

4

Territorios y derechos humanos

**DERECHO A UN MEDIO
AMBIENTE** libre
de contaminación

DERECHO A LA SALUD
en regiones

1

DERECHO A UN MEDIO AMBIENTE LIBRE DE CONTAMINACIÓN



Fotografía: Enrique Cerda

DERECHO A UN MEDIO AMBIENTE LIBRE DE CONTAMINACIÓN



ANTECEDENTES

A efectos de avanzar en la promoción y protección del derecho a un medio ambiente libre de contaminación, y transcurridos más de tres años desde su elaboración, en agosto de este año el INDH publicó una versión actualizada del Mapa de Conflictos Socioambientales, el que registró un incremento de casos, pasando de 98 (2012) a 102 (2015). Para este capítulo se propone describir las principales tendencias de este catastro, además de analizar los factores que le subyacen, de modo de comprender los factores que desencadenan o propician las controversias de índole socioambiental. Esto, además de la respectiva revisión de estándares internacionales relativas a medio ambiente, la normativa vigente y la institucionalidad que la aplica en Chile, así como el seguimiento a las recomendaciones realizadas anteriormente por el INDH en este ámbito.

La crisis socioambiental ocurrida en la región de Los Lagos en mayo de 2016, que provocó el cierre preventivo del borde costero y la declaración de alerta sanitaria para el consumo de mariscos, producto de la proliferación de marea roja relacionada por algunos actores al vertimiento de 9.000 toneladas de salmones descompuestos al mar con autorización de SERNAPESCA, generó movilizaciones sociales que mantuvieron paralizada y aislada a la provincia de Chiloé por 18 días. Esto llevó al INDH a desarrollar una misión de observación entre el 30 de mayo y el 3 de junio, de modo de verificar en terreno las potenciales afectaciones al derecho a un medio ambiente libre de contaminación y otros derechos conexos¹.

¹ A la fecha de elaboración de este Informe, el reporte final de la misión se encontraba a la espera de su aprobación por el Consejo del INDH.

Si bien se desarrollaron investigaciones científicas para buscar las causas de la marea roja —una encargada por el gobierno a la denominada “Comisión Marea Roja” y otra ejecutada por la ONG Greenpeace—, ambas recibieron críticas tanto a las metodologías aplicadas como a sus hallazgos, divergentes unos de otros.

Por un lado, el estudio gubernamental descartó una relación causal entre el vertimiento de peces al mar y la marea roja, señalando que “se debe considerar que al momento de realizar el vertimiento, ya existían floraciones algales nocivas, más conocidas como marea roja, en diferentes puntos de la región de Los Lagos y Aysén. Por tanto, el vertimiento no se puede considerar agente causal de la floración” (Comisión Marea Roja, 2016, pág. 18). Por su parte, los resultados de Greenpeace arrojan que “si bien el *bloom* de algas estaba presente en la zona con anterioridad al vertimiento, el salmón vertido actuó como un ‘fertilizante’ de este aumentando su magnitud, intensidad y alcance. Esencialmente la decisión del gobierno de autorizar el vertido en descomposición en la misma zona que ya presentaba *bloom*, empeoró la situación desencadenando la crisis social y ambiental en Chiloé” (Greenpeace, 2016, pág. 1).

En virtud de esta divergencia, el Presidente de la Asociación para la Defensa del Ambiente y la Cultura de Chiloé (ADAC) señaló la necesidad de contar con una comprensión integral o ecosistémica del fenómeno, pues “los simples monitoreos de parámetros y variables ayudan, pero están lejos de ser suficientes y acertados como estrategia de pronóstico de Mareas Rojas. Más aún cuando estos monitoreos no han considerado la concentración de amonio, compuesto orgánico que favorece el crecimiento poblacional de *Alexandrium Catenella* y gatilla mareas rojas, las intensifica y aumenta su toxicidad” (Antezana, 2016).

Esta crisis generó grandes pérdidas no solo para la salmicultura sino también para los pescadores artesanales y mitilicultores, afectando la economía local en diferentes escalas. Los habitantes de la zona responsabilizaron de esto a la industria del salmón, señalando que durante más de 25 años ha operado con bajos estándares sanitarios, ambientales y laborales (Liberona, 2016).

En tanto, el gremio salmoniculor –mediante su Gerente General, Sr. Felipe Manterola– señaló en su momento que “[e]stamos ante un fenómeno de El Niño más agresivo del que se tenga registro, y esto hoy día ha golpeado más fuertemente a la región de Los Lagos que a cualquier otra región, especialmente a Chiloé. [...] Hay un enorme desconocimiento de la industria salmicultora, y gran parte de esto es responsabilidad nuestra (del sector), por no haber sido capaces de mostrar el gran desarrollo que ha tenido y los cambios que ha hecho en sus operaciones. Tenemos que ser más efectivos en comunicar por qué no existe un efecto, [que] estamos ante un fenómeno global” (*El Mercurio*, 2016, pág. B9).

