



Universidad de Chile
Facultad de Filosofía y Humanidades
Facultad de Medicina
Programa de Magíster en Bioética



A mi madre que me enseñó que el saber no ocupa espacio, a mis hijos que me han enseñado la paciencia y el esfuerzo, a Viviana, mi compañera inagotable.



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a los profesores de la Facultad de Filosofía y Humanidades que con sus clases despertaron y alentaron mi vocación por las humanidades; fue un primer año de lectura y regocijo. En especial al profesor Villarroel que aceptó su tutoría para acercarme a la biopolítica. Agradecer en especial a María Ines, secretaria de la Facultad de Filosofía por su cariño y cercanía con los alumnos que nos atrevemos a aventurarnos en post-grado.



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
FACULTAD DE FILOSOFIA Y HUMANIDADES
ESCUELA DE POSTGRADO

INFORME DE APROBACION TESIS DE MAGISTER

Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magíster presentada por el candidato

Marco Rojas Guzmán

ha sido aprobada por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al Grado de Magíster en Bioética.

Raúl Villarroel Soto

Director de Tesis

Facultad de Filosofía y Humanidades

COMISION INFORMANTE DE TESIS

Prof. Carolina Montero

Prof. Verónica Anguita.

Prof. Adela Montero

Presidente Comisión



Universidad de Chile
Facultad de Filosofía y Humanidades
Facultad de Medicina
Programa de Magíster en Bioética

“Aspectos bioéticos de la implementación de la Reforma de Salud (GES) en dos patologías GES en la Cuarta Región”

**Tesis para optar al Grado académico de
Magíster en Bioética**

**Alumno: Marco Rojas Guzmán
Director de Tesis: Dr. Raúl Villarroel Soto**

2017



ÍNDICE

1. RESUMEN	7
2. INTRODUCCIÓN	8
2.1 La Reforma de salud en Chile	8
2.2 Antecedentes Sanitarios. Relevancia del problema	12
3. MARCO TEÓRICO.....	16
3.1 La Justicia según Rawls.....	16
3.2 El Concepto de Equidad (aporte de A. Sen).....	19
3.3 Concepto de Vulnerabilidad	23
4. OBJETIVOS	26
4.1 Hipótesis	26
4.2 Objetivos Generales.....	26
4.3 Objetivo Específico	26
5. MARCO METODOLÓGICO.....	27
6.- Situación del Cáncer de Mama y la Colectomía Preventiva en el Servicio de Salud Coquimbo (DSSCOQ).....	28
6.1 Organización del DSSCOQ y el GES.....	28
6.2 Situación en el Cáncer de mama.....	31
6.3- Situación de la Colectomía preventiva en personas entre 35 a 49 años.....	38
6.4 Análisis de datos.....	44
7. DISCUSIÓN.....	47
8. CONCLUSIONES.....	55
9. BIBLIOGRAFÍA	59



1. RESUMEN

La Reforma de Salud en Chile, que se plasmó en Ley en el año 2005, ha traído en su corto andar una serie de cambios en el ámbito sanitario en nuestro país. Su inspiración tiene relación en una significativa diferencia en la población chilena por el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención médica que presentaba la sociedad chilena para finales de los años 90. Diferencia que se hace muy fuerte al analizar la población beneficiaria de Fonasa versus Isapre. Se objetivan dos mundos paralelos en el país, que esta Reforma se encargaría de abordar. Para ello se creó un plan AUGE (Acceso Único, Garantizado y Explícito) que a través de una canasta básica de prestaciones, enfrentaría la injusticia sanitaria que aquejaba a la población. La idea era establecer un mínimo de garantías en salud, que se transformaban en un derecho a la salud y que aseguraba el Estado, pudiendo el ciudadano reclamar si existía incumplimiento. Lo interesante es que se establecía un derecho a la salud. A la fecha la lista de patologías incluidas en este programa, que ha virado su nombre hacia la nomenclatura GES (Garantías Explícitas en Salud), es de 82. Entre ellas está el tratamiento de la Colelitiasis y del Cáncer de mama, patologías que tienen relación con las dos principales causas de mortalidad por causa oncológica en la mujer, y la colelitiasis se presenta como un problema de salud en nuestro país ya que acumula un importante índice AVISA. La presente tesis busca averiguar desde una metodología mixta, recabando datos estadísticos en Fonasa, el Servicio de Salud de Coquimbo, Encuesta Casen junto a información de políticas propuestas y gestión de recursos sanitarios, evaluar el grado de cumplimiento en estas dos patologías en la población beneficiaria de Fonasa. Los resultados de esta investigación serán relevantes para evaluar aspectos bioéticos de justicia en la implementación de la Reforma de Salud en la Región de Coquimbo.



2. INTRODUCCIÓN

2.1 La Reforma de salud en Chile

Desde el año 1972, en que se discutió un informe de la Comisión de Salud del Senado Chileno, se tenía claro conocimiento de la necesidad de realizar una Reforma al Sistema de Salud, que no estaba dando cuenta de la función que debía realizar para mejorar y mantener la salud de la población. Se hace un diagnóstico de un sistema hipertrofiado y que no resuelve adecuadamente sus funciones de protección, fomento y recuperación de la salud. Su planificación y gestión eran esencialmente centralizadas (Caviedes & Merino, 2000).

Durante el gobierno militar se realiza una completa reestructuración al Sistema de Salud que descentraliza sus funciones, separa la Atención Primaria, dejándola bajo la tutela de las Municipalidades, secciona el sistema en 25 Servicios de Salud autónomos, e introduce un actor privado a través de seguros de salud llamados Isapres.

En un documento de la Escuela de Salud Pública sobre la Salud en Chile, en su apartado sobre Organización y Estructura del Sistema de Salud, al referirse al desarrollo histórico del sistema de salud, lo dividen por períodos, y al analizar el período denominado de reformas neoliberal que abarca entre los años 1973 a 1990, dice del sistema de salud: “sus principios y el modelo adoptado se basan en la línea de postulados neoliberales internacionales promovidos por la Universidad de Chicago (donde se educaron los economistas gubernamentales más influyentes del período) y el Banco Mundial. La reforma cambió y redujo drásticamente el rol y la importancia del Estado, que se enfoca en un rol subsidiario” (OCHISAP, s/f, pág. 2).

Esto redundará en una disminución del financiamiento del sector salud, del personal de salud, la separación de la salud primaria que queda a cargo de las Municipalidades, y la opción de optar



por soluciones públicas o privadas en la atención de salud, sumado a una disminución del presupuesto del sector salud, determina que la opción de salud de los más desfavorecidos se vea comprometida.

Terminado el gobierno militar se encuentra un estado que ha sufrido un giro importante en su diseño de estructura gubernamental. Los gobiernos de la concertación proclaman una serie de reformas en distintas áreas del quehacer institucional, considerando reformas previsionales, del poder judicial, en salud, en la ley del Trabajo, educacionales, etc. En un interesante trabajo de (Waissbluth, 2005, pág. 111) se plantea esta cuestión y se concluye en forma casi clarividente que en esta vorágine de cambios estructurales propuestos, se podría caer en un país “con pérdida de equidad y competitividad en el largo plazo y desencanto ciudadano”. Exige por tanto una responsabilidad con un proyecto país al mundo político para llevar a término con éxito los cambios diseñados.

Con la llegada de la democracia en los años 90 se hace un diagnóstico de profundas desigualdades que se han producido en el ámbito del acceso, oportunidad y calidad en salud que lleva a considerar una nueva reforma en el sector. Esta situación queda denunciada por (Olavarria, 2005) en su trabajo “Acceso a la Salud en Chile”, donde demuestra que la población de los quintiles más bajos tienen menos posibilidad de atención médica, dental y uso de licencias médicas, que los quintiles de mayores ingresos dando cuenta además que el fenómeno enfermedad redundante en menores ingresos para la familia por disponer de menos días de trabajo.

En el año 2004, bajo el gobierno de Ricardo Lagos se impulsa una reforma mediante la Ley 19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud, AUGE, que sigue la lógica de considerar la salud como un derecho consagrado en la Constitución Política: artículo N°9, Derecho a la protección de la Salud. Se establece en la Ley AUGE un grupo de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Los detalles de la



implementación de la Reforma quedan bien graficados en el trabajo de (Lenz, 2007) que demuestra los laberintos políticos que deben sortear las ideas para llegar a las personas.

Se comienza con un Primer Régimen de Garantías Explícitas en Salud en base a la Ley N° 19.966, Decreto N° 228 del 1 de Julio 2005 que incluye 25 patologías entre ellas el Cáncer de Mamas. En un Segundo Régimen de Garantías explícitas en Salud, el Decreto N°170 de Julio 2006 aumenta las patologías a 40 incluyendo la Colectomía preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años (Minsal, 2016, Mayo). Estos decretos establecen que se crearán estrictos protocolos para el diagnóstico, tratamiento y lineamiento de políticas de fomento y protección en salud.

Este sistema de garantías en salud persigue la equidad en salud, la que sería la consecuencia lógica de los cambios introducidos, ya que se debe identificar y reducir aquellos factores y condiciones que determinan inequidades evitables en la salud de los chilenos. Una mayor eficiencia en el uso de los recursos estatales y mayor participación social en la promoción y prevención de la salud impulsarían los logros perseguidos por la Reforma (Burrows, 2008).

O'Donnell (O'Donnell, 2007) reconoce que a pesar de que los subsidios en salud son bajos en países en desarrollo, el impacto sobre la calidad de la atención médica en los pobres aún puede mejorar y que son muchos los factores que son responsables de la sub-utilización de las intervenciones en salud en los países en desarrollo. Entre ellas destacan los recursos económicos que son a menudo insuficientes y un segundo problema muy relacionado al anterior es que los recursos no siempre son dirigidos a la intervención más eficaz. Recursos insuficientes, asignaciones inadecuadas y una mala calidad son impedimentos mayores para una asistencia sanitaria eficaz. Es por ello que la implementación de la Reforma exige una buena coordinación e información de los procesos que se realizan.

El Dr. Hernán Sandoval, considerado el padre de la Reforma de Salud expone en una entrevista sobre evaluación del AUGE a 10 años de su implementación que en los objetivos de la Reforma



estaba: lograr una mayor equidad de acceso a la población chilena independiente del nivel socio-económico y cultural, buscar la forma de lograr una estandarización del pago por atención, generar un derecho garantizado y mecanismos que permitan ejercer esos derechos civiles (garantías). Otro objetivo crucial era transformar el auge en un elemento de “planificación sanitaria”, tal de definir políticas ministeriales que permitan fortalecer el sistema público. En relación a las listas de espera dice que es un problema de gestión y en la medida que los ciudadanos ejerzan sus derechos, van a obligar a que se resuelva el problema de las listas de espera.

Se muestra disconforme con la puesta en marcha del AUGE porque no se ha usado como instrumento de planificación sanitaria, lo que permite que no se tengan respuestas adecuadas a las listas de espera. Resume en que ha faltado decisión política para enfrentar temas sanitarios decisivos (Sandoval, 2016). Resulta interesante ver que el Dr. Sandoval reconozca que en el devenir de la implementación de la Reforma, es lamentable que se hayan dejado de lado aspectos relevantes de planificación y control importantes para el logro y buen cometido de la Reforma de Salud.

En un documento que es clarificador sobre el camino que ha tenido que transitar la Reforma, se plantea que esta Reforma de Salud debe dar cuenta de los problemas de salud apostando a una integración público – privada, y que en el imaginario institucionalizado de la Reforma hay dos ideas claras: “fortalecer, proteger y aportar al desarrollo del Recurso Humano y que la Reforma de Salud debe promover la regulación estatal del sistema público-privado” (Quiero, 2005, pág. 14). Se puede entonces vislumbrar que la Reforma de Salud ha tenido necesariamente que apelar a la integración público-privada para intentar dar solución a los problemas de salud, cada vez que los recursos estatales han demostrado su insuficiencia para abordar los problemas.

En un interesante documento de la OPS, Cesar Gattini hace un repaso de la implementación del AUGE y concluye que cuando se observa el transitar de las políticas de salud en la última década



(2000 a 2010), destacan el fortalecimiento y extensión del sistema de protección social en salud (especialmente los grupos más vulnerados y necesitados), los intentos por asegurar el derecho a la salud mediante garantías explícitas y exigibles para los ciudadanos (en una serie de patologías priorizadas), los esfuerzos para mejorar la atención y gestión en Salud apuntando a la satisfacción usuaria, y que se ha intentado poner énfasis en mejorar una regulación efectiva para el adecuado aseguramiento y provisión de servicios hacia una mayor participación, solidaridad y equidad en la atención de salud (Gattini & Álvarez, 2011). Entonces podemos entender que hay una intención en la política sanitaria que va en la dirección diseñada.

Sin embargo en los trabajos de Bastias (2007), Valdivieso (2010) y Paraje (2014) se demuestra que no se ha visto una respuesta como se pretendía lograr en la satisfacción usuaria, en el acceso y en la oportunidad de la solución a los problemas de salud AUGE. Paraje, al referirse a la evaluación del AUGE plantea la necesidad de poner énfasis en mejoras de información, cobertura, aumento en el número de profesionales, canastas de prestaciones, etc, puntos que preveían hacer más complicada la llegada de la reforma con equidad, oportunidad y de calidad como se proponía.

