

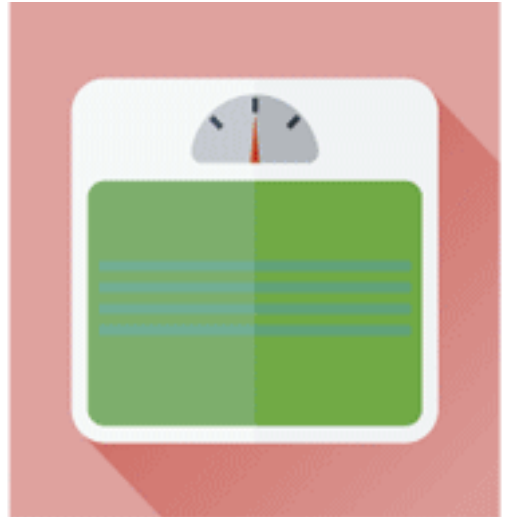
Aportes para una nueva Constitución de Chile

Dossiers Constituyente



PRIMERA PIEDRA

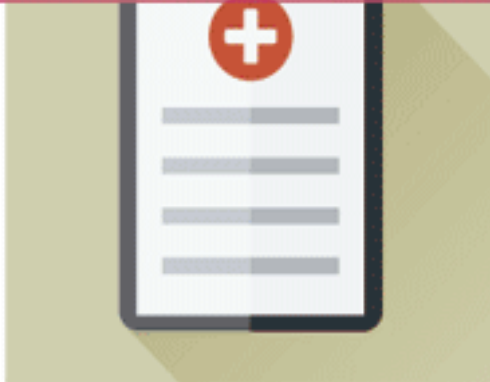
La política sin ideas estimula la corrupción



Dossier No 3
LA SALUD ES UN DERECHO

Revista Primera Piedra

SALUD



LA SALUD ES UN DERECHO

Presentación

El tiempo pasa y aún no se avanza suficientemente en las propuestas que, desde el frente progresista, deberían cristalizarse en la nueva Carta Magna de Chile: igualdad de género; derechos de los pueblos originarios; derechos garantizados en términos de salud y educación; el agua como un bien común y público; un sistema de seguridad social basado en la solidaridad y no en cuentas personales con las AFP que nunca pierden; un ambiente sano y no contaminado; la defensa de los recursos naturales; acceso democrático y libre al mundo digital, etc. Son tantos los temas que todavía están pendientes de debate y articulación en las organizaciones de la sociedad civil, propuestas que obviamente deben incorporarse en una nueva Constitución de todas y todos, ojalá mediante cabildos en los que participen las chilenas, los chilenos y -por qué no- los inmigrantes extranjeros que trabajan y viven en el país.

Con el propósito de aportar a ese debate, Primera Piedra ha considerado pertinente preparar periódicamente dossiers específicos sobre temas que podrían enriquecer la discusión: ya la gran mayoría de ciudadanas y ciudadanos (casi el 80%) se pronunció en favor de redactar una nueva Constitución y hacerlo a través de una Constituyente elegida universalmente por la ciudadanía.

Este Número 3 de los dossiers Constituyentes de Primera Piedra se ha dedicado al Tema La Salud como un Derecho.

Los anteriores: el Dossier No 1 Multiculturalidad, interculturalidad y pueblos originarios; y el Dossier No 2 La Cultura y las Artes para una nueva Constitución puede encontrarlos en la sección documentos de nuestra página www.revistaprimera piedra.cl



La política sin ideas estimula la corrupción

Pág. 1

LA SALUD COMO DERECHO DE PRIMERA GENERACIÓN

Rafael Urriola Urbina

Pág. 3

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD: NOTAS CONSTITUYENTES.

Tatiana Puebla Nuñez

Pág. 6

CHILE: UN PAÍS DONDE EL DERECHO A LA SALUD PODRÍA DEJAR DE SER BIEN TRANSABLE.

Camilo Bass del Campo

Pág. 10

EL TRABAJO DE CUIDADO, LA SOSTENIBILIDAD DE LA VIDA Y LA ECONOMÍA.

Maria Isabel Matamala Vivaldi

Pág. 14

EL DERECHO A LA SALUD EN LA NUEVA CONSTITUCIÓN.

Matías Goyenechea H.



LA SALUD COMO DERECHO DE PRIMERA GENERACIÓN

Rafael Urriola Urbina



La Constitución requiere pocas frases que deben poner de acuerdo a l@s constituyentes y hoy a los candidat@s a constituyentes. En el marco de entender la salud como un derecho humano fundamental se han recogido los conceptos fundamentales que permiten especificar estos derechos.

Este texto, forzosamente conciso, intenta condensar los conceptos esenciales que permiten entender la salud como un derecho humano, por tanto, universal. El objetivo es que la salud deje de ser un derecho “en la medida de lo posible” para ser un derecho de primera generación como son hoy los derechos políticos (cuando se les respeta): derecho a la justicia, a la propiedad, a la libertad, a la movilidad, etc.

En consecuencia, la futura Carta Magna debiese acordar el Derecho a la salud -o a la protección social de la salud- a toda la ciudadanía y a los residentes sin discriminación alguna. Este derecho se expresa en las garantías que entrega la sociedad para el acceso de manera universal a los bienes y servicios que tienen por finalidad la promoción, prevención, curación, rehabilitación o cuidados paliativos en salud en condiciones oportunas, de calidad, con protección financiera y con satisfacción de los usuarios.

