

**TALLER SOBRE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN LA IMPLEMENTACIÓN
DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES
EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

(Santiago de Chile, 2-4 de abril de 2007)

El modelo de garantías explícitas en las políticas públicas chilenas

Marcelo Drago

(Consultor CEPAL/BID)

EL MODELO DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS CHILENAS*

Marcelo Drago**

Este informe revisa la reforma al sistema de salud chilena desde la perspectiva de los derechos humanos. Primero examina los principales elementos que informan las políticas públicas desde una perspectiva de derechos, junto a las normas internacionales y nacionales que regulan el derecho a la salud. Seguidamente, sitúa el estado de la salud en Chile a través de los principales indicadores sanitarios del país a la fecha de discusión de la reforma.

Desde los años ochenta, el sistema de salud se caracteriza por una dualidad público-privada, de escasa interacción y altos niveles de discriminación, inequidad y segmentación. Para iniciar el proceso, el primer paso fue establecer objetivos sanitarios para la década, base de la reforma. Luego se promovieron los principales elementos de la reforma al sistema de salud, que se abordan en el estudio, con especial énfasis en las Garantías Explícitas (GE) y las modificaciones a la institucionalidad, seguido por un análisis de su discusión y la interesante estrategia política que se empleó para su aprobación.

Posteriormente, el análisis se divide en dos partes: una responde a la pregunta sobre la contribución de la reforma a la realización del derecho a la salud, y la otra, a la interrogante de si la reforma es una política enfocada desde una perspectiva de derechos. Si bien las políticas enfocadas en derechos tienen su fundamento en las obligaciones de los Estados con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH), es posible hacer un análisis desde dos aspectos diferentes. Uno que mide el grado de cumplimiento de las obligaciones del Estado con los instrumentos internacionales y la realización del derecho gracias a la nueva política, y otro distinto que evalúa en qué medida la política se encuentra diseñada desde una perspectiva de derechos. Ambas miradas presentan elementos comunes que pueden superponerse; sin embargo, es conveniente hacer la distinción con el fin de abarcar una mayor gama de elementos útiles para la discusión.

A la primera interrogante se responde que la reforma cumple la obligación de realizar el derecho a la salud y avanza con mayor o menor decisión en distintas obligaciones internacionales. De la segunda, surge que es posible establecer un mecanismo de priorización sanitaria (o en general de priorización pública) mediante el reconocimiento de derechos.

* Extracto preparado como síntesis del documento “La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos” (LC/L.2359-P), Serie de Políticas Sociales No. 121, para ser presentado en el Taller sobre garantías explícitas en la implementación de los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina y el Caribe, Santiago, 2-4 de abril de 2007.

** El autor es consultor de la Unidad de Derechos Humanos de la División de Desarrollo Social de la CEPAL.

Finalmente, se discuten algunas de las lecciones obtenidas a partir de los antecedentes estudiados, incluyendo el valor intrínseco del enfoque de derechos, las garantías explícitas y las políticas centradas en las personas, para terminar con algunas recomendaciones para la elaboración de políticas inspiradas bajo los principios de garantías explícitas.

Al mismo tiempo, la reforma establece una política enfocada desde una perspectiva de derechos. Instauro un mecanismo de priorización sanitaria mediante el reconocimiento de derechos. Pone a las personas en el centro de las políticas, las empodera, establece una rendición de cuentas que toma la forma de exigibilidad legal, promueve el cumplimiento universal del derecho de un modo específico y mejora la equidad, aunque no termina con la inequidad derivada de la dualidad del sistema. Beneficia a los pobres, porque los que más se benefician del reconocimiento de un derecho son quienes se les ha negado con mayor severidad; la lógica de derechos mejora la no discriminación en el sistema privado, aunque la reforma se diseñó e implementó con una insuficiente participación ciudadana. Esta lógica se establece ‘desde abajo hacia arriba’, implantándose según los recursos disponibles mediante un mecanismo de priorización.

La lógica y el lenguaje de derechos en las GE tienen un valor intrínseco. Las personas no se benefician por una concesión de la autoridad, sino que son titulares de derechos de los que se derivan obligaciones para otros. En el caso estudiado, esto se logra de un modo compatible con una estrategia de prioridades públicas, en un marco de restricción de recursos. También, el empoderamiento que otorga el sistema, permite un mejor manejo de los grupos de presión y captura, fortaleciendo la posición política de los beneficiarios, y el hecho de centrar la política en las personas, puede constituir un eficiente sistema de orientación estratégica de recursos financieros, humanos y físicos. Al mismo tiempo, las GE abren la posibilidad de modificar la modalidad de provisión de seguros privados, no ofreciendo planes de salud sino paquetes de solución integral en salud. El uso del instrumento legal otorga también un nivel superior de legitimidad y estabilidad política, no sujeto a la discrecionalidad de la autoridad de turno.

El sistema de garantías explícitas (GE) puede utilizarse en otros ámbitos, como mecanismo de priorización mediante el reconocimiento de derechos. Se prioriza un conjunto de prestaciones dando garantía de acceso, calidad, oportunidad y asequibilidad, buscando establecer una línea de equidad en las prestaciones, particularmente en áreas donde existe inseguridad, discriminación o asimetrías de información. Deben establecerse en forma universal, priorizada o gradual, fundarse en la equidad y establecerse plena exigibilidad. La reforma a la salud chilena es un ejemplo de que es posible enfocar las políticas públicas desde la perspectiva de derechos de un modo viable, desde la cual construir desarrollo con equidad.

I. TEORÍA Y CONTEXTO

A. *ELEMENTOS DE UNA POLÍTICA ENFOCADA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS*

“Los abogados no debieran ser la única voz en materia de derechos humanos, pero del mismo modo, los economistas no debieran ser la única voz en materia de desarrollo. El desafío actual es demostrar cómo los activos representados por los principios del derecho internacional de los derechos humanos, una forma de bienes públicos internacionales, pueden ser de valor a la hora de perseguir el objetivo superior del desarrollo, la erradicación de la pobreza” (BM, 2001).

1) Las personas en el centro de las políticas

El Derecho Internacional de los DDHH (DIDH) establece un conjunto de obligaciones que los Estados deben cumplir para hacer efectivo el ejercicio y goce de todos los derechos humanos. A partir de estas obligaciones, no sólo se comprometen a respetarlos y protegerlos, sino que también a adoptar y aplicar todo tipo de medidas que conduzcan a la realización de tales derechos.

Estas medidas, desde una visión integral de los derechos humanos, no se reducen a acciones aisladas y coyunturales. Por el contrario, deben tener continuidad, responder a una estrategia global que involucre a todos los órganos del Estado y contemplar la evaluación de sus avances.

La finalidad es incorporar un enfoque de derechos humanos en la actuación estatal, por el cual las políticas públicas deben convertirse en medios idóneos para la realización de los derechos humanos. Lo que se busca, es reafirmar siempre que el fin último de toda política pública o decisión estatal es el ser humano.

De este modo, la esencia de una política enfocada desde la perspectiva de los derechos humanos sitúa a las personas y al reconocimiento de sus derechos en el centro del diseño de las políticas públicas. Se trata de que la estrategia de desarrollo de los países y las políticas sociales que se implementen para superar la pobreza y promover la equidad, se basen explícitamente en las normas y valores instituidos por el derecho internacional de los derechos humanos (OACDH, 2004).

Esto implica cambiar la óptica habitual de los procesos de elaboración de las políticas. Su punto de partida ya no son personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derecho a demandar de otros, determinadas prestaciones y conductas (Abramovich, 2004). Así, la relación del Estado con el receptor de las políticas se transforma, quien figura como receptor ya no es sólo un agente pasivo, mero beneficiario de una decisión discrecional, producto del clientelismo o favorecido por la focalización. Las políticas pasan a reconocer a las personas como titulares de derechos y establecen al Estado como el principal agente obligado a respetar, proteger, promover y garantizar esos derechos.

2) El concepto de pobreza

Desde la perspectiva de derechos, la pobreza constituye una denegación o falta de cumplimiento de los derechos humanos (OACDH, 2004). Esta concepción se relaciona con el enfoque de capacidad desarrollado por Amartya Sen y estas capacidades se enlazan con los derechos. La mayoría de los derechos humanos se relacionan con libertades fundamentales, como las de evitar el hambre, la enfermedad prevenible y el analfabetismo. El enfoque de capacidad define a la pobreza como la falta o insuficiente realización de estas libertades y la evaluación de las disposiciones sociales debe realizarse en torno a su facultad para promover libertades humanas (OACDH, 2004). De este modo, la superación de la pobreza debe mirarse como la realización de aquellos derechos que son fundamentales para erradicarla.¹

¹ A su vez, la pertinencia de estos derechos en las estrategias de desarrollo y de superación de la pobreza se distinguen en constitutiva (si corresponden a capacidades consideradas básicas y su falta se debe a una insuficiente disposición de recursos, como el derecho a la alimentación o a la salud), instrumental (previenen los procesos sociales que producen pobreza, o facilitan los procesos indispensables de consulta

3) Empoderamiento

El principal efecto de un enfoque de derechos humanos es el empoderamiento de las personas (OACDH, 2004). El reconocimiento de derechos faculta a individuos y comunidades, al otorgar derechos que imponen obligaciones jurídicas a otros. El hecho de incorporar la noción de derechos permite invertir una relación que se basaba en el poder de la autoridad ejecutiva frente a la necesidad pasiva del beneficiario, para transformar a ese beneficiario en un sujeto activo titular de derechos y a la autoridad en un ente obligado a garantizarlos.