2.2 Antecedentes Sanitarios. Relevancia del problema

Esta tesis ha usado como punto de referencia el estudio de lo ocurrido con el Cáncer de Mama y la Colectomía preventiva del Cáncer de Vesícula Biliar por la importancia que estas patologías tienen en la epidemiología nacional. Es conocido que los tumores malignos en general son la segunda causa de muerte en Chile después de las enfermedades cardiovasculares, con 24.592 fallecidos en 2013 (25,6% del total de muertes) y una tasa de 139 por 100.000 habitantes. El Cáncer es la primera causa de carga de enfermedad, con el 14% del total de Años de Vida Perdidos ajustados por Discapacidad (AVISA) en 2013, por encima de las enfermedades cardiovasculares (Minsal, Estrategia Nacional de Cáncer, 2016).

El aumento observado de las muertes por cáncer en los últimos años se debe principalmente al efecto del envejecimiento poblacional entre otros factores. Por otra parte, se ha demostrado que la



clase social y la etnia tienen un impacto devastador en la incidencia, tratamiento y mortalidad del cáncer y que estas inequidades son debidas a una gran cantidad de factores, incluyendo los factores socioeconómicos; los pacientes más necesitados son quienes tienen las mayores dificultades en acceder y verse beneficiados por centros terciarios de alto nivel de atención del cáncer.

Según estudios realizados por el Minsal (Minsal, Estrategia Nacional de Cáncer, 2016), en Chile la población de menor nivel socioeconómico (NSE) tiene una mayor mortalidad por cáncer ajustada por edad respecto a sus pares de mayor NSE, independiente del sexo. En lo que respecta al Cáncer de Mama se conoce que la cobertura del examen de mamografía para pesquisa precoz es mayor en mujeres afiliadas a ISAPRE que a FONASA. Esto redundaría en menores posibilidades de diagnóstico y tratamiento oportuno para el 75% de la población beneficiaria del seguro público.

Sin embargo es necesario decir que en el mismo documento del Minsal (Minsal, Estrategia Nacional de Cáncer, 2016) de Octubre, refiere que se ha observado una disminución de la mortalidad asociada a cáncer de vesícula y Vías Biliares en un 40% desde el año 2000 al 2013 (25% desde la implementación del Problema en sistema GES) (Minsal, 2016, p. 40). En otro informe del año 2016 (agosto) de la Ministra Carmen Castillo (Castillo, 2016), se observa en el Cáncer de Mama una disminución de la Mortalidad, desde una tasa ajustada de 13.2 por 100.00 mujeres en 2004 a 12.63 en 2012. Al analizar la sobrevivencia post implementación del GES, hay una tendencia al alza, ya que por cada año que pasa post GES se observa un 1% de aumento en la sobrevivencia global.

Lo mismo para el Cáncer de vesícula en que se constata una disminución de la tasa de mortalidad ajustada desde un 11 por 100 mil habitantes entre 1985-2002 a un 10.58. Se constata además una correlación significativa entre el aumento de la tasa de colecistectomía y la disminución de la tasa



de mortalidad por Cáncer de vesícula (Castillo, 2016). Estas conclusiones apuntan a que los objetivos sanitarios de la Reforma de Salud se estarían cumpliendo.

Pero no se puede negar que detrás de estos números hay aspectos de desigualdad e inequidad que en distintos trabajos se han hecho notar. El Dr. Goic en su trabajo, “El Sistema de Salud de Chile” apunta a que el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del consumo final del hogar es elevado en nuestro país llegando a 4,6%, siendo en los países del OCDE de un 2,86%. Casi una tercera parte del gasto en salud es pagado directamente por los hogares en comparación con un 20% entre los países del OCDE (Goic, 2015). En el mismo trabajo llama la atención sobre el menor número de médicos, enfermeras y de camas hospitalarias en el sector público en relación al sector privado que actualmente existen para poder atender al 75% de la población beneficiaria del seguro público que requieren solución a sus patologías AUGE y NO AUGE.

Por otra parte, en el trabajo sobre “Redes Asistenciales” (Nueva Mayoría, 2013), queda claro el hecho de la falta de infraestructura y complicaciones que presenta las redes asistenciales frente a su objetivo de dar atención de salud. Se realiza un pormenorizado detalle de la situación de las Redes y se concluye que “Chile ha superado y mantenido indicadores de salud como la mortalidad infantil, la mortalidad materna, inmunizaciones, etc., pero es necesario dar respuestas a la población y usuarios de la salud pública en áreas demandadas como la accesibilidad, la oportunidad de acceso y calidad de la atención, y que a través de esto sea una herramienta de equidad, que permita no solo el sentirse seguros de la respuesta sanitaria sino además el superar las inequidades y desigualdades de poblaciones vulnerables o en riesgo de serlo” (Nueva Mayoría, 2013, pág. 13).

Esta conclusión del trabajo de Redes Asistenciales se refleja en la población pobre o casi pobre, medido por quintiles (I y II), al tener ellos menor acceso y calidad en la atención en salud sumado a dificultad en el uso de licencias médicas. Esta situación transforma al estado de “buena salud” o “sano” en una necesidad imperiosa para contar de más días productivos para generar ingresos al



núcleo familiar. Román (2008) en su artículo sobre algunos aspectos generales y valóricos en torno al plan AUGE, afirma que con todos los cambios introducidos con la reforma de salud, se ha generado una situación de desigualdad sanitaria entre distintos grupos de compatriotas en nuestro país. Un problema de inequidad en salud que nos interpela y desafía en la constitución de una sociedad moralmente buena (Román & Muñoz, 2008).



3. MARCO TEÓRICO

3.1 La Justicia según Rawls

Rawls (2013), al hablar del sentido de la justicia, “entiende que una persona que carece de sentido de la justicia y que nunca actuaría tal como la justicia exige, excepto en la forma y modo como le mueven el autointerés y la conveniencia, no solo carece de lazos de amistad, afecto y mutua confianza, sino que es incapaz de experimentar resentimiento e indignación” (p.118).

Rawls concibe a los ciudadanos con dos facultades morales, a saber: a) la capacidad de tener un sentido de la justicia y b) la capacidad de poseer una concepción del bien. Afirma que puede sostenerse que el sentido de la justicia es una parte necesaria de la dignidad de la persona. La Teoría de la Justicia de Rawls, provee de un contenido normativo y coherente a las sociedades democráticas y liberales, que tiene como base fundamental dos principios que se obtienen en la “posición original” bajo un “velo de ignorancia”, a saber: 1) cada persona que participa en una práctica, o que se ve afectada por ella, tiene un igual derecho a la más amplia libertad compatible con una similar libertad para todos; 2) las desigualdades son arbitrarias a no ser que pueda razonablemente esperarse que redundarán en provecho de todos, y siempre que las posiciones y cargos a los que están adscritas, o desde los que puedan conseguirse, sean accesibles a todos (Rawls, 2013).

El segundo principio o principio de diferencia, da un paso en la dirección de una economía de bienestar (Peña, 2010). A través de él se puede rectificar las desigualdades producidas por las políticas de corte liberal introducidas en el país. Rawls compatibiliza la libertad y la igualdad entre ciudadanos, con una cultura pública de una sociedad democrática bajo condiciones modernas.



En la Teoría de la Justicia se insiste en que cada ciudadano debe tener la misma oportunidad de alcanzar una posición social favorable, si se tienen los mismos talentos y se hacen los mismos esfuerzos. La labor de la política es asegurar esta justa igualdad de oportunidades y eliminar la discriminación poco equitativa. Hacia esa dirección apunta cuando dice de la actitud racional y razonable de los ciudadanos al momento de hacer las leyes y actuar en política según su sentido de la justicia (facultad moral de la persona según Rawls).

Esto último se enmarca en lo que se denomina la “razón pública”. Godoy al analizar la razón pública, la entiende como la que se expresa por antonomasia a través de los legisladores, cuando hablan y deliberan en el parlamento; de las autoridades del poder ejecutivo cuando hacen pronunciamientos públicos y ejecutan acciones administrativas y de gobierno; y de la judicatura cuando a través de sus sentencias aplica e interpreta las leyes (Godoy, 2001).

Este actuar a través de la razón pública le permitiría a la sociedad una estabilidad política, según Rawls “la estabilidad significa que los arreglos justos producen en quienes toman parte en ellos el correspondiente sentido de justicia, esto es, un deseo de aplicar y seguir los principios de justicia apropiados” (Rawls, 2013, p.144). La Teoría de la Justicia discurre entonces en tres ejes: una concepción política de la persona, la idea de la razón pública como criterio de justificabilidad y la idea de consenso por superposición como explicación de la estabilidad. De esta manera Rawls le da un esqueleto a su Teoría. (Villavicencio, 2013).

Para configurar la teoría de la justicia, Rawls considera que el individuo requiere para el pleno desarrollo de sus planes de vida de unos bienes primarios. Estos bienes primarios son el instrumento que se requiere para un proyecto racional de vida dentro de la concepción de bien de un individuo. Estos bienes primarios son:

- a) los derechos y libertades básicas (libertad política, de expresión, de reunión, de conciencia, de pensamiento, de libertad frente a la opresión psicológica, a la agresión física y a la integridad personal, el derecho a la propiedad, a la libertad,



- b) respecto al arresto y a la detención arbitraria).
- b) la libertad de desplazamiento y la libre elección de ocupación en un marco de diversas oportunidades.
- c) los poderes y las prerrogativas de los puestos y cargos de responsabilidad en las instituciones políticas y económicas de la estructura básica.
- d) ingresos y riqueza.
- e) las bases sociales del respeto a sí mismo (Echeverry, 2012).

Estos bienes primarios tanto en el ámbito del primer principio (igualdad y libertad) como en el del segundo principio (justa igualdad de oportunidades) según Rodríguez están diseñados “bajo el supuesto de cierta “normalidad” en las capacidades y salud de las partes representativas y cierta continuidad vital que garantiza la cooperación social (Rodríguez, 2004).

En este contexto, Rawls no considera que las necesidades de los desaventajados o psíquicos deban considerarse como importante para que deban ser resueltos por los bienes primarios, sino que pueden ser atendidos por alguna política fiscal específica. Esto se debe a una concepción más política y economicista de los bienes primarios. El aspecto sanitario no está valorado en los bienes primarios y Rawls los sitúa en la esfera del “deber moral” que los ciudadanos guardan entre sí, guiados por el sentido de justicia que una sociedad democrática y ordenada posee.

En este sentido Rodríguez enfatiza que “la formulación del índice de los bienes primarios desde un supuesto de normalidad, puede esconder algo más que la reticencia —ya de suyo objetable— a considerar la inclusión de los casos difíciles; esconde también, según la opinión de Amartya Sen, una minusvaloración de la diversidad de los seres humanos” (Rodríguez, 2004). Esta peculiaridad que encuentra Sen en los pronunciamientos de Rawls, en relación a los bienes primarios, han sido una de las importantes críticas que ha tenido la Teoría de la Justicia.



El derecho a la salud que nombra Rawls en el índice de bienes sociales primarios se orienta solo a justificar la existencia de una seguridad social convencional, pero no se relaciona con una compensación con la peor posición social en términos de salud. Rawls considera que ninguna sociedad puede garantizar la salud a sus ciudadanos, por lo que evita centrarse en la salud en su Teoría.

John Rawls incluye la salud como un bien natural y no entre los bienes primarios, bienes que son racionales querer. Considera que bienes como la salud y el vigor, la inteligencia y la imaginación son naturales y dependen de la lotería natural, ya que su posesión están influenciados por la estructura básica de la sociedad, pero no están tan directamente bajo su control. Para Rawls, entre los requisitos para alcanzar la estabilidad y la paz democrática en la sociedad entre otros puntos, se encuentra una “Asistencia sanitaria básica para todos los ciudadanos” (Daros, 2010).

No debemos olvidar que según Rawls, en su Teoría de la Justicia dice que los ciudadanos desconocen, en el contexto de la evaluación y la elección de los principios de justicia, si reaparecerán – una vez recuperada la información dejada en suspenso por acción del velo de la ignorancia – en los sectores altos, medios, o bajos de la sociedad, por ello optan por promover un reparto equitativo de las libertades y los beneficios. Pero no debemos olvidar también que, en el cálculo de las probabilidades de ganancias o pérdidas, es preciso ponerse en la peor de las situaciones posibles ¿Qué sería de mí si formara parte de los sectores más desfavorecidos de la sociedad?

3.2 El Concepto de Equidad (aporte de A. Sen)

Amartya Sen es un economista Hindú, premio Nobel de economía, que observa que la teoría de justicia de Rawls es para una sociedad democrática y ordenada, en que los principios de justicia son una creación de un pacto (generado por la razón práctica) que origina la comunidad política de un estado desde una posición original y bajo un velo de ignorancia, con un conjunto de



instituciones perfectas, que se da en el ámbito de un país. A Sen le parece insuficiente la propuesta de Rawls, ya que está demasiado centrada en el problema de la justicia para una sociedad democrática y ordenada, como las democracias occidentales. Sen presenta una visión más universal dada por su preocupación por la indigencia de muchos seres humanos que esperan la ayuda de la comunidad internacional (Migliore, 2011).

