



“SALUD EN LA NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE CHILE”
PROPUESTA DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES DE
ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE CHILE

Autores
Directorio FENASENF

Marzo - 2021

ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS.....	3
PALABRAS CLAVE.....	3
DESARROLLO CONCEPTUAL.....	4
Concepto de salud:.....	4
Del rol del Estado:	5
Avanzar hacia la Equidad en Salud.....	6
Salud desde el derecho constitucional:.....	6
Enfoque de Determinantes Sociales en Salud:	7
De la Seguridad Social:	9
Del Sistema de Pensiones.....	9
Del Sistema de Salud:.....	11
Principios orientadores del Sistema de Salud propuesto:	12
Del Financiamiento en Salud:.....	13
Datos del PIB y su evolución.....	13
De la Situación Demográfica:	16
Antecedentes de Censo poblacional.....	17
De la Situación Epidemiológica:	18
De la Interculturalidad y la Pertinencia Cultural en Salud:	19
De la Educación en Salud con Enfoque Integral:.....	20
Del Enfoque de Género:.....	22
De la Vivienda y Urbanismo para la Salud:.....	23
De la Salud Mental:	24
De las Tecnologías en Salud:	25
De la Formación de los Profesionales en Salud:	25
PROPUESTA FENASENF: SALUD EN LA NUEVA CONSTITUCIÓN.....	26
CONSIDERANDOS.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha emergido un concepto de suma relevancia, ya que tiene relación directa con el bienestar y salud de las personas, este último uno de los bienes más preciados del ser humano, e incluso ha sido una de las principales demandas sociales expuestas últimamente en el contexto del estallido social a partir del 18 de octubre del 2019 en Chile (Artaza O. 2020). Hablamos del “Derecho a la Salud” y como desde la epistemología conjugada de ambos términos, se configura el estado de salud de las personas, familias y comunidad, ya que, por medio de este derecho se lograría no solo tener acceso a prestaciones sanitarias, sino que también llegar a gozar del “más alto nivel posible de salud física y mental” (ONU 2000).

Desde la mirada de las Determinantes Sociales de la Salud (DSS), pasando por la teoría kelseniana del derecho y cuál es el rol de las naciones respecto a cómo asumirán la salud de la población considerando sus modelos económicos, políticos y sociales; también como desde la jurisprudencia constitucional, legal y normativa impactan directamente y determinan la salud, en la presente propuesta, además de correlacionar las características antes mencionadas con el cuidado y la promoción de la salud aplicados a toda la población o a un grupo específico, desde el principio de universalidad, es decir como el país forja la salud pública cambiando el modelo centrado en la enfermedad hacia uno realmente preventivo basado en la protección de la salud.

Los derechos sociales han progresado en la historia de la humanidad y con mayor fuerza en la época contemporánea, es así como desde octubre del año 2019 a la fecha, en el marco de un estallido social por la reivindicación de derechos fundamentales, Chile elaborará y redactará la nueva “Constitución Política”, a través del proceso de Convención Constitucional, según lo demandó la ciudadanía a través del acto democrático de Plebiscito el pasado octubre del 2020, es así que la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile – FENASENF, en alerta y activamente ocupada en el tema, hace su propuesta para intencionar la gestión política relacionada con la salud de la población en este importante acto.

OBJETIVOS.

Redactar una propuesta de salud en el marco de la redacción de la nueva Constitución Política de la República de Chile.

Establecer una actualización sobre el Derecho a la Salud y su relación con la salud pública y la política de Estado.

PALABRAS CLAVE.

- Derechos sociales
- Derecho a la salud
- Rol y Modelo de Estado
- Salud como política de Estado
- Salud pública
- Determinantes sociales de la salud
- Equidad en salud

DESARROLLO CONCEPTUAL.

Concepto de salud:

Planteamos la Salud como un derecho humano que debe estar consagrado en la Carta Magna, este constituye un derecho fundamental y un elemento clave a la hora de buscar la equidad en salud e igualdad en las condiciones sanitarias para toda la población. Para llevar a cabo este derecho, que es uno de los más complejos de los sistemas gubernamentales, se debe pensar en cómo se operacionalizan los procesos en salud, es decir, como se implementarán el acceso, la oportunidad de atención y la calidad a las acciones de diagnóstico, tratamiento y cuidados oportunos, precoces y seguros. Todo inmerso en una red pública asistencial que logre cubrir los requerimientos de atención de salud en todas sus dimensiones.

A modo de sustento para hablar de salud, ponemos en referencia el concepto introducido por la OMS en el año 1948 como: “El completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”, lo que ha evolucionado hacia un concepto moderno e integral, aplicaría que la salud es parte del proceso vital de las personas y los colectivos, es la condición de bienestar pleno dado por las condiciones de vida, los soportes para vivir y la posibilidad de desarrollo de las propias capacidades de las personas.

En general, en las constituciones políticas del orbe contextualizan la salud en tres esferas principales, el primero es dar tratamiento al derecho a la salud, donde hay un respeto a ella, pero de forma pasiva, en que los Estados asumen una conducta más bien lejana a la solución de los problemas sanitarios; el segundo es conceptualizar el derecho a la protección de la salud, esto en la medida de lo posible, llamada “intermedia”, tomando un rol más activo en la salud de los ciudadanos; por último el tercero, que mira el derecho a la salud con enfoque protector, pero a esta se le añade un componente específico que consagra el derecho al disfrute del más alto nivel de satisfacción posible de la salud física y mental; tal como lo ratifica la OMS, y consagrado en el Pacto Social por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales ya que se relaciona con las determinantes sociales de la salud. Esta última esfera no solo asegura el acceso, sino que además las prestaciones sean oportunas, seguras, de calidad, en forma eficaz y efectiva.

Del rol del Estado:

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), aprobado por las Naciones Unidas en 1966 y ratificado por Chile en 1972, alude a la serie de garantías que tienen por objetivo lograr una permanente y progresiva mejora en las condiciones de desarrollo de las personas y los pueblos como son: los derechos a la vivienda, la salud, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el ocio y la recreación, el acceso a la cultura y los bienes culturales y del progreso científico, entre otros.

En Chile el principio de subsidiaridad vigente desde la década de los 80 del siglo pasado, tiene un significado muy propio frente a otras concepciones del orbe. Políticamente en Chile el Estado subsidiario se manifiesta en el neoliberalismo. En términos de derechos sociales este principio impone al estado el deber de velar antes por las condiciones del mercado que de las condiciones sociales.

El estado subsidiario entiende que, en su rol, el deber fundamental del estado es preservar las condiciones del mercado antes que preguntarse de forma adecuada como se contemplarán los derechos sociales. El Estado social en contraposición, antepone estos derechos y los garantiza entregándolos a la política democrática, pero su esencia es priorizar la garantía de estos derechos sociales, como se señala en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Generalidades y diferencias entre rol de estado: subsidiario y solidario.