Así, este empoderamiento se produce en primera instancia por la introducción misma del concepto de derechos explícitamente (OHCHR, 2002). Bajo este concepto, el fundamento de las políticas sociales y de reducción de la pobreza deja de hallarse en el mero hecho de que los pobres tienen necesidades, sino que se cimienta en la constatación de que los pobres son titulares de derechos de los que se derivan correlativas obligaciones jurídicas para otros (OACDH, 2004).

Son titulares de estos derechos en virtud de la dignidad y valor de la persona humana, expresados en un DIDH que ha adquirido fuerza obligatoria e incluso jurisdicción en el ámbito internacional, y gracias a la vigencia de un Estado de Derecho en el país donde residen. El reconocimiento expreso y explícito de los derechos inmanentes de las personas, como obligaciones legales exigibles, las empoderan frente al Estado.

4) Reconocimiento explícito del marco normativo de los derechos humanos

El DIDH se basa en valores morales universalmente reconocidos que adquieren fuerza normativa por medio de obligaciones legales establecidas por los tratados internacionales sobre derechos fundamentales. Estas obligaciones permiten a los titulares de derechos demandar de otros, ciertas conductas y determinadas prestaciones.

De forma implícita o explícita las políticas e instituciones se encuentran inspiradas en normas y valores relacionados a los derechos humanos. Las políticas públicas enfocadas en los derechos humanos deben hacer explícita esta vinculación, sustentando su formulación en el marco normativo de carácter imperativo que ofrece el DIDH.

5) Tipos de obligaciones

Del DIDH emanan obligaciones de distinto carácter. La naturaleza básica de estas obligaciones es de cuatro tipos:

- *De respetar*: El Estado no debe interferir, ni obstaculizar o impedir, directa o indirectamente, el libre ejercicio de los derechos. Debe abstenerse de realizar o tolerar cualquier acto de un agente suyo que constituya una violación del derecho.
- *De proteger*: El Estado debe impedir que terceros interfieran, obstaculicen o impidan el libre goce o ejercicio de los derechos.
- *De promover*: Deber de facilitar y promover los medios y condiciones para que los titulares de derechos puedan hacer efectivo su goce y ejercicio.

y evaluación, como algunos derechos civiles y políticos) y restrictiva (limitan los tipos de actuaciones permisibles, como la prohibición de esterilización forzada).

- *De garantizar:* Asegurar que el titular tenga acceso al goce y ejercicio del derecho cuando no pueda asegurárselos por si mismo. Las obligaciones de promover y garantizar se agrupan en cumplir.

Estas obligaciones de respetar, proteger, promover, y garantizar implican etapas distintas de realización de los derechos. Las obligaciones de respetar y proteger son inmediatas para el Estado, mientras las de promover y garantizar implica una obtención progresiva mediante el establecimiento de prioridades públicas.

Una política enfocada en los derechos humanos debe estar informada por los principios orientadores o ejes articuladores de estos derechos. Las obligaciones que nacen deben ser cumplidas bajo estos ejes principales, donde los más relevantes para el diseño de las políticas sociales son los de rendición de cuentas, no discriminación e igualdad, participación, y realización progresiva.

6) Rendición de cuentas

Los derechos y obligaciones exigen rendición de cuentas y responsabilidad. Sin un sistema de rendición de cuentas pasan a ser declaraciones retóricas sin contenido (OACDH, 2004), quienes son titulares de deberes deben ser tenidos como responsables de sus conductas con respecto al DIDH. Los derechos confieren atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas de parte de otros, con los consiguientes mecanismos de tutela, garantía o responsabilidad (Abramovich, 2004). Los mecanismos de rendición de cuentas pueden ser judiciales, cuasi judiciales, administrativos o políticos, considerando cada jurisdicción habitualmente una combinación de los mismos.

La condición para que los mecanismos de rendición de cuentas sirvan a los propósitos de una política enfocada en derechos es que sean accesibles, transparentes y eficaces.

7) No discriminación e igualdad

Estos principios gemelos son parte fundamental del DIDH. Las políticas no pueden establecerse en términos arbitrariamente discriminatorios. Pero también se debe prestar especial preocupación por aquellos individuos o grupos vulnerables, marginados, desaventajados o socialmente excluidos, prestando atención más a los efectos que a las intenciones de la política (OACDH, 2004). Se vincula al principio de inclusión de las políticas de desarrollo, y a la hora de evaluar los impactos globales de las políticas públicas, estos principios se expresan en la equidad.

8) Participación

Internacionalmente el marco normativo de los derechos humanos incluye el derecho a participar en la conducción de los asuntos públicos. Ésta va más allá de los procesos democráticos de elección de autoridades y requiere la participación activa, documentada y efectiva de los receptores de la política en las distintas etapas de su desarrollo. Estas etapas incluyen las de revelación de preferencias, elección de la política, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas.

No se trata necesariamente de tomar parte en las deliberaciones técnicas que subyacen en la formulación de la política, sino de que los receptores de la política y especialmente los más pobres, participen de la selección de prioridades y metas que guían esas deliberaciones (OHCHR, 2002).

La participación efectiva se vincula al empoderamiento, pero no lo agota.

9) Realización progresiva

El enfoque de derechos, si bien establece obligaciones específicas en materia social, no impone demandas más allá de lo razonable, en los que todos los derechos humanos deban realizarse en forma inmediata y simultánea (OHCHR, 2002). Se permite una realización progresiva o gradual a través el tiempo, y el establecimiento de prioridades entre los derechos, en el contexto de que no todos pueden asegurarse con igual vigor en un momento dado.

Esta gradualidad establece un marco temporal, es decir, se reconoce que la plena realización de los derechos puede y debe producirse en un período de tiempo. Esta dimensión temporal y el establecimiento de prioridades deben realizarse bajo ciertas condiciones.

Primero, con los recursos existentes, se debe dar inmediato cumplimiento a sus obligaciones de respetar. En las obligaciones de proteger y cumplir, que se vinculan a la disposición de recursos, se deben tomar de inmediato todas las medidas para la mejor utilización de los recursos disponibles. Segundo, en la medida que hay dependencia en la expansión gradual de los recursos, se deben elaborar los planes de acción para la realización de los derechos y fijar los plazos para su implementación. Tercero, estos planes deben contar con metas intermedias, para medir su avance. Cuarto, se deben establecer indicadores o puntos de referencia, nacionales, desglosados, del cumplimiento de las metas.

En cuanto a la determinación de prioridades, ésta debe ser participativa. No puede plantearse un particular derecho humano como un valor intrínseco superior a otro, pero sí dar prioridad a uno por razones prácticas, estratégicas. Pero al asignar mayores recursos a la realización de un derecho, se debe procurar no deteriorar el resto de los derechos y mantener al menos, su actual nivel de realización; es decir, dar cumplimiento al principio de *no regresión*.

Del mismo modo, se deben garantizar de inmediato, determinados niveles mínimos de disfrute de derechos humanos, como el acceso a la alimentación adecuada y a la salud, no padecer de hambre.

De este modo, el enfoque de derechos implica poner a las personas en el centro del diseño de las políticas, involucra reconocer explícitamente sus derechos provocando su empoderamiento, determina obligaciones inmediatas y compromete a una decidida realización progresiva y gradual, bajo los parámetros de rendición de cuentas, no discriminación e igualdad y participación.

B. EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS Y LAS POLÍTICAS

Los Estados, al suscribir los instrumentos internacionales sobre derechos humanos, se hacen responsables de su realización. Para ello cuentan con una gama de políticas alternativas desde las cuales intentan avanzar en la realización de los derechos. Es posible que ellas efectivamente logren mejorar los indicadores esenciales, de por ejemplo, salud o educación. Pero no todas las políticas, por el hecho de mejorar esos indicadores, serán políticas enfocadas desde la perspectiva de los derechos.

Las políticas públicas enfocadas desde una perspectiva de los derechos humanos deben, por cierto, estar dirigidas al cumplimiento de las obligaciones en materia de derechos humanos, pero a la vez estar investidas de los principios y orientaciones que emanan de esta normativa.

Deben producir empoderamiento, no ser discriminatorias, procurar la participación efectiva, establecer mecanismos reales de rendición de cuentas, buscar gradualmente una decidida realización de los derechos.

Se trata, entonces, de que las políticas no sólo sirvan para mejorar las condiciones de vida relacionadas con el cumplimiento de los derechos económicos y sociales, sino que en sí mismas, contribuyan a hacer realidad los ejes fundamentales de los derechos humanos.

II. PROMOCIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES ENFOCADAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Las políticas públicas tienen un enfoque de derechos si se basan directamente en las normas y principios que emanan del derecho internacional de los derechos humanos. Si se empoderan, promueven la no discriminación, la rendición de cuentas y la participación ciudadana. Pero además, adquieren una fuerza particular si su diseño se estructura bajo una lógica de derechos, si adquieren su lenguaje, el sistema de sujeto activo y pasivo, si son investidas de las características que rigen los derechos.

Este sistema permite, con gran efectividad, situar a las personas en el centro de las políticas, al constituir las como sujetos activos de derechos, estableciendo correlativamente un sujeto pasivo del mismo, responsable de rendir cuentas de su cumplimiento. Esta lógica, si se encuentra inmersa en el diseño, tiene la virtud de invertir la relación Estado-beneficiarios.

A continuación revisaremos los elementos que permiten evaluar las políticas enfocadas desde la perspectiva de los derechos humanos.

A. LAS ASPIRACIONES DE LA POBLACIÓN

El cambio de perfil epidemiológico y evolución de las expectativas de las personas impulsan la necesidad de reforma. La política de salud considera dos grandes líneas de acción: la prevención-promoción de salud (considerados bienes públicos) y la atención curativa (de directa atribución individual).

