crece el trabajo por cuenta propia, que es principalmente precario, con alta presencia de jornada parcial y trabajadores de baja calificación. Del total de mujeres que trabajan por cuenta propia, más del 80% son no profesionales: 42,3% son trabajadoras de servicios y vendedoras, 15,5% operarias-artesanas y 20% trabajadoras no calificadas.

Los sectores en que se insertan mayoritariamente las mujeres presentan altos niveles de desprotección.

En base al indicador de empleo protegido elaborado por Fundación Sol, a nivel nacional sólo un 38,9% de las personas registradas como ocupadas en la Nueva Encuesta Nacional de Empleo (NENE) presenta un empleo protegido (trimestre febrero-abril 2011), vale decir, con contrato escrito, indefinido, liquidación de sueldo y cotizaciones para pensión, salud y seguro de desempleo. Si sólo nos concentramos en el trabajo asalariado en su sentido amplio (asalariados privados, públicos y personal de servicio doméstico), se observa que un 52,9% tiene un empleo protegido (en el trimestre diciembre-febrero 2011 fue de 58,3%). Las mujeres presentan mayores niveles de desprotección que los hombres.

El mayor nivel de protección de las mujeres lo alcanzan las que trabajan en el comercio (60% tiene empleo protegido), y el menor entre las asalariadas de la agricultura (13%). Por otra parte, en el trimestre señalado, el 95% del aumento del empleo asalariado corresponde a la modalidad de subcontratación, servicios transitorios y suministro de personal y hombres enganchadores, lo cual es una señal de mayor precarización e inestabilidad en el mundo del trabajo. Entre las mujeres, el aumento del empleo asalariado es sólo tercerizado.

Por ende, las nuevas formas flexibles y precarias de empleo están generando una masa creciente de trabajadores/as que no tiene acceso al seguro de enfermedades y accidentes del trabajo, con dos consecuencias. La primera es que sus necesidades de salud son invisibilizadas y no están siendo satisfechas, y la segunda es que no se genera información ni se establecen sistemas de vigilancia, control y prevención que incluyan los diferentes riesgos a que están sometidos, considerando su diversidad en términos de ocupación, etnia, edad, género.

- b) El problema anterior se agrava por la obsolescencia de la Ley 16.744, dictada en 1968, en razón de los importantes cambios ocurridos en el mundo del trabajo y de la salud de la población desde entonces, lo que ha dado lugar a nuevas enfermedades profesionales, no reconocidas como tales por las entidades administradoras de seguros de salud. No obstante, la Comisión se focaliza nuevamente sólo en las consecuencias relativas a la presión que esa masa de trabajadores/as sin cobertura ejerce sobre la red pública asistencial.

Estamos, entonces, ante un escenario en que, por una parte, se genera empleo sin protección para una masa creciente de trabajadores y trabajadoras, y por otra, el actual modelo de crecimiento económico suma nuevos riesgos y enfermedades profesionales, cuyo origen laboral no es reconocido por los profesionales de la salud ni por el sistema de mutuales.

¿No le parece necesario a la Comisión conocer estos nuevos riesgos y de qué manera afectan la salud física y mental de los/as trabajadores/as? ¿Por qué los profesionales de la salud y las mutuales niegan la magnitud de las patologías laborales y tergiversan su origen? ¿Cuáles son las condiciones de empleo y de trabajo que producen enfermedades en la población trabajadora? ¿Cómo se distribuyen desigualmente los riesgos entre trabajadores y trabajadoras? ¿Por qué se ignora género, en tanto determinante de una exposición diferenciada a los riesgos de acuerdo con los estudios de la OMS?

La Comisión no se hace estas preguntas.

Estudios nacionales e internacionales señalan que estos riesgos afectan particularmente a las mujeres, porque su creciente y más permanente ingreso al mercado laboral se realiza precisamente en los últimos treinta años, paralelo a las grandes transformaciones en el mundo laboral y a la emergencia de nuevas condiciones de empleo y de trabajo, cuyos efectos en la salud no están suficientemente documentados. Entre éstos, son especialmente relevantes los bajos y variables salarios –pagados a trato o por rendimiento–, la intensidad del ritmo de trabajo, temporalidad e inestabilidad en el trabajo, alta carga emocional y acoso sexual, entre otros.

En Chile, hoy, más de un millón de personas gana un salario mínimo o menos (considerando el pago de gratificaciones), y si se extrapolan los datos de la Encuesta CASEN 2009 se puede concluir que un 77,3% de los empleos asalariados no superan un ingreso mensual de \$300.000 ni están protegidos (Fundación Sol, 2011). Las mujeres ganan, en promedio, 34% menos que los hombres (Mideplan, 2009). Eso implica vivir cotidianamente la discriminación y el no reconocimiento del valor de su trabajo. Cabe preguntarse: ¿Cómo impactan estas situaciones en la salud de las mujeres?

Un estudio del CEM (Mauro et al., 2007) revela que para un elevado porcentaje de trabajadores/as los bajos salarios constituyen uno de los aspectos del trabajo que les produce mayor insatisfacción (30,5%), sobre todo los trabajadores de servicios y técnicos, pero las mujeres se declaran más insatisfechas que los hombres respecto a las remuneraciones percibidas (36,5% frente al 24,9% de los varones). También constata el predominio de sistemas de remuneraciones variables –asociados a cumplimiento de metas, bonos de producción, entre otros– que repercuten en una mayor presión laboral. El sistema de remuneraciones variables opera tanto como mecanismo de intensificación del trabajo como de prolongación de la jornada laboral.