La salud se sustenta en un sistema público universal, que se expresa en el contexto de la Seguridad Social. Chile se dotará de un sistema de Seguridad Social capaz de garantizar la provisión de los bienes y servicios de salud que requiere la población, es decir, un conjunto abarcador e integrado de acciones y servicios de iniciativa de los poderes públicos y de la sociedad, destinados a asegurar los derechos relativos a la salud y a la asistencia social (es decir, a los cuidados, especialmente de adultos mayores, que incluyen asistencia sanitaria y no sanitaria).

En cuanto a salud, las funciones de la seguridad social son el financiamiento, aseguramiento y provisión de los bienes y servicios de salud. Todos los arreglos institucionales de provisión de bienes y servicios de salud están subordinados a las directrices de la Seguridad Social.

La universalidad de la provisión en el caso de la salud requiere articular a los agentes de la salud reduciendo las fragmentaciones y segmentaciones de los sistemas de financiamiento, aseguramiento y de provisión de la salud y entregando al Estado el papel rector en cuanto a autoridad sanitaria. El Estado hará lo posible por resolver de manera incremental todas las demandas de salud de la población en el marco de la equidad y universalidad.

El Estado debe asegurar el derecho al buen vivir o Sumak Kawsay, es decir, a contextos saludables en saneamiento; viviendas y barrios saludables; acceso a alimentación saludable; espacios para el deporte y la recreación; espacios vecinales para el convivir y para el inter-cuidado.

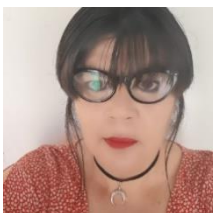
La salud, dejó de ser un tema exclusivo del Ministerio de la Salud. La salud está en todas las políticas y el Estado debe velar por que no se dañe la salud de las personas con decisiones

económicas (productivas o financieras), ambientales, de organización territorial, de transporte u otras.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD: NOTAS CONSTITUYENTES

Tatiana Puebla Nuñez

Se plantea la necesidad de garantizar el acceso a los ciudadanos de manera universal a los bienes y servicios que tienen por finalidad la promoción, prevención, curación, rehabilitación o cuidados paliativos en salud en condiciones oportunas, de calidad, con protección financiera y con satisfacción de los usuarios. ¿Cuándo decimos garantizar nos referimos a quienes? A los ciudadanos de este país, claro. Entonces ¿no es primordial también garantizarles el derecho a una significativa participación en la toma de decisiones acerca de su salud, relacionada con la política, planificación, la atención y el tratamiento, en donde la comunidad se compromete individual o colectivamente?



La Reforma de Salud en Chile de 2005, fue un proceso de innovación del modelo de salud nacional que estableció diversos objetivos y estrategias. Uno de estos objetivos fue el fortalecimiento de la equidad en el acceso y la disminución de las desigualdades existentes. Ahora bien, teniendo en cuenta todas las variables sanitarias y técnicas que se deben considerar para el cumplimiento de este objetivo, no se puede desconocer la importancia de la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria en el logro de estos objetivos, ya que constituye un aspecto relevante en el desarrollo territorial aportando en la gestión de los procesos de salud.

“Este modelo tiene un enfoque de Atención Integral (mirada sistémica hacia el individuo) que supera el Modelo de Atención biomédico (biológico) e incorpora el paradigma psicosocial (la persona y su entorno) con el “Modelo de Participación” en el proceso de atención de los usuarios a partir de su ciclo vital. Abordando así los problemas que le atribuyen a su situación de salud y generando estrategias de solución, enfatizando la promoción y prevención de las enfermedades”.¹ Claramente se requiere un Modelo de Atención Integral que sea parte del ciclo vital. Un enfoque en el cual la persona y la familia cumplan un rol importante para mejorar su calidad de vida. ¿Cómo se es parte de este proceso? ¿Cómo nos involucramos activamente en los procesos de toma de decisiones de salud pública y que necesariamente repercuten en nuestras vidas, en nuestra percepción del buen vivir como ciudadanos de este país? ¿Cómo visibilizamos que la posibilidad de participación ciudadana en salud es en sí un determinante social, por lo tanto, es una variable relevante a ser considerada en la toma de decisiones de las políticas públicas de salud?

Desde el retorno a la democracia hasta hoy, el tema de la participación ciudadana ha estado presente. Partiendo en 1990 con la creación de las Oficinas de Información, Reclamo y

¹ Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitaria. MINSAL 2005.

sugerencias (OIRS) cuyo objetivo era que en cada espacio público existiera una posibilidad de que la ciudadanía pudiera plantear sus necesidades y tuviera una relación o un contacto directo con alguna instancia del estado. Otro intento por acercar el estado a la ciudadanía fue la Ley de Transparencia y acceso a la información pública, en el año 2008, abriendo la posibilidad de solicitar información a cualquier institución pública, sin la posibilidad de negarse a la entrega de la misma. Finalmente, en el año 2011 se promulga la Ley de Participación Ciudadana que, a grandes rasgos, establece a nivel central y local: a) la creación de un Fondo de fortalecimiento de las organizaciones de nivel público que establece la obligatoriedad por ley que el estado, independiente del gobierno debe proveer recursos a las organizaciones para fortalecerlas; b) mecanismos de participación al interior de los servicios públicos, o sea, el ejercicio de acceso a la información, la obligación de entrega de cuentas públicas anuales; c) creación de los Consejos Consultivos de las Organizaciones de la Sociedad Civil; y, d) existencia de una norma especial de participación, es decir que cada institución debe señalar normativamente cómo va a asegurar en su institución que los tres mecanismos anteriores se cumplan.