Estado Subsidiario	Estado Social o Bienestar (Social de derecho)
El Estado entiende que su deber fundamental es velar por las condiciones del mercado.	El Estado entiende que su deber fundamental es velar por los derechos sociales.
No interviene en el funcionamiento de la economía, el desarrollo estará determinada por la economía privada.	El Estado tiene la posibilidad de intervenir en la economía y orientarla.
Permite que el desarrollo económico de la nación se limite a la decisión del privado.	Permite que el desarrollo económico de la nación recaiga en el Estado.
A proveer servicios o programas sociales a los más pobres dejando el resto sujeto al mercado aumentando las desigualdades, inequidades y segregación.	Se apega a los programas sociales universales que garantizan espacios de igualdad y equidad a todos los ciudadanos.

Avanzar hacia la Equidad en Salud.

La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas. La OPS define la equidad en salud como su misión: "Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud ..." y como su primer valor: " Equidad: Lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son innecesarias y evitables." La equidad en salud enfatiza que la mayoría de las diferencias en el estado y los resultados de salud entre grupos no son el resultado de diferencias biológicas, sino que resultan de procesos sociales y económicos que crean y recrean diferencias en el acceso a la salud.

La OPS apoya a los Estados Miembros en sus esfuerzos por lograr la equidad en salud a través del trabajo sobre equidad de género; etnicidad y salud; garantizar el derecho a la salud; los determinantes sociales y ambientales de la salud; medir, analizar y monitorear las desigualdades en salud; fortalecimiento de los sistemas de salud; y gestión y difusión del conocimiento, entre otras áreas de enfoque.

En este sentido, es congruente con la propuesta de esta Federación Nacional, quien plantea el "Estado Social de Derecho" o también denominado "Estado de Bienestar" como el mejor camino para sentar el modelo económico, político y social del país, más específicamente en el ámbito sanitario, para alcanzar así la universalidad y alfabetización en salud.

Salud desde el derecho constitucional:

Alcanzar el mayor nivel de salud constituye un derecho universal de las personas, que además resulta fundamental para la sociedad en su conjunto, ya que el gozar de buena salud, posibilita la participación de los individuos en la sociedad y puede derivar en consecuencias potencialmente positivas para el rendimiento económico. En este marco se inscribe la mirada de equidad en salud, cuyo propósito central es que las personas alcancen su máximo potencial, independiente de sus condiciones sociales y económicas. No obstante, en la actualidad persisten profundas desigualdades en esta materia, tanto entre los países como al interior de los mismos, las que se vinculan a las distintas oportunidades y recursos que tienen las personas en función de distintos aspectos, tales como el nivel socioeconómico, género, territorio o etnia, que determinan las condiciones en las que crecen, viven, trabajan y envejecen. En este sentido, las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad, hacen que las oportunidades de desarrollarse en la vida y disfrutar de buena salud, estén mal distribuidas dentro de una misma sociedad y entre las distintas sociedades. La Constitución Política de la República de Chile vigente, en el Artículo 19 numeral 9 inciso 1° y 4° menciona "El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo" y "Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado". Por lo anterior, esta constitución no ampara la salud en todas sus dimensiones, no asegurando una protección de la salud, más bien solo pone mayor énfasis en la resolución de enfermedades y sólo

garantiza el derecho a elegir entre dos sistemas: uno público y otro privado. Esto impide que los ciudadanos puedan exigir este derecho. Es decir, la salud No es un derecho constitucional en la actualidad.

Enfoque de Determinantes Sociales en Salud:

Desde la perspectiva y de acuerdo a los planteamientos de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se plantea disminuir las inequidades en salud, las cuales deben ser consideradas un imperativo ético y de justicia social que se fundamenta en argumentos técnicos y políticos. El principio rector **es la equidad en salud**, definida como la ausencia de injusticia evitable y remediable o las diferencias en salud entre grupos sociales. De acuerdo a dichos planteamientos, la responsabilidad primaria de resguardar la equidad en salud recae en los gobiernos.

A partir de lo anterior, surge el enfoque de los **Determinantes Sociales de la Salud** (DSS), en cuya visión “el contexto mundial afecta la forma en que las sociedades prosperan mediante su impacto en las políticas públicas y normas tradicionales, y las relaciones internacionales. Esto a su vez determina la manera en que la sociedad organiza sus asuntos en el nivel local y el nivel nacional, lo que da origen a formas de jerarquía y crecen, aprenden, viven, trabajan y envejecen: su vulnerabilidad a las enfermedades; y las consecuencias para la mala salud” (CDSS-OMS 2009). El concepto de DSS surge con fuerza desde hace más 2 décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad.

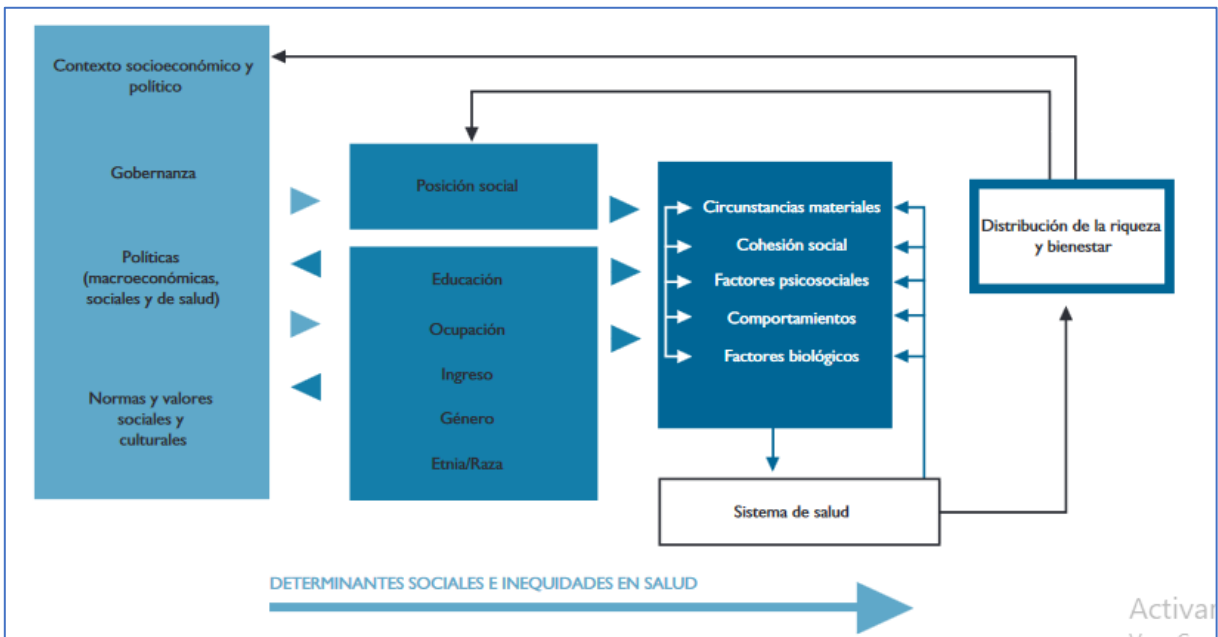
Uno de los DSS es el sistema de salud, cuyo alcance se visibiliza en el logro de los mejores objetivos sanitarios de las naciones. En ese sentido, el sistema de salud chileno es un sistema mixto de atención que está compuesto por el seguro público (Fondo Nacional de Salud-FONASA), y uno privado denominado ISAPRE. El rol del estado en cuanto a la protección de la población es otro determinante en salud.