Sen se aleja de la idea de que, la única acción racional es la que busca optimizar el propio beneficio, cree que hay diferentes motivaciones que nos conducen más allá de la búsqueda obsesiva de nuestro interés, no habría razón para hacer cosas que no sean egoístas.

El considera que las decisiones de un país tienen repercusiones en otras comunidades, y esto hace que la idea de Justicia tome una visión más internacional. Sen usa un enfoque “comparatista” y se pregunta...”¿no deberían las voces de las personas afectadas contar para determinar lo que es justo e injusto en la organización de una sociedad y producir profundos efectos, directos e indirectos en las personas de otras sociedades”(Migliore, 2011 p.19).

Sen invierte el orden lexicográfico que Rawls había puesto en la Teoría de la Justicia, de modo tal que desarrolla en primer lugar 1) el tema de la distribución, 2) la cuestión de la democracia o libertad de participación y, 3) el tema de los derechos humanos. Esto porque considera que nuestros deberes hacia los demás van más allá de la obligación de no dañar o de los compromisos contraídos mediante un contrato. Ya no es la libertad como principio primero y exigible, sino que valora la libertad como con la que cuenta una persona para alcanzar aquello que valora.

Sen propone el enfoque de las “capacidades”, que sería un marco evaluativo y crítico sobre el bienestar y la libertad individual. Es una herramienta para conceptualizar y evaluar problemas sociales. Se pone el énfasis en lo que los individuos son capaces de hacer y de ser, buscando promover que se tenga mayor libertad de vivir el tipo de vida que se tiene razones para valorar. (Urquijo, 2014).



Lo que hace Sen es desplazar la atención de los bienes primarios (Rawls) a lo que los bienes suponen para las personas; que pueden hacer las personas con esos bienes. Para Sen los bienes primarios de Rawls equivalen a lo que llama “medios para la libertad”, es decir se trataría de cosas que afectarían el conjunto de todas las alternativas, entre las que las personas pueden elegir. Si lo que interesa es la libertad real de los sujetos, entonces no parece suficiente centrarse únicamente en los medios para la libertad en lugar de la amplitud de la que ciertamente se goza. (Zuñiga, 2010).

Según Urquijo (2014) el concepto de las capacidades nace ligado a las exigencias de la igualdad en la discusión de la filosofía moral y la política contemporánea. “El concepto de capacidad expresa la libertad real con la que una persona debe contar para alcanzar aquello que valora.” (p.68). Lo que importa para evaluar el bienestar no es lo que una persona tiene, como podrían ser los bienes de consumo y la apropiación de las propiedades de estos bienes, sino lo que consigue realizar con lo que tiene.

La capacidad proporciona un punto de vista desde el que se pueda valorar las condiciones sociales, políticas y económicas que viven las personas al interior de la sociedad. La ausencia o el deterioro de la capacidad individual es una muestra fehaciente de desigualdad, ausencia de bienestar y una precaria calidad de vida.

Esta idea permite a Sen concebir la libertad como libertad positiva, porque las capacidades expresan la libertad o las oportunidades reales con que cuenta una persona para una vida que considere valiosa, permitiendo la autodeterminación. Así Sen presenta la libertad como valor indiscutible para el orden social (Urquijo, 2014). De esta manera Sen introduce la noción de las “capacidades básicas, como aquellas que garantizan a las personas un trato tan diferenciado como sea menester para cumplir cualquier desventaja significativa que gravite sobre su calidad de vida y bienestar” (Rodríguez, 2004, pág. 58).



Sen introduce un enfoque distinto al considerar la justicia sanitaria y la equidad en salud en función de las capacidades individuales, ligadas al derecho, al desarrollo social, económico y cultural. Para Sen la salud interactúa con otros bienes sociales en el desarrollo humano. Así la salud es una capacidad que posibilita el uso de bienes y es parte de una función de redistribución más general, dirigida a compensar o atenuar las desigualdades sociales. (Linares, 2008).

Para Sen la enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre equidad y justicia social. “Lo que es particularmente grave como injusticia es que algunos pueden no tener la oportunidad de alcanzar una buena salud debido a acuerdos sociales” (Sen, 2002, pág. 303).

Debemos reconocer que la salud es esencial para nuestro bienestar y que las libertades y posibilidades que somos capaces de ejercer dependen de nuestros logros en salud. La buena salud y la prosperidad económica tienden a reforzarse mutuamente. La salud forma parte integrante del desarrollo económico, y si bien el progreso económico y el logro de la salud están relacionados entre sí, esta relación se debilita como consecuencia de políticas mal diseñadas (Sen, 2000).

Sen reconoce que hay una conexión a través de la cual la mejora de las capacidades contribuye a enriquecer la vida del hombre y a conseguir que las privaciones sean un fenómeno más raro y menos grave. Pone entonces el enfoque, en la libertad que podríamos poseer para usar nuestras capacidades para lograr una mejor vida. En su libro Desarrollo y pobreza es enfático en decir que “la mejora de la educación básica y de la asistencia sanitaria no solo aumenta la calidad de vida directamente sino también la capacidad de una persona para ganar una renta y librarse, asimismo, de la pobreza de renta” (Sen, 2000, p. 18).



3.3 Concepto de Vulnerabilidad

La Unesco en su Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos del 2005, en su artículo N°8 titulado, Respeto de la Vulnerabilidad Humana y la integridad personal, declara “al fomentar y aplicar el conocimiento científico, la práctica médica y tecnologías asociadas, se debiera tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y/o grupos de especial vulnerabilidad deben ser protegidos y la integridad personal de cada individuo respetada” (Henk, 2005).

Etimológicamente se refiere a la susceptibilidad de ser herido, a la condición humana de finitud. Existirían dos tipos de vulnerabilidad, una antropológica entendida como el aspecto de finitud y fragilidad del ser humano, su condición biológica y psíquica que lo hacen frágil; y una vulnerabilidad socio política, que se refiere a la que ocurre por la pertenencia a una condición socio-económica, cultural, localidad, género, marginalidad y delincuencia, etc. Se generan espacios de vulnerabilidad que exponen a las persona a mayores riesgos, y a la virtual posibilidad de cambiar sus circunstancias y a la desprotección (Feito, 2007).

La vulnerabilidad tiene entonces una arista antropológica, del ser humano en sí, pero presenta además una perspectiva socio-económica que profundiza la problemática antropológica con factores ambientales y/o sociales que complejizan el daño y su abordaje.

La vulnerabilidad es introducida en el vocabulario de la bioética en el ámbito de la experimentación humana y se refiere a grupos expuestos al abuso y maltrato por otros seres humanos y pobremente defendidos a raíz de los acontecimientos de la segunda guerra mundial. Se consideraban a prisioneros, ancianos, judíos, chinos, etc, que fueron explotados con objetivos científicos y militares. Más tarde se agregaron otros grupos de personas como minorías étnicas, sociales, etc.

El no respeto de la vulnerabilidad humana tiene relación con la falta al principio de autonomía, como el no reconocimiento de la capacidad de las personas a tomar decisiones y acciones basadas



en su seguridad, al consentimiento informado, y crear condiciones para que ocurran actos de autonomía (Patrao, 2009).

Esto implica la necesidad de protección de las personas o poblaciones humanas. La UNESCO en Reporte del Comité de Bioética del 2013, señala que las personas pueden ser especialmente vulnerable por muchas razones, edad (niños o ancianos), presencia de enfermedades poco comunes, mal acceso a tratamiento médico dado por sistemas de salud precarios, por asuntos de educación propia o de los investigadores. Reconoce que la vulnerabilidad no puede ser erradicada completamente por su condición dependiente de la fragilidad humana, y exige que debemos actuar frente a cada ser humano que presente un estado de vulnerabilidad, con los medios que tengamos disponibles (UNESCO, 2013).

Requiere del reconocimiento y tratamiento de otro, de la responsabilidad y solidaridad de otros, y la no explotación en esta condición. De esta manera la vulnerabilidad expresa dos ideas básicas, a) la finitud y fragilidad humana, y en ella la capacidad de autonomía b) es además objeto de un principio moral que implica tratamiento de la vulnerabilidad (Patrao, 2009).

Es interesante destacar la relación entre las capacidades de Sen y la vulnerabilidad que hace Feito (2007). Sabemos que el concepto de capacidad expresa la libertad real con la que una persona debe contar para alcanzar aquello que valora. La ausencia o el deterioro de la capacidad individual es una muestra fehaciente de desigualdad, ausencia de bienestar y una precaria calidad de vida. De aquí se deriva como consecuencia que la meta de cualquier política deba ser el desarrollo y preservación de las capacidades. Desde el punto de vista de la vulnerabilidad, ya sea antropológica o socio-económica y de las exigencias de justicia social, el desarrollo y satisfacción de las capacidades para lograr una vida buena es esencial (Feito, 2007).

El principio de vulnerabilidad ayuda a reforzar el derecho de los pacientes. Al mismo tiempo llama a la responsabilidad de los profesionales de la salud en establecer una relación simétrica



con el paciente y obliga a las instituciones a proteger a los ciudadanos más desposeídos. En el campo de las políticas públicas, el principio de vulnerabilidad demanda tanto a nivel nacional como internacional que los beneficios de algunos no sean a costas de otros.



4. OBJETIVOS

4.1 Hipótesis

Teniendo en cuenta que la Reforma de Salud se implementa para dar solución a profundas desigualdades en el ámbito del acceso, oportunidad, calidad y financiamiento de la atención en salud; que considera a la salud como un derecho ciudadano; que se focaliza en ayudar a los grupos más desposeídos, hay datos que sugieren que la intención de generar equidad no se ha logrado, y que en su implementación se han afectado aspectos éticos de justicia distributiva, dignidad y vulnerabilidad en algunos grupos de la población chilena

4.2 Objetivos Generales

- a) Determinar si se ha producido equidad en salud en la resolución de estas dos patologías a través de la resolución de las listas de espera en los beneficiarios de Fonasa.
- b) Evaluar si el derecho a la salud ha sido respetado al considerar la forma de resolución de estas dos patologías.

4.3 Objetivo Específico

- a) Identificar si han disminuido las listas de espera en dos patologías GES en la cuarta región.
- b) Describir la forma como se han resuelto las Listas de Espera en estos dos problemas de salud GES.
- c) Determinar si se han visto favorecidos los grupos más vulnerables con la reforma en estas dos patologías en la cuarta región.



5. MARCO METODOLÓGICO

En esta tesis se usará una metodología mixta cualitativa y cuantitativa bajo un paradigma pragmático de la realidad que busca indagar en el Servicio de Salud de la Cuarta Región, si se ha cumplido con los aspectos éticos que acompañó al diseño de la Reforma de salud AUGE, en dos patologías establecidas previamente. El paradigma que sostiene la metodología mixta es el pragmatismo que defiende el uso de “múltiples aproximaciones tratando de utilizar lo que funciona para tratar de contestar a las cuestiones de investigación planteadas”. Uno de los propósitos de la metodología mixta para estudios de sistemas y servicios de salud es que busca la integralidad para entender la complejidad del sistema sanitario. Se usará un diseño de complementariedad de datos QUAN+QUAL. Se propone hacer en un primer nivel una observación documental sobre fuentes secundarias para analizar el marco normativo de la Reforma Sanitaria. Ello incluye la Ley AUGE y las políticas y orientaciones ministeriales que se han realizado para su cumplimiento, es decir, metas sanitarias, compromisos de gestión, documentos de prensa e información a la ciudadanía al respecto y que definen el quehacer del sector.

Los datos se buscarán en la Dirección del Servicio de Salud de Coquimbo en su oficina de Estadística e Informática, en Fonasa Regional, a través de la Encuesta Casen 2015, en documentos del Minsal, en el Servicio de Oncología Regional, para el período 2010-2015.

En un segundo nivel se hará una recolección de datos estadísticos sobre los logros alcanzados en relación a las metas sanitarias, brechas en el acceso, evolución de listas de espera, evolución de compra de servicios para la resolución de las patologías GES en los beneficiarios de Fonasa, evaluación de gasto en programa PAD por parte de Fonasa por quintiles de la población, cruce con datos encuesta casen. Con esta evaluación se busca investigar la población más vulnerable económicamente y la solución que se ha adoptado en las patologías estudiadas.



En un tercer nivel se complementará la información recogida y se analizará el grado de equidad que se alcanza con las políticas desarrolladas, a la vez de observar cómo se involucran otras alternativas de solución implementadas teniendo en cuenta la justicia y equidad en salud perseguida por la Reforma.

6.- Situación del Cáncer de Mama y la Colectomía Preventiva en el Servicio de Salud Coquimbo (DSSCOQ).

6.1 Organización del DSSCOQ y el GES.

Los Servicios de Salud están regulados según el Ministerio de Salud (Minsal) de acuerdo a las disposiciones establecidas en la ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria. Los Servicios de Salud son los representantes del Minsal en las regiones y a ellos les cabe distintas funciones de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud. Se someten a la supervisión del Minsal debiendo cumplir con los planes y programas así como normas y políticas que este imparta.

A los Servicios de Salud les corresponderá la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, como también la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, además de la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

Entre sus objetivos estratégicos está el mejorar las condiciones que permitan el funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en Salud en la Red del Servicio Público mediante la gestión de las brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida por la demanda de prestaciones derivada de problemas de salud garantizados (GES). (MINSAL, 2017).