Los positivos resultados en las áreas de prevención-promoción, expresados en los indicadores sanitarios generales, no tenían correlato con los altos niveles de insatisfacción ciudadana frente al sistema de salud, de fuerte crítica a la atención curativa (Inostroza, 2005).

Esta atención usualmente es considerada como de menor relevancia, por su relativo impacto en los niveles generales de bienestar en salud de la población. Los aspectos preventivos y los factores condicionantes de la salud tienen una influencia mucho más relevante en resultados sanitarios tales, como esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil y otros de similar naturaleza. Sin embargo, estos indicadores venían mejorando significativamente, sin que ellos se expresaran en una mejor percepción ciudadana de la atención de salud. El bajo impacto de la atención curativa no se consideró como razón suficiente para no modificar sus mecanismos de atención y cumplir las aspiraciones ciudadanas.

En otras palabras, Chile lo habría hecho estratégicamente bien. En el año 2000 ocupó el lugar número 33 del informe de la OMS que evalúa los desempeños de los sistemas de salud (OMS, 2000), pese a gastar en atención médica directa menos de la mitad (315 dólares per capita) de lo que gastan 31 de los países que anteceden (800 dólares). Esto refleja una cierta eficiencia en

la intervención de las determinantes en salud y permite presumir que la planificación general y las decisiones a nivel estratégico han sido las acertadas.

Sin embargo, lo contrario se observa en el nivel táctico, pues a pesar de los buenos indicadores biomédicos, persistían altos niveles de insatisfacción por parte de la población. Esta insatisfacción existía tanto en el sector público como en el privado, básicamente a nivel de la atención médica, y de la relación contractual de los clientes con las aseguradoras.

Esta mala percepción se centraba en la salud pública, básicamente en la incertidumbre de la oportunidad de atención, y la salud privada, en la inseguridad financiera y la posibilidad de caer en la pobreza producto de una enfermedad.

En efecto, desde el punto de vista del usuario, la salud pública presenta un alto nivel de incertidumbre en la oportunidad de atención. Según la encuesta Feedback (2001), a la hora de evaluar la calidad de la atención de salud, para la población general, la rapidez en la atención es el segundo elemento de importancia, sólo después de los conocimientos y experiencia de los médicos. Pero al controlar por nivel socioeconómico y tipo de sistema en el cual se atiende, los de niveles de ingresos más bajos y quienes son cotizantes de FONASA, valoran a un mismo nivel la rapidez en la atención con los conocimientos y experiencia de los médicos. La evaluación realizada por los Objetivos sanitarios 2000-2010, contextualiza estos resultados señalando que se trata de 'postergación' tanto en la oportunidad en la atención como en la información que reciben los usuarios, junto a la dedicación o compromiso de los que prestan el servicio.²

La gran demanda que enfrenta el sistema público, que debe no sólo atender a los afiliados de FONASA y a quienes no cuentan con seguro, como que también a quienes deben dejar las ISAPRE, producto del descreme, se traduce en menores fondos per capita en el sector debiendo asignarlos en base a listas de espera, que se producen fundamentalmente en cirugías electivas y consulta de especialistas. Si bien no existen evidentes efectos en términos sanitarios, representa un factor resentido por la población.

Como contrapartida, siempre desde el punto de vista de la percepción ciudadana, el sector privado no presenta dificultades de oportunidad en la atención, sino que en el nivel de protección financiera que entrega frente a una enfermedad grave o catastrófica y durante la vejez. Según el mismo estudio, mientras mayor es la edad o menor el nivel de ingresos, más fuerte es la percepción de desprotección del sistema privado, y al mirar el sistema en su globalidad, el 60% considera que el sistema público entrega mejor protección (Feedback, 2001).

De esta forma, para abordar esta insatisfacción ciudadana, se opta por cambiar el paradigma de atención curativa usado hasta ese momento, estableciendo las GE (Inostroza, 2005). Es decir, se elige un diseño específico de políticas, una forma de priorización sanitaria que, investida del reconocimiento de derechos específicos a las personas, procure garantías explícitas para brindar seguridad en las áreas que eran más sentidas por la población.

² El mayor gasto en el sector impulsado durante los años noventa no cambiaron la evaluación ciudadana del sector público y de hecho, en alguna medida la empeoraron, al aumentar las expectativas sin satisfacerlas (Artaza, 2005). Según algunas opiniones (Organismo Andino, 2004) se puede explicar también por la identificación de ascenso social y bienestar con capacidad de consumo que provocaría una economía de mercado. En el caso de la salud, la población asimila la capacidad de consumo con el acceso a prestaciones por enfermedades, y no a un concepto amplio que incorpore prevención, promoción y fomento de la salud, razón por la cual aumentaría la exigencia de las personas por una la garantía de respaldo financiero para acceder a atención médica.

B. *LAS PERSONAS EN EL CENTRO DE LAS POLÍTICAS*

El mecanismo elegido para cambiar el paradigma permite poner a las personas, en su condición de titulares de derechos, en el centro de la política.

La reforma se orienta desde una óptica sanitaria o de salud pública, de tal modo que es en base a las enfermedades que se ordena la gestión y la asignación de los recursos. Pero a su vez, esta perspectiva se invierte de la entrega de titularidad o poder a las personas para que pudieran exigir, sin importar el sistema al cual se encuentra afiliado. De este modo, lo importante pasa a ser el cumplimiento de la garantía y no la titularidad del prestador, evitando discriminaciones y dando la mayor relevancia al resultado final para el ciudadano, quien exige que se le cumpla un derecho.

En el eje de la reforma está la creación de una partícula jurídica que no existía con anterioridad, las GE. Esta partícula permite crear un derecho que se incorpora al patrimonio de las personas al momento del diagnóstico o sospecha de la patología. Este derecho pasa a ser exigible, creando mecanismos *ad hoc* para asegurar su reivindicación. Antes de la reforma, el Estado era el responsable, dentro de su limitación de recursos, de procurar la atención de salud. Las personas tenían derecho a solicitar atención curativa, pero con una difusa exigibilidad, lo que se traducía en tiempos de espera sin control por el beneficiario. En los afiliados al sistema privado no existía una clara delimitación de los costos máximos a asumir, traduciéndose en situaciones de responsabilidad pecuniaria que muchas veces excedían las capacidades del cotizante, pasando a la insolvencia y a la pobreza.

Ahora las personas son reconocidas por las GE como titulares de derechos de modo explícito, y el aparato del Estado y/o el sector privado correspondiente, son los responsables de darle cumplimiento. La universalidad, exigibilidad y los estándares de oportunidad y calidad son definidos de modo explícito, se incorporan al patrimonio de las personas como derechos, incluso para quienes no contribuyen al financiamiento del sistema.

Miradas desde el punto de vista de la tarea del Estado, las GE también permiten impulsar una reorganización de su accionar. Ordena y articula los elementos de recursos, al establecer un resultado evaluable en su impacto; la gestión al tener que ordenar los medios al cumplimiento de las GE; y la priorización sanitaria, al establecerse las GE en un marco de objetivos sanitarios, todo de un modo que permite abordar directamente las aspiraciones de las personas.

C. *NATURALEZA DE LAS GE*

Desde un punto de vista de diseño de política, las GE constituyen un instrumento de priorización de los recursos, como sucedería en cualquier política social. En el caso de la salud, se asignan los recursos de acuerdo a las prioridades sanitarias, establecidas en un marco estratégico de políticas destinadas a mejorar las condiciones de salud de la población.

Sin embargo, el instrumento tiene la virtud de realizar la priorización sanitaria por medio del reconocimiento de derechos explícitos, de modo universal, exigible, en base a la equidad, poniendo a las personas en el centro de las políticas, empoderándolas. La priorización se realiza introduciendo al ordenamiento jurídico una partícula nueva 'las GE' reconociendo a un sujeto la potestad de reclamar de otros, del Estado y las ISAPRE la obligación de hacer. Es el mecanismo de priorización mismo el que incorpora el lenguaje y la lógica de derechos, ordenando recursos, atribuciones e instituciones para el cumplimiento de derechos.

Las GE no constituyen en sí mismas la realización de los derechos, pero es un instrumento que permite priorizar por medio del reconocimiento de los mismos.

D. RENDICIÓN DE CUENTAS - EXIGIBILIDAD

De la forma en que las GE están diseñadas, la rendición de cuentas toma una de sus formas más severas, la de exigibilidad legal. El control ya no es institucional, administrativo o político. Se pasa del control de los prestadores sobre sí mismos, al control de las personas que ejercen derechos vinculados a prestaciones sociales. La norma sanitaria otorga a las GE el carácter de derecho cuyo cumplimiento es exigible a FONASA y a las ISAPRE (Inc. 2 Art. 2, Ley 19 966). Se constituyen como obligación legal, estableciendo mecanismos de tutela, garantía y/o responsabilidad legal para su cumplimiento.

Una rendición de cuentas que toma la forma de exigibilidad legal, permite cambiar la lógica existente entre el Estado (o los prestadores) y los beneficiarios de la política, dejando de ser beneficiarios asistenciales para convertirlos en titulares de derechos con poder jurídico de exigir del Estado y de las instituciones privadas responsables, ciertos comportamientos, el cumplimiento de una obligación de hacer. Quedan obligados al otorgamiento —son sujetos pasivos de las obligaciones— FONASA y las ISAPRE, debiendo, conforme al artículo 4° letra a) sobre garantía de acceso: “asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18 469 y N° 18 933, respectivamente...”. La rendición de cuentas se lleva a un nivel de directa atribución a las personas.