El enfoque de intersectorialidad, nos indica en que todos los sectores - políticamente llamadas “carteras” o Ministerios - como: salud, educación, vivienda, hacienda, medio ambiente, trabajo, poder judicial entre otros, cuya labor debe confluir mancomunadamente para lograr que esta garantía sea efectiva desde el enfoque protector de salud y siempre apuntando a disminuir las inequidades. Considerando que cada cartera es un aspecto específico dentro de los DSS. Estos elementos son fundamentales en función de la configuración del Estado en el cuidado de salud de las personas, familias y comunidades. Se hace necesario fortalecer la implementación de políticas públicas, sin perder de vista la importancia del trabajo intersectorial como principal estrategia para mejorar la salud de la población, bajo el concepto de “Salud en todas las políticas”.

El medio ambiente tiene gran relevancia en la salud de la población y debe ser considerado como una determinante social de la salud de manera efectiva, La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos

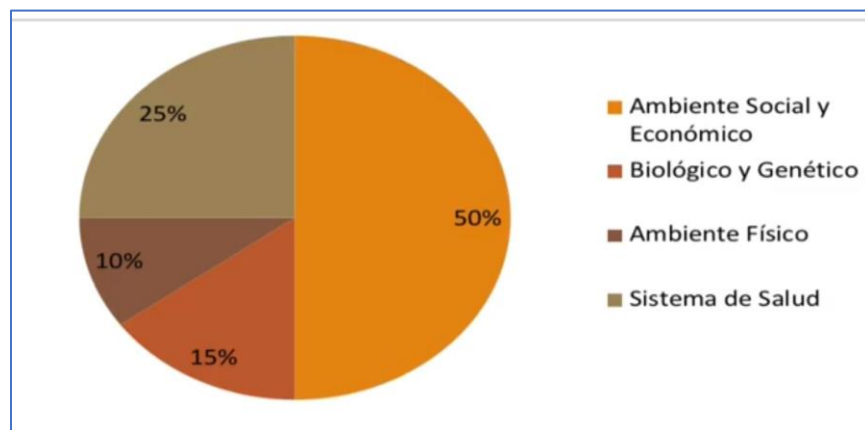
de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud. Por consiguiente, queda excluido de esta definición cualquier comportamiento no relacionado con el medio ambiente, así como cualquier comportamiento relacionado con el entorno social y económico y con la genética.

Cuadro 2. Interacción de los principales determinantes de la salud y los senderos que resultan en inequidades. (Solar O, Irwin A. 2007)



Según un estudio canadiense (Canadian Institute for Advanced Research,, Health 2005), se estima que el impacto de las determinantes sociales sobre el estado de salud de la población, en un 50% se configura por el ambiente social y económico, un 15% por factores biológicos y genéticos, un 10% por el físico y un 25% por el sistema de salud, como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Estimación del impacto de las Determinantes Sociales Sobre el Estado de Salud de la Población.



De la Seguridad Social:

En general cuando se abordan las temáticas sanitarias de como las naciones sientan las bases respecto a cómo se ejecutarán las acciones de salud, hablamos de tres contextos principales que constituyen los “sistemas de salud”, de los cuales mencionamos:

- Modelo mixto: coexistencia de atención privada y pública.
- Seguro único: con prestadores privados o públicos.
- Sistema nacional o universal: solo existe atención pública que el Estado provee y en la parte privada no es parte de la seguridad social, sino costo extra para la persona que accede a aquella prestación.

La encuesta de opinión publicada por el Instituto Nacional de Derechos Humanos de 2015 señala que el 65,7% de los encuestados considera que es de cargo del Estado la garantía y protección del derecho a la salud; el 30,8% opina que es una responsabilidad compartida por igual entre el Estado y la persona, y 3,2% que es una responsabilidad que recae principalmente en la persona. En la misma encuesta, el 82,3% de los consultados opina que obtener una atención en salud de calidad depende de cuánto se puede pagar, y en cuanto a la pregunta sobre los derechos menos protegidos; para el 31% el derecho a la salud.

El derecho a la seguridad social es un derecho humano, por lo tanto, establece obligaciones a los gobiernos de protegerlo y promoverlo, y es parte de los derechos económicos y sociales que deben estar consagrados en la Nueva Constitución. El Estado debe ser el garante del derecho a la seguridad social, en donde este desempeña un papel previsor muy importante al momento de introducir los derechos sociales en la legislación nacional y de promover el ejercicio de los mismos.

La seguridad social debe incluir el conjunto de políticas públicas que protegen a los individuos y familias de riesgos sociales: falta de ingresos debido a enfermedad, discapacidad, maternidad, accidentes de trabajo, desempleo, vejez o muerte de un miembro de la familia, falta de acceso a la atención de salud o sometimiento a valores excesivos de la asistencia médica, pobreza generalizada, apoyo familiar insuficiente (especialmente para el cuidado de niños y personas mayores) y exclusión social. Dicho lo anterior, nuevamente se puede relacionar estos de mejor manera y llegar a ser viable a través de un “Sistema Universal de Salud en un Estado de Bienestar Social”.

Del Sistema de Pensiones

Como parte de la seguridad social, sabemos por experiencia, entrega una tasa de reemplazo que es muy inferior a los ingresos de las personas y familias, lo cual es insuficiente para cubrir todas las necesidades de las personas en la edad del término de la vida laboral, influyendo en las condiciones físicas, sociales y mentales, traduciéndose en enfermedades en la población. Las inequidades en salud se profundizan con estas condiciones y más aún en esta edad, donde se concentra un alto nivel de comorbilidades.

“El propósito de la seguridad social es garantizar a los ciudadanos el acceso a prestaciones que les permitan alcanzar una estabilidad en sus ingresos, en el caso de aquellos que los pueden generar por sí mismos, y un nivel mínimo de subsistencia para quienes no pueden generar autónomamente tales ingresos. Una mayor o menor cobertura previsional incide en la capacidad de que los propios trabajadores financien sus pensiones una vez que se retiren. En la medida que la cobertura previsional sea baja habrá una mayor proporción de trabajadores que podrán acceder sólo a pensiones mínimas garantizadas o a pensiones asistenciales. Asimismo, una menor cobertura implicaría un menor valor promedio de las pensiones, con lo que los resultados del sistema de pensiones serían todavía menos satisfactorios” (CEPAL 2000).