El Plan Auge es el instrumento que el Ministerio de Salud ha diseñado para enfrentar las diferencias o brechas de equidad que existen en nuestro país en el sector salud, y como tal, beneficia a todas las personas que habitan en el territorio, independientemente si son cotizantes en el sistema público o en el privado.



La reforma de salud AUGE propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y acceso universal a la atención de salud.

Citando el mensaje presidencial de la presidenta Michele Bachelet el año 2002....” *La inequidad es producto de una forma de organización social que genera exclusión y marginación del progreso económico y social, que abarca muchas esferas de la vida de las personas. Sin embargo, es en el ámbito de la salud donde se expresa con singular dureza la disminución de la esperanza y calidad de vida de las personas y un aumento de la discapacidad y dependencia*” (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2004).

El Auge consiste básicamente en la explicitación de un conjunto de garantías que tienen un cuerpo legal y que permiten ejercer el derecho a la atención en salud a toda nuestra población. Este Plan es un instrumento sanitario que se puede entender como una buena oportunidad para mejorar las necesidades medicas de las personas, otorgándoles un mejor servicio a la comunidad. El objetivo del Plan Auge es entregar 4 tipos de garantías:

- a) garantía de acceso, conforme a la cual todos los individuos deberán recibir atención y ser parte de una red de salud en su lugar de residencia.
- b) garantía de oportunidad, según la cual habrá un límite máximo de tiempo, pre establecido, para asegurar tanto la primera atención de las personas, como la atención post diagnóstico.
- c) garantía de calidad, según la cual las prestaciones seguirán patrones de exigencia técnica pre establecidos y construidos a partir de pruebas con evidencia médica.
- d) garantía de cobertura financiera, en virtud de la cual el pago de las prestaciones no será un obstáculo para recibir los servicios asociados al sistema Auge. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2004).

Esta Tesis ha escogido dos patologías GES, Cáncer de Mama y Colectomía Preventiva en adultos entre 35 a 49 años, por su importancia en la epidemiología chilena. El Cáncer de Mama es



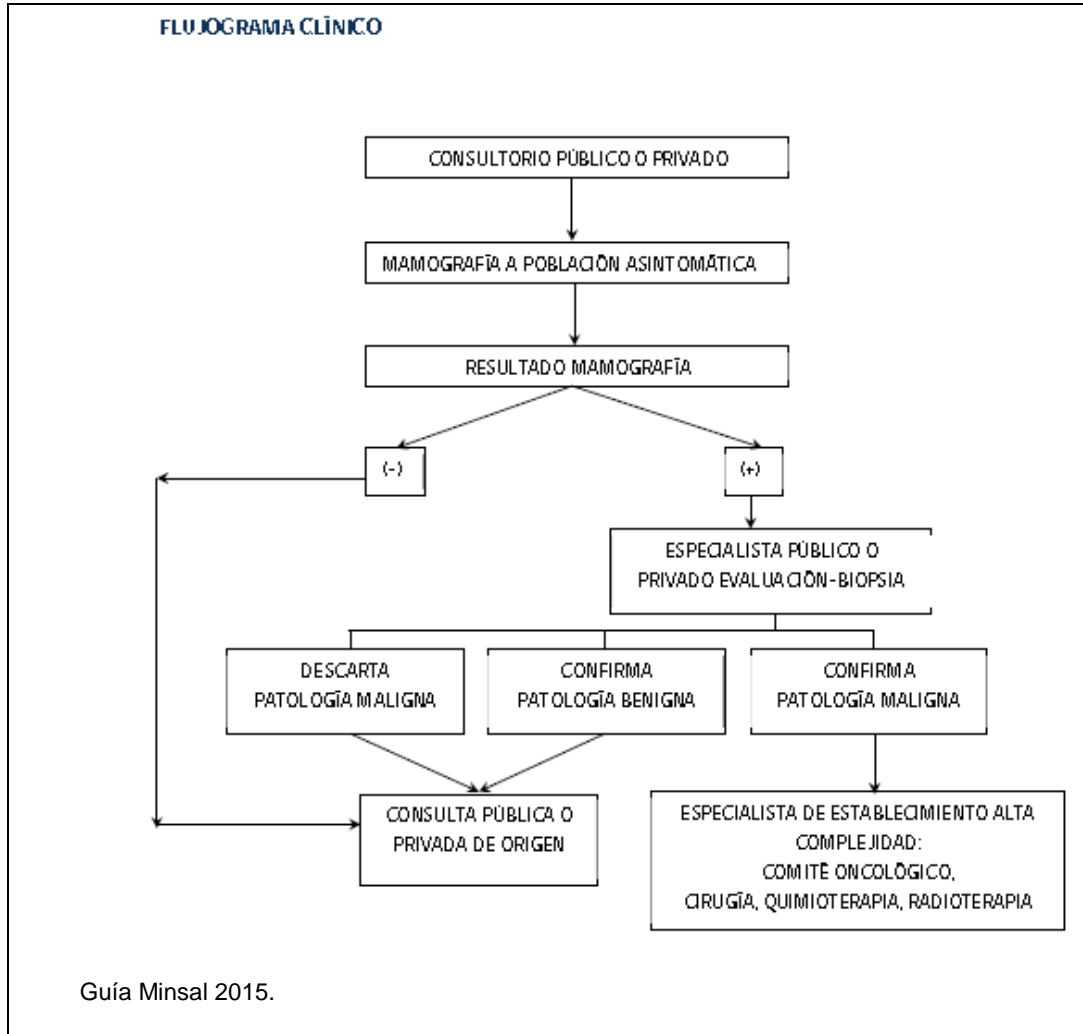
la segunda causa de muerte por neoplasia en la mujer, teniendo una mortalidad con una tasa ajustada a nivel Nacional de 12,63 por 100.000 mujeres y que aumenta con los años (Minsal, 2015). Por su parte el Cáncer de Vesícula Biliar ha presentado un aumento importante en las últimas tres décadas. El 2011 ha llegado a ser la causa de muerte del 2,2% de todas las muertes del país y el 10,1% de todas las defunciones por cáncer (Minsal, 2015) siendo mucho mayor en las mujeres que en hombres, aumentando su mortalidad con los años. Se conoce su fuerte asociación con la coleditirosis y es por ello que se ha incluido en los problemas de salud GES.

La Ley AUGE establece una guía clínica para el manejo de estas patologías en la que destacan hitos que deben ser notificados a la Dirección del Servicio de Salud Coquimbo (de ahora en más DSSCOQ), lo que permite monitorear su comportamiento, brechas y planificar estrategias para cumplimiento de las metas que se propone el DSSCOQ. Debemos reconocer que la recopilación de antecedentes sobre el desempeño del DSSCOQ, en estas patologías GES ha sido difícil, engorroso y en oportunidades frustrante al encontrar dificultades metodológicas e inconsistencia en los datos hallados. Se reconoce una subnotificación y complejidad en la forma de almacenar la información.



6.2 Situación en el Cáncer de mama.

El flujograma que establece la Guía Clínica del Minsal es el siguiente:



Uno de los primeros hitos es la realización de una mamografía. La Ley AUGE define una mamografía gratis cada tres años en el grupo de mujeres entre 50 a 54 años de vida, que desde el 2013 la edad del beneficio GES se aumenta hasta los 59 años. La recomendación internacional actual de screening de cáncer de mamas es el uso de mamografía de forma bianual en mujeres entre 50 a 74 años de edad, lo que hace razonable avanzar en nuestro país al aumento de la cobertura de mamografía a mujeres hasta los 74 años (Minsal, 2016). Según el Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), el número de población femenina entre 50-59 años en la Región de Coquimbo, que son de dependencia Municipal (Atención Primaria) y que se



debería realizar el examen es de 23.471 según el censo 2012, y que para las ciudades de Coquimbo, Serena y Ovalle es de 16.853 (DEIS Minsal, s/a). Según investigaciones sobre epidemiología del cáncer de mama, existen críticas importantes en relación al uso de la mamografía como examen de tamizaje así como está estipulado en el GES, ya que según su opinión se realiza en forma oportunista, y solo como una búsqueda de casos en población seleccionada. Al ser dirigido a una población baja en edad (50-59 años) se deja fuera a la mujer post-menopáusica que tiene un mayor riesgo de tener Cáncer de Mama (Serra, Maya, & Aguayo, 2014) (Prieto, 2011).

La población beneficiaria en la Región de Coquimbo a diciembre del 2015, mujeres mayores de 15 años es de 244.942 (DEIS Coquimbo, 2017). Según los datos obtenidos (cuadro N°1), el número de mamografías realizadas por el DSSCOQ en el grupo de mujeres de 50-59 años es de 17.438 para una población estimada de 37.839 (DSSCOQ). Este número de exámenes representa un 46% del total de exámenes necesarios.

		CUADRO N°1							
		PERIODO 2014 – 2016							
TIPO DE EXAMEN		TOTAL	< 35 años	35 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 años y más
MAMOGRAFIA	SOLICITADAS	31.610	855	9868	8713	6263	3310	1660	941
	INFORMADAS	35.999	566	11.416	10.169	7.269	3.826	1.734	1.019

Fuente: Unidad Estadística e Información DSSCOQBO. Septiembre 2017.

Podemos ver además en el cuadro N°1 que se concentran las mamografías en grupos de mujeres menores de 59 años, 21.151 exámenes informados, pero se sabe que la incidencia y mortalidad aumenta con los años y se concentra en la población mayor a 60 años. Si consideramos las recomendaciones del Minsal en su documento “Estrategia nacional para el cáncer” (Minsal, 2016) se debería considerar satisfactorio un promedio de 45% de cumplimiento de examen



mamográfico a nivel nacional en el grupo control. La región está dentro de lo esperado por el Minal pero debería corregir el grupo en el que se está haciendo esfuerzos por realizar la mamografía para la detección precoz del Cáncer de Mama ya que está dejando enfermas con alta probabilidad de padecer la enfermedad y sin diagnóstico oportuno.

Se debe considerar que en las ciudades de Coquimbo, La Serena y Ovalle hay un real acceso al examen tanto en el servicio público como por la vía de compra a privados. Sin embargo en zonas más rurales no se cuenta con exámenes de radiología y tienen serias dificultades para acceder a la mamografía, a menos que instituciones privadas acudan a tomar mamografía en contrato con las Municipalidad, como por ejemplo la Fundación Arturo López Pérez.

En la encuesta Casen (Ministerio de Desarrollo Social, 2016) ante la pregunta de “número de mujeres mayores de 35 años que se realizaron una mamografía en el último año a nivel Nacional según tiempo transcurrido desde el último examen”, las respuestas positivas son de un 32% el año 2011 y de un 36% el año 2015. La encuesta no especifica si la toma de este examen fue realizado en el Sistema de salud público o en forma privada. Pero si analizamos por tramo de decil de ingreso autónomo per cápita del hogar para los primeros tres quintiles de ingreso (menos de \$100.000 de ingreso por persona), el valor varía entre 29% a 31%. Este valor en los tres quintiles de mayor ingreso (más de \$250.000 de ingreso por persona) varía entre 38% al 52%. Los ciudadanos de menos recursos no logran tomarse el examen de mamografía en el tiempo que se estipula por la guía clínica Auge.

Las beneficiarias de menores ingresos tienen dificultad de acceso y oportunidad para el diagnóstico precoz del Cáncer de Mama. En una evaluación global, la Casen (Ministerio de Desarrollo Social, 2016) dice que un 52% de las mujeres mayores de 35 años en la Región de Coquimbo se realizaron una mamografía en los últimos tres años desde el último examen.

El acceso a la mamografía está consignado como el primer paso para un diagnóstico precoz del Cáncer de Mama. Los hospitales de Coquimbo, La Serena y Ovalle cuentan con un mamógrafo



cada uno. La situación para la población NO GES es más precaria y generalmente la debe resolver por sus propios medios en el sector privado.

En la “Guías clínicas AUGE Cáncer de Mama” (Minsal, 2015), los próximos pasos a notificar están relacionados con el diagnóstico (biopsia) y el tratamiento (quirúrgico, radioterapia, quimioterapia). En la DSSCOQ (DEIS Coquimbo, 2017) estos datos se han acopiado en un mismo ítem según muestra el Cuadro N°2. En él se observa el número de mujeres que está en alguna modalidad del tratamiento de Cáncer de Mama en un año (que debieran tratarse). Se puede ver que la cobertura dentro de los plazos es de un 52%. Esto produce una tardanza que compromete el pronóstico del tratamiento y afecta negativamente en el ánimo y la disposición de las enfermas para enfrentar estos tratamientos multi-disciplinarios.

Destaca además en el gráfico la disparidad en los datos entre los años 2010-2012 al período 2013-2015. Según informa la DSSCOQ (DEIS Coquimbo, 2017) esto obedece a limpieza administrativa que se habría hecho de las listas de espera. Esta irregularidad de la información ha sido acusada ya en varias publicaciones y se hace hincapié sobre la dificultad que existe al evaluar la ejecución del plan AUGE.