A nivel local o municipal se amplía la oferta de mecanismos de participación establecidos en las ordenanzas municipales, entregando más mecanismos, como, por ejemplo, presupuestos participativos, diálogos ciudadanos, mesas territoriales, cabildos temáticos, asambleas vecinales, etc. También se crean los Consejos Comunales de Organizaciones de la Sociedad Civil (COSOC), en que sus integrantes son electos por las organizaciones territoriales representativas.

Dado esto, la participación ciudadana se entendería en dos ejes: el acceso a la información y el involucramiento de la ciudadanía en la toma de decisiones en políticas públicas. El primer eje busca disminuir la asimetría de la información entre la ciudadanía y las instituciones públicas y, el segundo, relacionado con la consulta, se refiere a solicitar opinión para las decisiones en políticas públicas, aportando en la mayor eficiencia para la identificación de los problemas y sus posibles soluciones, mejorando así la pertinencia y la eficacia de las políticas públicas.

Ahora bien, a mi entender la participación ciudadana y, en este caso la participación ciudadana en salud, debería ser una herramienta de empoderamiento para la comunidad, entregándole un papel más activo y de mayor responsabilidad en lo referido a la salud de la población. O sea, sería un proceso en que los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades, identificando sus problemas, y aportando a las soluciones que implican obligatoriedad en el cumplimiento.

Pero, ¿es así? ¿Funciona de esa manera la participación ciudadana en salud en nuestro país?

1. En general, existe un desconocimiento de la ley y sus implicancias en las políticas públicas.
2. Los cuatro mecanismos establecidos por la Ley 20.500 no cuentan con un refuerzo institucional que asegure su funcionamiento. Por ejemplo, un órgano encargado de

fiscalizar o sancionar su incumplimiento, lo que termina por dejar en manos de la voluntad de las autoridades políticas realizar o no lo establecido.

3. Si bien existe por ley la obligatoriedad a través de las instituciones públicas del financiamiento para el fortalecimiento de la participación ciudadana, generalmente no existe la voluntad de las autoridades que correspondan para cumplir este objetivo.

4. Finalmente, el carácter no vinculante. Los ciudadanos son receptores, observadores y debiesen poder opinar de todo lo que concierne a su bienestar en salud general y a su accionar en salud en el territorio en particular. Pueden aportar en las decisiones de solución, pero ese aporte nunca tendrá carácter obligatorio o impositivo y siempre dependerá de la voluntad política de los gestores y planificadores de las políticas públicas en salud.

Por lo tanto, creo que existen dos tareas básicas en la “visibilización” del papel de la participación ciudadana, en general, y en salud en particular. Por un lado, la necesidad de disminuir la brecha de desinformación que existe respecto a los “deberes” de la Ley 20.500. Y por otro lado revisar la misma ley para poder plantear la necesidad de incorporar el carácter vinculante a esta Ley. Según un documento de la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes del Minsal, “La participación social debe transitar desde un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios a uno consultivo, que “recoge” y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, para llegar a ofrecer espacios deliberativos e incidir directamente en la toma de decisiones, en materias que afectan directamente a las personas y comunidades”.² Yo agregaría que, para poder incidir en forma real en la toma de decisiones, con ciudadanos participando desde el diseño de las políticas públicas hasta la implementación de éstas, los acuerdos de la sociedad civil deben ser vinculantes, con obligatoriedad para implementar la decisión acordada.

Finalmente, y tratando de visibilizar y asentar el carácter de determinante social en salud de la participación ciudadana, podemos decir que esta es una herramienta de empoderamiento ciudadano que permite a la población ejercer el poder; decidir a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, en las temáticas socio sanitarias que les afectan en sus territorios. Por lo tanto, hay que seguir generando mecanismos e instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, reflexión y análisis de la situación de salud local, para así generar soluciones conjuntas y vinculantes que impacten positivamente en el bienestar de la población, visibilizando así la construcción y las visiones de cada idiosincrasia territorial de lo que entienden o están entendiendo por el bienestar en salud y por el bien vivir en general.

La participación social en salud con su rol relevante en las políticas públicas debería posicionarse como un quehacer básico de un sistema democrático, entregándole el carácter de derecho constitucional, un derecho más a garantizar en el área de la salud.

² MINSAL 2006

CHILE: UN PAÍS DONDE EL DERECHO A LA SALUD PODRÍA DEJAR DE SER BIEN TRANSABLE.

Camilo Bass del Campo

Chile tiene una larga tradición de desarrollo en el tema de acceso a salud. Durante el siglo XIX, el pueblo se organizó en Sociedades de Socorros Mutuos (1), como una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad. Su objetivo primordial era dar solidaria protección ante la enfermedad, la muerte y el desamparo familiar en base a la creación de un sistema de seguridad social fundado sobre el ahorro de sus asociados/as. Luego, en el año 1924 se dictó la Ley de Seguro Obrero Obligatorio (Ley N.º 4.054), por la cual empleadores y obreros/as debían imponer mensualmente a un fondo solidario de enfermedad e invalidez. Esta ley significó la introducción del Estado en la provisión de atención a los/as trabajadores/as. Posteriormente, en 1952 se promulga la Ley 10.383 que establece el Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo público encargado de realizar todas las acciones sanitarias: fomento de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.