Del Sistema de Salud:

Los sistemas de salud en distintos países están basados en la “universalidad, solidaridad y equidad” y cada sistema sanitario tiene tres objetivos fundamentales: mejorar la salud de la población, optimizar su experiencia y realizar las gestiones usando los recursos lo mejor posible.

Bajo estas premisas nacieron los Servicios Nacionales de Salud o modelo Beveridge y los Sistemas de Seguros Sociales conocidos por modelo Bismarck. En Europa, hasta once estados se rigen por el modelo Beveridge, entre los que destaca España, Portugal, Gran Bretaña o Finlandia, mientras que el sistema Bismarck es utilizado por los 17 países restantes, como Alemania, Francia, Holanda, o Grecia, entre otros.

El modelo Bismarck, se basa en que los ciudadanos disfrutan de atención sanitaria a través de organizaciones privadas y, para ello, tanto empresarios como trabajadores pagan cuotas que van directamente a las empresas que gestionan los servicios médicos. En este sistema el Estado es más bien un regulador de los servicios.

El modelo Beveridge, se basa en el acceso universal a la sanidad y en que todo servicio médico está directamente gestionado por el Gobierno. Es un modelo que está regulado por los impuestos, y como en los casos de España e Inglaterra, las prestaciones están controladas por el Estado.

Todas las Administraciones que se rigen por los sistemas Bismarck y Beveridge tienen diferentes servicios de copago y listas de espera en distintos grados. El modelo Bismarck es el que menos lista de espera tiene, dado a que en los países con estos sistemas es más apreciable el copago de servicios.

Se definen cuatro medidas fundamentales para avanzar hacia el Sistema Nacional Universal de Salud, con las cuales estamos de acuerdo y constituyen nuestra propuesta de incorporación a la nueva Constitución:

1. **Universalización y unificación de los diversos esquemas de aseguramiento existente** (FONASA, ISAPRE, FFAA, Seguros sociales contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales) en un único esquema de seguro, el cual modernice sus procesos y tenga un sistema de afiliación automática para todas las personas del territorio nacional.
2. **Unificación de todas las fuentes de financiamiento** de la atención de la seguridad social en salud, incluidos aportes fiscales, las cotizaciones de los trabajadores y las cotizaciones de empleadores por concepto de salud laboral.
3. **Creación de un Plan de Salud Universal** que cubra a todas y todos los afiliados del Sistema Nacional de Salud, tenga una cobertura integral de prestaciones (incluidas promoción, prevención, curación y rehabilitación y cuidados), y que contemple de forma amplia las prestaciones de salud, excluyendo sólo a aquellas que no tengan un resultado o eficacia demostrada. Este Plan de Salud Universal dará mayor protección financiera,

con especial énfasis en la cobertura de medicamentos, incluirá plazos de atención, y altos estándares de calidad.

4. Transformación de los seguros privados (ISAPRE), abandonando el rol sustitutivo que tienen actualmente, para transformarse en seguros de segundo piso con un rol privado alternativo de carácter voluntario y autofinanciado, ya que este será opcional a la garantía de Estado, con regulaciones que protejan a las personas de prácticas discriminatorias.

El cambio de paradigma que implica el reconocimiento del cuidado como derecho humano, que comprende la existencia del derecho a cuidar, a cuidarse y a ser cuidado, constituye la nueva cuestión social, imprescindible para generar las condiciones para una sociedad más justa y para que la promesa de igualdad de oportunidades para todas y todos, se encuentre más cerca de ser una realidad.

Principios orientadores del Sistema de Salud propuesto:

- a. Universalidad de la cobertura y de la atención.
- b. Uniformidad y equivalencia de los beneficios y servicios a las poblaciones urbanas y rurales.
- c. Equidad y distribución en la prestación de los beneficios y servicios;
- d. Irreductibilidad del valor de los beneficios y ajustes de las prestaciones, sostenibles en el tiempo.
- e. Equidad en la forma de participación en los costos.
- f. Diversidad en la base de financiamiento, preservando la naturaleza contributiva de la seguridad social.
- g. Carácter democrático y descentralizado de la administración
- h. Justiciable, es decir, supone una acción o garantía para reclamar su cumplimiento ante tribunales (p. ej. recurso de protección).

Del Financiamiento en Salud:

Manteniendo el principio de “Universalización”, para efectos de equidad en el financiamiento, se propone la unificación de todos los sistemas de aseguramiento existentes (FONASA, ISAPRE, FFAA, Seguros sociales contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, PRAIS) en un “Sistema Universal” para todas las personas habitantes del territorio nacional.

El Estado debe generar los mecanismos de regulación de tal manera que Chile se encuentre a la vanguardia de ofrecer a sus habitantes las mejores opciones y tratamientos que la comunidad científica nacional e internacional pueda generar. El sistema universal propuesto, solo determinará atención en la red única de salud que el Estado debe implementar, teniendo las personas la posibilidad de acceder a la red privada de atención de salud, esto con financiamiento propio y extra a la cotización obligatoria al sistema universal.

Datos del PIB y su evolución.

La salud es una de las principales fuentes de gasto de los países, tanto a nivel individual como a nivel gubernamental. En las últimas décadas, el gasto en salud en el mundo se ha elevado por sobre la expansión de las economías y la inflación, además de constituir una parte cada vez mayor del PIB de los países. (1)

El sistema de salud chileno, está compuesto por un gran fondo nacional de salud “FONASA” y un sistema privado “ISAPREs” instituciones de salud previsional.

Según encuesta casen 2017 estas cifras se distribuyen en 78% para FONASA y 14,4 para ISAPRE, el restante está en el sistema de salud de las fuerzas armadas y de orden y los sin previsión. Por otro lado, los afiliados de FONASA que cuentan con un ingreso per cápita de \$411.720 promedio y los afiliados a ISAPRE cuentan ingreso con un per cápita de \$1.146.336 promedio, es decir, un 64% más. Al analizar este simple hecho vemos que las personas más pobres están en el sistema público y las de mejores recursos en el sistema privado, creando desigualdades e inequidades en salud, dependiendo del ingreso per cápita el sistema de salud que pueda optar.

El gasto total en salud se compone de las siguientes fuentes de financiamiento (3):

- Los impuestos, directos e indirectos, administrados por el gobierno.
- Los tributos municipales o comunales, administrados por las municipalidades.
- La cotización obligatoria desde los trabajadores a FONASA o ISAPRE (7% de los ingresos imponibles), en virtud del régimen de seguro de salud.
- El pago adicional que realizan algunas personas para su afiliación a algún plan de las ISAPRE (costo adicional al 7% obligatorio), y el pago opcional de las personas que de manera independiente se afilian a una ISAPRE.