La intensificación del trabajo constituye una de las principales consecuencias de las nuevas formas de organización del trabajo y una de las tendencias más significativas de los últimos años en todos los países capitalistas, asociándose a riesgos para la salud mental. Al respecto,

el estudio antes mencionado señala que más del 40% de las mujeres entrevistadas declara trabajar bajo presión para cumplir plazos, metas, volúmenes de tareas exigidos o demandas que atender; y el 60%, o más, afirma necesitar siempre mucha concentración y atención constante. Un porcentaje menor, pero que alerta respecto a la intensidad laboral, indica que nunca, o muy pocas veces en el mes, tiene tiempo suficiente para terminar su trabajo.

Otro rasgo actual del empleo que se manifiesta en mayor medida en los empleos femeninos es la temporalidad e inestabilidad laboral. Uno de los casos más emblemáticos de empleo temporal lo representan las asalariadas agrícolas de temporada. La agroexportación representa en Chile un sector de actividad económica muy dinámico en el que el empleo femenino tiende a crecer. Entre los años 2000 y 2006 las mujeres aumentaron un sorprendente 66%, en tanto que los hombres lo hicieron sólo en un 4%. Al observar el tipo de trabajo, es posible advertir que en ese período el trabajo que aumenta es el temporal, pasando de un 36% en el 2000 a un 42% en el año 2006. Por otra parte, en la actividad económica de agricultura, ganadería, caza y silvicultura un bajo porcentaje de trabajadores/as presenta un empleo protegido, el que es incluso menor en el caso de las mujeres. De los/as trabajadores/as asalariados/as en esta rama, un 40% de los hombres tiene un empleo protegido, frente a un 22% de las mujeres (Durán et al., 2007).

Otra característica de los empleos que ocupan las mujeres –por ejemplo, en educación y salud– es el contacto directo con clientes, los que hoy se han empoderado y demandan mayores derechos, lo cual las expone a riesgos de salud mental. En el año 2006, se estimaba que, de 171 mil docentes, 70,8% eran mujeres; la mayoría (56,4%) trabajaba en la educación básica, y de éstos, el 77,3% eran mujeres (Doniez y Kremerman, 2008). Respecto al personal de salud no profesional, datos del año 2007 indican que aproximadamente 110 mil personas estaban ocupadas en la salud pública. El 85% de los/as técnicos y profesionales de nivel medio de la salud estaba conformado por mujeres (Carbona y Durán, 2008). Lo común a ambos grupos es que trabajan bajo fuertes presiones psicológicas debido a la variedad de tareas que deben atender simultáneamente, muchas de las cuales no están adscritas claramente a sus roles y competencias: una de las más importantes es el trato directo y cotidiano con el público (estudiantes, apoderados, pacientes). Es esperable que la exposición y vulnerabilidad de estos grupos frente a trastornos de salud mental se traduzca en demandas de atención sobre el sistema, y explique eventualmente un aumento de licencias tipo I.

Es necesario detenerse en un riesgo asociado a la subordinación laboral y de género de las mujeres en los lugares de trabajo: el acoso sexual. Tipificado como delito el año 2005 por la Ley N° 20.005, el acoso sexual no fue incorporado como un riesgo para la salud de las trabajadoras en la revisión del Decreto 103. Una encuesta aplicada en 1991 a 1.200 trabajadoras del Gran Santiago, de distintos niveles de ocupación, detectó que “el 20% de las mujeres encuestadas sufría acoso sexual en el trabajo” (Délano y Todaro, 1993). Posteriormente, en el año 2002, una investigación del Servicio Nacional de la Mujer sobre la situación de las mujeres en el mundo laboral indicaba que el 63% de las personas, en su mayoría mujeres, opinaba que el acoso sexual en el trabajo era un fenómeno de frecuente ocurrencia. El 12% de las entrevistadas reconocía haber experimentado situaciones de acoso sexual (Sernam, 2002). Según las estadísticas de la Dirección del Trabajo, las denuncias por acoso sexual recibidas a nivel nacional han aumentado en forma constante desde el año 2005, fecha en que entró en vigencia la ley. En un estudio reciente, trabajadoras que habían sufrido experiencias de acoso sexual habían experimentado repercusiones en la salud, expresadas en depresión, estrés y temor ante la presión del acosador, incapacitándolas para hacer frente a la situación en el trabajo (Carrasco y Vega, 2009).

Aunque no se han realizado estudios tendientes a determinar los efectos en la salud de antiguos riesgos (extensas jornadas, bajos salarios y acoso sexual en el trabajo) ni de nuevos

riesgos asociados a nuevas formas de empleo, se promueve el ingreso de las mujeres al mercado laboral en condiciones de mayor precariedad, tales como el trabajo temporal, a distancia (o a domicilio), a tiempo parcial y en jornadas flexibles, que fortalecen los roles de género tradicionales, no respondiendo a las necesidades de las mujeres (Todaro y Yáñez, 2004). Los efectos adversos de los empleos precarios en la salud, incluyendo el trabajo a domicilio y el trabajo temporal, en particular, han sido documentados en numerosos estudios en muchos países y la presencia desproporcionada de las trabajadoras chilenas en algunas de estas categorías de empleo puede explicar efectos diferenciados en su salud (Henríquez et al., 2005; Henríquez et al., 1999). Tampoco han recibido atención los efectos en la salud derivados de la interacción de múltiples riesgos en los lugares de trabajo, materia en la cual existe un escaso o nulo conocimiento (Vallebuona, 2003).