Además de las evidentes consecuencias sociales y ambientales, esta situación puso en debate el rol de las industrias y los monocultivos en los territorios, particularmente en este caso, la crianza de salmónidos y sus repercusiones² en el mar del sur de Chile. Se espera que las responsabilidades correspondientes se esclarezcan y se tomen las medidas de reparación apropiadas, que permitan un desarrollo económico sustentable y respetuoso de los derechos humanos.

Otro hecho relevante del año fue el término del mandato de la Comisión Asesora Presidencial para la evaluación del Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental (SEIA), cuyo informe contiene 25 propuestas y conclusiones, las que serán revisadas en el marco de este capítulo, particularmente en relación con el ámbito de participación y consulta indígena, en el que el INDH fue convocado a emitir su opinión.

Los problemas y desafíos ambientales que enfrenta el país en el contexto de las políticas de crecimiento económico impulsadas por el Estado son resaltados por la Organización

para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) en su reciente evaluación del desempeño ambiental de Chile. Junto con relevar los esfuerzos realizados desde el Estado en materia de marcos regulatorios y políticas ambientales, se sostiene que:

“[...] el consumo de energía y materiales, las emisiones de gases de efecto invernadero y la generación de residuos continuaron su curso alcista de la mano del crecimiento económico. Entre los miembros de la OCDE, Chile tiene una de las economías más intensivas en el uso de recursos, lo que refleja el papel clave que desempeñan la extracción y la fundición de cobre, la agricultura, la silvicultura y la pesca. La contaminación atmosférica continúa elevada, sobre todo en las grandes zonas urbanas e industriales. Más del 95% de los residuos se descargan en vertederos. La escasez de agua y la contaminación constituyen temas preocupantes en las zonas donde se concentran la minería y la agricultura (las regiones del norte y del centro, respectivamente). Las distorsiones en la asignación y el comercio de derechos de aprovechamiento de aguas, y la falta de una gestión integral de los recursos hídricos traen aparejada la sobreexplotación de algunos acuíferos y exacerban los conflictos locales” (CEPAL & OCDE, 2016, pág. 17).

Por último, en relación con las amenazas a la biodiversidad que las políticas de crecimiento económico han generado e intensificado, el mismo informe señala:

“A raíz de la creciente actividad económica, de una mayor extracción y uso de recursos naturales, y del desarrollo y la expansión de la infraestructura, se intensifican las presiones que sufre la variada diversidad biológica de Chile. La profunda desigualdad en materia de ingresos exacerba los conflictos ambientales y alimenta la desconfianza. Los objetivos relacionados con la diversidad biológica se están integrando progresivamente en otras áreas de política, como la agricultura, la silvicultura y la minería, pero aún no se han materializado resultados tangibles” (CEPAL & OCDE, 2016, pág. 20).

2 Una hipótesis no confirmada al respecto plantea la eutrofización de las aguas producto de la acumulación de materia orgánica, contaminación, antibióticos y otras sustancias en el fondo marino, catalizando la aparición de marea roja y alterando el ecosistema.

ESTÁNDARES INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS Y NORMATIVA NACIONAL

Como se ha señalado en años anteriores³, “si bien el derecho a un medio ambiente libre de contaminación se encuentra establecido en algunos tratados internacionales ratificados por Chile así como en nuestra Constitución Política⁴, la generalidad de los instrumentos vinculantes no lo reconoce explícitamente” (INDH, 2015c, pág. 172).

Entre los instrumentos ratificados es posible encontrar obligaciones estatales en materia ambiental en la Convención sobre Diversidad Biológica⁵, la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático⁶ y el Protocolo de Kyoto⁷, la Convención de los Derechos del Niño⁸ y el Convenio 169 de la OIT⁹. Por otra parte, existen estándares que se encuentran en tratados no ratificados por Chile o de los que no forma parte, como el Protocolo de San Salvador¹⁰ o el Convenio de Aarhus¹¹. Por último, deben tomarse en cuenta los criterios y elementos contenidos en documentos internacionales no vinculantes como los contenidos en los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos, el Pacto Global de Naciones Unidas, la Declaración de Estocolmo sobre el Medio Ambiente Humano, la Carta Mundial de la Naturaleza, la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, la Resolución 45/94 de Naciones Unidas sobre la necesidad de asegurar

3 Para mayor detalle revisar los capítulos “Derecho a un medio ambiente libre de contaminación” de los Informes Anuales 2011 y 2012; “Empresas y derechos humanos” y “Derecho al agua” del Informe Anual 2013; “Derecho a un medio ambiente libre de contaminación: zonas de sacrificio e institucionalidad ambiental” del Informe Anual 2014; y “Derecho a un medio ambiente libre de contaminación” del Informe Anual 2015.

