

ÉTICA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Dr. Jaime Burrows

Centro de Bioética, Facultad de Medicina CAS - UDD

**Ponencia preparada para el Segundo Seminario de Bioética Clínica de
la Academia Chilena de Medicina**

Agosto, 2012

Los Sistemas de Salud

Para hablar de ética en los sistemas de salud, un primer paso es definir qué es un Sistema de Salud; este primer paso es fundamental, pues nos permite identificar aquellos elementos que sean éticamente relevantes, y circunscribir el ámbito de nuestra reflexión.

Un Sistema de Salud es definido por la Organización Mundial de la Salud como aquel que incluye “todas las personas, organizaciones o actividades cuyo propósito principal es *promover, restaurar o mantener* la salud” (1;2). Cabe destacar que esta definición excluye las actividades que tienen como propósito principal uno distinto al de la salud, tales como la educación o la recreación, aún cuando estas actividades tengan un efecto positivo en la salud de las personas.

En un Sistema de Salud podemos identificar básicamente cuatro componentes (Cuadro N°1).

Cuadro N°1. Componentes de un Sistema de Salud

1. Las personas o instituciones que ofrecen servicios de salud (públicos o privados): médicos, enfermeras, hospitales y clínicas, farmacias, promotores de salud y curanderos tradicionales.
2. Los mecanismos que permiten el flujo de dinero para financiar el sistema, a través de intermediarios (los seguros de salud) o de pagos directos.
3. Aquellos cuya tarea es la de planificar y regular: los ministerios de salud, finanzas y planificación, y otras instituciones reguladoras (ISP, Seremis).
4. Los que proveen los recursos especializados (por ejemplo, las escuelas de medicina y enfermería) y los productores de medicamentos y suministros médicos.

Como podemos ver, existen actividades realizadas por algunos de estos componentes del sistema, cuyo propósito principal no es *promover, restaurar o mantener* la salud de las personas, pero que son habitualmente consideradas parte del sistema de salud. Por ejemplo, existen instituciones cuyo propósito es la generación de una ganancia económica, a través de la provisión de servicios médicos, o a través del aseguramiento financiero de estos servicios.

Entonces el Sistema de Salud, más que caracterizarse por la unanimidad de propósito de sus componentes, se define por la relación de funcionalidad entre estos. De este modo, definiremos un Sistema de Salud como un conjunto de elementos *relacionados funcionalmente* entre sí, de forma tal que **como sistema** tiene como objetivo o propósito *promover, restaurar o mantener* la salud de las personas de una población determinada: el Sistema de Salud, como cualquier sistema, es más que la suma de sus partes.

Definir un sistema de salud en estos términos tiene al menos dos consecuencias relevantes: por una parte, nuestra definición nos permite evitar juicios *a priori* respecto de los componentes del sistema de salud, en el sentido de no excluir la posibilidad de que alguno de estos componentes tenga un objetivo primario distinto del objetivo global del sistema. Para ser más específicos, si una institución de salud tiene como objetivo primario, por ejemplo generar lucro, no es el lucro en sí lo que determina su evaluación, sino si esta institución es o no funcional al objetivo de *promover, restaurar o mantener* la salud de las personas.

La segunda consecuencia es reconocer que el si objetivo del Sistema de Salud, como tal, es la mejoría de la salud de las personas, entonces la organización del Sistema de Salud no sólo es un problema técnico y económico, sino que también ético. Así como el Dr. Alejandro Goic ⁽³⁾ plantea en un ensayo en la Revista Médica de Chile en 2004: “Es la ética la que da sentido al propósito de la medicina de preservar la salud y la vida de las personas, porque no se trata de preservarla de cualquier manera sino que

buscando siempre el bien del paciente, respetando su inteligencia, dignidad e intimidad”; así mismo se puede decir que es la ética la que da sentido al propósito de los sistemas de salud.