Posteriormente, como consecuencia de las políticas impulsadas por la dictadura de Pinochet, se realizaron reformas para un sistema económico de libre mercado contenidas en el texto conocido como El Ladrillo. Estos cambios radicales en el campo de salud, seguridad social y el resto de derechos sociales del Chile de los setentas, serían utilizados como modelo por los organismos multilaterales que sistemáticamente presionan a los países por reformas neoliberales. Se crearon entonces, las instituciones privadas de salud, denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y de Seguridad Social, las Asociaciones de Fondos de Pensiones (AFP), para recibir el aporte de las cotizaciones de las personas con mayores ingresos, promoviendo un incentivo negativo hacia los sistemas públicos. (2)

Estas transformaciones estructurales cambiaron el rol y la importancia del Estado y promovieron el sector privado. El derecho a la salud en Chile comenzó a ser concebido desde la lógica de la “elección” entre un sistema público y privado. Situación consagrada en la Constitución fraudulenta de 1980, y que permitió el florecimiento de un sistema de salud privado basado en el lucro, de la mano de una severa disminución del presupuesto fiscal para el sistema público, pasando de un 3,5% del Producto Interno Bruto (PIB) para salud en el Gobierno de la Unidad Popular, a menos del 1% PIB durante la dictadura.(3) Esta situación no es exclusiva de este sector, sino que al estado neoliberal subsidiario, se agrega el mercado como ente regulador de los derechos sociales, hipotecando la solidaridad y justicia social.

En la actualidad, existen importantes desigualdades en acceso y estado de salud según niveles de ingreso y grupos sociales. Estas desigualdades son reforzadas tanto por el constante debilitamiento del sistema público, y el subsidio constante del fondo público y el Fisco a los proveedores privados con fines de lucro, a través de la Modalidad de Libre Elección (MLE) y de las prestaciones con Garantías Explícitas en Salud (GES).(4) Los efectos positivos de las GES (última reforma de salud en el país) han sido limitados y sus problemas importantes:

exceso de burocracia, generación de discriminación y desvío significativo de recursos públicos hacia el sistema privado. Como consecuencia, existe un sector público crónicamente desfinanciado, perdiendo capacidades y un aseguramiento privado con discriminación y arbitrariedades, sin solidaridad ni eficiencia. Además, un elevado gasto de bolsillo, que representa una proporción muy elevada del gasto total en salud, correspondiendo a lo menos a un 32% del gasto total en salud.(5)

En este contexto, donde durante más de 45 años la sociedad chilena ha caminado por las veredas del neoliberalismo, el día 18 de octubre de 2019, producto del alza en el pasaje de transporte, el pueblo chileno se reveló y dijo basta a la desigualdad y exclusión reinante. Se avanza así, hacia un proceso de rearticulación de las clases subalternas, promoviendo un cambio a los amarres constitucionales del Estado subsidiario, trabajando la capacidad de alianzas que el mundo del trabajo organizado pueda establecer con otros movimientos sociales con diferentes problemáticas, para que se lleven a cabo las transformaciones que requiere un nuevo Chile, con un Sistema Universal o Servicio Nacional de Salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro.

Un aspecto muy importante de la implementación de este sistema es que debiera permitir el diálogo respetuoso de saberes entre la atención de salud alopática y los conocimientos ancestrales y populares. Además, de potenciar la autonomía de los pueblos en la generación de procesos de atención acordes con las dinámicas de las propias localidades, disminuyendo así la dependencia hacia la medicina occidental.

El derecho a la salud debe ser consagrado en la Constitución de manera pública, gratuita y de calidad para todos/as. Concebir la salud como un derecho implica que el Estado garantice a toda la población el mayor grado de bienestar en salud, y que este no se encuentre segregado por capacidad de pago y riesgo de enfermar. La Constitución debe garantizar el derecho universal a la salud, es decir el acceso, la calidad y la protección financiera al conjunto de los habitantes del país, provisto desde el Estado a través de un Servicio Nacional de Salud. Generar un cambio de esta magnitud, obliga al Estado a mejorar y ampliar el sistema público de salud. Sólo en un sistema donde desaparezca la segregación, y que funcione bajo un marco solidario de financiamiento lograremos satisfacer integralmente las necesidades de salud de la población.

Un Sistema Universal de Salud (SUS) o Servicio Nacional de Salud (SNS), basado en atención primaria (AP): caracterizado por un financiamiento por impuestos generales. El sistema es universal, constituyéndose un solo financiamiento nacional que distribuye los riesgos, sin discriminaciones por edad, sexo o enfermedades. Que se acompaña de un sistema público robusto (prestadores privados debieran ser solo complementarios y sin fines de lucro).