- Donaciones y contribución de fondos a instituciones privadas de salud sin fines de lucro.
- El copago de bienes y servicios de salud por medio de bonos, según aranceles fijados, a ISAPRE y FONASA, y el pago de préstamos de salud otorgados por FONASA.
- Gastos directos por pago de servicios asistenciales de la salud por las personas que no pertenecen a sistemas previsionales o cuya previsión no cubre dichos servicios.
- Gasto directo en la compra de bienes, especialmente medicamentos.
- Otros gastos, como el pago de bienes y servicios del área de la medicina informal o tradicional.
- El aporte de las empresas al Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y algunas donaciones de entidades externas.

El financiamiento del sistema se basa en aportes públicos y privados (principalmente basado en fondos de impuestos generales y cotizaciones salariales obligatorias), que se asignan y transfieren a las diversas entidades del sistema de salud, principalmente al ministerio de salud y sus entidades dependientes, a FONASA y aseguradoras privadas, servicios de salud y municipios para la administración de atención primaria, y convenios.

El aporte público proviene principalmente de los impuestos y de las cotizaciones obligatorias (7% de salarios) que se realizan al Fondo Nacional de Salud (en menor proporción, de otros sistemas de previsión y seguros, como el de las Fuerzas Armadas y de Orden). Entre las diversas fuentes del financiamiento del sistema de salud, destaca que más de un tercio (35%) es aportado por la cotización de los trabajadores, un cuarto es aportado por el Gobierno Central (26%) un décimo por pagos particulares. A su vez, el 58% del financiamiento público correspondió a las cotizaciones a FONASA y 39% al aporte fiscal del Gobierno Central (el resto correspondía al aporte propio de los municipios y transferencias de otros Ministerios al de Salud). El 73% del financiamiento privado total correspondió a gasto de bolsillo, 17% a cotizaciones y 10% a primas de seguros de salud (4).

Usando estadísticas de salud OCDE, en Chile el gasto total en salud pasó de representar un 6,6% del PIB en el año 2005 a representar un 9,1% del PIB en el 2019, acercándose al promedio de los países de la OCDE (8,8% del PIB). Este se desglosa en el gasto público en salud que es el 59,3% al año 2019, es el gasto del gobierno en salud del gasto corriente en salud equivalente a un 4,92% del PIB; y el gasto de bolsillo al 2019 es 33.9% del total de gastos en salud; este gasto de bolsillo en salud continua siendo excesivo y en alza en comparaciones con estadísticas OCDE. Aunque el gasto público en salud ha tenido un incremento sostenido recién en el año 2015 por primera vez alcanza el 4% del PIB y en el año 2016 por primera vez el gasto público en Salud supera el gasto privado (4,3 versus 4,2% del PIB), cuya cifra es baja comparado con la recomendación de la OMS (6% del PIB) y de los países de la OCDE (4,92% del PIB). A pesar de estos esfuerzos, aún hay importantes déficit en la atención que reciben nuestros ciudadanos, al menos comparado con los estándares de la OCDE.

El gasto per cápita en salud es otro factor a considerar y es un criterio de comparación, entre 2000 y 2019, el gasto en salud per cápita aumentó de US\$ 668 a US\$ 2.159, siendo el promedio OCDE US\$ 4.224 para el periodo 2019. A pesar de ese aumento, la proporción del gasto privado es mayor que la del público, lo que dificulta alcanzar universalidad con equidad y eficiencia en el sistema de salud. Además, podemos exponer que Chile es el cuarto país que menos gasta en salud de los países de la OCDE, con estas cifras difícilmente podemos llegar al sistema de salud que esperamos para nuestro país. (3)

De la Situación Demográfica:

Chile se encuentra desde la década de 1960, en un proceso continuo de cambio en la estructura de la población y de las causas de enfermedad y mortalidad. Estos cambios constituyen la transición demográfica epidemiológica respectivamente.

Las variaciones demográficas y socioeconómicas contribuyen a largo plazo a cambiar los patrones de salud y enfermedad, dando lugar a la transición epidemiológica. En la mayoría de los países de América Latina tienen cada vez más importancia las enfermedades crónicas y degenerativas. La transición epidemiológica, caracterizada por la coexistencia de enfermedades crónicas y accidentes con enfermedades infecciosas, varía en función del ritmo de los cambios demográficos y de los procesos de urbanización e industrialización.

Entre 1950 y 2000, América Latina disminuyó su fecundidad en 53% y Europa en 47%. Los países latinoamericanos, donde se ha registrado una mayor rapidez en el descenso de la fecundidad son: Costa Rica, Brasil, México y República Dominicana, cuya disminución fue del 60%. En este mismo periodo, en Chile la fecundidad bajó en 56%.

En la región latinoamericana, en general existe una tendencia hacia el Envejecimiento Poblacional, caracterizada por:

- Disminución de la Mortalidad.
- Disminución de la Fecundidad.
- Aumento de la Esperanza de Vida.

El porcentaje de adultos mayores en la región, entre los años 1950 y 2000, aumentó de un 6% a un 8% y los menores de 15 años, se redujeron de un 41% a 32%. En términos demográficos, el envejecimiento poblacional alude al aumento de la importancia relativa de personas de 60 años y más de edad y a una prolongación cada vez mayor de la esperanza de vida al nacer.

En Chile, la población ha envejecido progresivamente debido a la disminución de la natalidad y al aumento de la esperanza de vida. La cual para el quinquenio 2010-2015 es 79,1 años (76,1 años para los hombres y 82,2 años para las mujeres). De acuerdo a datos de la OMS, desde el año 2017, Chile es el país con mayor esperanza de vida en Latinoamérica. Según la misma OMS en el año 2018, es que Chile es el único país de la región que supera los 80 años de esperanza de vida media; registro que a nivel global logran sólo 29 países. Respecto a la esperanza de vida al nacer, Japón es el primero con una edad promedio de 83,7 años. Le siguen Suiza y Singapur con 83,4 y 83,1 años, respectivamente. Según el Banco Mundial, desde 1960 que la curva en Chile no se ha detenido y se estima que la esperanza de vida de las mujeres romperá la barrera de los 90 años en 2030.

Antecedentes de Censo poblacional.

Los resultados del censo de población y vivienda 2002, revelan una disminución en la tasa de crecimiento de la población chilena. En 10 años, la población creció un 12,8% a un ritmo promedio anual de 1,2%. Considerando el período 2002-2017, la tasa media anual de crecimiento de la población se ubicó en 1,06%. Este bajo crecimiento, sitúa a Chile como el tercer país más envejecido de latinoamérica, luego de Cuba y Uruguay.