Cáncer de Mama Cuadro N°2

	Cumplidas	Total general	FUERA DE GARANTIAS
2010			
Diagnóstico	392	722	330
Seguimiento	34	34	0
Tratamiento	112	268	156
Total 2010	538	1024	486
2011			
Diagnóstico	316	854	538
Seguimiento	82	84	2
Tratamiento	98	442	344
Total 2011	496	1380	884
2012			
Diagnóstico	231	386	155
Seguimiento	9	9	0
Tratamiento	74	192	118
Total 2012	314	587	273
2013			
Diagnóstico	256	452	196
Seguimiento	5	5	0
Tratamiento	53	135	82
Total 2013	314	592	278
2014			
Diagnóstico	149	239	88
Seguimiento	5	5	0
Tratamiento	31	95	61
Total 2014	185	339	149
2015			
Diagnóstico	251	490	234
Seguimiento	22	24	2
Tratamiento	53	168	111
Total 2015	326	682	347
Total general	2173	4604	2417



Otro paso importante es la confirmación del caso GES, lo que se hace con la biopsia. Con ello se certifica el nuevo caso, se puede obtener la incidencia de la patología y realizar estrategias de manejo. Según informe del Servicio de Oncología Regional que se muestra en el Cuadro N°3 se producen 191 casos nuevos en el período 2010 -2016 .

CUADRO N° 3

CASOS NUEVOS ANUAL CANCER DE MAMA

Diagnóstico	TOTAL GRAL	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cáncer Mama	1341	165	234	180	182	218	182	180

Fuente: Servicio Oncológico Regional. Septiembre 2017
Dirección de Estadística e Informática DSSCOQ,

Según el DEIS (DEIS Minsal, s/a), la población en la Región de Coquimbo mayor de 15 años y que acceda a al programa GES para el Cáncer de Mama es de 389.081 mujeres. Según estos datos la Región de Coquimbo estaría presentando una incidencia de cáncer de Mama de 48x100.000 mujeres en los últimos años. La incidencia nacional según el sitio canceronline para Chile es de 40x100.000. (Instituto Milenio de Inmunología e Inmunoterapia, 2017), por lo que debemos esperar unos 155 nuevos casos, lo que implica que hay 40 mujeres cada año sin tratamiento. Hay una sub estimación de la demanda.

La Dirección del Servicio de Salud de la Región De Coquimbo planifica anualmente sus compromisos de gestión, y para el caso de la resolución del Cáncer de Mama en el período 2013-2016 se muestra en el Cuadro N°4. Podemos observar que hay una planificación muy por debajo en los últimos años, del número de nuevos casos diagnosticados (191 casos), siendo aproximadamente 40 casos, los cuales permanecerán invisibilizados en los plazos determinados por la Guía y sin posibilidad de tratamiento.



CUADRO N° 4

COMPROMISO DE GESTION CANCER DE MAMA								
	2013		2014		2015		2016	
	COMPROMISO	EJECUTADO	COMPROMISO	EJECUTADO	COMPROMISO	EJECUTADO	COMPROMISO	EJECUTADO
Cirugía Cáncer de Mama sin reconstrucción mamaria inmediata	163	154 (94%)	163	128 (78%)	168	160 (95%)	158	115 (72%)
Cirugía Cáncer de Mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata)	2	2	2	1	5	4	0	1
Cirugía Cáncer de Mama con reconstrucción mamaria, 2° cirugía reconstructiva		0		1		0		0

Fuente: DEIS - DSSCOQBO. Septiembre 2017.

Además ha comprometido realizar en promedio 160 cirugías de Cáncer de Mama, lo que significa que quedarían mujeres sin alternativa de tratamiento oportuno y se observa también que la meta propuesta se realiza con una variación entre 72% a 95% de cumplimiento de la resolución quirúrgica.

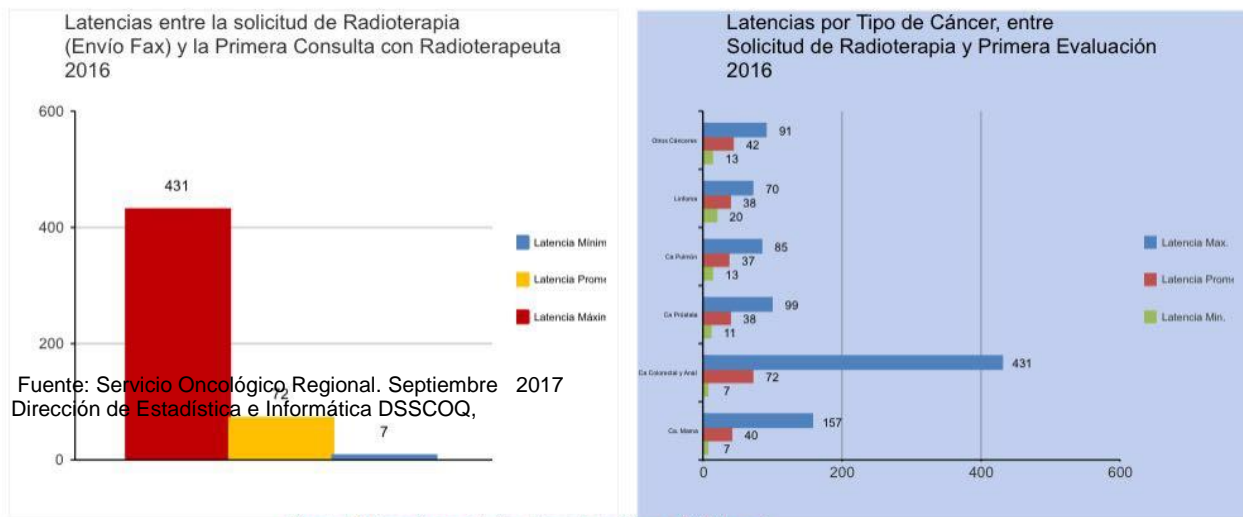
Las pacientes que no se pueden realizar su cirugía, solucionan su problema fuera de los plazos establecidos por la Guía Clínica Minsal (Minsal, 2015), con el consiguiente menoscabo para su salud mental y física. En lo que se refiere a los tiempos de espera para el acceso a la quimioterapia esta se realiza dentro de lo establecido por la Guía Clínica (1 mes) e incide en esto, el hecho que la prestación se realice en la Región (Hospital La Serena). Por su parte, según informe de la Dirección de Estadística e Informática de la DSSCOQ muestra (Cuadro N°5) que en la Unidad de Oncología Regional el acceso a Radioterapia, se produce con una tardanza promedio de 45 días con un máximo de 157 en el acceso al tratamiento, ya que los enfermos deben trasladarse a la Quinta Región (Hospital Van Buren, Valparaíso) para su realización, y por



falta de especialistas y/o problemas de infraestructura se produce una lista de espera que retrasa el adecuado y comprometido acceso al tratamiento.

Cuadro N°5

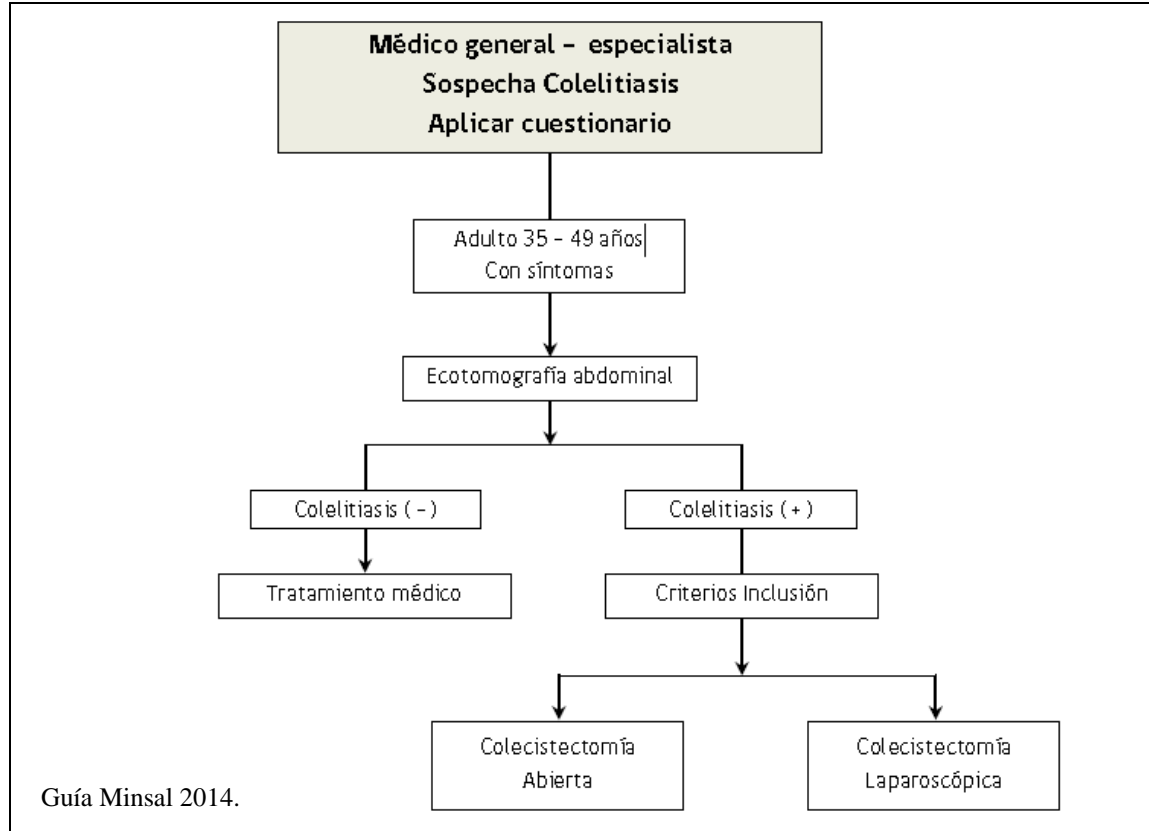
LATENCIAS ENTRE LA SOLICITUD DE RADIOTERAPIA



Fuente: Elaboración propia, Registros derivaciones a Radioterapia

La coleditiasis es el principal factor de riesgo para el cáncer vesicular. La coleditiasis es una enfermedad con una alta prevalencia en nuestro país que en el grupo de mujeres de edad media (50 años) llega a ser de 50% (Minsal, 2014). Se sabe que aproximadamente un 45% llegan a ser sintomáticos en un período de seguimiento de 10 años. La prevalencia en varones es menor del orden del 20% para el mismo grupo etario. Se conoce que la colecistectomía preventiva reduce la mortalidad por cáncer vesicular hecho que lo destaca la Guía Minsal (Minsal, 2014) como elemento que justifica la incorporación del procedimiento en la Ley AUGE.

El siguiente es el algoritmo para la colecistectomía preventiva



Si consideramos que para la Región de Coquimbo hay 77.179 mujeres en el grupo etario 35-49 años (DEIS Minsal, s/a), por lo que habría 30.871 (40%) mujeres con colelitiasis, de las cuales 13.891 serían sintomáticas (45%) en un lapso de 10 años de tiempo. El DSSCOQ ha comprometido realizar en el período 2014-2016 tan solo 15.000 ecografías (Cuadro N° 6) en mujeres sobre los 15 años de edad, examen que es considerado de elección para el diagnóstico de colelitiasis. Esto representa apenas un 50% de las necesarias para solo diagnosticar las mujeres entre 35-49 años sintomáticas. El resto de la población debe solucionar su problema de salud por vía particular o postergar su estudio para cuando se resuelva las listas de espera. Este problema se ve transparentado en el alto nivel de gasto de bolsillo que tiene que realizar nuestra población para solucionar problemas de salud (Olavarria, 2005) (Román & Muñoz, 2008).



CUADRO N° 6									
PERIODO 2014 – 2016									
TIPO DE EXAMEN		TOTAL	< 35 años	35 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 años y más
ECOTOMOGRAFIA ABDOMINAL	SOLICITADAS	15.566	2666	4287	2576	2193	1307	1090	1447
	INFORMADAS	16.066	2350	4666	2719	2292	1336	1081	1622

Fuente: Dirección Estadística e Informática DSSCOQB.
 Septiembre 2017.

Al igual que en el Cáncer de Mama, las ecotomografías se concentran en población menor a 55 años (9735), sabiendo que la prevalencia de la colelitiasis y el Cáncer Vesicular aumenta con los años, dejando a personas con mayor riesgo de presentar la enfermedad sin diagnóstico y tratamiento adecuado.

En lo que respecta a la cirugía de la colelitiasis Preventiva, los compromisos de gestión de la Región de Coquimbo son como muestra el Cuadro N° 7. En el cuadro se notifica los compromisos GES y la reducción de brechas que son las NO GES. Estas últimas normalmente se realizan por Licitación con privados para atender a enfermos beneficiarios en Lista de Espera y que no tienen posibilidad de solución a nivel institucional. Se observa que se logra entre 89% a 99% de la meta. Lo mismo para las colelitiasis NO GES.

También vemos que la DSSCOQ compromete menos de las colecistectomías necesarias a realizar (650 operaciones GES al año) según los casos esperados sintomáticos en la Región



CUADRO N° 7

Intervención Quirúrgica Colelitiasis 1802028 - 1802029 – 1802081

AÑOS	REDUCCION DE BRECHAS		GES	
	COMPROMETIDA	EJECUTADA	COMPROMETIDA	EJECUTADA
2013	837	811	652	646
2014	840	938	654	591
2015	644	663	648	602
2016	812	676	689	614

Fuente: Dirección Estadística e Informática DSSCOQB.
Septiembre 2017.