Las ventajas de un SNS son muy relevantes: al representar el financiamiento más equitativo posible (en el contexto de un sistema impositivo de tipo progresivo) y, por ende, más justo en sus resultados sanitarios. El financiamiento está más protegido frente a los ciclos económicos y efectos en el mercado del trabajo. Orientado por los principios de universalidad, integralidad y equidad, asegura el logro de mejorar la salud para todos/as, con comprensión de un concepto integral de salud-enfermedad-atención-cuidados, dando más

factibilidad al fin de la mercantilización de la salud y fin del lucro a partir de recursos públicos. (6)

Otra mejoría de un SNS, es que la planificación se debiera efectuar de manera más simple y sin influencias del mercado. Un ejemplo sería la posibilidad de disminuir las grandes brechas de recursos humanos, sobre todo de profesionales médicos. De acuerdo al Departamento de Estudios, Planificación y Control de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, faltarían 4.900 médicos/as especialistas. En el caso de la atención primaria, el déficit promedio de 4.500 jornadas médicas de 44 hrs. (7), lo que sería factible de implementar con la cantidad actual de profesionales que hay en el país, siguiendo las orientaciones de modelos con atención primaria fuerte, donde un mínimo de 40% de los/as médicos/as del país se desempeñan en el primer nivel de atención. (6).

La AP debe ser el pilar primordial del sistema de salud. En este sentido es fundamental mejorar su financiamiento, ya que hoy existe escasez de personal, de capacidad diagnóstica y terapéutica, entre otros aspectos relacionados con su labor, debido a la falta de presupuesto. De esta forma, debe duplicarse el valor per cápita actual, siendo importante también mejorar la redistribución de recursos desde las comunas ricas hacia las más vulnerables. La gestión de los recursos no puede estar supeditada al criterio de la administración de un/a alcalde/sa en particular o de corporaciones municipales. Es necesario que funcionarios/as y comunidad tengan injerencia en la toma de decisiones con respecto al presupuesto y de esta forma evitar que los recursos de salud se mal utilicen o se desvíen hacia otros gastos. Además, se deben reevaluar las actividades de la AP, reformulando la canasta básica, adecuándola a lo que realmente debiera hacerse, es decir, incorporar acciones de prevención y promoción de salud, así como mejoras a la capacidad resolutoria (apoyo diagnóstico y del arsenal farmacológico).

Un aspecto muy importante de la implementación de un nuevo SNS, se relaciona con la necesidad de participación y democratización, siendo imprescindible avanzar hacia la “triestamentalidad”³ en la toma de decisiones del conjunto del sistema de salud. Además, permitir el diálogo respetuoso de saberes entre la atención de salud alopática y los conocimientos ancestrales y populares, tendiendo a producir sinergia entre éstos. Así como potenciar la autonomía de los pueblos en la generación de procesos de atención acordes con las dinámicas de las propias localidades, disminuyendo así la dependencia hacia la medicina occidental.

Nos encontramos en un momento decisivo para que se lleven a cabo las transformaciones que requiere un nuevo modelo de sociedad, que contenga un Servicio Nacional de Salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro. Y de una vez por todas, los derechos universales, incluyendo a la salud, derroten al neoliberalismo que nació en Chile.

³ Se plantea la triestamentalidad como un proceso que incluye e involucra la reflexión y toma de decisiones por parte de los distintos actores relacionados con el proceso de salud-enfermedad-atención (gestores, trabajadores y comunidad). Con el objetivo de dotar de transparencia y potenciar la interacción con la ciudadanía, por medio de relaciones horizontales, posibilitando la construcción de tejido social en salud.

Referencias:

1. Illanes, MA. (2003). La revolución solidaria. Las Sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros: un proyecto popular democrático, 1840-1887. 22 de julio de 2019, de POLIS, Revista Latinoamericana Sitio web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500514>> ISSN 0717-6554
2. Tetelboin, C. (2009). Evaluación de las reformas a la salud y a la seguridad social en América Latina. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. 30 de julio de 2019, de Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. Sitio web: <http://cdsa.aacademica.org/000-062/1495.pdf>
3. Araya, E. (2006). La salud en dictadura: Privatización insalubre. La Crisis hospitalaria y el negocio de las isapres durante la dictadura. 30 de julio de 2019, de Centro de Estudios Miguel Enríquez (CEME) Sitio web: http://www.archivochile.com/Dictadura_militar/muertepin8/muertepin8_0143.pdf
4. Debrott, D. (2018). Sistema de salud chileno: Funcionamiento, problemáticas y propuestas de reforma. . En Chile del Siglo XXI: Propuestas desde la Economía (261-296). Santiago de Chile: Ediciones Böll y Estudios Nueva Economía.
5. Benítez A, Hernando A, Velasco C. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Análisis del cambio en el gasto entre 2012 y 2016. Puntos de Referencia MR, Edición Digital. N° 491, Centro de Estudios Públicos. octubre 2018.
6. Bass, C. Parada, M. (2020). CHILE: Por qué no es lo mismo un Servicio Nacional de Salud que el Seguro Único. Declaración del Grupo de Trabajo CLACSO Salud Internacional y soberanía sanitaria. Red de Sistemas y Políticas de Salud de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES Chile). Recuperado el 25 de enero de 2020, de: <https://www.clacso.org/declaracion-del-grupo-de-trabajo-clacso-salud-internacional-y-soberania-sanitaria/>
7. Bass, C. Guerrero, I. Villacís, F. Ulloa, O. Kremser, I. (2013) Política Integral para el Recurso Médico de la Atención Primaria de Chile. Cuad Méd Soc (Chile), 53(2): 105-116.