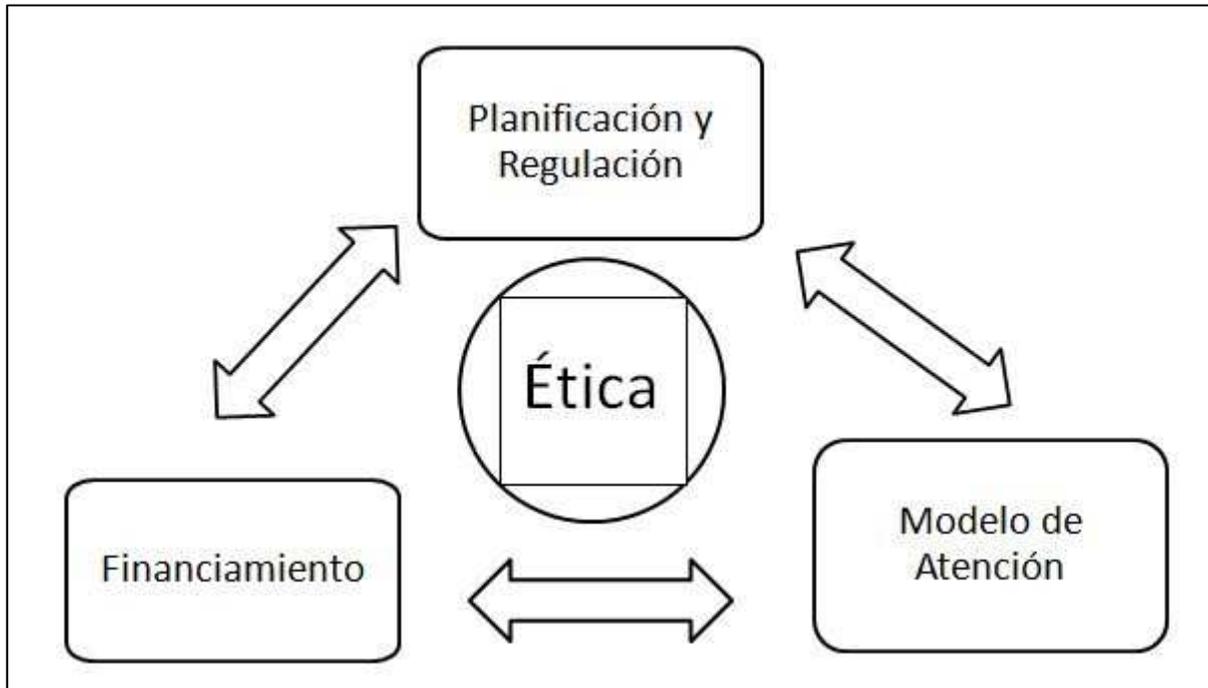
Organización de los Sistemas de Salud

El cómo se organizan los sistemas de salud variará de un país a otro dependiendo de diferentes factores sociales, históricos, culturales, económicos y políticos. No existen dos sistemas de salud idénticos; sin embargo, existen ciertas áreas en las que se pueden encontrar similitudes o marcar diferencias radicales entre unos y otros.

Preguntas relevantes para encontrar las semejanzas y las diferencias, serían:

- ¿Quién y cómo se proporciona el cuidado de la salud? ¿Dónde acude la gente para recibir atención y por qué? (Modelo de Atención)
- ¿De dónde viene el financiamiento para el Sistema de Salud? ¿Cómo se asignan? ¿Cómo se les paga a los prestadores (hospitales, clínicas, gerentes, médicos, enfermeras, etc.)? (Financiamiento)
- ¿Quién y cómo son controlados los actores en el sistema de salud? (Planificación y Regulación)
- ¿Cómo refleja el sistema de salud los principios y valores de la comunidad? (Ética)

Figura 1. Organización de los sistemas de salud.



El Sistema de Salud Chileno

Nuestro sistema de salud tiene una larga historia, que se inicia en los tiempos de la colonia⁽⁴⁾. No es mi intención describir esta historia, sino sólo centrarme en los hitos principales de su época reciente.

Las principales características del sistema de salud chileno se derivan de las profundas reformas ocurridas en nuestro país en los inicios de la década de 1980, marcadamente inspiradas en la ideología neoliberal. Tal influencia queda manifiesta desde el propio rol que la Constitución Política de 1980 asigna al Estado en materias de salud, marcando el énfasis en la libertad individual para hacerse cargo de la propia salud, lo que cambia radicalmente la aproximación de la Constitución de 1925, que enfatizaba el rol del Estado como garante de la “Salud Pública”, como parte de los derechos sociales.

Así, tal como describiera Rafael Caviedes en una publicación del CEP en 1995, el sistema de salud pasó a sostenerse sobre la base de cuatro principios⁽⁵⁾: Libertad Individual, Justicia, Derecho de Propiedad y Subsidiariedad (Cuadro N°2)

Cuadro N° 2. Principios inspiradores Reforma de la Salud en la década de 1980.