Los problemas señalados anteriormente se expresan en que la mayor parte de las enfermedades que sufren trabajadores y trabajadoras son rotuladas como enfermedades comunes, invisibilizando los daños a la salud física y mental producto de antiguos y nuevos riesgos del trabajo.

- c) El no reconocimiento del origen laboral de las enfermedades de trabajadores y trabajadoras se expresa en que, como señala la Comisión, casi la totalidad de las patologías laborales terminan siendo calificadas como “comunes”, contribuyendo con ello a incrementar la presión sobre el sistema público de salud.

Cabe preguntarse nuevamente: ¿El problema es la presión que se ejerce sobre la red pública de salud, o que las enfermedades profesionales sean calificadas como comunes con la consecuente pérdida, por parte de trabajadores/as, de los derechos asociados al seguro de la Ley 16.744?

Este problema nos remite a la subnotificación de casi la totalidad de las enfermedades y de una parte significativa de accidentes del trabajo, y al desconocimiento de los riesgos y las patologías que sufren los/as trabajadores/as en sus lugares de trabajo. Ejemplo de ello es que en los últimos diez años, las mutuales reportaron una cifra de alrededor de 4.900 casos de enfermedades ocupacionales por año, lo que significa una tasa de aproximadamente 1.6 por 1.000 trabajadores afiliados, cifra difícil de aceptar en una masa de tres millones y medio de trabajadores. ¿Cómo se puede interpretar esta cifra?: que los trabajadores y trabajadoras no están expuestos/as a riesgos que generan enfermedades invalidantes; y/o que la exposición a factores de riesgo en el trabajo está debidamente controlada, impidiendo así el avance en la historia natural de la enfermedad, lo cual es poco posible. Lo más probable es que este número se mantenga bajo artificialmente, debido a la escasa pesquisa de casos de enfermedades profesionales (Pérez, 2008). Estimaciones realizadas aplicando fracciones atribuibles al origen ocupacional de las muertes ocurridas en el país (por grupos diagnósticos) señalan que, en 1996, las muertes por enfermedades ocupacionales habrían sido entre 2.357 y 2.829, en comparación con un único caso notificado (Vallebuona, 2003). En otro estudio similar, se estima que en el año 2004 se habrían producido en Chile unas 3.378 muertes de origen laboral, en su mayoría por causas cardiovasculares (55,9%) y cánceres (26,8%), en contraste con las 116 muertes por enfermedad laboral registradas ese año (Vives y Jaramillo, 2010). La deficiente información registrada por el sistema de mutualidades y la estimada según los estudios citados no se encuentran tampoco disponibles según sexo, lo que impide un análisis diferenciado cuestionando las propuestas en términos de eficacia y eficiencia.

El subregistro de enfermedades profesionales queda ilustrado también por la casi inexistente proporción de licencias tipo 5 y 6, relativas a accidentes del trabajo y trayecto, y enfermedad profesional respectivamente, las que, sumadas ambas, no sobrepasan el 1% del total de licencias de cada año.

Un ejemplo emblemático lo representan las patologías psiquiátricas. La información sobre licencias médicas por esta causa indica que éstas vienen aumentando año a año, situándose en el 2009 como primera causa de licencia médica curativa. El problema afecta especialmente a las mujeres trabajadoras que presentan un número mayor de licencias que los hombres, aunque su presencia en el mercado es bastante menor (Superintendencia de Seguridad Social, 2009). Por otra parte, la II Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud del Ministerio de Salud (Minsal, 2006), revela que el 28% de los hombres y el 34% de las mujeres trabajadoras consideran su trabajo “desgastador emocionalmente”. Una encuesta anterior de la misma institución (2003) había mostrado una alta prevalencia de depresión en la población adulta, más frecuente en las edades medias (25 a 65 años), es decir, en el período de actividad económica de la población, y mucho más alta en las mujeres (31%) que en los hombres (16%). Esta tendencia es nuevamente confirmada en la última Encuesta Nacional de Salud (2009-2010) que indica un 17,2 % de personas con sintomatología depresiva, de las cuales un 8,5% son hombres y un 25,7% mujeres. No obstante, un estudio de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) informa que de 137 consultas por afecciones mentales recibidas en el Hospital del Trabajador Santiago en el año 2000, sólo 31 casos se reconocieron como “neurosis ocupacionales” o “neurosis profesionales incapacitantes”; de 272 consultas recibidas el año 2004, sólo 86 lograron ese reconocimiento, en una población de 1.609.689 trabajadores/as afiliados a dicha mutual (Sánchez, 2006).

- d) La mayor prevalencia de problemas de salud mental de las mujeres no puede explicarse sólo por las condiciones de su trabajo remunerado. Un diagnóstico serio sobre la salud de las mujeres trabajadoras debe incluir los riesgos asociados a su doble rol, tanto en el mercado como en el trabajo doméstico y de cuidado.