Para ello se modifica la institucionalidad existente, creando nuevas instancias y procedimientos administrativos que aseguren su cumplimiento, dejando los procedimientos judiciales para hacer efectivas las responsabilidades por incumplimiento.

Otra característica de esta exigibilidad es que permite no restringir la flexibilidad en el diseño de la política. La Ley y la institucionalidad se establecen fijando las reglas por las cuales se seleccionarán las prioridades y características de los derechos que van a emanar de la declaratoria. Se crea el Consejo consultivo, se establece el mecanismo de determinación de las GE, se instituye la garantía de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, pero se deja a la flexibilidad cuáles son las patologías a las que se va a aplicar.

El Decreto GE y los protocolos de atención GE, con las prestaciones específicas de cada patología —medicamentos, tratamiento y los aspectos financieros— sirven de codificación en el ámbito administrativo o contractual, en el caso de las ISAPRE. Esto permite establecer verdaderos derechos personales, limitando el espacio a la discrecionalidad de los responsables de su cumplimiento.

Los protocolos de atención GE, permiten también en cierta medida, zanjar las asimetrías de información de este mercado, donde el demandante no tiene dominio de la verdadera necesidad de su demanda,³ ni la calidad del producto que adquieren.⁴ A partir del diagnóstico, el titular de la GE tiene derecho a que se dé cabal cumplimiento al protocolo, elaborado bajo la evidencia científica disponible, pudiendo verificar su cumplimiento.

³ Son los médicos quienes le indican qué consumir y cuándo

⁴ Sin un sistema de acreditación ni protocolos de atención, sólo el precio es señal específica de calidad para quien adquiere medicina.

De este modo, del incumplimiento se siguen consecuencias específicas y predeterminadas ante una autoridad independiente del obligado, para hacer cumplir las obligaciones o imponer sanciones por incumplimiento. Se trata de un nivel de juridicidad, exigibilidad administrativa y eventualmente judicial, creando un campo de poder para los titulares.

Al atribuir a la Superintendencia de Salud facultades para resolver controversias entre beneficiarios y los seguros, incluyendo a FONASA, permite hacer efectivas las GE de un modo más expedito y accesible que con un sistema puramente judicial. El declarar también que son responsables, por incumplimiento negligente de su obligación de asegurar, es señal de que su responsabilidad alcanza incluso a la indemnización de las consecuencias de su incumplimiento.

Al declarar expresamente como responsabilidad del Estado los daños que causen los prestadores públicos de salud a particulares por falta de servicio —de acción y omisión— se reconoce la responsabilidad más allá del accionar individual de sus representantes, fortaleciendo la posición de los pacientes del sector público. Ellos podrán perseguir la responsabilidad no sólo en las personas que fueron responsables de la negligencia, sino que directamente en el Estado. Sin embargo, las deficiencias del sistema de mediación representan una grave contrariedad.

E. UNIVERSALIDAD

Las GE sirven de punto de referencia, de señal para el cumplimiento efectivamente universal de un derecho a la atención de salud, de un modo determinado y específico. El sistema general establece a partir de la Ley 18 469 un acceso universal, pero sin atribuir estándares de calidad u oportunidad. Por su propia naturaleza, al incorporar una determinada enfermedad como GE, se define como obligatoria su cobertura universal bajo ciertos parámetros garantizados. Así, la universalidad pasa a asegurarse bajo un modo específico, extendiéndola a un estándar superior con el fin de dar cuenta de las aspiraciones de la población.

F. EQUIDAD

Desde una perspectiva de derechos humanos, la pobreza denota un estado de privación de derechos (OHCHR, 2002) y son los pobres los que más ganan al establecerlos explícitamente. Los más pobres pasan a gozar de los mismos derechos que los demás, elevando sus condiciones para ponerlos en una línea de igualdad junto al resto de la población. Esto se enmarca en la relevancia constitutiva de los derechos humanos para la pobreza. Si la falta de dirección de la persona sobre los recursos económicos juega un rol en la realización de los derechos (OHCHR, 2002), puede presumirse que las GE habilitan trasladar la dirección, el poder sobre el derecho a atención de salud a las personas.

Se diseña el derecho —las GE— desde una perspectiva universal, sin establecer una focalización determinada.⁵ De esta forma, sí se establece una línea mínima de equidad que favorece directamente a los más pobres. Así, la equidad se logra mediante la universalidad e igualdad en el acceso a la atención de salud, independiente de la capacidad de pago de las personas, con determinados estándares de calidad, oportunidad y acceso financiero. Además, se

⁵ A pesar de incluir, como se anotó, el factor equidad dentro del mecanismo de determinación. Pero todos, no sólo los pobres, son titulares de las GE.

incorpora un elemento de igualdad para los sistemas públicos y privado, por cuanto el otorgamiento de las GE es obligatorio en ambos sistemas.⁶

1) Inequidad entre grupos socioeconómicos

A priorizar enfermedades o situaciones de salud a incluirse como GE, pueden no considerarse enfermedades que afectan con mayor severidad a grupos de menores ingresos o enfermedades que no contribuyan a variar la brecha, con lo que la ganancia para el pobre por vía reconocimiento de derecho, es mínima. Sin embargo, al menos para las primeras garantías, el algoritmo de determinación incluye la equidad de una determinada situación de salud, entendida la identificación de enfermedades con brechas de mortalidad por extremos socioeconómicos. Esto implica una política para que la línea de igualdad pueda impactar mayormente en los grupos de personas que sufren más severamente ciertas patologías por su condición socioeconómica.

2) Inequidad en el acceso financiero

La garantía de protección financiera puede contribuir a fortalecer una perspectiva de equidad. La protección financiera se fundamenta en que la enfermedad constituye un *shock* impredecible para los individuos, que afecta sus ingresos de manera importante, y que puede menoscabar su capacidad de consumo de otros bienes esenciales, transformándolos en pobres. De este modo, el sistema de copagos en el sistema público se construye sobre dos criterios; uno, por el que éstos deben ser independientes del uso efectivo de los servicios y relacionarse, en cambio, con la capacidad de pago de los individuos. El segundo, por el que los hogares no deben comprometer más de un determinado monto absoluto o porcentaje de sus ingresos, con el fin de evitar que los gastos en salud los empobrezcan o los mantengan en la pobreza.

En el sistema privado, el monto de la prima AUGÉ es determinado por cada ISAPRE, pero debe ser única e igual para todos sus afiliados independientemente de su riesgo relativo. Así, aunque de forma muy limitada, se introduce un elemento de solidaridad en el sistema privado, no pudiéndose discriminar por factor de riesgo en la determinación del precio de las GE.

3) Inequidad en calidad

El mecanismo abre la posibilidad de que toda prestación tenga una línea base de equidad en la calidad (independiente de si la prestación se materializa en el sector público o privado), y estas reglas de calidad deben ser las mismas para cualquiera de los prestadores. Ésta es la finalidad del mecanismo de acreditación y control externo que se creó al efecto, a cargo de la Superintendencia de Salud y las Secretarías regionales ministeriales, lo que significa un tercero imparcial ante el cual se controla la calidad, salvando dificultades de asimetría de información,⁷ y no dejando exclusivamente al precio como señal de calidad.

Sin embargo, el componente aún no se pone en práctica y está en tela de juicio la real voluntad de avanzar en su realización. Este cuestionamiento es especialmente grave al exponer un ajuste de las prestaciones por la vía de la calidad, al no poder ajustarse por precio. Puede darse

⁶ Cabe señalar aquí que el mecanismo no se instaló necesariamente en la agenda de lucha contra la pobreza, sino en una más amplia de equidad y seguridad social para la población. En el debate político al interior del Parlamento y el apoyo de la DC, la búsqueda de apoyo a la clase media tuvo especial énfasis.

⁷ Por la cual el usuario no puede contar, a un costo razonable, con la información necesaria para evaluar la calidad de la prestación, por medio de una señal distinta a su precio.

que las diferencias que se produzcan entre costos y recursos, sean zanjadas ajustando la variable calidad.

4) Inequidad geográfica

Si bien en los objetivos sanitarios y en las evaluaciones del sistema, se planteaba una grave desigualdad sobre la localización geográfica, la reforma no presenta un claro componente en esta materia.

Esta inequidad se vincula al acceso y calidad a la atención primaria, con grandes diferenciales asociadas al nivel de ingreso de los municipios, y al acceso geográfico a mayores niveles de complejidad. La reforma no abordó directamente esta inequidad, evaluándose como un déficit. Sin embargo, la materia se abordó en la discusión política (no legislativamente) expresándose en un compromiso presidencial de aumentar los recursos destinados a atención primaria desde un 12% a un 30% de los recursos públicos de salud.

5) Inequidad provocada por la dualidad del sistema

Los pobres y enfermos se concentran en el sistema público, mientras los sanos y de mayores ingresos, en el privado; en un sistema dual y fraccionado, producto del descreme⁸ y el reaseguro del sector público. Como se señaló, claramente no hubo capacidad política para modificar este modelo, razón por la cual se señala a la reforma no como fundacional, sino sólo un perfeccionamiento de la regulación del mercado privado y generación de GE en base a prioridades sanitarias. Hubo un intento fracasado en intervenir el modelo, a través del Fondo solidario que se vio frustrado en su tramitación parlamentaria, resultando en el Fondo de Compensación Interisapres reducido a compensar los riesgos entre los afiliados al sistema privado. De este modo, con ciertos matices, la inequidad global presente en el sistema se mantiene.