4 El art. 19 N° 8 establece “La Constitución asegura a todas las personas: El derecho a vivir en un medio ambiente libre de contaminación. Es deber del Estado velar para que este derecho no sea afectado y tutelar la preservación de la naturaleza. La ley podrá establecer restricciones específicas al ejercicio de determinados derechos o libertades para proteger el medio ambiente”.

5 Ratificada por Chile en 1994.

6 Ratificada en 1994.

7 Ratificado en 2002.

8 Art. 24.2 letra c).

9 Arts. 4.1, 7.3, 7.4 y 32.

10 Art. 11. Tratado no ratificado por Chile.

11 Tratado de alcance europeo, pero que establece las bases de la justicia ambiental.

un medio ambiente sano para el bienestar de las personas y la Declaración de Johannesburgo sobre el Desarrollo Sostenible.

A nivel nacional, la legislación ambiental general está compuesta por la Ley 19.300 sobre Bases Generales del Medio Ambiente, reformada en 2010 por la Ley 20.417 que creó el Ministerio del Medio Ambiente, el Servicio de Evaluación Ambiental y la Superintendencia del Medio Ambiente; la Ley 20.600 que creó los Tribunales Ambientales y el Reglamento del Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental¹². A este marco general se agrega el Decreto 66 del Ministerio de Desarrollo Social que establece el procedimiento de consulta indígena, así como las diversas normativas sectoriales que regulan las actividades productivas o extractivas que pudieran tener efecto sobre el medio ambiente, particularmente en los ámbitos de agua, minería, energía, forestal, pesca e infraestructura¹³.

COMISIÓN ASESORA PRESIDENCIAL PARA LA EVALUACIÓN DEL SEIA

El Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental (SEIA) constituye uno de los principales instrumentos preventivos de gestión ambiental, cuyo origen se encuentra en la Ley 19.300 sobre Bases Generales del Medio Ambiente. Desde el 1992 hasta abril de 2015 se han sometido a evaluación 21.849 proyectos, equivalentes a una inversión de \$ 441.394 millones de dólares, con una tasa de aprobación del 67,7%. Si bien el reglamento del SEIA ha tenido dos modificaciones reglamentarias, en 2001¹⁴ y 2012¹⁵, respectivamente, el programa de gobierno de la presidenta

12 Aprobado mediante D.S. N° 40 del Ministerio del Medio Ambiente, de fecha 30 de octubre de 2012; modificado por última vez mediante Decreto 63 de la misma cartera, con fecha 6 de octubre de 2014.

13 La regulación del agua se encuentra en el Código de Aguas, DFL 1123 de la DOH, DFL 850, Ley 20.304, Ley 19.525 y Ley 18.450; la minería tiene como marco sectorial el Código de Minería, LOC 18.097, Ley 19.657 y Ley 20.551; la industria forestal se rige por el DL 701 y sus D.S. complementarios, Ley 19.561 y Ley 20.488; la pesca está regulada por las leyes 20.825, 20.657 y 20.434; el sector de infraestructura tiene como referencia normativa el Decreto 956 y la Ley 19.460; y el sector de energía se encuentra regulado principalmente por las leyes 19.657, 20.776, 20.701 y 20.698.

14 Mediante el D.S. N° 95 del Ministerio Secretaría General de Gobierno.

15 Por del D.S. N° 40 del Ministerio del Medio Ambiente.

Michelle Bachelet comprometió la convocatoria a una Comisión Asesora Presidencial para su evaluación y posterior reforma.

Lo anterior se concretó mediante el Decreto N° 20 del Ministerio del Medio Ambiente, de 10 de abril de 2015, donde se convocó a autoridades y representantes de diversos sectores¹⁶ con la misión de “evaluar el SEIA vigente, generando propuestas de modificación ajustadas al nuevo escenario sociocultural y económico, con la finalidad de lograr el desarrollo de procesos más expeditos, con altos estándares de calidad y en un marco de certeza jurídica para los titulares, la comunidad y los distintos servicios públicos que participan en la evaluación”. Para esto su trabajo se centró en tres objetivos: 1) evaluar las competencias del Servicio de Evaluación Ambiental (SEA) como órgano administrador del SEIA, propiciando ajustes legales, administrativos y procedimentales; 2) evaluar y propiciar ajustes legales considerando los alcances e implementación

de una Participación Ciudadana Temprana, que promueva el involucramiento de la ciudadanía en los proyectos desde su concepción; y 3) evaluar la normativa ambiental que regula el SEIA, y la participación de los servicios públicos, con la finalidad de robustecer los actos administrativos, propiciando la certeza jurídica en todo el procedimiento.