Si se acude a la encuesta Casen del año 2015 (Ministerio de Desarrollo Social, 2016), se observa que el número de colecistectomías preventivas realizadas a nivel nacional declaradas el año 2013 son 3.788 y el 2015 aumenta a 6.399 procedimientos. Si bien se ha doblado en el número de enfermos que acceden a la solución del problema de salud, este número está lejos de los enfermos sintomáticos que se deben estudiar y solucionar, los que, o deben esperar a que se resuelva la lista de espera, o por sus medios resolver la patología.

Los enfermos beneficiarios de Fonasa (Fonasa, 2017) se clasifican en cuatro grupos, A,B,C y D según monto de ingreso y tienen posibilidad de acceder a la atención privada los del grupo B,C y D. La forma de acceder a la atención privada para los beneficiarios de Fonasa es comprando un programa PAD (Pago Asociado a Diagnóstico) para la Colecistectomía y resolver su problema vía Clínica Privada o Pensionado en los Hospitales. El dato que Fonasa Regional entrego se muestra en el Cuadro N°8. Muestra el número de colecistectomía realizadas en las distintas clínicas y hospitales regionales vía la compra de un programa PAD por parte del beneficiario para solucionar su problema de salud.



CUADRO N° 8 PAD REGION DE COQUIMBO POR AÑO

ORIGEN	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total General
C. Elqui	160	301	289	367	362	352	500	422	2483
H. La Serena	97	71	51	63	72	57	62	47	520
H. Coquimbo	94	94	98	90	69	79	79	64	667
H. Ovalle	54	104	145	124	150	177	134	91	979
CRC				37	83	169	122	20	431
H. Illapel	8			9	41	22	1	1	82

Fuente: Fonasa Regional. Septiembre 2017.

En los Hospitales de Coquimbo y La Serena hay una tendencia a disminuir el número de colecistectomías realizadas vía PAD y está en relación a la disminución de camas de pensionado en tiempos de reorganizar el uso del recurso cama clínica en momentos de mayor demanda de parte de los usuarios beneficiarios. Ha sido una política en la Región bien recibida sobre todo post terremoto.

La Clínica Elqui (única clínica privada actualmente) ha tenido un sostenido aumento de esta modalidad de atención médica. La CRC (clínica privada) cerró sus puertas el año 2017, sin embargo mostraba la misma tendencia a la Clínica Elqui.

Se observa que la búsqueda de solución a la coleditiasis por PAD (privado) sigue una curva ascendente año a año, llegando a ser 898 programas vendidos en el año 2016. Este grupo es mayor que las personas que compromete realizar anualmente la DSSCOQ para solucionar la Colecistectomía preventiva.

Pero si desagregamos estos grupos por tramos de Fonasa como lo muestra el cuadro N°9 vemos que los grupos (A, B) son el 50% de todas las personas que buscan solución quirúrgica a su



problema. Estos grupos de personas que buscan solución por otra alternativa distinta a la institucional refleja la realidad que enfrentan los más desposeídos que están en las listas de espera, y que deben enfrentar sus problemas de salud.

PAD EMITIDOS POR FONASA PERIODO 2009-2017

Total General		
2786	Elqui	FONASA
26		A
1030		B
445		C
1107		D
178		X
1204	La Serena	
12		A
514		B
152		C
365		D
161		X
1077	Coquimbo	
14		A
453		B
134		C
353		D
123		X

Total General		
1072	Ovalle	FONASA
13		A
526		B
160		C
300		D
73		X
431	CRC	
2		A
156		B
79		C
179		D
15		X
143	Illapel	
1		A
55		B
13		C
61		D
13		X



6.4 Análisis de datos.

En lo que respecta al problema GES Cáncer de Mama se observa que hay defecto en la pesquisa con mamografía ya que se programan menos radiografías que las necesitadas. Ya sea por falta de equipos (mamógrafos) o de recurso humano, se realizan menos exámenes que los requeridos y eso deja enfermas sin diagnóstico oportuno. La ruralidad y la pobreza concurren en postergar más aún este examen. Lo mismo con la atención por especialista para la sospecha por Cáncer de mama.

Una vez diagnosticado el caso, su posibilidad de solución se cumple en un 80% promedio, tanto en la evaluación por especialista Oncólogo como la cirugía o quimioterapia. No así con la Radioterapia que muestra un retraso en su inicio. Pero lo más importante es la subestimación de los casos nuevos que incide en las estrategias a realizar y los compromisos de gestión que se diseñan. Se produce un grupo de mujeres invisibilizadas que se retrasa su acceso y oportunidad de tratamiento.

En el informe Minsal 2017 (Minsal, 2017) indica que para las Listas de Espera GES queda en claro que se ha logrado reducir desde 2014 a 2017 las brechas en la atención de estas enfermedades. Sin embargo demuestra también que los más desfavorecidos son los que más tiempo de espera tienen, (69% de la lista de espera tanto para atención médica como resolución quirúrgica de su problema son Fonasa A y B), y que los que pueden pagar solucionan por esta vía su problema de salud. Se produce un defecto de la garantía de acceso, oportunidad y de cobertura financiera tanto para un buen grupo de beneficiarios A y B que quedan postergados (69%), como un grupo de beneficiarios B,C y D que se esfuerzan y pagan un alternativa privada, perdiendo la garantía de cobertura financiera.

Esto se observa en la región, al ver la búsqueda de solución de su problema GES de coleditiasis por parte de los grupos Fonasa A y B que ya son un 50% de los programas PAD que se emiten



por Fonasa cada año y que se operan en clínicas o pensionados de hospitales. Son grupos con muy bajos ingresos que no logran ser absorbidos por el sistema estatal.

En un trabajo de Bay (Bay, 2016), de evaluación del programa GES para Colelitiasis en comunas periféricas de Santiago se muestra un 45% de incumplimiento en las GES y un 13% en las No GES. Las comunas encuestadas cuentan con población principalmente Fonasa A, lo que concuerda con la información del Minsal.

En lo que respecta al manejo de la Colecistectomía Preventiva en adultos entre 35 a 49 años, **Iván Serra** en el 2001 publica que el cáncer vesicular es una enfermedad de la pobreza, por su fuerte asociación a menor nivel socio económico, menor escolaridad y menor capacidad de atención médica oportuna. El describe la situación como...” En su incidencia y mortalidad influyen sin duda las brechas de inequidad existentes en nuestra sociedad, además de limitaciones del sector público de salud. Por supuesto, habría que ponderar cuánto en esa pobreza es menor educación, mala percepción de enfermedad, dificultades de accesibilidad a la atención médica o una alimentación diferente pero lo incuestionable es que la población de alto riesgo es la más modesta...” (Serra, 2001). También destaca que considerando su importancia epidemiológica, el cáncer vesicular debería ya haberse considerado entre los distintos programas de prioridades del Minsal en el año 1997.

Una de las críticas que hace el Dr Sandoval al momento de evaluar la implementación del plan AUGE es la falla al no ser usado como herramienta de planificación Sanitaria (Sandoval, 2016). Esto se evidencia cuando no se tiene claro los casos nuevos a producirse cada año en el caso del Cáncer de Mama. Esto produce errores de planificación al programar las estrategias de acción para el manejo de la patología, se dispone de menos recursos de infraestructura para solucionar los problemas vía institucional; al no disponer de recursos humanos suficientes; al no abordar la temática del screening en Cáncer de Mama. También se ve en la Colelitiasis por falta de infraestructura suficiente como ecógrafos, radiólogos que puedan diagnosticar oportunamente la



patología. Estas razones dificultan la Planificación Sanitaria ya que no se cuenta con información adecuada para gestionar.

Los beneficiarios terminan buscando solucionar sus problemas de salud por vías de atención privada que ofrecen una mejor oportunidad y rapidez de solución pero mucho más costosas.

Según el reporte del Minsal del 2017, divulgado por el diario El Mercurio (Cabello, 2017) sobre las listas de espera GES, el AUGE tiene dificultades pero muestra una mejoría en sus cumplimientos y metas entre 2014-2017. Ha logrado disminuir las listas, sin embargo muestra que los que esperan son los más pobres (Fonasa A y B) y como se observa en la información entregada por Fonasa, buscan solucionar sus problemas vía privada, hecho que es contrapuesto a la aspiración de equidad y justicia sanitaria hacia los más desfavorecidos.



7. DISCUSIÓN

Entre las funciones del Estado podemos encontrar distintas tareas como el recolectar impuestos, transferir recursos y beneficios a distintos grupos de la población, garantizar ciertos bienes, controlar monopolios, etc. Todas estas acciones tienen consecuencias distributivas y con ellas los gobiernos pueden contribuir a reducir o reproducir las desigualdades que hay en la sociedad.

Uno de los principales pilares de las sociedades modernas es que la salud es un derecho fundamental y para la OMS (OMS, 2015) está íntimamente ligado a otros derechos humanos como derecho a la vivienda, al trabajo, a la educación, la no discriminación, etc. El derecho a la salud es complejo y comprende una diversidad de factores económicos, sociales y culturales. El derecho a la salud está definido por la constitución y todo chileno puede y debe exigirlo. Con la Ley AUGE, este derecho a la salud se transforma en un cuerpo legal, el cual asegura un derecho a la atención sanitaria en cuanto a problemas relevantes específicos, que el Estado ha definido y que lo delimita en cuanto a la actividad que deben realizar las instituciones sanitarias (hospitales, consultorios públicos y privados) para el cabal cumplimiento de este derecho a la atención sanitaria. El derecho a la salud no es algo etéreo, sino que tiene un cuerpo legal definido y pueden los ciudadanos presentar frente al estado una queja por no cumplir con lo consagrado por ley como un derecho a una atención sanitaria (Zúñiga, 2010).

Este derecho a una atención sanitaria se transforma en una razón moral, por la que el Estado intenta garantizar a toda la sociedad un acceso universal a un mínimo sanitario. Esto deriva del hecho de que existen desigualdades en el funcionamiento normal de las personas debido a enfermedades y discapacidades, que restringen sus oportunidades individuales (relativas a cierta porción de rango normal de habilidades y talentos) y que podrían evitarse si esa persona estuviera en un buen estado de salud definida por la OMS como el derecho al máximo grado de salud que se pueda lograr. Existe entonces una justificación ética para un acceso universal a los servicios sanitarios (Figuerola, 2013).



En Chile desde el año 1990 se han aplicado distintas reformas de mayor y menor envergadura en distintas aéreas del quehacer nacional. En salud la más importante es la Ley AUGE que pretende dar cuenta de las desigualdades que se observaban en la sociedad chilena. La publicación del PNUD (PNUD, 2017) informa que, si bien es cierto que el país ha aumentado los recursos hacia los hogares de menores ingresos en forma considerable desde el año 1990 a la fecha, aún se refleja una estructura seriamente segmentada en la obtención y acceso de servicios sociales (educación, salud, pensiones).

Apunta a que en Chile la población más pobre accede a servicios que le entrega gratuitamente el Estado en instituciones públicas y que tienen problemas de calidad o de largas esperas, mientras que los sectores medios y altos acceden a servicios privados de mejor calidad financiados ya sea por el gobierno y los usuarios o definitivamente por el usuario.

Con la Reforma de salud aparece un componente de mercado a través de las Isapres que permite que un sistema de seguros opere sin mayores regulaciones. La seguridad social por su parte tiene un componente redistributivo y debe entregar una distribución más pareja de servicios y protección a la población beneficiaria. En Chile el seguro público de salud, Fonasa, que opera bajo los conceptos de seguridad social, congrega a la población de ingresos medios y bajos (92% de la población nacional) y aún 93% de las personas con mayor riesgo de salud, como los adultos mayores.

Un indicador de este derecho es el porcentaje de personas que accedieron a algún servicio de salud (consulta médica, exámenes y hospitalizaciones) en los últimos tres meses, y los datos de la Casen 2015 (Ministerio de Desarrollo Social, 2016) dicen que en el quintil más alto la tasa de acceso a especialista es 79% mayor que en el quintil más bajo (PNUD, 2017). Y si se observa el uso ajustado de necesidades de salud nos muestra que a la inversa, hay mayor necesidad de atenciones de salud en los quintiles más bajos al acumularse más problemas de salud. Las brechas más importantes de equidad en salud se producen en el acceso a especialista, consulta dental y exámenes e imágenes (PNUD, 2017).



En la encuesta que realiza periódicamente la Superintendencia de Salud sobre la valoración que tiene la población en relación al AUGE (www.supersalud.gob.cl), los aspectos negativos que resaltan son las largas esperas en la atención en salud, faltas de especialistas y no tener la posibilidad de elegir al prestador (Frenz, 2005).

Esta realidad la dibuja dramáticamente el informe de la CEP junto a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile al analizar las razones para reformular el Sistema de Salud Chileno. Ellos dan cuenta de la inequidad que ha persistido en nuestra sociedad en materia sanitaria y la atribuyen a un esquema ya gastado y que no responde a las necesidades del país. “Aquellos que se sienten desprotegidos, señalan como principales causas la calidad del sistema, la atención del personal, largos tiempos de espera para cirugías y la dificultad para atenderse por especialistas” (Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, 2017, pág. 17).