En Chile, como en otros países, la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado no ha sido acompañada de una reducción de su trabajo no remunerado como responsables del hogar, madres y cuidadoras de enfermos y ancianos. Esta situación genera conflictos basados en la incompatibilidad temporal de ambos trabajos, referida a la dificultad o imposibilidad de cumplir con las demandas provenientes de ambos roles, o bien sólo es posible hacerlo parcialmente mediante tiempos adicionales de trabajo. A esto se agregan conflictos basados en la tensión generada por las dificultades de cumplir las demandas de ambos roles. Cuando se está en el trabajo invaden las preocupaciones domésticas y, en el hogar, las preocupaciones laborales impiden el descanso. Esto ha creado particulares riesgos de sobrecarga laboral para ellas, contribuyendo al deterioro de su salud mental y física (Díaz y Mauro, 2011).

La interferencia del trabajo con la vida familiar, o balance entre trabajo y vida fuera del trabajo, es una dimensión considerada por la Comisión Europea como uno de los criterios esenciales para estimar la calidad del trabajo y el empleo (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2002). Largas e impredecibles horas de trabajo, combinadas con altas y crecientes demandas, fácilmente causan estrés y ansiedad en familias donde ambos padres trabajan y también en familias monoparentales. En ambos casos, la mujer soporta lo más duro de la carga.

Numerosos estudios han ilustrado, en el país, la distribución desigual del trabajo social según el género. Uno de ellos, sobre uso de tiempo en el Gran Santiago (INE, 2008), informa que la carga global de trabajo diaria de mujeres que realizan simultáneamente ambos trabajos, es en promedio de 10.4 horas: 2.9 horas de trabajo doméstico y 7.5 destinadas al trabajo remunerado. Los hombres sólo destinan media hora diaria más al trabajo remunerado y menos de una hora diaria al trabajo doméstico. Otro estudio exploratorio sobre el cuidado de enfermos realizado por la familia muestra que las cuidadoras principales son predominantemente mujeres, y a la vez parientes cercanos del/la enfermo/a (Reca et al., 2002). Otra investigación realizada en el Gran Santiago señala que las mujeres se dedican

a los cuidados de salud no remunerados en el hogar durante todo el curso de su vida, la mayoría son las responsables del hogar y un tercio de ellas está, además, inserta en el mercado de trabajo (Medel et al., 2006).

La II Encuesta de Calidad de Vida y Salud del Minsal reporta que más del 35% de las mujeres trabajadoras declara que necesita estar en el trabajo y en casa al mismo tiempo siempre, o casi siempre, en contraste con el 12% de los hombres. El 42% de las mujeres, frente a un 15, 5% de los hombres, señala que cuando está en el trabajo, siempre, o casi siempre, piensa en las tareas domésticas y familiares. Alrededor de un 15% de las asalariadas encuestadas en un estudio del CEM sobre calidad del trabajo señala experimentar el sentimiento de tensión por tener que compatibilizar la actividad remunerada con el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado (Medel et al., 2006).

Las nuevas formas flexibles de distribución del tiempo de trabajo agudizan las tensiones entre ambas labores. Por una parte, las jornadas se extienden mediante diversos mecanismos: entrada antes y salida después de horario para realizar actividades suplementarias –ponerse y quitarse uniformes de trabajo, ordenar, cerrar cajas–, ausencia de pausas de descanso o para colación por falta de personal de reemplazo, por exigencia de cumplimiento de metas o para incrementar los salarios variables, entre otras. Por otra parte, surgen diversas modalidades de horarios flexibles, como las jornadas interrumpidas en el comercio por pausas de dos, tres y cuatro horas incluso, supuestamente destinadas al tiempo de colación, o la instalación de sistemas de turnos que aseguran la presencia ininterrumpida de empleados/as en los lugares de trabajo. En el comercio es generalizada la aplicación de un sistema de trabajo en bloques de días de trabajo y de descanso (cuatro por dos, cinco por uno, u otros) que impiden cualquier planificación de actividades extralaborales (Díaz, 2004).

Bajo esas condiciones laborales, mujeres y hombres declaran no tener tiempo ni energía para descansar, dedicarse a otras actividades o a la crianza de los hijos. Las mujeres, en particular, expresan mucho más que los varones el sentimiento de que el trabajo remunerado les invade la vida familiar y, sobre todo, experimentar tensión por las dificultades que enfrentan para compatibilizar el trabajo remunerado con el trabajo doméstico y de cuidado.

- e) Las propuestas de la Comisión en el tema de la salud de trabajadores y trabajadoras.

Las propuestas que se formulan, focalizadas fundamentalmente en cambios institucionales, no son capaces de resolver lo que la misma Comisión ha identificado como problemas.

Los cambios planteados en materia de licencias encarecen el sistema a través de gastos de administración. Se crean dos intermediarios: los administradores del Seguro de Incapacidad Laboral (SIL) –que podrán ser las actuales Isapres o las instituciones que las sustituyan y las compañías de seguro del 2° grupo (Vida)– y una corporación, como entidad gestora del sistema de calificación de licencias, cuyo consejo directivo será elegido por las mismas administradoras del SIL. Los trabajadores y trabajadoras no tendrán representación en este consejo.