- La *Libertad Individual* consistiría en el derecho a elegir el seguro de salud, o para escoger el proveedor de servicios de salud; así como la libertad para decidir cuánto de sus recursos se destinan para propósitos relacionados con la salud.
- *Justicia*, en este caso significaría “dar a cada quién según su contribución”, lo que implica que cada uno recibe atención de salud acorde a cuánto paga, directamente o a través de su seguro de salud.
- El *Derecho de Propiedad*, implicaría el derecho a decidir el destino de lo que se es dueño —de los bienes propios, entre los que se encuentra la salud—.
- La *Subsidiaridad*, implicaría la intervención del estado para realizar las acciones de salud, sólo cuando ellas no pueden ser realizadas individualmente o a través de la iniciativa del sector privado, de manera de garantizar un mínimo aceptable.

Cabe destacar, sobre este último punto, que a pesar de su rol subsidiario, la Constitución Política es explícita en formular como un deber preferente del Estado el **garantizar** la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas.

Con este propósito se descentralizó el Servicio Nacional de Salud—creándose el Sistema Nacional de Servicios de Salud—, se traspasó la atención primaria a los municipios, se creó el FONASA, y se dio vida a los seguros de salud privados, las

ISAPRE, las que debían sustituir progresivamente el sistema público de salud (DFL N°3/1981). De esta forma, el sistema de salud chileno se transformó en un sistema mixto público-privado tanto en la provisión de servicios como en el financiamiento del sector, introduciéndose criterios de mercado en la distribución de los recursos destinados a la salud.

Así, se redujo la intervención del Estado en la ejecución de las acciones de salud y se consagró en las bases de la institucionalidad, la libertad para elegir entre un sistema privado de salud y el sistema público, determinando la coexistencia de dos subsistemas que operan en paralelo.

La reforma del período 2000-2005

Las reformas realizadas durante los '80, sumadas a los efectos de la crisis económica sufrida en la primera mitad de esa década, derivaron en una fuerte reducción del aporte fiscal hacia el sector salud, cuya consecuencia fue el deterioro tanto en el acceso como en la calidad de las prestaciones para la población de ingresos medios y bajos. Por su parte, el sistema privado de seguros mostró una serie de fallas tales como exclusiones, preexistencias, carencias, bajas coberturas en los riesgos catastróficos, discriminación de riesgo y poca transparencia en precios y coberturas.

Los dos primeros gobiernos de la Concertación se concentraron en recuperar la inversión pública en el sector, especialmente en lo relacionado con la infraestructura. Al finalizar los primeros diez años de gobierno de la concertación, en el sistema de salud chileno persistía una serie de problemas tales como: inequidad en el acceso a las atenciones de salud —principalmente entre el sistema privado y el público—, deficiencias en la gestión de los hospitales públicos, falta de regulación del sistema privado, inadecuación del modelo de atención para enfrentar los cambios demográficos y epidemiológicos, e insuficiencia en el volumen de financiamiento utilizado directamente para la realización de prestaciones ⁽⁶⁾.

En este escenario, durante la primera década del presente siglo se introducen nuevas reformas al sistema de salud chileno, a través de un conjunto de leyes cuyo objetivo es la implementación de las medidas conducentes al logro de cuatro Objetivos Sanitarios del Sistema de Salud (Cuadro N°3):

Cuadro N°3. Objetivos Sanitarios del Sistema de Salud 2000-2010

1. Mejorar y mantener los logros sanitarios alcanzados.
2. Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
3. Disminuir las desigualdades en salud.
4. Proveer servicios acordes con las necesidades y expectativas de la población.

El marco legal construido en el proceso de reforma está formado por la Ley 19.966 que establece el Régimen de Garantías en Salud, junto con la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Hospitales Autogestionados en Red, y las dos leyes que regulan las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), Ley 19.895 (“Ley corta”) y Ley 20.015 (“Ley Larga”).

La primera de estas leyes, contiene en el mensaje que acompaña el envío del proyecto de ley al congreso, los principios en que se fundamenta esta reforma y que se debían traducir en los principios que sustentan el sistema de salud: Derecho a la Salud, Equidad, Solidaridad, Eficiencia, Participación Social (Cuadro N° 4).