EL TRABAJO DE CUIDADO, LA SOSTENIBILIDAD DE LA VIDA Y LA ECONOMÍA

María Isabel Matamala Vivaldi

La pandemia y la centralidad del cuidado

El Covid-19 cambió la lógica de habitar el mundo y en consecuencia, la salud y la vida de las personas confinadas, en especial de las mujeres. Estas se han visto en extremo impactadas por la sobreexigencia de cumplimiento de roles de género históricos, tensados hasta límites



hace un año inimaginables.

La peste del siglo XXI instaló una especial necesidad de cuidado de quienes viven bajo un mismo techo o que conforman el entorno comunitario. La división sexual del trabajo, base de la desigualdad de género en materia de economía se ha mostrado implacable, determinando exigencias que han expoliado la salud

física, mental y social de las mujeres.

El virus condujo a los Estados a decretar biopolíticas que concentraron puertas adentro de los hogares todos los trabajos cotidianos, tanto aquellos habituales no remunerados e invisibles, como también los trabajos remunerados situados usualmente en el espacio público, pero susceptibles de ser realizados material o telemáticamente en el espacio doméstico. Todos los ambientes que las personas transitaban con interlocuciones diversas durante la jornada diaria antes de la pandemia se redujeron a un único espacio, el hogar, transformando la forma de vivir y percibir la realidad. Las fronteras se situaron en las puertas de los hogares. De lo sucedido al interior de los mismos, si bien los datos son aún insuficientes, en su mayoría informan una vuelta atrás en materia del uso de los días y las horas de las mujeres.

En la nueva realidad, aumentó levemente la participación de hombres en la realización de trabajos domésticos, no obstante, la mayor parte del incremento de éstos y del trabajo de cuidado de los otros, otras y otras, sobrecargó los hombros de las mujeres. Más aún los de aquellas que previamente contaban con el apoyo de sus madres o abuelas que, en el marco de la pandemia, no pudieron continuar haciéndolo: era necesario ampliar las distancias para proteger sus propias vidas. Así, la gran mayoría de las mujeres quedaron atrapadas en los roles impuestos por el patriarcado siglos atrás.

Aun cuando difieren las condiciones de existencia en los países, estudios parciales en la región informan que el aumento del trabajo doméstico y de cuidado en los hogares fue mayor de 3 horas diarias. En Colombia, un 80% de mujeres encuestadas manifestaron que habían aumentado sus horas de trabajo de cuidado no remunerado; porcentaje que incluye una notable proporción de mujeres de sectores medios y altos que debieron prescindir de las trabajadoras domésticas (Mara Viveros, Univ. Nac. Colombia, sept.2020). El incremento que

se ha hecho evidente en la región y en nuestro país, puede explicarse debido a los nuevos trabajos que implican las rutinas de desinfección, a la carencia de agua potable necesaria en pandemia que obliga a depender de camiones aljibe en vastas zonas, a la tensa improvisación de capacidades sanitarias y pedagógicas en ambientes hacinados y sin recursos, entre diversos otros. Si estas tres horas excedentes se suman a la cifra que antes de la pandemia entregara ONU Mujeres respecto del trabajo doméstico y de cuidado (7 horas diarias) y además, si se considera que casi el 30% de estas mujeres que cuidan en nuestro país participan también en el mercado laboral mediante trabajos informales (CNN Chile 3/3 2020), queda en evidencia lo descomunal de la carga de trabajo que deben soportar en la actualidad. Especial preocupación merecen las mujeres que se desempeñan en la primera línea de los cuidados, ya sea en los hogares, en las comunidades (ollas comunes), o en los sistemas de salud. En éstos, más del 70% de quienes conforman su fuerza de trabajo son mujeres, en su mayoría con acceso limitado a elementos de protección personal (EPP). Al volver a sus viviendas, todas prosiguen con la jornada del cuidado que, en conjunto con la remunerada, configuran lo que la española María Angeles Durán⁴ denominó “la jornada interminable”. Las anónimas empleadas de la limpieza en los hospitales están expuestas, sin descanso e invisibles, tanto en su trabajo remunerado -jamás son entrevistadas en los noticieros -, como en el de cuidado no remunerado en sus hogares.

Podemos afirmar entonces que, en este tiempo inédito, la familia nuclear ha profundizado su carácter patriarcal, forzando un retroceso en los avances logrados por las mujeres en los dos últimos siglos. La división sexual del trabajo ha puesto en mayor riesgo la vida y la salud de las mujeres – en especial las más pobres y racializadas - llevando a límites extremos la carga de trabajo diaria que deben asumir. Situación que se ve agravada por el aumento de la violencia física y sexual en los hogares, como resultado del encierro junto a convivientes u otros familiares maltratadores y violadores a que se ven obligadas las mujeres y niñas por las biopolíticas estatales de enfrentamiento a la pandemia.

Acerca de lo imprescindible del cuidado, de su apropiación instrumental por el patriarcado capitalista neoliberal, y de la responsabilidad de los Estados

Sabemos que el trabajo determina un modo de vivir en sociedad, que la valoración y visibilidad del trabajo que realizamos nos sitúa en espacios de poder hegemónicos o subalternos, y que esa forma de estar en el mundo construye subjetividades con base en el dominio o en la subordinación. También sabemos que todas las personas sin excepción son interdependientes a lo largo de todo su ciclo vital, lo que supone necesidad de cuidados de diversa índole como son la disponibilidad de alimentación, aseo, abrigo y vestuario, de promoción de salud y atención en la enfermedad, de trámites que permitan gozar de servicios indispensables, o cuidados del entorno que aseguren una vida digna. Para tener certeza de subsistir desde el nacimiento, todas las personas requerimos de estos múltiples y diversos cuidados.