G. NO DISCRIMINACIÓN

El modelo, al asumir el lenguaje de derechos, permite reconocer la igualdad ante la Ley, por medio del cual la normativa debe formularse en términos generales, aplicarse a todos y ser exigible por todos. De este modo, y gracias al uso de la lógica y el lenguaje de derechos, se establece a priori una prohibición de discriminar arbitrariamente.

Pero esta igualdad legal puede quedarse en igualdad formal si la no discriminación no se expresa materialmente, a través de mayor equidad y en la inclusión de individuos o grupos marginados. Las acciones del sistema público no son evaluadas con niveles de discriminación relevante, pero sí la dualidad del sistema y el interior del sistema privado.

— *Discriminación en el sector público.* El modelo GE diseñado, desde que establece un acceso universal en iguales condiciones básicas de calidad y oportunidad, por su propia naturaleza, implica la no discriminación arbitraria hacia individuos y grupos vulnerables,

⁸ Selección por riesgos que realiza el asegurador, mediante la cual se evita tomar asegurados con mayor gasto esperado, buscando atraer clientes de bajo riesgo, por medio de diversos mecanismos discriminatorios. En el caso chileno, este descreme, sumado a los costos del sistema privado, hacen que la distribución de la población por sistema sea segregada, por diferencias de ingresos, sexo y edad. Las ISAPRE concentran la población masculina, joven y de mayores ingresos y FONASA concentra a la población femenina, los sectores de menores ingresos y edades de mayor riesgo (Encuesta CASEN del 2000).

marginados o socialmente excluidos. La lógica de derechos utilizada tiene ese mérito. Pero no necesariamente promueve una preocupación especial por ellos. El modelo no considera una discriminación positiva hacia grupos excluidos ni una focalización de recursos especial en ellos. Se puede decir que la política puede beneficiar a los discriminados de un modo similar al que favorece al pobre en materia de equidad, quienes más se benefician con el reconocimiento explícito de un derecho son aquéllos a los cuales se les ha privado con mayor severidad.

— *Discriminación al interior del sistema privado.* La naturaleza del sistema de ISAPRE se basa en la posibilidad de segregar entre los afiliados, al establecer planes de salud basados en riesgo individual. Este sistema, con su discriminación intrínseca, se mantuvo debido a la imposibilidad política de modificarlo, lo que —como se señaló en el capítulo anterior— representa la principal deficiencia de la reforma en materia de discriminación.

Pero al menos, las patologías GE se establecieron de modo tal que no es posible discriminar por riesgo, y lógica de derechos utilizada, junto a la introducción de elementos de solidaridad financiera —a través del Fondo Interisapres— permite disminuir la discriminación arbitraria al interior del sistema privado.

H. PARTICIPACIÓN

La precaria participación ciudadana es el principal déficit de la reforma desde un enfoque de derechos, y según la evaluación de buena parte de los entrevistados.

En la etapa de revelación de preferencias, claramente, todas las encuestas de opinión ciudadana establecían el tema salud como dentro de las tres principales preocupaciones de la población. En la elección de la nueva política, si bien hubo instancias de participación, fundamentalmente con trabajadores y gremios del sector, ésta no tuvo una repercusión significativa. Cuando se presentó el diseño del gobierno, la dinámica con los gremios de la salud fue de confrontación, negociación y arreglo/derrota política. Al menos sí se consideró en el diseño de la política las aspiraciones de la gente, gracias a los resultados de la encuesta que fue encargada durante el proceso de elaboración de la propuesta (Feedback, 2001). Los resultados de al menos una encuesta fueron también considerados en la determinación de las GE, siendo utilizada como factor de ponderación en su algoritmo (MINSAL, 2002). Pero claramente no hubo relevante participación ciudadana directa en el proceso de formulación de la política.

En la fase de funcionamiento, también se evalúa como deficitaria la participación. La nueva institucionalidad creó diversas instancias de consulta colegiada, donde sólo una considera a los usuarios directamente, los Consejos consultivos de usuarios de los establecimientos de autogestión en red. No obstante, sí se crearon una serie de instancias consultivas, que permiten incorporar a lo menos, un nivel indirecto de participación. Una de ellas es el Consejo asesor del SEREMI, cuyas funciones incluyen pronunciarse sobre el Plan de salud pública regional, participar en la elaboración de propuestas tendientes a mejorar la salud de la población y proponerlas al SEREMI. Se han formado en algunas regiones, como la Metropolitana, I y VIII. Recién se están constituyendo, por lo que no es posible evaluar si forman una instancia de participación efectiva.

Otras instancias tienen carácter de coordinación técnica, como el Comité técnico consultivo de la atención primaria, el Consejo de integración de la red asistencial, y el Consejo técnico de los establecimientos de autogestión en red.

Mención especial merece el Consejo AUGE. Este organismo debiera legitimar las decisiones respecto de nuevas GE, a través de su discusión pública, la representatividad y autoridad de sus integrantes. En cierta medida este Consejo puede permitir un nivel de legitimación que pueda ser reconocido socialmente, pero de un modo indirecto, sólo basado en la autoridad de sus integrantes.

I. GRADUALIDAD

En el diseño del mecanismo GE se incorporó el elemento gradualidad en la realización y establecimiento de derechos y se creó una institucionalidad y mecanismos transparentes de priorización en el tiempo. El mecanismo considera, por una parte, las prioridades sanitarias, la magnitud y severidad del problema en la población, la inequidad y las aspiraciones de la gente, y en la otra, incorpora las restricciones de recursos, la efectividad de su gasto, y la real disponibilidad de infraestructura física y humana para enfrentar la situación de salud.

De este modo, es posible presumir que el sistema transparente, al menos relativamente, la realización progresiva. Le da un marco conocido, puntos de referencia nacionales desde el cual medir los avances en la realización del derecho, siempre centrándose en los resultados que las personas pueden esperar. El proceso de determinación es técnico y político, admitiendo la incorporación de diferentes visiones. La sustancia del resultado se encuentra previamente enmarcada en la Ley.

J. PERSPECTIVA DE DERECHOS CONSTRUIDA 'DESDE ABAJO HACIA ARRIBA'

El caso sudafricano “Gobierno de la República de Sudáfrica y otros contra Irene Grootboom y otros” es paradigma de la incorporación operativa de los instrumentos internacionales de DESC en la normativa nacional. El caso utiliza directamente la norma internacional para interpretar la regulación interna en cuanto a si la política existente da cumplimiento al derecho a la vivienda. Puede llamarse que la incorporación del enfoque de derechos es de ‘arriba hacia abajo’, la exigibilidad se remite directamente desde la norma internacional a la política pública nacional.

Contrariamente, la construcción de las GE se realizó de ‘abajo hacia arriba’. En el horizonte está el paradigma del marco normativo de los derechos humanos, pero no se optó por un reconocimiento directo de la norma internacional, con exigibilidad judicial. Lo que se hizo fue evaluar la capacidad de recursos existente para luego discernir, mediante un proceso de priorización, cuáles de los derechos considerados en abstracto y sin exigibilidad explícita, podían transformarse en derechos plenamente exigibles, creando un instrumento jurídico específico para el efecto, las GE.

III. LECCIONES Y RECOMENDACIONES

A. VALOR INTRÍNSECO DEL ENFOQUE DE DERECHOS Y DE LA PARTÍCULA GE

Las GES son un mecanismo de priorización sanitaria, busca priorizar la inversión de recursos para perseguir estratégicamente la obtención de ciertos resultados sanitarios. Sin embargo, se pudo haber utilizado otro sistema diferente. Perfectamente se pudo haber elegido un mecanismo que no significara asumir mayores niveles de responsabilidad para el Estado. Se pudo haber aumentado los recursos sobre la base de prioridades sanitarias, sin que ellas se tradujeran en GES.

Al incorporar la lógica de derechos, la política permite atribuir a las personas el carácter de sujetos activos de derechos y el sistema completo debe velar por cumplirlos, de un modo directo, explícito y específico. Desde que se eligió un mecanismo de garantías explícitas, la forma que adquiere la política permite dar un giro en el modo de enfrentar las prioridades y la manera que tiene el sector público y el privado de relacionarse con los pacientes, adquiriendo ésta un valor en sí mismo. Esta forma es la lógica, el lenguaje y las características de derechos.

La política pasa a centrarse en las personas, su construcción se realiza desde ellas, tomando en cuenta sus aspiraciones y poniendo a los responsables de las prestaciones al servicio de ellas. Las personas se empoderan por la introducción del concepto de derechos en sí mismo. Ya no son sólo ‘necesitados’ objeto de una política, sino que titulares de derechos de los cuales se derivan correlativas obligaciones jurídicas para otros. Por la existencia del derecho, surge la obligación de rendir cuenta por su cumplimiento, de observarlo sin discriminación alguna, de establecerlo de modo universal. El uso del enfoque de derechos tiene un valor intrínseco, e incorporarlo en el diseño de la política tiene un mérito en sí mismo.

En el caso específico de las GE, con sus limitaciones, el enfoque de derechos logra ser integrado de un modo compatible con una orientación estratégica de prioridades públicas, en un marco de restricción de recursos. Esto se logra definiendo previamente los objetivos sanitarios que se quieren perseguir, explicitando en el proceso de selección de las GE, el marco de recursos con que se cuenta para financiarlas, y estableciendo una institucionalidad y esquema claro para incrementarlas en el tiempo.

Lo que subyace en esta política es usar el enfoque de derechos como medio de dirección estratégica de recursos para obtener resultados sanitarios y de satisfacción usuaria. Se eleva el estándar de atención a una garantía GE en aquellas atenciones que se evalúan como de mayor impacto en la mejoría de indicadores tales como incidencia, AVISA y mortalidad, dentro de la capacidad de oferta, marco de recursos disponibles, etc., con el fin de lograr mejores resultados en las metas propuestas. Pero la utilización del enfoque de derechos en este marco tiene valor en sí mismo.