Cuadro N° 4. Principios inspiradores de la Reforma de la Salud del período 2000-2005

- *Derecho a la Salud* es el derecho que tiene toda persona que habita en el territorio nacional a tener un mecanismo de protección social con acceso oportuno y universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar situaciones de enfermedad, y a la existencia de condiciones saludables en su comunidad y trabajo, dentro de las capacidades y recursos del país.
- *Equidad* entendida como un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de reformar. La reforma de salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayor protección social y acceso universal a la atención de salud.
- *Solidaridad*, se entiende el esfuerzo que hace la sociedad chilena para que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos.
- La *Eficiencia* es el principio que mueve a dar el mejor uso de los recursos disponibles, obteniendo los mayores resultados posibles con dichos recursos.
- La *Participación Social* implica el reconocimiento de las personas como usuarios y ciudadanos, de manera que puedan expresar sus preferencias y expectativas para el mejoramiento de las políticas de salud, a través de mecanismos transparentes de información y participación.

La Reforma de la Salud no puso en cuestión la existencia misma de un sistema mixto público-privado en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud ⁽⁷⁾.

El fallo del Tribunal Constitucional sobre el artículo 38 ter de la ley N° 18.933

Un tercer hito en la historia reciente de nuestro sistema de salud lo constituye el fallo del 6 de agosto de 2010, del Tribunal Constitucional sobre el artículo 38 ter de la ley N° 18.933, que regula la existencia de tablas de factores de riesgo que utilizan las ISAPRE⁽⁸⁾. En este fallo, el TC juzgó vulneradas las garantías constitucionales establecidas en los artículo 19, N°s. 2º, 9º y 18º del Constitución, esto es igualdad ante la ley, derecho a la protección de la salud y el derecho a la seguridad social. La inclusión de este último implica un giro radical a la forma de entender el derecho a la protección de la salud, al extender a éste, las argumentaciones y exigencias constitucionales de la seguridad social.

En efecto, el fallo afirma la “íntima relación” entre el derecho a la protección de la salud y el derecho a la seguridad social (Considerando 159). En otras palabras, el TC ha pasado a considerar las normas sobre protección del derecho a la salud como **normas de seguridad social**; por lo que son aplicables a aquéllas, los principios establecidos por la CPR para éstas (Considerandos. 131, 132. 133, 134, 135) (Cuadro N° 5):

Cuadro N° 5. Principios de Seguridad Social aplicables a la Salud

- *Universalidad*, se refiere al acceso de todos y cada uno de los habitantes (universalidad subjetiva) al goce de prestaciones básicas uniformes; incluyendo acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo (universalidad objetiva).
- *Uniformidad*, implican que las prestaciones que envuelven los derechos a la salud y a la seguridad social han de ser igualitarias, integrales y suficientes, sea que se otorguen por el Estado o por agentes privados
- *Solidaridad*, se expresa en el deber que tiene el Estado, es decir, la comunidad políticamente organizada, de garantizar económicamente el goce de el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social

¿Cuáles principios y valores?

Los hitos que hemos comentado acerca de la historia del Sistema de Salud chileno, nos muestran que la construcción de un sistema de salud es un proceso dinámico y que está en constante evolución. A esto se añade el hecho de que vivamos en una sociedad pluralista, en la que cohabitan aquellos que privilegian ciertas concepciones sobre el sistema de salud y el rol del Estado, con otros promueven posturas a veces diametralmente opuestas, pero que deben entenderse en el proceso del debate democrático, para dilucidar qué principios y valores que debieran caracterizar nuestro sistema de salud.

Un punto de partida para este debate, es volver a la definición de sistema de salud que hemos propuesto, y confrontar la realización de estos principios con el objetivo del sistema de *promover, restaurar o mantener* la salud de las personas de una población determinada. Al día de hoy, por ejemplo, existe bastante evidencia acerca de cómo las

desigualdades del nivel de salud dentro de una comunidad, afectan negativamente el estado de salud del conjunto de los miembros de esa comunidad ⁽⁹⁻¹⁴⁾; por esta razón, varios de estos autores promueven la **Equidad** como el principio fundamental de los sistemas de salud, entendida como ausencia de discriminaciones injustas, como las que se producen por edad o sexo de las personas que ya mencionamos, pero también en un sentido de distribución de los beneficios del sistema acorde con las necesidades de salud, y de los costos de acuerdo a la riqueza, es decir, inspirada por la **Solidaridad**.

Del mismo modo, la existencia de personas excluidas de los beneficios del sistema, también afecta la salud del conjunto de la población. Es lo que pasa en países donde no existe, o no se ha alcanzado la **Universalidad** del sistema. Por esta razón, la OMS ha hecho explícito como meta de los sistemas de salud alcanzar la cobertura universal ⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

Por otra parte, es evidente que propugnar una mejor salud de las personas tiene no sólo como motivación el aliviar el sufrimiento y prolongar la vida, sino preservar la posibilidad de que el ser humano ejerza su plena autonomía, es decir la realización personal del principio de **Libertad**, el que en el marco del sistema de salud va acompañado por el principio de la **Responsabilidad**, tanto individual como institucional, con uno mismo como con la comunidad.