Resulta inexplicable que, a pesar de que la gestión de las Isapres ha demostrado ser ineficiente –desde el punto de vista de la relación costos/beneficios, con altos gastos de administración y lucro–, la propuesta pretenda que las mismas Isapres u otras entidades privadas gestionen el SIL. Por otra parte, introducen criterios de mercado para incentivar la competencia entre éstas, cuya motivación, al adjudicarse la gestión del riesgo, es la ganancia. Este modelo no garantiza financiamiento a mediano plazo, no se señala qué sucede si se encarece el sistema. No limita el lucro de las instituciones privadas ni transparenta la administración.

La propuesta de liberar al Estado del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades que otorga en la actualidad a un millón de trabajadores/as aproximadamente, obligando a los empleadores a afiliarse a una mutual y a éstas a no discriminar en la afiliación, implicará que el Estado dejará de recibir el 0,9% de la cotización por el seguro, ya que éste será pagado a las mutuales. No obstante, deberá seguir respondiendo a la demanda de salud del millón de trabajadores/as que pretende transferir a las mutuales, porque, de mantenerse el comportamiento actual, éstas no reconocerán el origen laboral de las enfermedades. Entre las muchas propuestas que no se hacen, se destaca la ausencia de sistemas de vigilancia orientados a la identificación de nuevos riesgos, de elaboración de protocolos, de implementación de acciones de prevención y control de condiciones de riesgos en los lugares de trabajo. Llama la atención el nulo interés en destinar recursos financieros y humanos para invertir en estudios que permitan determinar los vínculos entre trabajo y salud, en conocer el impacto de los determinantes sociales en la salud de trabajadores y trabajadoras, particularmente del género, en capacitar a los/as trabajadores/as de la salud y, en especial, a los propios trabajadores y trabajadoras, a fin de que puedan ejercer una vigilancia activa de las condiciones laborales y de los riesgos a que se exponen en sus lugares de trabajo y puedan actuar eficazmente en la promoción de condiciones saludables de empleo y trabajo.

En síntesis, la Comisión no se hace cargo de:

- 1) Los viejos riesgos asociados al trabajo ni de los nuevos riesgos y enfermedades profesionales que genera el modelo de crecimiento económico, cuyo origen laboral no es reconocido por los profesionales de la salud ni por el sistema de mutuales.
- 2) La casi totalidad de las patologías laborales, calificadas por la Comisión como “comunes”, negando a trabajadores y trabajadoras el derecho fundamental a la salud, el acceso a la atención en salud y la protección en caso de enfermedad profesional.
- 3) Las nuevas formas flexibles y precarias de empleo, las que están generando una masa creciente de trabajadores/as desprotegidos/as que no tiene acceso al seguro de enfermedades y accidentes del trabajo.
- 4) La práctica inexistencia de los registros sobre enfermedades profesionales. Las bajas cifras reportadas por las mutuales, con fluctuaciones anuales que no son explicadas, revelan el escaso interés de las administradoras del seguro de pesquisar los casos de enfermedad profesional.

5. Comentarios finales

La composición de la Comisión –integrada en su totalidad por hombres, vinculados fundamentalmente al ámbito privado de la salud–, la ausencia de instancias participativas y la escasa consulta a la sociedad civil, dan como resultado una propuesta donde priman las visiones, experiencias e intereses del sector privado y en la que, claramente, las mujeres y la equidad de género no son preocupación. Así, la inclusión de la totalidad de actores sociales que participan en la producción de la salud en todos sus niveles queda como gran tarea pendiente.

La notable ausencia de los determinantes sociales de la salud, en particular género, reafirma un posicionamiento que está lejos de la posibilidad de abordar los verdaderos problemas y sus necesarias soluciones. La no diferenciación según sexo de los datos, así como el olvido de las necesidades y eventuales impactos de las políticas, constituye una omisión que habla por sí sola: la Comisión no considera la equidad en salud como valor ni como objetivo, desechando, además, el financiamiento mediante impuestos generales, sin entregar argumentos, ni siquiera débiles.

El actual e incipiente debate sobre la voracidad financiera de las Isapres reafirma posiciones afines con su excesiva rentabilidad por parte de la institucionalidad ministerial, justificando de esa forma la inequidad y la ausencia de perspectiva en cuanto al derecho a la salud.

Chile, sus ciudadanas y ciudadanos, en su diversidad social y cultural, deben tener la posibilidad de participar en el análisis de la realidad sanitaria de nuestro país y de las decisiones políticas en esta materia. Esta discusión debe darse de manera abierta e inclusiva, sin el sesgo de intereses particulares vinculados a las definiciones de un modelo económico que hace crisis en el mundo entero. Observando lo sucedido en el sector educativo, hay lecciones aprendidas que deben hacernos poner atención a las tendencias de las próximas reformas a la salud.

En la propuesta que hemos revisado, claramente esa tendencia no va en la dirección del fortalecimiento del Estado y su rol garante del derecho a la salud. Por el contrario, la propuesta apunta a situar el seguro público como un competidor de segunda frente al conjunto de aseguradores privados y a promover un Estado que protege y subsidia la expansión de instituciones privadas que lucran con la provisión de prestaciones de salud.