B. VALOR DEL EMPODERAMIENTO COMO MECANISMO DE MANEJO DE GRUPOS DE PRESIÓN Y CAPTURA

Desde una perspectiva de la teoría de decisión pública, algunos análisis económicos enfatizan las ineficiencias en la provisión de servicios públicos, incluyendo la provisión de salud, por la captura que sufre el Estado de distintos grupos de presión (Gauri, 2003). En el caso estudiado, el Colegio Médico, la industria farmacéutica, las ISAPRE, junto a las demás organizaciones gremiales involucradas representan importantes grupos de presión y captura para sus intereses propios, los que no necesariamente están alineados con los públicos.

Las soluciones económicas a los grupos de interés y captura, pasan por fortalecer la posición política y de mercado de los beneficiarios de la política, a través de la oferta de alternativas, exponer a los proveedores a la presión de la competencia o permitiendo una mayor participación de los beneficiarios en la tomas de decisiones y en el monitoreo. En otras palabras, promover el empoderamiento del receptor final, para que los intermediarios no distorsionen los medios y fines de los servicios proveídos públicamente en virtud de sus propios intereses.

A través del empoderamiento, la solución económica está alineada con el efecto buscado por la perspectiva de los derechos humanos. La introducción del concepto de derechos en forma explícita, permite el empoderamiento de las personas. Las políticas públicas ya no reconocen sólo

beneficiarios, sino personas titulares de derechos y al Estado como el principal agente obligado a respetar, proteger, promover y garantizar esos derechos. El reconocimiento expreso y explícito de los derechos inmanentes de las personas, como obligaciones legales exigibles, las empoderan frente al Estado.

C. VALOR DE LAS POLÍTICAS CENTRADAS EN LAS PERSONAS COMO MECANISMO DE ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE RECURSOS FINANCIEROS, HUMANOS Y FÍSICOS

La perspectiva de derechos impulsa a las políticas a centrarse en las personas, lo que facilita enfocar los recursos financieros, humanos y físicos a metas definidas en torno a ellas.

Produce un efecto similar al que buscan teorías de gestión orientadas a los clientes, situar los medios para obtener la satisfacción del consumidor. Se mira desde la perspectiva del cliente la forma en que se proveen los bienes y servicios, dirigiendo los recursos en los resultados que ellos reciben.

La presión que significa dar cumplimiento a las garantías explícitas y los protocolos de atención estimula la búsqueda de mejores sistemas de gestión al interior del sector público. La coordinación de la multiplicidad de órganos que intervienen, la tecnología, el costo-efectividad de las acciones debe concertarse para dar resultados a nivel del afiliado.

En las GES se corre el peligro de centrar la gestión únicamente en las patologías calificadas como tales, postergando el resto de las enfermedades. Sin embargo, es posible que se produzca el efecto contrario.

La puesta en marcha del sistema GE implica mejorar la integración general del sistema. Puede producirse, el mejoramiento de los elementos comunes a las patologías GE y no GE, como equipamiento, infraestructura, sistemas de información, monitoreo y seguimiento, distribución de especialistas, etc., con positivos efectos en ambas. Al mismo tiempo, puede estimular la generación de sinergias y nuevas formas de gestión con eficiencias que no distinguen necesariamente en GE y no GE.

D. VALOR DE LAS GE COMO INCENTIVO A CAMBIAR LA MODALIDAD DE PROVISIÓN DE SEGUROS PRIVADOS

Desde el punto de vista económico, la salud es un bien superior. La proporción del ingreso del destinado a este bien aumenta a medida que aumenta el ingreso de las personas. Esta característica, en un ambiente de seguros privados, con modelos de asociación seguro-prestadora basados en pagos por prestación (*free for service*), sin clara orientación sanitaria, contribuye a provocar un espiral de costos y el encarecimiento del sistema.

Las GE permiten introducir en el mercado privado un producto obligatorio, un plan de salud básico explícito⁹ como contraprestación a las cotizaciones bajo la lógica de salud administrada. Esto constituye una oportunidad para que las ISAPRE dejen exclusivamente de comprar y vender prestaciones aisladas a los prestadores —exámenes de laboratorio, consultas médicas, una a una— según las demandas de sus planes de salud, sino que pasen a ofrecer soluciones integrales de salud por patología —el paquete de atención que implica, por ejemplo, atender la diabetes. A través de nuevos y distintos arreglos con los prestadores, pueden ofrecer

⁹ Las GE más la cobertura de FONASA en cuanto a protección financiera en su modalidad ‘libre elección’.

paquetes de soluciones costo-efectivas de calidad acreditada para atender patologías GE. Estos paquetes corresponden a la solución integral de cada patología, siguiendo las prescripciones de la medicina basada en la evidencia a través de la puesta en práctica de los protocolos de atención en prestadores acreditados y controlados. Cada ISAPRE puede competir, compartiendo riesgos con los prestadores, en la oferta de más y mejores paquetes de soluciones integrales, que pueden ir más allá de las GE que se decreten (Sánchez, 2005a, Inostroza, 2005).

Se puede, bajo este esquema, imaginar en el futuro un sistema privado bajo un seguro único que no discrimina por riesgos. Las ISAPRE podrían recibir cotizaciones por la oferta de mejores paquetes de solución integral de salud donde los incentivos a la eficiencia, los excedentes, se basarían en la atracción de clientes por la mejor solución integral por patología.

E. VALOR DEL USO DEL INSTRUMENTO LEGAL

En un momento se popularizó la utilización de ‘cartas de derechos ciudadanos’, como buena práctica de la administración para empoderar a las personas y someterse a los rigores de los ‘derechos’ de los usuarios. Sin embargo, cayeron en desuso por la debilidad de sus obligaciones. Éstas eran establecidas administrativa y unilateralmente, regulando la autoridad el nivel de exigencia que establecía. Contrariamente las GE son establecidas por Ley. No es posible rebajar el marco establecido por la discrecionalidad de la autoridad política de turno, sino que requiere de un acuerdo parlamentario. Las GE, y su mecanismo de actualización implicaron un acuerdo político de alto nivel, que obliga a la autoridad a cumplirlo. Por esta razón, algunos señalan que las GE corresponden al ‘hermano mayor de las cartas de derechos ciudadanos’ (Inostroza, 2005).

Esto se vincula con el concepto de ‘normatividad en sentido fuerte’ que emplea Quintana (Quintana, 2004), donde los aspectos centrales de la política se regulan por normas permanentes y no quedan entregadas a una mayor discrecionalidad de los agentes encargados de su implementación, lo que para este autor sería la esencia del enfoque de derechos (Quintana, 2004). Contrariamente, políticas basadas en una juridicidad débil, o mínima, típicamente los programas sociales creados vía potestad reglamentaria, no son capaces de reconocer derechos permanentes.¹⁰ El goce efectivo de estos derechos queda entregado a la decisión de la autoridad político-administrativa.

Esta normatividad en sentido fuerte en el presente caso, está dada por las leyes constitutivas de la reforma, y en especial por la Ley 19 966 sobre RGGs, al establecer explícitamente a las GE como derechos.

De este modo, el uso de la Ley como instrumento de instalación de la política tiene un valor en si mismo, más allá del instrumental.

También permite reforzar la no regresividad, puesto que para reducir los alcances de la política se requiere de un nuevo acuerdo político. Pero al mismo tiempo, puede hacer más lenta la actualización de la política y más rígida su implementación. La vía legislativa también hace que resulte natural el que tome la forma de derechos. La Ley necesariamente se va a basar en un mandato constitucional, expreso o tácito, de legislar en una determinada materia. La Ley necesariamente va a tener que hacer referencia al marco interno o internacional que regula la materia, donde primero van a estar las garantías constitucionales y los tratados internacionales de

¹⁰ Siempre se requerirá una autorización presupuestaria, que es materia de ley. Sin embargo, ésta no es suficiente para ser considerada “normatividad en sentido fuerte”, por su carácter temporal y ausencia de compromiso de financiamiento de largo plazo (Quintana, 2004).

derechos humanos, todos los cuales toman la forma de derechos. Resulta natural que la legislación correspondiente tome similar forma y estructura, basándose en un sistema de reconocimiento de derechos.

IV. USO DEL MECANISMO DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS COMO MECANISMO DE PRIORIZACIÓN EN POLÍTICAS PÚBLICAS POR MEDIO DEL RECONOCIMIENTO DE DERECHOS

La puesta en marcha de la reforma de la salud en Chile coincidió con el comienzo del debate por las elecciones presidenciales y parlamentarias de diciembre de 2005, que tuvo un fuerte componente en materias de equidad y redistribución del ingreso. Diferentes personeros, desde distintos ángulos y énfasis, comenzaron a proponer el mecanismo de GE en las políticas públicas como medio para promover la equidad.

El ex ministro de economía y actual senador Carlos Ominami, en la discusión sobre equidad planteó que “Hay que comprometerse —más bien— con una igualdad básica de resultados expresada en el aseguramiento de ciertos derechos o garantías explícitas en materias de acceso, calidad y financiamiento, por cierto, en salud, pero también en educación, vivienda y previsión” (Ominami, 2005). La ex Ministra de Justicia, ex Canciller, y actual senadora Soledad Alvear, señaló también: “... el desafío reside en hacer que las políticas públicas se impregnen del reconocimiento de derechos a las personas y se obliguen a respetarlos..., el desafío es generar, en diversas áreas del accionar del Estado, políticas que establezcan derechos como GE para las personas. Esto es, un conjunto de prestaciones plenamente garantizadas que se traduzcan en derechos concretos independientemente de toda condición social” (Alvear, 2005).