Cuadro N° 6 Principios propuestos para el Sistema de Salud Chileno

- *Equidad*
- *Solidaridad*
- *Universalidad*
- *Libertad / Autonomía*
- *Responsabilidad*

¿Qué implicancias tienen estos principios para nuestro sistema de salud?

Como ya señalamos, los principios éticos sirven como ordenadores de la organización del sistema y la funcionalidad de cada uno de sus componentes. De este modo, podemos identificar de forma más clara sobre los problemas que presenta nuestro sistema, reflexionar y debatir al respecto, y reorientar su organización.

Solo a modo de ejemplo, una fórmula de financiamiento diseñado para la competencia entre aseguradores, que presenta problemas como la selección de riesgos, la selección adversa, el riesgo moral y la asimetría de información (que derivan a su vez en el problema de 'cautividad' dentro de las aseguradoras), y que ha traído como consecuencia, la concentración de las personas más sanas, jóvenes y de mayores ingresos en el sector privado, dejando a las personas de bajos ingresos y mayores riesgos en salud en el sector público, aumentando los requerimientos financieros en ese sector—lo que constituye un importante fuente de ineficiencia para el sistema público ⁽¹⁹⁾—, nos podemos preguntar ¿puede ésta ser una fórmula compatible con un sistema equitativo, solidario y responsable?.

Hay elementos de nuestro sistema que demandan nuestra atención y que tienen profundas implicancias éticas. Espacios como este nos permiten identificarlos,

reflexionar y debatir acerca de ellos. Espero que esta presentación haya servido como motivación para ello.

Referencias

- (1) WHO. *The world health report 2000 - Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization; 2000.
- (2) WHO. *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. Geneva: World Health Organization, 2007.
- (3) Goic A. *Ética de la organización de la atención de salud*. Revista Médica de Chile 2004;132:388-92.
- (4) Miranda E. *Descentralización y privatización del sistema de salud chileno*. Estudios Públicos 1990;39:5-66.
- (5) Caviedes R. *Principios Rectores de los Sistemas de Salud*. En: Giaconi J, editor. *La Salud en el Siglo XXI*. Santiago: Centro de Estudios Públicos.; 1995. p. 19-39.
- (6) Lenz R. *Proceso político de la reforma AUGE de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina. Una mirada desde la Economía Política*. Serie Estudios Socio/Económicos. CEPAL. 2007, 38: 6-8. [38], 6-8. 2007.
- (7) Burrows J. *Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what?* J Med Ethics 2008;34(9):e13.
- (8) Tribunal Constitucional. *Proceso iniciado de oficio para decidir sobre la constitucionalidad del artículo 38 ter de la ley de isapres, Rol 1.710/2010*.
- (9) Daniels N, Kennedy BP, Kawachi I. *Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities*. Daedalus 1999;128(4):215-51.
- (10) Marmot M. *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes*. The Lancet 2007;370(9593):1153-63.
- (11) Acheson D, Barker D, Chambers J, Graham H, Marmot M, Whitehead M. *Independent inquiry into inequalities in health (Acheson report)*. London: The Stationery Office 1998.
- (12) Marmot M. *The Influence of Income on Health: Views of an Epidemiologist*. Health Affairs 21[2], 31-46. 2002. Health Affairs.
- (13) Singh-Manoux A, Adler NE, Marmot MG. *Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study*. Soc Sci Med 2003 Mar;56(6):1321-33.

- (14) De Vogli R, Brunner E, Marmot MG. *Unfairness and the social gradient of metabolic syndrome in the Whitehall II study*. Journal of Psychosomatic Research 2007 Oct;63(4):413-9.
- (15) WHO Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report*. World Health Organization; 2008.
- (16) WHO. *Health And Development*. Population 2008;1:1-34.
- (17) Veugelers PJ, Yip AM. *Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health?* J Epidemiol Community Health 2003;57(6):424-8.
- (18) WHO. *The world health report 2010 - Health systems financing: the path to universal coverage*. World Health Organization (WHO); 2010.
- (19) Titelman D, Uthoff A. *El papel del aseguramiento*. Revista de la CEPAL 2003;81:103.