Bibliografía

Todas las referencias bibliográficas en línea fueron revisadas antes del 28 de agosto de 2011, o ese mismo día.

Annan, Kofi, 2006. Informe Secretario Naciones Unidas sobre el Trabajo de Naciones Unidas.

Bernstein Stan y Lindsay Edouard, 2007. "Targeting access to reproductive health: giving contraception more prominence and using indicators to monitor progress". *Reproductive Health Matters* 2007; 15(29):186-191.

Carbona, Karina y Gonzalo Durán, 2008. *Caracterización del sistema de salud chileno. Enfoque laboral, sindical e institucional*. Informe elaborado para el proyecto Araucaria. En línea: http://www.proyectoaraucaria.cl/documentos/20090303100520caracterizacion_del_sistema_de_salud_chileno.pdf

Carrasco, Celina y Patricia Vega, 2009. "Acoso sexual en el trabajo. ¿Denunciar o sufrir en silencio? Análisis de denuncias". *Aportes al Debate Laboral* N° 23, octubre 2009. Santiago: Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. En línea: http://www.dt.gob.cl/1601/articles-97214_recurso_1.pdf

Casas, Lidia, 2008. *La saga de la anticoncepción de emergencia en Chile: avances y desafíos*. Serie Documentos Electrónicos N° 2, diciembre. Santiago: FLACSO/UNFPA. En línea: <http://issuu.com/flasco.chile/docs/2008.11.genero>

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), 2006. *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Trigésimo primer periodo de sesiones de la CEPAL, Uruguay, LC/G.2294(SES.31/3)/E.

Concha, Marisol, Ximena Aguilera y Julio Salas, 1996. *La carga de enfermedad en Chile*. Santiago: Ministerio de Salud. En línea: <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/carga/Inffin-carga-enf.pdf>

Délano, Bárbara y Rosalba Todaro, 1993. *Asedio sexual en el trabajo*. Santiago: Ediciones CEM.

DHSS (Department of Health and Social Security), 1980. *Inequalities in health: report of a research working group*. Londres: Department of Health and Social Security.

Díaz, Ximena, 2004. "La flexibilidad de la jornada laboral". En Rosalba Todaro y Sonia Yáñez (editoras), *El trabajo se transforma. Relaciones de producción y relaciones de género*, pp. 123-189. Santiago: Ediciones CEM.

Díaz, Ximena y Amalia Mauro, 2011. "Reflexiones sobre salud mental y trabajo en Chile: análisis de casos desde una perspectiva de género". En Ediciones CEM, *¿Qué significa el trabajo hoy?*, en prensa.

Diderichsen, Finn, Timothy Evans y Margaret Whitehead, 2001. "The social basis of disparities in health". En Evans et al. (eds), *Challenging inequities in health: from ethics to action*, pp. 12-24. Nueva York: Oxford University Press.

Doniez, Valentina y Marco Kremerman, 2008. *Caracterización del sistema de educación chileno. Enfoque laboral-sindical e institucional*. Informe elaborado para el proyecto Araucaria. En línea: <http://www.proyectoaraucaria.cl/documentos/20080925174825Informe%20Educa%C3%B3n.pdf>

Durán, Gonzalo, Marco Kremerman y Daniela Torres, 2007. *Caracterización del sector agropexportador chileno. Una mirada general*. Informe elaborado para el Proyecto Araucaria. En línea: http://www.proyectoaraucaria.cl/documentos/20080205080552sector_agro.pdf

Dynis, Luciano, 2011. Incorporación de la perspectiva de género en programas, proyectos y políticas de salud. Curso Virtual de Género y Salud (CVSP 2011), OPS.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2002. "Quality of work and employment in Europe. Issues and challenges". *Foundation Paper* N° 1.

Evans, Timothy, Margaret Whitehead, Finn Diderichsen, Abbas Bhuiya y Meg Wirth, 2002. *Desafío a la falta de equidad en salud, de la ética a la acción*. Publicación Científica y Técnica N° 585. Washington D.C.: OPS y Fundación Rockefeller.

Feres, María Ester, 2010. "Precariedad y discriminación. Mujeres asalariadas viven el peor de los mundos". *Le Monde diplomatique* N° 112.

Fundación SOL, 2011. Minuta de Empleo febrero-abril 2011. En línea: <http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2011/06/Minuta-Febrero-Abril-2011.pdf>

Gómez, Elsa, 2010. Análisis de género: bases conceptuales y metodológicas. Curso Virtual de Género y Salud (CVSP), OPS.

_____. 2002. "Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica". *Revista Panamericana de Salud Pública, Pan Am J Public Health* 11 (5/6), pp. 327-334.

González, Ginés y Federico Tobar, 2004. *Salud para los argentinos*. Buenos Aires: Ediciones ISALUD.

Grant, Karen, 2000. *Is there a method to this madness? Studying health care reform as if women mattered*. The National Coordinating Group on Health Care Reform and Women/Centres of Excellence for Women's Health Program/Women's Health Bureau/Health Canada. En línea: <http://www.womenandhealthcarereform.ca/publications/method-madness.pdf>

Haworth-Brockman, Margaret y Harpa Isfeld, 2010. *Better evidence to improve women's health with gender and health statistics: health indicator frameworks*. Department of Gender, Women and Health World Health Organization. Revised Draft.