En estas posiciones subyace la opinión de que el país viene logrando un avance importante en disminución de la pobreza desde el retorno a la democracia,¹¹ junto a la mejoría de una diversidad de indicadores de calidad de vida. Pero la distribución del ingreso y los indicadores de equidad se posesionaban en niveles preocupantes.¹² De este modo, el país es cada vez menos pobre pero más desigual, y las políticas deben dar cuenta de esta situación. La posibilidad de establecer políticas públicas en el marco de GE se ve como una política que permite combatir la pobreza, pero introduciendo un fuerte elemento de equidad.

Siguiendo la experiencia generada a partir de la reforma a la salud en Chile, es posible pensar en diseñar, políticas que establezcan GE para las personas, como una forma particular de política pública desde un enfoque de derechos.

A. LINEAMIENTOS DE UNA POLÍTICAS DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS (GE)

Una política basada en GE significa priorizar un conjunto de prestaciones sobre las cuales se dará plena garantía en sus aspectos de acceso, factibilidad, calidad, oportunidad y otros elementos que se valoren como necesarios de garantizar, que se traduzcan en derechos concretos para las personas. De esta forma, las personas dejan de ser considerados meros ‘beneficiarios’, sino que ciudadanos con derechos garantizados y exigibles. No hay línea de corte, no se descartan personas por no ser ‘objeto del beneficio’, sino que la línea la constituye la garantía de esos derechos, para los cuales todos, sin distinción son sujetos. Este mecanismo habilita a las personas como protagonistas, actores con poder y decisión, respetados en dignidad y derechos.

¹¹ La pobreza disminuyó de 38,6% en 1990, a un 18,7% el 2003, (MIDEPLAN, 2000-2003).

¹² En el ranking de 124 naciones, Chile figura como el 12° país más desigual del mundo, con un Gini que aumentó de 56,5 el 2000 a 57,1 el 2005 (Informe del WDI, 2005).

B. INCREMENTALIDAD

A medida que el país crece, la sociedad, a través del Estado, se puede hacer capaz de asegurar más y mejores prestaciones y las GE pueden ser un mecanismo para hacer efectivo ese progreso. De este modo, políticas diseñadas como garantías explícitas pueden ser consistentes con el conjunto de políticas que apuntan al desarrollo económico, pero es capaz de introducir un elemento de equidad y empoderamiento, facilitando que el desarrollo efectivamente llegue a todos.

C. PROPÓSITO DE UNA POLÍTICA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS (GE)

El propósito de una política basada en GE será establecer una línea de equidad y brindar seguridad en la prestación de servicios públicos, especialmente los de carácter social, a través del empoderamiento de las personas y el reconocimiento expreso de derechos. De este modo, es un marco de política que permite beneficiar directamente a los más pobres, pero en un esquema de promoción de la equidad social de manera general, por lo que también puede estar en su propósito beneficiar a sectores medios. Las GE brindan un mecanismo de priorización, que se realiza a través del reconocimiento de derechos y el empoderamiento. Los servicios públicos investidos con las características de GE deben ser priorizados según la estrategia de desarrollo de carácter nacional que se fije, considerando las posibilidades del país junto a las aspiraciones y participación de la población.

D. ÁREAS DE POLÍTICA DONDE APLICAR

En general el uso del instrumento GE tendrá efecto en áreas donde se establecen prestaciones de carácter personal o familiar, como prestaciones de salud, vivienda o educación. No surtirán iguales efectos en áreas donde lo proveído sean bienes públicos no atribuibles en exclusividad a un titular, como calidad del medioambiente o infraestructura pública.¹³

1) Monopolios del Estado

Donde el Estado actúa como único proveedor, las posibilidades de captura de la burocracia pública se incrementan. Los receptores al no tener alternativa, ni los funcionarios públicos, rendición de cuentas, se someten al servicio que se le presta. El reconocimiento de derechos al recipiente de las prestaciones, su empoderamiento y el correlativo efecto de rendición de cuentas de la burocracia colaboran a neutralizar este efecto y mejorar la atención.

2) Asimetrías de información

En ambientes donde puede haber competencia, pero existe una asimetría de información importante, el uso del marco GE puede tener efectos positivos. En el caso de la salud, la asimetría de información era evidente: los pacientes no tienen como saber, de manera asequible, el tipo de atención que necesitan, o la pertinencia o calidad de la que se le está otorgando. En materias como construcción de viviendas, o incluso educación, puede ser útil el uso de las GE por este motivo.

¹³ Aunque en estas áreas puede pensarse en estructurar políticas bajo la estructura de demandables colectivamente, como *class action*, o acciones de sujeto activo colectivo, indeterminado o difuso.

3) Inseguridad

Las GE pueden producir un impacto mucho más relevante en aquellas áreas donde los ciudadanos se sienten más inseguros de la acción del Estado —porque no cuentan con herramientas para exigir su cumplimiento— especialmente en materia de oportunidad de la prestación o su impacto financiero al interior de la familia. De esta forma, si el ‘cuándo’ es relevante, el uso de este mecanismo puede ser de utilidad, o si se trata de uno de los *shocks* que las familias pueden sufrir y que hacen que se mantenga, regrese o se agrave la pobreza.

4) Discriminación, desigualdad

Prestaciones que en la actualidad se proveen de forma no equitativa o discriminatoria, explícita o implícitamente, donde existen grandes diferenciales de calidad, a nivel geográfico o por ingresos. En caso que, siendo servicios de carácter público son proveídos a través de entes privados o en forma mixta, existan grandes diferencias entre ellos, o donde el producto tiene un grado de indefinición que permita otorgarlo de formas muy distintas, que resulten en discriminación.

5) Aspiraciones ciudadanas

Las aspiraciones de la población deben formar parte de toda prioridad en políticas públicas. Sin embargo, cobran especial relevancia aquellos aspectos subjetivos valorados, desde la perspectiva del ciudadano y que en ciertos ámbitos pueden estar deteriorados. Éstos incluyen el ser y sentirse respetado, tratado con dignidad e igualdad, ser considerado como ciudadano con derechos y libertades. Políticas estructuradas en un marco de GE pueden servir para revertir esta situación.

E. CONDICIONES PREVIAS Y SUPUESTOS

El establecer las GE requiere de un grado importante de desarrollo de la gestión pública. Debe ser una etapa avanzada de un continuo de políticas. Es necesario un esfuerzo sistemático previo de mejoramiento de la gestión que lleve a una etapa más compleja de instalación de las GE. El caso de la reforma chilena fue el producto de ensayos y errores desde 1990, que recién en el 2005 se tradujeron en una reforma que instauró el concepto de GE. Se trata de avances en sistematización y estandarización de productos, modelos de gestión, sistemas de información, registro y estadística, de monitoreo, evaluación y control de metas y resultados.

F. RASGOS ESENCIALES DE UNA POLÍTICA BASADA EN GE

Para lograr los efectos deseados de empoderamiento, equidad y seguridad, las GE deben ser:

1) Universales

Se define para la población entera un listado de prestaciones que se deben garantizar en cualquier situación, brindando plena seguridad de que, cumplidas ciertas condiciones y requisitos, se realizará la acción del sector público de un modo previamente conocido y en el momento previamente comunicado.

2) Establecerse en forma priorizada y gradual

Se instauran una a una. Se equilibra su prioridad, impacto y efectividad con los recursos disponibles en el país y las aspiraciones de la ciudadanía y las comunidades a través de un proceso participativo. Es decir, se pone en la balanza la importancia del problema público que se presenta, el impacto real que tiene actualmente en la población, y la efectividad o eficacia de la acción del Estado en esa materia con los recursos existentes para financiar la prestación, junto al consenso social que la respalda. De esta forma, las garantías se van evaluando periódicamente, pues en la medida en que el país cuenta con mayores recursos y más capacidad, pueden ir sumándose nuevas.

3) Fundarse en la equidad

El establecimiento de GE se realiza para dar una respuesta equitativa a situaciones que en la actualidad la ciudadanía valora negativamente, porque las prestaciones se proveen en forma discriminatoria, no equitativa o segregada. El fundamento en la equidad debe ser explícito, como punto de partida para reconocer la inequidad y comenzar a disminuirla.

4) Plena exigibilidad

El sistema de GE permite que todo ciudadano conozca las garantías de las que es sujeto, los tiempos y forma en que éstas deben serle provistas, debe contar con instrumentos expeditos, asequibles y transparentes para reclamarla. Esta instancia debe estar separada del responsable de otorgar las prestaciones, ser conocida por todos, contar con las facultades respectivas y debe someterse a los principios básicos del debido proceso. Los mecanismos de exigibilidad pueden tomar distintas formas: judicial, cuasi judicial o administrativo. Lo importante es que aseguren efectividad en el cumplimiento de las prestaciones, rapidez, accesibilidad, transparencia e imparcialidad.

5) Determinarse con precisión

Se deben establecer protocolos pormenorizados, señalando cada una de las actuaciones que se deben realizar ante una determinada GE. Una vez producida la situación que da origen a la garantía, se debe cumplir estrictamente el protocolo sin dejar espacio a la arbitrariedad.

6) Establecerse a través de la Ley

Deben establecerse por medio de una ley, que sean el producto de un debate amplio, cuente con la legitimidad social y política que requiere, como asimismo la estabilidad en el tiempo que asegure la permanencia de los derechos. Sin embargo, también puede ser recomendable que la Ley establezca las garantías que involucra la política, pero las prestaciones se determinen de un modo que permita flexibilidad y actualización fluida, siguiendo la línea del Consejo AUGE.

