

Proyecto de ley, iniciado en moción de los Honorables Senadores señor Girardi, señora Goic, y señores Quintana y Quinteros, que prohíbe informar las deudas contraídas para financiar atenciones de salud.

CONSIDERANDO:

En Chile, el derecho a la salud se ha convertido en motivo de una preocupación ciudadana creciente y sostenida. En el centro de la discusión se encuentran las obligaciones que tiene el Estado en su protección y garantía frente a las progresivas expectativas de las personas por acceder a mayores y mejores prestaciones en este ámbito.

Así, por ejemplo, a propósito del derecho a la salud, la encuesta de opinión publicada por el Instituto Nacional de Derechos Humanos de 2015 señala que el 65,7% de los encuestados considera que es de cargo del Estado la garantía y protección del derecho a la salud; el 30,8% piensa que es una responsabilidad compartida por igual entre el Estado y la persona, y 3,2% piensa que es una responsabilidad que recae principalmente en la persona. En la misma encuesta, el 82,3% de los consultados opina que obtener una atención en salud de calidad depende de cuánto se puede pagar, y en cuanto a la pregunta sobre los derechos menos protegidos, para el 43% sería el de una jubilación digna; para el 31% el derecho a la salud. En el mismo sentido, la encuesta CEP de noviembre de 2015 señala que entre las principales preocupaciones de los encuestados se encuentran la delincuencia (58%), la salud (44%) y a educación (33%).

Chile ha suscrito y ratificado diversos tratados internacionales respecto de esta materia, entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Este tratado recoge el derecho a la salud y lo hace del siguiente modo: "Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"¹. Junto con el texto del PIDESC, se

¹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución

puede considerar la forma como el Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (el Comité DESC) ha interpretado el artículo 12 del pacto.

Si bien las observaciones generales del Comité DESC no obligan jurídicamente a los Estados miembros del PIDESC, ellas tienen importancia en tanto se trata de un organismo técnico de expertos que elabora interpretaciones que pueden ser útiles para los Estados y los organismos internacionales a la hora de enfrentar el contenido del PIDESC. De hecho, la literatura internacional sobre derechos humanos les atribuye importancia a estas observaciones generales, pues las estudia y comenta. Independientemente de ello, lo que sí es muy relevante es que el Tribunal Constitucional chileno ha aludido y recogido observaciones generales del Comité DESC en materia de derecho a la salud:

"Desde luego el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, cuyo Comité está encargado de presentar informes periódicos sobre el estado de cumplimiento de los diferentes derechos consagrados en el Pacto. Este Comité del mencionado Pacto 'interpreta el derecho a la salud como un derecho de contenido complejo que engloba no sólo el derecho a una asistencia sanitaria oportuna y adecuada, sino que también se extiende a los determinantes básicos de la salud, tales como el acceso al agua potable y al saneamiento, la vivienda adecuada, etc.'"²

Por su parte, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, suscrito por Chile, recoge el derecho a la salud en el artículo 5, letra e), N° iv: "En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: e) Los derechos económicos,

2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27. Artículo 12.1.

² Tribunal Constitucional, Rol N° 1710-10 IN, 6 de agosto de 2010, C° Centésimo decimotercero.

sociales y culturales, en particular: iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales;"³

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Parte: la obligación de respetar, proteger y cumplir⁴. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12 del PIDESC. Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud. Observación General N° 14, parágrafo 33.

En tanto, existe en Chile un sistema fragmentado e inequitativo de salud, en el que conviven un fondo público que da cobertura al 80% de la población (Fondo Nacional de Salud, FONASA) con múltiples seguros privados (instituciones privadas de salud previsional, ISAPRES) para el 18% de la población.

El sector salud se ha constituido en uno de los elementos esenciales del estallido social en Chile iniciado el año 2019, lo que es una clara señal de expectativas no resueltas⁵. Se mantienen fundadas críticas de diversos sectores y el claro descontento de la población, relacionado sobre todo con la persistencia de inequidades en salud, las dificultades para acceder a medicamentos y la atención en problemas de salud no priorizados en el plan

³ Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 2106 A (XX), de 21 de diciembre de 1965. Entrada en vigor: 4 de enero de 1969, de conformidad con el artículo 19.

⁴ Estudios constitucionales, El Derecho a la Salud, Rodolfo Figueroa, UDP, 2013, Chile

⁵ Artaza Barrios O, Méndez CA. Crisis social y política en Chile: la demanda por acceso y cobertura universal de salud. Rev Panam Salud Publica. 2020;44.: e16.<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.16>

de garantías explícitas y en la no resolución de aspectos pendientes en el aseguramiento privado, entre otros.

Respecto al sistema de salud público/privado existen diversas diferencias. Entre ellas, las áreas analizadas son esencialmente la calidad, eficiencia de costos y selección de pacientes. Una de las características diferenciadoras es el sistema de pago; el sector privado funciona con el mecanismo fee-for-service mientras que el público lo hace sobre presupuestos históricos, esto genera en los prestadores privados una menor restricción por volumen y por el contrario un incentivo hacia este.