Esta insistente búsqueda de la equidad en nuestra sociedad como expresión de una comunidad más justa y solidaria es una tarea que se ha planteado en forma intersectorial desde la OMS (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, OMS, 2009) en donde el autocuidado, la prevención y la promoción en salud toman relevancia y tensionan la relación individuo-estado, o bienestar individual - bienestar social (Restrepo, 2011). Particular importancia tienen en esto es el rol que los gobiernos tienen en dispensar las condiciones básicas necesarias para que la ciudadanía ejerza su derecho (Ferrer M., s/a). Esta intención manifiesta de promover comportamientos en busca de una mejor salud colisionan con la falta de mamógrafos o ecógrafos para el diagnóstico precoz tanto en el Cáncer de mama como en la colelitiasis. Estas son muestra de una falla en la política y parafraseando a Amartya Sen, no disponer con equidad de los recursos necesarios para ejercer mi libertad de desarrollar mis capacidades en busca de lograr mi plan de vida (Frenz, 2005).



El AUGE en su concepción obedece a un principio de justicia distributiva que busca una equidad horizontal, en el cual ante una misma necesidad de salud se obtiene una misma prestación, independiente de factores de nivel socioeconómico, raza, religión, ruralidad, etc. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, OMS, 2009). Así es como el Dr. Sandoval formuló la Reforma de Salud; el plan AUGE se debería usar como un instrumento de planificación sanitaria que permita diseñar políticas de salud bajo una óptica de equidad horizontal (Sandoval, 2016).

Jusot (Jusot, 2013) al hacer un repaso histórico desde una mirada de la equidad en el modelo francés, opina que si bien esta adecuadamente diseñada la política de salud en beneficio de los más necesitados, esta le ha costado conseguir alcanzar la equidad y se ve entorpecida por problemas de acceso a especialistas, atención dental, visitas domiciliarias, problemas que muestran una persistente desigualdad al interior de la sociedad francesa.

Dentro de sus desafíos la OMS se propone alcanzar un desarrollo sostenible, y para ello se ha puesto como prioridad el lograr un acceso y una cobertura universal en salud (OMS, 2015). Esto, entendida la salud como un bien básico, multidimensional y que su satisfacción plena es necesaria para lograr, en condiciones de libertad e igualdad de oportunidades, el lograr desarrollar el plan de vida que cada individuo posee.

La Reforma de Salud con el plan AUGE direcciona la política de salud de nuestro país en ese sentido. Sin embargo un aspecto que se ha nombrado como deficitaria en la aplicación de la Reforma de Salud ha sido el acceso a la consulta con especialistas. Es sabido la falta de profesionales en el Sistema Público de Salud tanto en la atención primaria como secundaria.

Existe en Chile una perversa distribución de los médicos especialistas entre el sector público y privado ya que el 50% de los médicos especialistas atienden en el sector privado a 2.000.000 de personas y en el sector público el restante 50% atiende a los otros 15.000.000 beneficiarios de nuestra población (Torres-Quevedo, 2016). Chile presenta una densidad de 21,5 médicos por



100.000 habitantes en comparación a un 33/100.000 hab que es el promedio de los países de la OCDE. Si vemos la realidad de los médicos especialistas encontramos que en Chile esta es de 11,6 por 10.000 habitantes en promedio siendo de un 5,4 para la Región de Coquimbo.

Si revisamos la densidad de profesionales nucleares (médicos + enfermeras + matronas) para la población beneficiaria de fonasa en la red asistencial pública en la región de Coquimbo es de 26,5, siendo el promedio nacional de 30,3%. Si además se considera el número de profesionales nucleares totales (público y privado juntos) el promedio nacional es de 53,5%. Esto refleja una inequidad en la distribución del recurso humano de salud que impacta negativamente en la esperada solución de los problemas de la población (Ministerio de Salud, 2016).

Visto desde la economía de la salud en Chile el gasto total en salud en porcentaje del PIB es de 7,8% el 2014, la proporción de gasto público en el total es la más baja de los países de la OCDE: 46% versus el promedio OCDE de 73% (Ministerio de Salud, 2016). Chile además tiene el más alto gasto de bolsillo de la OCDE de un 33% versus un promedio de 20% en relación al financiamiento en salud.

Hay razones estadísticas para congregar el pesimismo en la solución de los problemas de la salud chilena. Pero también las hay para entender que se han producido cambios difíciles de implementar y con resultados que se pueden ver lentamente. Para lograr una distribución de recursos sanitarios que pretenda ser justa, debemos considerar en el recurso humano, criterios de eficiencia que permitan adjudicar recursos de un modo que honre las exigencias de igualdad, responsabilidad y eficiencia que espera la población de nuestro sistema de salud.

Esta falta de médicos y más aún, el hecho que se concentren en el sector privado configura una visión desde la profesión médica que debe intentar revertirse. Las razones esgrimidas son de mejores expectativas económicas, condiciones de trabajo más adecuadas en cuanto acceso de



tecnología, menor carga de trabajo. Se puede concebir aceptable esta posición desde la óptica de una sociedad liberal y en un sistema de libre mercado.

Sin embargo hace 30 años nuestro país ha venido esgrimiendo la necesidad de alcanzar mejores niveles de equidad social. Esta desigualdad se hace más tristemente patente en el sector sanitario. Desde la profesión médica hay un imperativo ético por ir en ayuda y auxilio de los más desposeídos. El sistema estatal de salud congrega a estos conciudadanos y requiere del aporte invaluable de los médicos. Las circunstancias que atraviesa nuestro sistema de salud y la intención que se ve en las políticas de salud exigen del gremio médico un actuar e intención acorde con la búsqueda de la justicia y equidad social en materia sanitaria.

El Minsal está haciendo esfuerzos por revertir estas condiciones de trabajo, y los médicos han hecho y deben seguir haciendo un real e invaluable aporte a la salud pública de nuestro país. Ellos están llamados a liderar los equipos de salud para enfrentar los cambios que la nueva situación epidemiológica y demográfica presenta Chile. El trabajo en redes integradas, recuperar la preponderancia de la atención primaria en todo esquema sanitario, el reencontrarse con la vocación de servicio que caracteriza la profesión médica deben ir de la mano con la búsqueda de una atención digna y equitativa de los beneficiarios del sector público en nuestro país.

Esta realidad en Francia también la visualiza Dejardin (Dejardin, 2011) en relación a los determinantes sociales y el enfrentamiento de la patología cancerosa desde la salud pública; dando énfasis a la necesidad de un enfoque intersectorial para optimizar su manejo y poder llegar con equidad a la población. Influyen en este proceso problemas culturales, de información a los usuarios y problemas financieros, que hacen el acceso a la salud más complejo.

El modelo de salud chileno también presenta problemas similares a los que se expone en otros países y se ve muy difícil de alcanzar grados de equidad, (en acceso, oportunidad y financiamiento) entre los distintos grupos socio-económicos en nuestro país (Centro de Estudios



Públicos y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile , 2017). Esto lo muestra el informe del Minsal publicado por el diario El Mercurio en relación a la evaluación del manejo en las listas de espera (Cabello, 2017), en que se sentencia “el que tiene capacidad económica puede saltarse la lista de espera”. Describe Jusot (Jusot, 2013) que se puede observar un fuerte impacto en la atención primaria, acceso a médico y actividades de prevención y promoción cuando las políticas que se han diseñado están orientadas bajo un concepto de equidad horizontal.

Desde otra mirada los trabajos de Trannoy (Trannoy, 2012, Vol 61S) proponen la necesidad de crear un indicador de inequidad en salud, ya que es necesario poder establecer objetivamente los progresos en el manejo de los condicionantes sociales, prevención y promoción en salud que condicionan inequidad, con una visión puramente normativa desde una perspectiva de la igualdad de oportunidades. Esto pensando en buscar equidad en los más desposeídos a los que apunta Rawls desde su segundo principio y desarrollar al máximo las capacidades de las personas que resalta A. Sen según lo propone Breton (Breton, 2012, Vol.61S).

Esta igualdad de oportunidades en el derecho a la salud se puede vislumbrar por lo que se conoce como “la gradiente social en salud”, que está relacionada con los determinantes sociales en salud como la condición de vida diaria de las personas que a su vez están relacionadas con la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos en un país. Según Ferrer esta situación exige que las políticas públicas se enfoquen permanentemente a la búsqueda de la equidad como un concepto ético que se direcciona hacia una mejor justicia distributiva. Ferrer ve a la salud como un valor que apunta a la justicia social y además entiende que la salud es un bien público y un recurso mundial. Lo que Ferrer ha sentenciado con la frase “tanto más justa una sociedad, más saludable es su población” (Ferrer M. , 2003).

Marmot al analizar como se presenta el gradiente de salud en una sociedad determina que se debe relacionar como una alarma sobre el funcionamiento de nuestros sistemas de salud y como se está entregando una atención de salud efectiva. El gradiente social en salud se transforma en una



alarma para asignar recursos al sector salud de manera más efectiva. Marmot concluye que las desigualdades en salud terminan siendo un conjunto de cosas entre las que destaca una combinación de programas sociales de mala calidad, injustos arreglos económicos y una mala gobernanza. Las desigualdades que son evitables y que no se evitan son injustas (Marmot, 2017 Vol 32.).

Según la Comisión para los Determinantes Sociales en Salud de la OMS (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, OMS, 2009) en los países en que las políticas imponen al usuario el pago directo de los servicios de salud han tenido una reducción generalizada de su uso y un deterioro de los resultados sanitarios. Es así como la Comisión recomienda que se tienda a un sistema de cobertura universal mediante un seguro universal obligatorio.

Esto significa que toda la población puede beneficiarse de las mismas prestaciones, lo que le da un poder redistributivo y de justicia social largamente anhelado. Se insiste en que deben centrarse los sistemas de salud en los principios de equidad, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, pilares que declara atesorar y perseguir la Reforma de Salud AUGE a través de la implementación de las políticas diseñadas. Esta implementación de políticas AUGE conlleva la necesaria evaluación y fiscalización periódica y competente de sus efectos en la que se refiere a la búsqueda de una equidad sanitaria y una regulación del mercado de la salud.



8. CONCLUSIONES

La legislación chilena reconoce el derecho a la protección de la salud de sus ciudadanos, y desde la incorporación de la Reforma de Salud AUGE, garantiza ese derecho a una atención sanitaria en igualdad de condiciones para todos los ciudadanos en busca de la equidad y destrabar la anquilosada desigualdad que persigue a la sociedad chilena.

Podemos decir que tanto más justa es una sociedad, más saludable es su población. Si bien Rawls en sus bienes primarios no considera a la salud, si exige un “mínimo sanitario” capaz de crear las consideraciones mínimas para completar un proyecto de vida. A través de su segundo principio de diferencia, que permite las desigualdades solo a condición de que beneficien a los menos aventajados, se abre una puerta para que aquellos ciudadanos más necesitados, puedan verse favorecidos.

A través de la implementación de la Ley AUGE el Estado garantiza un mínimo de prestaciones médicas con una cobertura económica explicitada. En la Teoría de Justicia de Rawls cada vez que no se cumple con un mínimo sanitario, se trasgrede el segundo principio de diferencia (Zúñiga, 2010). Esto según Zuñiga nos permite entender que aunque un “mínimo social” (en esta caso sanitario) no es un principio de justicia, si debe tener importancia clave en la política social de cualquier sociedad ya que obliga a la acción del Estado desde un marco constitucional.

La ley AUGE garantiza a los chilenos un mínimo sanitario apuntando a una equidad horizontal, una equitativa igualdad de oportunidades, preocupándose del aspecto económico al considerar la cobertura, asegurando un acceso a la atención de salud pensando en los más desfavorecidos, resolviendo la satisfacción de la oportunidad en la solución de la problemática sanitaria, todo esto en sintonía con el segundo principio de diferencia de Rawls.



Un punto importante a definir es como se concibe este mínimo sanitario. Es claro que la razón moral del Estado para garantizar un mínimo sanitario deriva del hecho de que las desigualdades en el funcionamiento normal de un individuo pueden verse restringidas ya sea por enfermedades o discapacidades. Estas desigualdades en nuestro país no son resueltas en una posición original en que dos individuos con el mismo talento u oportunidad presentan diferencias en el cómo resolver sus problemas de salud.

No es la salud como fenómeno aislado, sino sumado a sus condicionantes sociales las que menoscaban el desarrollo de las capacidades que permiten al individuo realizar libremente su plan de vida. Desde el punto de vista de la justicia distributiva, en la implementación de la Ley AUGE se busca maximizar los escasos recursos bajo una óptica de equidad y eficiencia en salud. Se ha usado un análisis de costo-beneficio basado en el índice AVISA que describe los años de vida perdidos por las consecuencias mortales y no mortales de la enfermedad, obteniendo con ello un listado de enfermedades que dan cuenta de una carga de enfermedad que son relevantes para la economía de la salud.

Se sabe que los indicadores de salud en general son peores en las poblaciones más pobres, encontrándose una importante brecha entre pobres y ricos. Es por esto que el actuar con una dimensión Ética es uno de los principales problemas a considerar en el desarrollo de políticas de salud pública en nuestro país, debiendo transformarse en un imperativo ético del legislador (Garzón, 2012).