⁴ Socióloga española, Premio Nacional de Ciencias de España, y autora de libros tales como “La jornada interminable”, “De puertas adentro” “Los costes invisibles de la enfermedad” “La ciudad compartida”

Se garantiza así la sostenibilidad de nuestras vidas y además, paradójicamente, se satisface la necesidad del patriarcado capitalista de contar con cuerpos humanos dispuestos para producir bienes y riquezas a bajo costo en el mercado laboral; personas que a la vez consumen mercancías y se endeudan, a veces para simplemente subsistir.

En el patriarcado capitalista neoliberal y neocolonial, la mirada de la economía sólo se enfoca en el mercado, dejando al margen de su interés el cuidado de las personas y de la naturaleza, aun cuando este trabajo, hasta ahora no remunerado, constituye el cimiento económico del sistema aportando estructuralmente pero en forma inadvertida, a la acumulación capitalista.

La familia nuclear y la instalación de las mujeres puertas adentro, enajenadas del mundo público y asignadas a las “labores” de reproducción biológica y sociocultural según lo dispuesto por la modernidad, han sido históricamente naturalizadas desde el derecho, la literatura, la filosofía, las religiones, e incluso en momentos, las ciencias. Un filósofo español en 1926 aseguraba: “al instinto de la maternidad y cuidado directo de la prole, innato en la hembra normal, se opone el instinto de la acción social en el varón fisiológico”. Se fue consolidando así la certeza esencialista de predisposición biológica de las mujeres a vivir sólo el espacio que se denominó de “vida privada”. Ocultando tras esta normalización, que los trabajos de cuidado psicológico, emocional, material y social desempeñados por las mujeres insumían la totalidad de su tiempo, esto es, de la vida que transcurre a través de sus días. El regalo de su tiempo/vida, idealizado en la compulsiva frase “por amor”, ha permitido liberar el tiempo de los otros, los designados como protagonistas del mundo público. Normalizando que el trabajo masculino requiere una libertad de tiempos y acciones no compatibles con el cuidado de otras personas. Tal regalo de vida de las mujeres, constituye en pilar del sistema de acumulación máxima de capital. (Cristina Carrasco⁵, oct. 2020, COLMED).

El extractivismo sin límites que caracteriza la codicia neoliberal está de esta forma depredando no sólo la naturaleza, sino también los tiempos de las mujeres hasta los límites de exigencia de sus cuerpos, en especial si éstos son pobres, de migrantes, de pueblos originarios, o cuando pertenecen al 40% de mujeres que han ingresado al mercado laboral. El impacto del trabajo de cuidado no remunerado en la situación actual, aumenta los riesgos y la vulnerabilidad de esos cuerpos, precarizando su salud y sus vidas. La denominada crisis de los cuidados no es más que el resultado de la vocación necrófila del patriarcado capitalista neoliberal que, al exprimir cada vez más los tiempos de las mujeres, destruye la posibilidad de su propia reproducción.

El Estado, formal garante de derechos, al ser degradado a subsidiario abrió las puertas a la codicia de los sectores hegemónicos nacionales y transnacionales. La voracidad por acumular capital se instaló por sobre los derechos a la vida y la salud de quienes constituyen su alteridad: los cuerpos humanos subordinados, oprimidos, los cuerpos que no importan, que son prescindibles, y que incluyen a las mujeres que aseguran a diario la sostenibilidad de la

⁵ Economista, Profesora jubilada de la Universidad de Barcelona, habitante actual de Chiloé. Ha abierto caminos a la economía feminista y publicado orientadores libros: “El trabajo doméstico y la reproducción”, “Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales” “Mujeres, trabajos y políticas sociales”, “La imaginación feminista. Debates y transformaciones disciplinares”

vida y la reposición de la fuerza de trabajo del sistema. Y la Constitución permite que el Estado chileno permanezca ciego, ausente.

Aspectos de suma importancia a considerar en la Nueva Constitución.

En el encabezamiento que instalará los principios que regirán nuestra convivencia en la nueva Constitución, siguiendo a C. Carrasco, debiera estar como eje ordenador el **principio de sostenibilidad de la vida**, dejando atrás la avara prioridad de acumulación de capital. Este tránsito asegurará el cambio de paradigma y horadará las bases del patriarcado. Toda la sociedad se hará cargo del cuidado de las personas, es decir de sus vidas, compartiendo el *küime mogen* mapuche, cuya propuesta política de salud tiene como principio básico “la centralidad del cuidado de la vida y de las vidas que ayudan a las vidas” (Andrés Cuyul, sept. 2020, ESP Univ. de Chile). El principio de sostenibilidad de la vida envuelve los dos pilares a considerar en la Constitución: **naturaleza y trabajo de cuidado**, que asumen nuestras **ecodependencia e interdependencia**. Se transformará el foco del debate de la economía mundial, pasando desde la legitimidad del lucro y la riqueza sin límites hacia la sustentabilidad de la vida y el equilibrio con la naturaleza. La célula fundamental de la sociedad que lo llevará a cabo será **la comunidad** y el Estado recuperará su rol de garante de derechos, entre los cuales será primordial el **Derecho a ser ciudadxs**.