Los resultados entregados reflejan que la población en Chile está envejeciendo aceleradamente y si bien sigue creciendo, cada vez lo hace de forma más lenta. En el Censo de 1992, 6,6% de las personas tenía 65 y más años, en el Censo 2017 este grupo etario representó 11,4%. Chile experimenta un proceso de Transición Demográfica avanzada en la cual tiende a disminuir el riesgo de morir a toda edad, con esto aumenta el porcentaje de personas mayores.

En 2019 la población total a nivel nacional proyectada es de 19.107.216. De estos:

- un 11,8% a los mayores de 65 años
- un 68,7% pertenecen al grupo de entre 15-64 años y
- un 19,5% al grupo de entre 0 y 14 años.

Se estima que para 2035, sean 18,9%, 65,0% y 16,1% respectivamente.

El fenómeno migratorio en Chile, se ha acrecentado en los últimos años, la estimación de extranjeros residentes en Chile alcanza 1.492.522 al 31 diciembre 2019 (INE). Lo cual exige crear políticas de salud que consideren la perspectiva cultural y étnica en el sistema de salud chileno.

De la Situación Epidemiológica:

En la sociedad global actual, por lo general, las enfermedades infecciosas, son reemplazadas por las enfermedades no transmisibles, habitualmente crónicas, que empeoran con los años y que están relacionadas con los estilos de vida.

Chile cuenta con indicadores epidemiológicos de país desarrollado, este se caracteriza por que aumenta la mortalidad y morbilidad secundaria a Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) asociadas a factores de riesgo prevenibles y a causas externas previsibles (accidentes, asesinatos y suicidios).

Según la Encuesta de Calidad de Vida (ENCAVI) de 2015 - 2016, hay una buena autopercepción de calidad de vida y salud, no obstante, la distribución por sexo, edad y nivel educacional es desigual. Las mujeres, las personas de mayor edad y de menor nivel educacional presentan peores evaluaciones en su calidad de vida y estado de salud. De igual forma, este mismo grupo presenta una carga de enfermedades mayor, concentrando dos o más enfermedades crónicas. En términos de hábitos, se evidencia una disminución en el consumo y exposición a tabaco, comparado con estudios anteriores.

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, Chile se encuentra en una situación de alta prevalencia de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles y baja en factores protectores. Esta encuesta nos permite visualizar una sociedad con importantes inequidades y diferencias en la prevalencia de enfermedades, según años de estudio cursados, edad y sexo; evidenciando la relevancia de considerar los determinantes sociales de la salud en la construcción de políticas públicas. Se observa un cambio positivo en la prevalencia de consumo de tabaco destacando la disminución a nivel nacional y en la exposición en el hogar. Factores de riesgo como el alcohol, el sedentarismo y la malnutrición por exceso nos desafían a buscar nuevas estrategias que ayuden a la población a mejorar su condición.

Si bien es cierto una característica epidemiológica en Chile son los grandes progresos en los Indicadores de Salud en los últimos años, no es menos cierto que esto se ha llevado a cabo con presencia de marcadas inequidades en materia de salud hasta el día de hoy, pero en menor proporción, lo que se puede evidenciar en la encuesta CASEN, donde al año 2006 existía un 29,1% bajo la línea de la pobreza, disminuyendo progresivamente a 8,6 en 2017. Tanto la incidencia de pobreza como la de pobreza extrema se han reducido considerablemente desde 2006 a la fecha. En 2017, el 8,6% de la población se encuentra en situación de pobreza por ingresos (1.528.284 personas) y 2,3% en pobreza extrema (412.839 personas).

De la Interculturalidad y la Pertinencia Cultural en Salud:

La salud debe estar contextualizada en un “Estado Plurinacional”, el cual resguarde los derechos de los pueblos originarios e indígenas, esto en virtud de que Chile es un país complejo en ámbitos de impacto y diversidad cultural y étnica. En el marco de la nueva Constitución, se debe garantizar la “Pertinencia Cultural” y la “Medicina Integrativa” y así se asegure la protección y preservación de la cultura y medicina ancestral, además de otros aspectos relacionados a la cosmovisión.

La interculturalidad en salud promueve el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y elementos terapéuticos en el mejoramiento de la salud de la población.

La pertinencia cultural en salud se deriva del principio de “derecho a la diferencia” y quiere decir “adecuado a la cultura”. En el caso de su aplicación a la prestación de servicios públicos en salud, busca que estos sean conceptualizados, organizados e implementados tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos, de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten la forma de vida de los pueblos indígenas.

Cuando se brindan servicios públicos de salud con pertinencia cultural estos deben estar dirigidos a respetar, reproducir, reforzar y recuperar los elementos sagrados de los sistemas de salud de los pueblos originarios, respetando sus valores y cosmovisión.

Los logros científicos de la medicina occidental, en todo momento, respetarán la lógica, los actores y la organización de los sistemas de salud originarios, considerando que esta ciencia ancestral lleva desarrollándose desde tiempos inmemoriales.

La propuesta de esta federación radica en que la interculturalidad y la pertinencia cultural en salud deban estar presentes en la carta magna, tal como se expresa en el Boletín 13.167-07 del Congreso Nacional.

De la Educación en Salud con Enfoque Integral:

La educación es considerada la vía más adecuada para alcanzar el desarrollo humano y sostenible, por cuanto además de intervenir en determinantes sociales de orden estructural, fomenta el desarrollo de competencias que incluyen conocimientos, habilidades y destrezas que desarrolla una persona para comprender, transformar y participar en el mundo en el que vive, por tanto se hace necesario abordarla, no solo desde el ámbito de las instituciones educativas y de los individuos, sino desde las formas de gobierno, desde el desarrollo de políticas educativas, el acceso y calidad de la educación. Experiencias que se basen en uno de los ejes fundamentales de la promoción de la salud como es la educación y la comunicación para lograr la salud y el desarrollo humano.

Se entiende la educación para la salud con enfoque integral como un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo (Proinapsa, 2014). Aprendemos para vivir mejor, no solo en lo individual sino en lo grupal y colectivo.

De igual modo es una estrategia de la salud pública y la promoción de la salud que utiliza diversos métodos educativos, políticos y de acción social, basados en la teoría, la investigación y la práctica, para trabajar con individuos, grupos, poblaciones, comunidades e instituciones con el fin de fomentar la toma de decisiones favorables a la salud, el análisis crítico de la información, el entendimiento de los determinantes de la salud y el compromiso con la acción social y colectiva (Arroyo, 2012).

La Alfabetización en salud, el cual se definió como “las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1998). “La alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta” (Sorensen et al., 2012).

Existen tres niveles de la Alfabetización para la salud (AES): Funcional, Interactiva y Crítica (Nutbeam, 2000). La AES funcional se refiere a la información; la interactiva (u operativa) al desarrollo de habilidades y, por último, la AES crítica está relacionada con mejorar la capacidad de actuar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud, así como en el empoderamiento comunitario. Esta clasificación plantea que los diferentes niveles de alfabetización permiten progresivamente una mayor autonomía y empoderamiento personal, en cuanto a la toma de decisiones sobre cuestiones de salud, así como del conocimiento de los determinantes de salud, personales y sociales.