Otra diferencia es en el uso que puede hacer un hospital de las utilidades, el sector público está obligado a reinvertir los excedentes (en particular en los presupuestos de los hospitales públicos sucede que cuando la administración da cuenta de la existencia de estos excedentes tiende a gastarlos todos en un último periodo previo a la renovación existiendo un desbalance temporal de recursos dentro de un mismo año) mientras que el sector privado se apropia de estos y distribuye hacia los propietarios, esto genera evidentemente incentivos distintos a la hora de generar ganancias de eficiencia que reduzcan costos por la distinta motivación por apropiarse de esos excedentes.

El mercado de provisión de atenciones en salud es de carácter mixto y este rasgo provoca una estructura con subsistemas que actúan casi de forma paralela. En cuanto al mercado privado, está compuesto en su mayoría por prestadores con fines de lucro, dentro de estos están centros médicos, clínicas, clínicas especializadas y consultas privadas. El subsistema público está compuesto por los servicios de salud que administran la red asistencial local y los consultorios de administración municipal que proveen de atención primaria a las comunidades.

Los prestadores públicos en general proveen de atención a la mayoría de la población nacional (casi un 80% de la población está adscrita al seguro público) mientras que los privados abastecen de servicios tanto a afiliados a las ISAPRES y a FONASA en la modalidad libre atención (a la cual pueden acceder en teoría todos los cotizantes y sus cargas de FONASA pero que en su mayoría es utilizada por los grupos C y D que cuentan con más de 5 millones de personas). La red pública de atención, además, se extiende en general dentro de todo el territorio nacional mientras que los prestadores privados están concentrados principalmente en áreas urbanas y aun más, los prestadores institucionales tienden a ubicarse solo en grandes ciudades.

Pese a los avances indiscutibles en los indicadores sanitarios básicos, la sociedad chilena no ha logrado hasta hoy configurar una fórmula de atención médica a las personas que sea equitativa y satisfaga las apremiantes necesidades cotidianas que tiene su población, especialmente la económicamente más desvalida, incluidos ciertamente los más ancianos.⁶

Lo cierto es que un gran porcentaje de la población no está en condiciones de asumir los costos de la atención de salud, situación que los Estados deben considerar necesaria y prioritariamente al organizar sus sistemas sanitarios y de atención médica. Los ciudadanos no se sienten adecuadamente protegidos por el sistema de salud y tienen miedo a enfermar. A veces se olvida que el común de las personas juzga las bondades de un sistema de salud, no por sus excelentes indicadores sanitarios, sino por su experiencia cotidiana cuando requiere atención médica. Por ello, parte de la población esta dispuesta a endeudarse para acceder a atención de salud, a costa de lo que sea, por obtener una resolución a su problema. Seguido a ello, las familias y los pacientes se enfrentan a deudas enormes que deben pagar ante la prestación recibida, que incluso, han tenido que vender bienes para cumplir con sus obligaciones. Sin embargo, muchas veces el pago de estas deudas se hace imposibles de pagar y por tanto sus informes comerciales se ven "manchados" por estas deudas, dificultando el acceso a nuevos créditos o entidades bancarias e incluso a la postulación de nuevos trabajos, llevando a

⁶ El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente, Alejandro Goic. Rev. méd. Chile vol. 143 no.6 Santiago jun. 2015

las personas a un camino sin salida. Lamentablemente el acceso a la salud no es un derecho resguardado por el Estado como debería ser, cargando los pacientes con la necesidad de asistir a la salud privada para obtener respuestas o para no morir, endeudándose a niveles estratosféricos, que termina socavando a las familias, con deudas que les impiden seguir sin la angustia de perderlo todo, por solo querer vivir⁷.

Por consiguiente, de acuerdo a los argumentos anteriormente expuestos, vengo en presentar el siguiente:

PROYECTO DE LEY

ARTÍCULO ÚNICO. - Modifícase la ley n ° 19.628, sobre protección de la vida privada, con el objeto de prohibir que se informe sobre las deudas contraídas para financiar servicios y acciones de salud de la siguiente manera:

Intercálase en el inciso segundo del artículo 17 a continuación del último punto y coma (;) antecedido por la frase: "tampoco las deudas contraídas con instituciones de educación superior de conformidad a las leyes números 18.591 y 19.287, ni aquellas adquiridas con bancos o instituciones financieras de conformidad a la ley n° 20.027, o en el marco de las líneas de financiamiento a estudiantes para cursar estudios en educación superior, administradas por la Corporación de Fomento de la Producción, ni alguna deuda contraída con la finalidad de recibir para sí o para terceros un servicio educacional formal en cualquiera de sus niveles" la siguiente nueva frase: ";tampoco las deudas contraídas con prestadores de salud públicos o privados y empresas relacionadas, en el marco de una atención o acción de salud ambulatoria o de emergencia sean estas consultas, procedimientos, exámenes, programas, cirugías u operaciones."

⁷ Análisis Crítico del sistema de Salud Chileno. La Puja Distributiva y sus Consecuencias. Pablo Buris, Nicolás Bustamante, Juan Pablo Rojas, 2014.

ARTÍCULO TRANSITORIO. - Las disposiciones de la presente ley entrarán en vigencia a partir de los ciento ochenta días posteriores a la publicación de la misma. Los responsables de los registros o bancos de datos personales que almacenan y comunican información sobre las obligaciones a que se refiere el artículo anterior deberán eliminar todos los datos relacionados con éstas, en el plazo señalado anteriormente.