7) Las GE pueden implicar deberes ciudadanos

Derechos y deberes van correlacionados, por tanto, si el ciudadano no cumple con las condiciones establecidas para hacer efectivas las GE, no podrá exigir las. No se trata de que pierda el derecho a la atención o a la prestación determinada, el derecho no puede ser negado, sólo no puede ser exigido del modo específico establecido como 'garantía explícita', el mecanismo residual siempre queda vigente. Involucra cumplir requisitos o condiciones para que la garantía se

haga efectiva en los tiempos y de la forma preestablecida, con el fin de inducir ciertas conductas consideradas beneficiosas socialmente.

Estos deberes para hacer exigible las GE no pueden significar una carga tal que haga irrisorio el derecho y deben vincularse a necesidades de eficiencia y economía o impedir comportamientos nocivos o costosos.

G. FUTURO POR EXPLORAR

Se puede pensar en incorporar este criterio a materias como provisión de subsidios a la vivienda social, calidad de la educación, seguridad ciudadana, empleo u otras áreas. En vivienda puede establecerse como GE la provisión de subsidios a la vivienda en un plazo que, aunque sea largo, esté preestablecido, con un resultado básico del subsidio que cumpla estándares de calidad, tamaño y características básicas verificables ante un tercero, si la familia mantiene los requisitos que se le solicitó durante el período de espera. En educación, se puede establecer como GE estándares mínimos de calidad de las escuelas públicas, proporcionando establecimientos alternativos donde las familias puedan enviar a sus hijos con buen rendimiento en caso de no lograrse el estándar de calidad. En seguridad ciudadana, por ejemplo, el Estado se puede comprometer con acciones de vigilancia preventiva a través de la policía, con estándares verificables y exigibles por parte de los ciudadanos. En empleo, se puede pensar como GE a favor de los trabajadores, un entrenamiento básico en las nuevas tecnologías y en los dominios básicos del mundo laboral moderno cada determinado número de años, bajo estándares de calidad predeterminados.

La reforma a la salud en Chile es un ejemplo de que es posible enfocar las políticas públicas desde el punto de vista de los derechos de un modo viable, como un camino nuevo desde el cual construir desarrollo con equidad, transfiriendo poder a las personas, dignificando su condición de ciudadanos y poniéndolos en el centro de las políticas públicas.

Bibliografía

- Abramovich, Víctor (2004), Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo de América Latina (seminario Derechos y desarrollo en América Latina: un seminario de trabajo, CEPAL/BID, Santiago de Chile, 9 y 10 de diciembre), CELS, Argentina.
- Águila, Ernesto; Barria, Sergio; Contreras, Marcelo; Carretón, Manuel A.; Hardy, Clarisa; Neira, Raquel; Ominami, Carlos; Parker, Carlos, Ponce, Freddy y Rafael Urriola (2005), *Vigencia y actualidad del socialismo en el siglo 21, orientaciones programáticas para un nuevo ciclo político*, Santiago, agosto.
- Alvear, Soledad (2005), Poder a la gente: Derechos garantizados a todos los ciudadanos, *Diario Siete*, Santiago de Chile, 13 de octubre.
- Arrau C., Fernando, (2002), Conceptualización del plan de acceso universal con garantías explícitas (AUGE), eje de la actual reforma de salud, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Estudios de anticipación, CEA/BCN, año I, N° 1, abril.
- Artaza B., Osvaldo (2005), entrevista, ex Ministro de Salud de Chile, agosto.
- _____ (2002a), “Derechos humanos y reforma a la salud”, *Informe* N° 254, 13 de septiembre.
- _____ (2002b), “Respuesta a quienes rechazan que la salud sea un derecho ciudadano”, *Informe* N° 243, 20 de agosto.
- Banco Mundial (2001), “Bridging the Gap between Human Rights and Development”, Presidential Lecture, Worl Bank, diciembre.
- Brown, David y otros (2005), Human Right and Poverty Reduction. Public Goods and Private Rights: The Illegal Logging Debate and the Rights of the Poor, marzo.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2004a), Informe resumido, seminario Derechos y desarrollo en América Latina: un seminario de trabajo, Santiago de Chile, 9 y 10 de diciembre.
- _____ (2004b), “Alternativas para reducir la discriminación y la segmentación por riesgo en el sistema de salud chileno”, *Serie Financiamiento del desarrollo* N° 152, Stephen Blackburn; Consuelo Espinoza, Marcelo Tokman, Unidad Estudios Especiales, Santiago de Chile, diciembre.
- _____, (2004c), Ayuda memoria, seminario Derechos y desarrollo en América Latina: un seminario de trabajo, Santiago de Chile, 9 y 10 de diciembre de 2004.
- CESCR (Committee on Economic, Social and Cultural Rights) (2004) Observaciones finales del Comité de derechos económicos, sociales y culturales, 33° período de sesiones, 8-26 de noviembre, Naciones Unidas.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (1988), “Pacto San José Costa Rica”, Protocolo adicional San Salvador.
- Convención internacional contra la eliminación de todas las formas de discriminación racial de (1965), adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 2106 A (XX), del 21 de diciembre (entrada en vigor: 4 de enero de 1969, de conformidad con el artículo 19).
- Espinoza y Carrasco (Eds.) (2003), Informe de la sociedad civil sobre los derechos económicos, sociales y culturales en Chile, Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (PIDHDD), Corporación FORJA y Capítulo Chileno Ciudadanía.
- Evans de la Cuadra, Enrique (1986), “Los derecho constitucionales”, tomo II, Editorial Jurídica de Chile.
- Feedback Comunicaciones (2001), Resultados encuesta nacional, sobre 5600 entrevistas individuales realizadas entre abril y mayo del 2001 a hombres y mujeres mayores de 25 años habitantes de las 13 regiones del país, Santiago de Chile, julio.
- Fundación para la Superación de la Pobreza (2005), Umbralés sociales 2006: propuesta para una futura política social, Santiago de Chile, 23 de agosto.

- Gauri, Varun (2003), *Social Rights and Economics: Claims to Health Care and Education in Developing Countries*.
- Godoy Espinoza, Yanina y Diego Carrasco (Eds.) (2003), *Informe de la sociedad civil sobre los derechos económicos, sociales y culturales en Chile*, Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (PIDHDD), Corporación FORJA y Capítulo Chileno Ciudadanía.
- Gordon, Sara (2004), *Ventajas e implementaciones de una perspectiva de desarrollo basada en los derechos*, (seminario Derechos y desarrollo en América Latina: un seminario de trabajo, CEPAL/BID, Santiago de Chile, 9 y 10 de diciembre), UNAM, México.
- Inostroza, Manuel (2005), entrevista, Superintendente de Salud, Chile. Julio.
- Jordán D., Tomás (2005), *Ley N° 19 966, que crea un Régimen general de garantías en salud*, sinopsis y análisis desde la perspectiva de los derechos humanos.
- Mckay, Andy y Polly Vizard (2005), *Human Right and Poverty Reduction. Rights and Economic Growth: Inevitable Conflict or 'Common Ground'?*, marzo.
- MIDEPLAN (Ministerio de Planificación Nacional) (2000-2003), Encuesta CASEN.
- MINSAL (Ministerio de Salud) (2002), *Plan de acceso universal con garantías explícitas (AUGE)*, construcción de una propuesta técnica del plan de salud de las personas, año base, Secretaría Técnica de la Reforma, junio.
- _____ (s/f), *Glosario de términos Régimen general de garantías en salud*, División Jurídica, Santiago de Chile.
- OACDH (Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos) (2004), *Los derechos humanos y la reducción de la pobreza: un marco conceptual*, Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights) (2002), *Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies*, Naciones Unidas, 10 de septiembre.
- Ominami, Carlos (2005), “Desigualdad, impuestos y sueldos”, *Diario La Tercera*, 8 de octubre.
- Organismo Andino de Salud (2004), *Reformas y financiamiento de sistemas de salud de la subregión andina*, Convenio Hipólito Unanue, Corporación Andina de Fomento, ISBN 9972-9948-0-5, Lima, Perú, septiembre.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), ratificado por Chile el 10 febrero de 1972, Ginebra, Suiza, 16 de diciembre.
- Quintana, Augusto (2004), *La perspectiva de derechos en los programas sociales*.
- República de Bolivia (1967-2005), *Constitución política del Estado de Bolivia de 1967 con reformas al 2005*.
- República de Chile (1980), *Constitución política de la República de Chile*.
- República de Ecuador (1998), *Constitución política de la República del Ecuador*.
- República de Perú (1993), *Constitución política del Perú*.
- Sánchez Rodríguez, Héctor (2005a), entrevista, Director Ejecutivo el Instituto Salud y Futuro, septiembre.
- _____ (2005b), *Implementación de la Ley AUGE*, Universidad Andrés Bello.
- Solimano, Andrés (2004), *Reevaluación de las políticas sociales en América Latina: del consenso de Washington al desarrollo basado en derechos* (documento preparado para el seminario Derechos y desarrollo en América Latina: un seminario de trabajo, Santiago de Chile, 9 y 10 de diciembre), CEPAL.
- Tokman, Marcelo, Jorge Rodríguez y Consuelo Espinoza (2005), “Finanzas públicas de la reforma” en *Desafíos de la reforma*; segunda parte, La mirada de los principales actores del sistema, sin editar.
- Venegas León, Carolina (2003), “El acceso de la mujer a la economía en la era de la integración de las américas: ¿Qué clase de economía?”, *Informe*, Conferencia internacional.
- Whitehead M. (1990), *The Concepts and Principles of Equity and Health*, WHO, Copenhagen.