Con esta visión, se hace necesario la incorporación de la alfabetización para la salud desde la educación formal, un trabajo intersectorial real y efectivo entre ministerio de educación y salud, que se incorpore en las mallas curriculares de la educación formal y

en la vida laboral y post laboral, con el solo objetivo de tener una población más consciente, más sana y más activa. Esto involucra la promoción del máximo nivel de salud y la prevención de enfermedades, lesiones y complicaciones.

Desde el aspecto educativo y como este debe relacionarse íntimamente con la salud, el Estado de Chile debe asegurar la “Educación para la Salud” como garantía constitucional y operacionalizarla no solo a través de la red asistencial y la atención primaria de salud, sino que, para vincularla a la formación en todo el ciclo de la vida, esta debe enmarcarse en las políticas públicas educacionales, inmersas en sus programas de estudio y mallas curriculares, con tuición sanitaria, desde la educación preescolar, escolar y técnica, profesional y universitaria. Desde el aspecto educativo, el Estado debe asegurar que la educación para la salud sea considerada como una “cultura saludable” en la sociedad chilena.

Del Enfoque de Género:

Promover la inclusión del enfoque de género para alcanzar la igualdad y equidad en salud, debe ser un objetivo común e ineludible a todos los niveles del sistema de salud. Es necesario incorporar marcos teóricos y enfoques que abarcan el concepto de salud integral, que considera la salud como un proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida. Es obligatorio hablar de factores sociales y de vulnerabilidad psicosocial y cómo esta interviene en la salud de forma diferente a hombres y mujeres y, a menudo, generan discriminación, desigualdades e inequidades que repercuten directamente sobre el proceso de salud. Se debe repasar las categorías componentes del enfoque de género: morbilidad diferencial, sesgo de género, desigualdades en el estado de salud y en la atención en los servicios y análisis de determinantes psicosociales de género.

Existe una construcción cultural y social distinta para cada sexo -construcción de género-, y puede haber diferencias debidas a estas construcciones de género en el estado de salud y en la atención sanitaria. En la sociedad existe jerarquía entre los sexos, siendo aún a veces subvalorado o discriminado lo femenino y existiendo relaciones de poder entre hombres y mujeres, las cuales son las relaciones de género. Las posibles diferencias de salud, tanto debidas al sexo, como motivadas por factores y relaciones de género, pueden resultar discriminatorias y ser injustas y evitables. Es decir, pueden ser desigualdades e inequidades de género en el estado de salud y en la atención sanitaria.

Mientras que existan necesidades propias de las mujeres, diferentes a las de los hombres, -como atención al parto, o accesibilidad al aborto voluntario, o métodos anticonceptivos, a la salud reproductiva, climaterio o atención a los malos tratos de la pareja, entre otros-, en que las mujeres tienen necesidad de atención específica para promover su salud, autonomía y capacidad de elección, seguirá siendo necesario tomar medidas positivas en la línea de salud de las mujeres.

Las Desigualdades de Género añade a la línea de salud de las mujeres una visión en la que el problema no son sólo sus necesidades específicas, sino la relación jerarquizada entre ambos sexos y discriminatoria de lo femenino. El problema no son las mujeres, sino las mujeres, los hombres y la discriminación. Se trata de identificar las desigualdades en el estado de salud. Puede aparecer en la recepción de las demandas en los servicios sanitarios, en el esfuerzo diagnóstico, en el esfuerzo terapéutico y en la investigación; así mismo, el sesgo de género contribuye a producir desigualdades e inequidad. Tanto la invisibilidad de la morbilidad diferencial como los sesgos de género en la atención son debidos a la influencia de estereotipos de género activos en la sociedad y en el medio sanitario. Se están incorporando así los estereotipos y discriminación de género como potenciales explicaciones de desigualdades y sesgos por sexos.

Las desigualdades de género no tratan ya sólo de los problemas del ciclo vital o salud sexual y reproductiva, sino que afecta a cualquier problema de salud y al sistema de atención. Se asocia cada vez más al de otras variables determinantes de salud, como la edad, la clase social, el nivel educativo, trabajo, etnia y cultura de origen, que forman un poderoso sistema de interrelaciones. Por ejemplo, siempre la pobreza se suma para

empeorar los resultados de salud en ambos sexos, pero mucho más acentuado en las mujeres

De la Vivienda y Urbanismo para la Salud:

Al mirar los aspectos de DSS surge como un imponderable las condiciones mínimas que garanticen desde la vivienda y el urbanismo, un ambiente favorable y protector para la salud. Desde esta perspectiva podemos señalar los siguientes aspectos vinculados a esta importante determinante:

- Ciudad amable y no agresiva con condiciones de seguridad y fácil desplazamiento, con espacios adaptados en términos de inclusión.
- Áreas verdes, sin contaminación ambiental y acústica, señalizaciones claras, pavimentos lisos, iluminación adecuada.
- Construcción de vivienda, debe considerar aspectos técnicos que eliminen barreras arquitectónicas y garanticen condiciones de seguridad en la vivienda y su entorno inmediato. Con el objetivo de disminuir y eliminar el hacinamiento.
- Espacios para el esparcimiento, recreación y para el buen aprovechamiento del tiempo libre.
- Coordinación de servicios comunitarios con Salud, Seguridad, Asistencia Social oportunos y de fácil acceso para su lugar de residencia.
- Principal preocupación en las condiciones de urbanismo como por ejemplo el saneamiento ambiental, acceso al agua y energía eléctrica, comunicaciones, etc.
- Medidas de saneamiento básico en zonas rurales.
- Ambientes sustentables y disposición de basura.

De la Salud Mental:

Entendiendo la salud mental como un estado dinámico de bienestar, durante todo el ciclo de la vida, expresado a través del comportamiento, se entiende que la nueva Constitución debe propender a que exista dicho estado, de tal forma que la persona sea consciente de sus propias capacidades, que las pueda desarrollar y afrontar las tensiones de la vida diaria, trabajando y contribuyendo a la comunidad, desplegando sus recursos emocionales, cognitivos y mentales, para trabajar y establecer relaciones significativas. Con la respectiva pertinencia cultural, étnica y de género.

La Organización Mundial de la Salud, reconoce tres formas en que los países han abordado la regulación de la salud mental, la forma ideal es integrando componentes de salud mental en diversas leyes, a la vez que cuentan con una legislación específica al respecto.