Rawls (Rawls, 2013) concibe su Teoría de la Justicia en una sociedad ordenada, democrática en que la estructura social básica, sus instituciones, están controladas por una constitución justa que asegura las distintas libertades que condicionan una igual ciudadanía. Desde el punto de vista de la justicia distributiva es necesario que exista una igualdad de oportunidades en distintos sentidos para que una sociedad ordenada funcione. Rawls no considera la salud como un bien primario,



pero si concibe un mínimo social que los gobiernos debieran cubrir mediante subsidios, transferencias e impuestos.

De esta manera se lograría cumplir con su segundo principio de diferencia al ir en busca de los más desposeídos favoreciéndolos con una distribución más justa. Así la búsqueda de la justicia social dependería de dos cosas: de la igualdad de la distribución (igualdad en los niveles de bienestar) y del bienestar total. Este mínimo social en salud se satisface con la Ley AUGE en nuestro país y es una clara señal de una política con un sesgo orientado hacia los más vulnerables y desposeídos. Sin embargo esto no se está cumpliendo en los más desfavorecidos de nuestra sociedad.

El diagnóstico de desigualdad en la población chilena respecto de la salubridad debería estar siendo resuelto por la aplicación de esta ley en lo que respecta a salud. Además el trabajo intersectorial que hoy se exige desde la OMS al hablar de políticas de salud, apuntan a lograr el desarrollo de las capacidades que señala A. Sen al complementar las ideas de Rawls sobre la justicia como equidad. Existen condicionantes sociales en salud que deben observarse y atenderse para dar cabal manejo de los problemas sanitarios de un país.

La libertad de los ciudadanos se logra al estar ellos satisfechos con sus necesidades sanitarias resueltas y en condiciones de alcanzar el desarrollo de sus proyectos de vida. Al fallar el país en el acceso, oportunidad y apoyo financiero para la solución de sus problemas de salud, se crea una situación inequitativa, injusta que niega la obtención de un mínimo sanitario decente. El principio de equidad ha sido reconocido como uno de los valores principales de los sistemas de salud en la mayoría de los países del mundo. Es el eje central de la ley AUGE y es el eje que comanda las propuestas para mejorar el sistema de salud chileno.

Este principio está firmemente ligado al de la justicia distributiva, y la importancia que tiene es la búsqueda de soluciones para la población más vulnerable. Aquella que demanda el respeto y la



protección de su condición de desposeído. La ley le ha garantizado un mínimo sanitario que no se cumple. Los más pobres están resolviendo sus problemas de salud vía aumento del gasto de bolsillo.

La ley AUGE, y las propuestas de reformas al sistema de Salud Chileno tienen una óptica solidaria en busca de la equidad, que traspasa el bien individual y que aspira a un bien común que se refuerza en el respeto y la dignidad de la persona. Estamos viviendo en una sociedad que se respalda en la concepción de justicia de Rawls, que reconoce los aportes de Sen incorporando en sus políticas aspectos del desarrollo de las capacidades de los ciudadanos con una visión multisectorial de la salud y que persigue proteger a los más vulnerables. Para ello debe realizar acciones de control y ajustes de los resultados de sus políticas de salud para que los más desposeídos logren realmente la equidad y justicia social tan anhelada como grupo humano.



9. BIBLIOGRAFÍA

Bastías, G. (2007). Reforma de Salud en Chile; el Plan AUGE o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), su origen y evolución. *Boletín de la Escuela de Medicina PUC*, vol.32, N°2 , 51-58.

Bay, C. e. (2016). Acceso a colecistectomía en un programa de tamizaje ecográfico de colelitiasis en centros de medicina familiar. *Rev Med Chile* , 317-324.

Bay, C., Ocares, M., Toledo, F., Barticevic, N., Mora, I., Villouta, F., y otros. (2016). Acceso a colecistectomía en un programa de tamizaje ecográfico de colelitiasis en centros de medicina familiar. *Revista Médica Chile* , 317 - 324.

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2004). *Historia de la Ley. Ley N°19.966 Establece un régimen de garantías de salud*. Biblioteca Congreso Nacional de Chile.

Breton, E. (2012, Vol.61S). Penser la programmation en santé publique dans une perspective de capacités. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* , S89-S94.

Burrows, J. (2008). Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? *Journal Medical Ethics* vol 34; e13 , 1-5.

Cabello, N. (13 de Septiembre de 2017). Análisis del Ministerio de Salud con datos a junio: El 69% de las atenciones en lista de espera es para pacientes con rentas menores a \$27 0mil. *El Mercurio* , págs. Cuerpo C, página 6.

Castillo, C. (2016). *Garantías Explícitas en Salud*. Santiago, agosto: Minsal.

Caviedes, R., & Merino, R. (2000). *Síntomas del sistema de salud chileno, su diagnóstico y tratamientos*. Santiago: Isapres de Chile/Ciedess.



Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile . (2017). *Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de los servicios de salud*. Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos, CEP.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal.

Daros, W. (2010). La Razón pública en cuanto ámbito de igualdad según John Rawls. *Invenio*, N°24 , 17-43.

DEIS Coquimbo. (2017). Dirección de Estadística Información de Salud, Coquimbo. Coquimbo.

DEIS Minsal. (s/a). *Población INE por Grupo Etario (Actualización 2002-2012-Proyección 2013-2020)*. Santiago: Ministerio de Salud.

Dejardin, O. (2011). Inégalité's sociales, de sante´ du constat a` l`action – Inte´re´t de la mise en place d`un accompagnement personnalise´ pour la re´duction des ine´galite´s sociales en cancérologie. *Revue de Epidemiologie et de Santé Publique* , 45-51.

Echeverry, Y. (2012). *Justicia y bienes primarios en John Rawls. Un debate con los comunitaristas y el enfoque de las capacidades de Amartya Sen*. Madrid: Editorial Académica Española.

Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, vol.30, spl.3 , 7-22.

Ferrer, M. (s/a). *¿La salud como responsabilidad individual? Análisis del concepto de salud en los Programas de Gobierno de la Concertación en Chile*. Santiago: Avance Tesis Doctoral, Universidad de Chile.

Ferrer, M. (2003). Equidad y Justicia en Salud. Implicaciones para la Bioética. *Acta Bioethica*, vol. IX, N°1 , 113-126.

Figueroa, R. (2013). El Derecho a la Salud. *Estudios Constitucionales*, Año 11, N°2 , 283 - 332.



Fonasa. (2017). *www.fonasa.cl*.

Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, vol. 9, N°2 , 103 - 110.

Garzón, M. (2012). Carga de la Enfermedad. *Revista CES Salud Pública*, Vol.3, N°2 , 289-295.

Gattini, C., & Álvarez, J. (2011). *Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*. Santiago: OPS. Serie Técnica de Análisis de Situación.

Godoy, O. (2001). Democracia y Razón Pública en torno a John Rawls. *Centro de Estudios Públicos*, N°81 , 39-65.

Goic, A. (2015). El Sistema de Salud en Chile. Una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, vol.143 , 774-786.

Henk, M. (2005). *The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Background, principles and application*. UNESCO Publishing.

Instituto Milenio de Inmunología e Inmunoterapia. (2017). *canceronline.cl*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2017, de http://www.canceronline.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=54

Jusot, F. (2013). Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 61S , 163 - 169.

Lenz, R. (2007). *Proceso político de la Reforma AUGE de Salud en Chile: Algunas lecciones para América Latina. Una mirada desde la Economía Política*. Santiago: CIEPLAN. Seris estudios socio-económicos N°38.

Linares, N. (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina social*, vol.3, N°3 , 247-259.



Marmot, M. (2017 Vol 32.). Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journals Epidemiology* , 537-546.

Migliore, J. (2011). Amartya Sen: La Idea de la Justicia. *Cultura económica*, N° 81-82 , 13-26.

Ministerio de Desarrollo Social. (2016). *CASEN 2015*. Santiago: Subsecretaría de Evaluación Social.

Ministerio de Salud. (2016). *Informe sobre brechas de personal de salud por Servicio de Salud*. Santiago de Chile.

Minsal. (2016, Mayo). *Decreto GES año 2016*. Santiago: Minsal.

Minsal. (2016). *Estrategia Nacional de Cáncer*. Santiago: Ministerio de Salud.

Minsal. (2016). *Estrategia Nacional de Cáncer. Chile 2016*. Santiago: Ministerio de Salud.

Minsal. (2017). *GLOSA 06. Lista de espera no GES y garantías de oportunidad GES retrasadas* . Santiago: Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Minsal. (2014). *Guía Clínica Colectomía Preventiva en Adultos de 35 a 49 años*. Santiago: Serie Guías Clínicas Minsal 2010.

Minsal. (2015). *Guías Clínicas AUGE. Cáncer de Mama*. Santiago: Ministerio de Salud.

MINSAL. (2017). *web.minsal.cl*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2017, de <http://web.minsal.cl/servicios-de-salud/>

Nueva Mayoría. (2013). *Redes Asistenciales de salud pública: desafíos para una atención equitativa y cercana*. Diagnóstico salud NM.

OCHISAP. (s/f). *www.ochisap.cl*. Recuperado el 10 de marzo de 2017, de <http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/desarrollo-historico-del-sistema-de-salud>



O'Donnell, O. (2007, vol 23(12)). Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cad. Saude Pública, Rio de Janeiro* , 2820-2834.

Olavarria, G. (2005). Acceso a la salud en Chile. *Acta Bioethica; año XI, N°1* , 47-64.

OMS. (Diciembre de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 28 de Octubre de 2017, de Nota descriptivas 323: www.who.int

Paraje, G., & Infante, A. (2014). *La Reforma AUGE 10 años después*. Santiago: PNUD, Área de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad.

Patrao, M. (2009). Chapter 10. Article 8: Respect for Human vulnerability and personal integrity. En A. Henk, *The UNESCO universal declaration on bioethics and human rights. Background, principles and application* (págs. 155-164). Paris: UNESCO.

Peña, C. (2010). *Rawls y el problema de la justificación en la filosofía política*. Santiago: Universidad de Chile.

PNUD. (2017). *Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. Santiago de Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Prieto, M. (2011). Epidemiología del cáncer de mama en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes* , 428 - 435.

Quiero, F. (2005). Los imaginarios Sociales de la Reforma de Salud en Chile (1990-2003). *Revista Mad, N°12* , 1-18.

Rawls, J. (2013). *Justicia como Equidad*. Madrid: Tecnos.

Restrepo, D. (2011). *Las políticas públicas en el campo de la salud como dispositivos de biopoder y modos de subjetivación*. Medellín: Curso Políticas Públicas y Salud. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia.



Rodríguez, J. (2004). Tras John Rawls: el debate de los bienes primarios, el bienestar y la igualdad. *Universidad Autónoma Metropolitana RIFP* , 49-70.

Rodríguez, J. (2004). *Tras John Rawls: el debate de los bienes primarios, el bienestar y la igualdad*. Mexico RIFP/23: Universidad Autónoma Metropolitana.

Román, O., & Muñoz, F. (2008). Una mirada crítica en torno al plan AUGE. *Revista Médica de Chile*, vol.136 , 1599-1603.

Sandoval, H. (2016). Hernán Sandoval: Una Reforma en Salud tiene que ver con menos mortalidad, no con cambios a las Isapres. Esto es arreglo administrativo financiero. . (IPSUSS, Entrevistador)

Sen, A. (2002). ¿Porqué la Equidad en Salud? *Journal Public Health*, vol.11 , 5-6.

Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*. Buenos Aires: Planeta.

Sen, A. (2000). La Salud en el Desarrollo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, N° 2 , 16-20.

Serra, I. (2001). ¿Ha disminuido la mortalidad por cáncer vesicular en Chile? *Revista médica de Chile*, V.129, N.9 , 1079-1084.

Serra, I., Maya, D., & Aguayo, C. (2014). Cáncer de mama en Chile. Mortalidades comparadas: niveles nacional, regional y comunal, 1999-2011. Análisis programático. *Revista Chilena de Cirugía* , 118 - 126.

Torres-Quevedo, R. (2016). Déficit de médicos especialistas en las regiones y en el sistema público. *Revista Chilena de Cirugía*, vol. 68, N°4 , 279 - 280.

Trannoy, A. (2012, Vol 61S). Quels enseignements tirer des théories de la justice en matière de lutte contre les inégalités de sante´ ? *Revue d' Epidémiologie et de Santé Publique* , 153-157.



UNESCO. (2013). *The principles of respect for Human Vulnerability and Personal Integrity. Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC)*. Paris: UNESCO.

Urquijo, M. (2014). La Teoría de las Capacidades en Amartya Sen. *EDETANIA*, N°46 , 63-80.

Valdivieso, V. (2010). El plan AUGE: 2005 al 2009. *Revista Médica de Chile*, vol.138 , 1040-1046.

Villavicencio, L. (2013). ¿Es política la justicia como equidad? *Ideas y Valores*, vol.LXII, N°152 , 225-247.

Waissbluth, M. (2005). La Reforma del Estado en Chile 1990-2005. Diagnóstico y propuestas de futuro. (Del balance del terror al consenso promisorio). *CEGES*, N°76 .

Zuñiga, A. (2010). Una teoría de la justicia para el cuidado sanitario: La protección de la salud en la Constitución de la reforma AUGE. *Revista de Derecho*, vol.XXIII, N°2 , 113-130.

Zúñiga, A. (2010). Una teoría de la justicia para el cuidado sanitario: La protección de la salud en la Constitución después de la reforma AUGE. *Revista de Derecho*, vol. XXIII, N°2 , 113 - 130.