EL DERECHO A LA SALUD EN LA NUEVA CONSTITUCIÓN.

Matías Goyenechea H.

Precandidato a la Convención Constitucional (Convergencia Social), por las comunas de Maipú, Pudahuel, Cerrillos, Estación Central, Quilicura, Colina, Lampa y Tiltil.

La Constitución del 80 entrega una protección a las políticas neoliberales en distintas esferas, en salud. Bajo la fórmula de “libertad de elección”, se garantiza la acumulación de capital por parte de privados con cargo a los recursos de la seguridad social y es el único contenido sobre el derecho a la salud que es sujeto de protección mediante recursos judiciales. Bajo esta claridad, es que debemos dar la discusión sobre acordar objetivos mínimos para el proceso constituyente, así como permitirnos soñar con la salud que queremos levantar en nuestro país.



Constitución del 80 y la salud

La Constitución del 80, tiene innumerables problemas, que han sido ampliamente discutidos, no obstante, en términos generales, se podría decir que cristaliza el proyecto político de la dictadura, el cual es altamente desconfiado de la agencia política del pueblo, por lo que busca mediante “trampas”, la anulación de la participación política del pueblo. Esto fue efectuado mediante diversos mecanismos, como los altos quórum que entregan poder de veto a los defensores del modelo neoliberal, los senadores designados, las leyes orgánicas, un sistema electoral binominal, así como un tutelaje de poderes facticos. El sistema político forjado por esta constitución, altamente rígido, no fue capaz de procesar la exigencia de cambios y participación de un pueblo que ha sido moldeado por la neo liberalización, que dio paso a un modelo de sociedad que reduce los derechos, al consumo o los privatiza, generando una destrucción de los bienes públicos para convertirlos en mercancías, cuyo acceso es de responsabilidad individual y sujeto a la capacidad de pago de cada persona. Todo lo anterior decantó en un hermoso y necesario estallido social durante el año pasado, cuando los chilenos dijimos “ya no más”.

El contenido de salud en la Constitución del 80 tiene varios problemas, un primer elemento es que el contenido relativo a la asistencia sanitaria, está restringido al acceso y se limita a un contenido curativo-asistencial, dejando afuera una mirada centrada en la protección de la salud en los llamados determinantes sociales, como, por ejemplo, trabajo, vivienda, alimentación, tiempo de ocio, deporte, entre muchos otros aspectos. Un segundo problema es que el único contenido que es exigible en tribunales guarda relación con la “libertad de elección” entre un sistema público y otro privado. Lo anterior implica un blindaje al negocio privado, que se expresa en las Isapres, las que hacen usufructo de las cotizaciones de la seguridad social. Es este factor, lo que ha permitido, fundar y expandir un mercado de la asistencia sanitaria en Chile, donde pasamos de un mercado escasamente desarrollado (la vieja consulta médica), a un robusto mercado, altamente concentrado e integrado verticalmente, con actores nacionales y multinacionales.

La Salud que soñamos

En la actualidad tenemos una salud que es fragmentada, segmentada y profundamente desigual. Nuestro marco constitucional vigente, bloquea la posibilidad de avanzar en una mayor integralidad y solidaridad, lo cual se ha expresado en la tramitación de la reforma AUGE, cuando tuvo que ser desechado el “fondo solidario”, bajo la amenaza de llevar el proyecto al Tribunal Constitucional, dado que esto significaba, romper con la libertad de elección y la propiedad individual de la cotización obligatoria de salud. Posteriormente con el fallo del Tribunal Constitucional, en donde se declaró que las Isapres no pueden discriminar por sexo o edad, dado que utilizan fondos de la seguridad social las Isapres deben acatar los principios de ésta. Lo anterior abre la necesidad de efectuar una reforma estructural, lo cual no ha sido posible en los últimos 10 años.

Esto implica que, en la discusión constitucional, debemos avanzar en construir un consenso de todas las fuerzas que pugnan por construir una salud digna e integral, para lograr dismantlar el actual veto que cuenta el mercado. Esto implica que no podemos permitir que se incluya frases como “Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado” o formulaciones similares.

Teniendo lo anterior como una base común, es que se puede avanzar en aspectos que busquen consagrar un sistema de protección al derecho a la salud, considerando el derecho al cuidado sanitario, es decir promoción, prevención, curación y rehabilitación. En condiciones que se de garantía de su acceso, disponibilidad, protección financiera, aceptabilidad y calidad. A través de un Sistema Público Universal de salud. Así como garantizar la no existencia de discriminaciones de ninguna índole, garantizar explícitamente los derechos de niños, niñas, adolescentes y adultos mayores. Considerar la obligatoriedad de la entrega de servicios de salud que sean pertinentes culturalmente considerando la plurinacionalidad que existe en Chile.

Una segunda dimensión es el derecho a un entorno saludable. Para garantizar salud a la población debemos avanzar a un enfoque, de salud en todas las políticas, Lo que da cuenta de que los resultados de salud dependen de las condiciones del trabajo, medio ambiente, acceso al agua, alimentación saludable, vivienda entre otros. Lo anterior implica que el Estado deba tener una obligación de propender a romper la inequidad en los resultados de salud.

Un tercer pilar, debe ser la participación democrática de la población en el sistema de salud y los entornos saludables, lo cual buscará velar por dar garantía de un derecho a la salud que ponga en el centro el bienestar colectivo por sobre el enriquecimiento individual.