De las Tecnologías en Salud:

Para el logro y éxito del Sistema de Salud propuesto, las nuevas tecnologías sanitarias son un eje fundamental y estas deben ser de altos estándares de calidad y asequibles a toda la población. Contar con una red asistencial nacional con una fortalecida red informática, logrará un “Registro Único Nacional de Salud”, la que contemplará los datos biosociodemográficos de todas las personas, implementando la ficha clínica electrónica aplicable a todos los niveles de atención, evitando así gastos y burocracias innecesarias. Otros elementos tecnológicos a considerar, en el cuidado de la salud, en la prevención, diagnóstico, tratamiento son los laboratorios clínicos, centros de imagenología, farmacia, apoyos técnicos como órtesis y prótesis, etc.

De la Formación de los Profesionales en Salud:

Contar con profesionales de salud suficientes y acreditados; cada actor con sus roles claros y especificados respecto al ámbito de competencias. Se debe determinar la exclusividad universitaria para las profesiones de la salud, en el contexto que la salud y vida constituyen los bienes más preciados para las personas, siendo esta última insustituible, hace extremar las medidas desde la formación universitaria de cada una de las disciplinas en virtud del valor de la vida humana. Se debe puntualizar que los estamentos técnicos y auxiliares, deben continuar formándose en los centros educacionales que este ámbito en la nueva Constitución establezca, los cuales deben estar formados por los profesionales del área respectiva.

De la Salud Laboral

De la Fiscalización y Regulación

Propendiendo a aumentar el rol del estado en organismos reguladores y fiscalizadores. La existencia de un Tribunal Constitucional como máximo referente que vele por los derechos fundamentales en un estado social de derecho. Creación de un organismo descentralizado como una especie de contraloría por sectores como contraloría de salud, que se encargue de la satisfacción de la atención de la población en salud. Con participación activa y vinculante de usuarios, trabajadores y autoridades gubernamentales. Cuyos análisis y resultados sean compartidos transparentemente a toda la población.

PROPUESTA FENASENF: SALUD EN LA NUEVA CONSTITUCIÓN.

Derecho a la salud en un Sistema Nacional Universal de Salud, a cargo del Estado, quien garantizará el máximo potencial de bienestar de salud física, mental y social, además de la protección de la salud a todas las personas, familias y comunidades en todo el ciclo de la vida, con pertinencia cultural, étnica y de género, bajo el concepto de Derecho Social y abordando sus Determinantes Sociales.

Es deber del Estado garantizar las acciones de protección de la salud mediante promoción de salud y prevención de enfermedades y lesiones con énfasis en la educación para la salud basado en el cuidado y el autocuidado, así también el Estado debe dar asistencia en la restauración de la salud y rehabilitación en caso de perderla mediante el acceso, oportunidad, calidad y cobertura de atención en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de las personas quienes además, podrán elegir acceder al sistema privado de salud, de manera opcional y autofinanciada, a la garantía estatal.

CONSIDERANDOS.

- Según la reforma al Capítulo XV de la Constitución, abrió paso a la elaboración de una Nueva Constitución, la que se someterá a plebiscito. Esta deberá respetar el carácter de República del Estado de Chile, su régimen democrático, las sentencias judiciales firmes y ejecutoriadas **y los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes**. Los tratados dependen de la continuidad jurídica del Estado, no de la Constitución”.
- Los derechos sociales deben ser la base de la nueva constitución.
- El rol del Estado en base al modelo subsidiario, ha tenido en nuestra experiencia país, un impacto negativo al definir el sentido y alcance de la protección del derecho a la salud en todas sus dimensiones.
- El Sistema de Seguro Único, mantendría la puerta abierta a la relación público-privada, esto perpetuaría las inequidades en salud, fragmentando entre la salud pública y privada y el acceso según nivel de ingreso económico.
- Se propone Sistema Nacional Universal, que contemple todas las determinantes de la salud. Todo fundamentado en el rol de un Estado solidario que garantice el modelo de desarrollo que proporcione el máximo nivel de bienestar físico y mental de todos los ciudadanos.
- En el reconocimiento al derecho a la salud, ¿Cuál será el poder político que regulará y resguardará el debido cumplimiento de la política Constitucional en todos sus ámbitos?
- Enmarcar las medidas de promoción y prevención en salud, constituirá una herramienta para fortalecer políticas públicas en términos de tener un sistema, sociedad y entorno que proteja la salud.
- Chile debe generar políticas de Salud para las personas mayores, centrada en Promoción y Prevención, con énfasis en el Autocuidado, el Envejecimiento activo y saludable.
- La salud debe estar contextualizada en un “Estado Plurinacional”, el cual resguarde los derechos de los pueblos originarios e indígenas, esto en virtud de Chile ser un país complejo en ámbitos de impacto y diversidad. En el marco de la Nueva Constitución, se debe garantizar la “Pertinencia Cultural” y la interculturalidad.
- Educación para la salud
- Salud Mental

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Artaza Barrios O, Méndez CA. Crisis social y política en Chile: la demanda por acceso y cobertura universal de salud. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e16. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.16>
2. Atria, Fernando; Larraín, Guillermo; Benavente, José Miguel; Couso, Javier; Joignant, Alfredo (2013). El otro modelo. Del orden neoliberal al régimen de lo público (Santiago, Random House Mondadori S.A. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2586865&pid=S0718-5200201600010000400003&lng=es
3. Canadian Institute for Advanced Research,, Health Canada, (2002) citado en Philip O'Hara (2005) Creating Social and Health Equity: Adopting an Alberta Social Determinants of Health Framework.
4. Congreso Nacional. Boletín 13.167-07
5. Encuesta Nacional de Derechos Humanos, Instituto Nacional de Derechos Humanos [Fecha de consulta: 13 de abril de 2016]. [Disponible en: <http://www.indh.cl/encuesta-nacional-de-derechos-humanos-2015-3>].
6. Estudio Nacional de Opinión Pública, Centro de Estudios Públicos de Chile [Fecha de consulta 13 de abril de 2016]. [Disponible en: http://www.cepchile.cl/1_6166/doc/estudio_nacional_de_opinion_publica_noviembre_2015.html#.VxJahzB97IU].
7. Figueroa García-Huidobro Rodolfo. "El Derecho a la Salud". Estudios Constitucionales, Año 11, N°2, 2013, pp. 283-332. ISSN 07180195 Centro de Estudios Constitucionales de Chile Universidad de Talca. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-52002013000200008&script=sci_arttext
8. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments) <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
9. Sesión 190, Actas Oficiales de la Comisión Constituyente, miércoles 17 de marzo de 1976 [visitada el 15 de abril de 2016].
10. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2007.

De la Salud Mental:

**MINUTA PROYECTO DE LEY
SOBRE PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL. BOLETINES N°S 10.563-11 Y
10.755-11, REFUNDIDOS 9 ene. 2017**

*** Arenas de Mesa Alberto. Cobertura previsional en Chile: Lecciones y desafíos del sistema de pensiones administrado por el sector privado. CEPAL, 2000.

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5083/S00121040_es.pdf?sequence=1
&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5083/S00121040_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)