Henríquez, Helia, Ana Cárdenas Tomazic y Teresita Selamé, 2005. "Trabajo a domicilio en el siglo XXI. Tres miradas sobre el teletrabajo". *Cuaderno de Investigación* N° 26, Departamento de Estudios, Dirección del Trabajo. Santiago: Gobierno de Chile. En línea: http://www.dt.gob.cl/1601/articles-88985_recurso_1.pdf

Henríquez, Helia, Verónica Riquelme, Thelma Gálvez y Teresita Selamé, 1999. "Trabajadores a control remoto. El trabajo a domicilio en Chile". *Cuaderno de Investigación* N° 9. Departamento de Estudios, Dirección del Trabajo. Santiago: Gobierno de Chile. En línea: http://www.dt.gob.cl/1601/articles-62879_cuad_investig_1.pdf

INDH (Instituto Nacional de Derechos Humanos), 2011. *Primera encuesta nacional de derechos humanos. Avance de resultados*. En línea: <http://www.indh.cl/pdf/Encuesta%20D.H.web.pdf>

INE (Instituto Nacional de Estadísticas), 2008. *Encuesta experimental sobre uso del tiempo en el Gran Santiago*.

INE (Instituto Nacional de Estadísticas) y Ministerio de Salud, 2007. *Encuesta experimental sobre uso del tiempo en el Gran Santiago*. En línea: http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2008/mayo/pdf/presentacion300508.pdf

_____. 2011. *Indicadores Mensuales, Empleo* N° 154. Boletín de Indicadores Mensuales.

Informe Comisión Presidencial de Salud, 2010. En línea: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/96c1350bf1a856ce04001011f015405.pdf>

Kols, Adrienne, 2008. "Reducir la necesidad insatisfecha en materia de planificación familiar: estrategias y enfoques basados en la evidencia". *Outlook*, Vol. 25, N° 1, noviembre.

León, Paula, Matías Minassian, Rafael Borgoña, y Dr. Francisco Bustamante, 2008. "Embarazo adolescente". *Revista Pediatría Electrónica*, Vol. 5, N° 1. En línea: http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf

Lozada, Patricio, Lenín Aguinaga, Rubén Páez, Catón Olmedo y Arturo Pozo, 1995. *El peso de la enfermedad en el Ecuador*. En línea: <http://maternoinfantil.org/archivos/A57.PDF>

Lozano, Rafael (coordinador), 1997. "La carga de la enfermedad en países de América Latina". *Salud Pública de México*, Vol. 53, suplemento 2.

Machinea, José Luis, 2004. Institucionalización de la política social para la reducción de la pobreza. Conferencia, México, 28 de septiembre 2004. En línea: <http://www.eclac.org/noticias/discursos/6/20346/Conferencia-JLM-MEXICO28sept.pdf>

Mauro, Amalia, Sonia Yáñez, Julia Medel y Ximena Díaz, 2007. *Encuesta sobre calidad del trabajo. Primeros resultados*. Santiago: Ediciones CEM. En línea: http://www.cem.cl/proyectos/pdf_proyectos/modulo1.pdf

Medel, Julia, Ximena Díaz y Amalia Mauro, 2006. *Visibilización de los costos de la producción de salud en el hogar. Impacto sobre el trabajo total de las mujeres*. Santiago: Ediciones CEM. En línea: <http://www.cem.cl/pdf/cuidadorasvida.pdf>

Médici, Cezar André, 1994. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. Sao Paulo: Universidad de Sao Paulo.

Mesa-Lago, Carmelo, 2005. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago: CEPAL/GTZ.

Mideplan (Ministerio de Planificación Social), 2009. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN) 2009. Gobierno de Chile.

Minsal (Ministerio de Salud), 2008. *Informe final. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*, Chile 2007. Ejecutado por Depto. de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile. En línea: http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/informe%20final%20carga_Enf_2007.pdf

_____. 2006. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile 2006. Subsecretaría de Salud Pública, División de Planificación Sanitaria. En línea: <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf>

_____. s/fecha. Defunciones y mortalidad materna, según región, Chile 2000-2009. En línea: http://deis.minsal.cl/vitales/mortalidad_materna/Mortalidad_Materna2000-2009.htm

Ministerio de Salud de Chile, OMS, OPS y Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta, 2005. *Encuesta mundial de salud escolar, Chile 2004-2005*. Santiago: Ministerio de Salud. En línea: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/EMSE/INFORME%20EMSE%202004-2005%20final.pdf>

OIT (Organización Internacional del Trabajo), 2007. *Protección social de la salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica. Documento de consulta*. Temas de Protección Social, Documento de discusión 19. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. En línea: http://www.ilo.org/public/spanish/protection/secsoc/downloads/healthpolicy_sp.pdf

OMS (Organización Mundial de la Salud), 2010. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Social Determinants on Health, Discussion Paper 2, pp. 20-21, Ginebra: OMS.

OPS (Organización Panamericana de la Salud), 2007. *Salud en las Américas 2007. Vol. II Países*. Publicación Científica y Técnica N° 622. En línea: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Chile%20Spanish.pdf>

OPS y OMS, 2002. *Discriminación de las mujeres en el sistema de instituciones de salud provisional. Regulación y perspectiva de género en la reforma*. Proyecto Equidad de Género en la Reforma, Chile.

OPS/OMS, UNICEF, CEPAL, UNIFEM, UNFPA, INSTRAW, 2009. *La salud de las mujeres y los hombres en las Américas. Perfil 2009*. pp. 8-21, Washington D.C.: OPS/OMS. En línea: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/links/OPAS-OPS/OPAS%2017.pdf>

Payne, Sarah, 2009. "How can gender equity be addressed through health systems?" *Policy Brief* N° 12. OMS, Observatorio Europeo de Sistemas de Salud y Políticas. En línea: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/64941/E92846.pdf

Pérez, María Alejandra, 2008. "Prevalencia de Enfermedades profesionales con Dictamen de Invalidez. Región Metropolitana. Años 2005-2006". *Ciencia y Trabajo*, año 10, N° 30, octubre-diciembre, pp. 113-119. En línea: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/30/pagina113.pdf>

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), 2010. *Desarrollo Humano en Chile. Género: los desafíos de la igualdad*. Santiago: PNUD.

Ravindran, Sundari, 2002. "Understanding health sector reforms and sexual and reproductive health services: a preliminary framework". *Reproductive Health Matters*, noviembre.

Reca, Inés, Madelin Álvarez y M. Emilia Tijoux, 2002. "Costos no visibles del cuidado de enfermos en el hogar. Una metodología para su estudio. Estudio de casos en Chile". En OPS, *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado, capítulo 9*. Washington, DC: OPS.

Rodríguez Salazar, Oscar, 2011. "Políticas públicas derivadas de los enfoques sobre protección social". En Amparo Hernández Bello y Carmen Rico Sotelo (editoras), *Protección social en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas*. Bogotá: Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo (IDRC), OPS, Pontificia Universidad Javeriana de Colombia. En línea: <http://web.idrc.ca/openebooks/509-0/>

Rose, Geoffrey, 1992. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press.

Roses, Mirta, 2003. "Desigualdades ocultas: género y reforma del sector salud". *Le Monde diplomatique* N° 43. En línea: <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/RosesReforma.pdf>

Sánchez, Patricia, 2006. "Salud mental y trabajo: ¿un problema en alza?" *Ciencia y Trabajo*, año 8, N° 21, julio-septiembre. En línea: <http://www.proyectoarauca.cl/documentos/20080108094917Salud%20Mental%20y%20Trabajo,%20un%20problema%20en%20alza.pdf>

Sernam (Servicio Nacional de la Mujer), 2002. *Habla la gente: situación de las mujeres en el mundo laboral*. Documento de Trabajo N° 77. En línea: http://estudios.sernam.cl/documentos/?eNDk1Mjg=-Habla_la_gente:_Situación_de_las_Mujeres_en_el_Mundo_Laboral

_____. *s.f. Violencia Intrafamiliar en cifras*. En línea: http://www.sernam.cl/portal/images/documentos/campania_maltrato2010/vif_cifras.pdf

Superintendencia de Isapres, 2010. *Discriminación en el sistema Isapre*. Departamento de Estudios. En línea: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4008_recurso_1.pdf

_____. 2008. *Discriminación, equidad de género y reforma de salud en el sistema Isapre*. Departamento de Estudios. En línea: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-5292_recurso_1.pdf

Superintendencia de Seguridad Social, 2010. *Boletín Estadístico 2009*. Gobierno de Chile.

Tobar, Federico, 2007. "El concepto de salud atrasa en Estados Unidos", en *Clarín*, 15 de marzo. En línea: <http://edant.clarin.com/diario/2007/03/15/opinion/o-02902.htm>

_____. 2005. *Herramientas para el análisis del sector salud*. En línea: http://www.isalud.org/htm/site/documentos/13_Archivo_largo.PDF

Todaro, Rosalba, Sonia Yáñez (editoras), 2004. *El trabajo se transforma. Relaciones de producción y relaciones de género*. Santiago: Ediciones CEM.

UNRISD (Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social) 2006. "La búsqueda de un programa nuevo de política social", en *Igualdad de Género. La lucha por la justicia en un mundo desigual*, capítulo 8, pp.152-157. Ginebra: UNRISD.

Vallebuona, Clelia, 2003. "Las enfermedades profesionales: un olvido de la Salud Pública". *El Vigía* N° 18, Boletín de Vigilancia en Salud Pública de Chile, Vol. 6, pp. 26-30.

Velásquez, Aníbal, 2006. "La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2009, Perú. En línea: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a15v26n2.pdf>

Vives, Alejandra y Héctor Jaramillo, 2010. "La salud laboral en Chile". *Arch. Prev Riesgos Labor* 2010; 13 (3), pp. 150-156.

Wilson, Kay y Jennifer Howard, 2000. "Missing links: the effects of health care privatization on women in Manitoba and Saskatchewan". Winnipeg: Prairie Women's Health Centre of Excellence.

Women's Health Bureau Health Canada, 2003. *Exploring concepts of gender and health*. Ontario: Health Canada.

Zambra, Darío, 2010. "La última batalla de las Isapres". *La Nación*, 20 de junio 2010. En línea: <http://www.lanacion.cl/noticias/site/artic/20100619/pags/20100619174621.html>