Su funcionamiento contempló la realización de 16 sesiones ampliadas de la Comisión, 63 reuniones de Mesas Técnicas, 4 consultorías, 4 cabildos ciudadanos (Copiapó, Concepción, Puerto Montt y Punta Arenas), diversas audiencias públicas y la disposición de una página web como medio consultivo permanente.

Luego de 9 meses de trabajo, el 25 de julio de 2016, la Comisión entregó su informe final a la presidenta Bachelet. En términos globales, la Comisión consideró que se requiere un fortalecimiento del SEA, así como el desarrollo de otras iniciativas de alcance general, como:

MEDIDAS DE ALCANCE GENERAL

1. Mejora de las capacidades técnicas de las y los funcionarios, donde se debe contemplar el desarrollo de programas de capacitación con un carácter continuo, y posibilidad de acceder a diferentes niveles de estudios de postgrado de interés para el cumplimiento de la misión del SEA.
2. Aumento de dotación de profesionales, especialmente para la implementación de nuevos procedimientos propuestos.
3. Actualización de la estructura orgánica del SEA, que conlleva que el SEA identifique cambios a su estructura orgánica que respondan, de manera dinámica, a las funciones o propósitos que se releven estratégicamente.
4. Definición e implementación de criterios comunes a nivel nacional, incluyendo la definición de la normativa ambiental que se debe acreditar en el marco del SEIA, y criterios acerca del uso de las normas de emisión y calidad ambiental de referencia.
5. Generación de guías para la evaluación ambiental, y su periódica actualización y difusión.
6. Generación de instructivos, en la línea de unificar criterios.
7. Transferencia de conocimientos al interior del SEA, favoreciendo la coordinación interregional.
8. Coordinación con los Organismos de la Administración del Estado con Competencia Ambiental (OAECA), donde se recomienda realizar un trabajo permanente con los miembros del Comité Técnico durante el proceso de evaluación, así como con las autoridades regionales integrantes de las Comisiones de Evaluación, respecto del rol que les corresponde en el marco del SEIA.
9. Gestión de recursos tecnológicos para facilitar la tramitación del procedimiento de evaluación.
10. Fortalecimiento de la asistencia técnica a las comunidades.

Fuente: Comisión Asesora Presidencial para la evaluación del SEIA, 2016, págs. 416-417.

16 La Comisión estuvo integrada por las siguientes personas: Pablo Badener, Ministro del Medio Ambiente y Presidente de la Comisión; Jorge Troncoso, Director del SEA; Cristián Franz, Superintendente del Medio Ambiente; Rodrigo Benítez, Ricardo Bosshard, Pablo Daud, Pablo Durán, Jaime Espinola, Guillermo Espinoza, Juanita Galaz, Javier Hurtado, Alejandro Marín, Patricia Matus, Salvador Millaqueo, Paulina Riquelme, Bolívar Ruiz, Juan Eduardo Saldivia, Rodrigo Sánchez, Felipe Sandoval, Jaime Solari, Paula Troncoso, Joaquín Villarino, María de la Luz Vásquez, Nicola Borregaard, Marcela Klein, Hugo Martínez, Alejandra Pérez. Además, contó con el trabajo de Elizabeth Lazcano, quien ofició de Secretaria Técnica.

El informe, además, plantea 25 propuestas específicas de mejoramiento concerniente a cinco ejes estratégicos: i) criterios de ingreso e instrumentos de evaluación, ii) procedimientos y contenidos de la evaluación, iii) participación de los servicios públicos con competencias ambientales y permisos ambientales, iv) participación ciudadana y consulta indígena, y v) instrumentos asociados a la resolución de

calificación ambiental (Comisión Asesora Presidencial para la evaluación del SEIA, 2016).

En el marco del trabajo de la Comisión, el 20 de mayo de 2015 el Ministro de Medio Ambiente Pablo Badenier convocó al INDH a participar de la Mesa Técnica N° 3 sobre Participación Ciudadana y Consulta Indígena, en calidad de invitado. La mesa desarrolló 10 reuniones ordinarias y 9 extraordinarias entre junio y diciembre de 2015. En dicho periodo su objetivo fue buscar medidas que ayuden a fo-

mentar la legitimidad social de los proyectos de inversión que ingresan al SEIA, para ello analizó propuestas acerca de: i) relacionamiento previo, ii) consulta indígena y iii) fortalecimiento de la participación ciudadana en el marco del sistema de evaluación.

Del trabajo de esta Mesa Técnica surgieron las siguientes propuestas específicas para abordar la participación ciudadana y consulta indígena en el contexto del SEIA:

MEDIDAS ESPECÍFICAS ACERCA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y CONSULTA INDÍGENA
Establecimiento de un nuevo procedimiento de Relacionamiento Temprano, cuyo objetivo es generar, con presencia del Estado, espacios de diálogo entre los proponentes de proyectos o actividades y comunidades locales, en etapa temprana y anterior al ingreso del proyecto al SEIA, con el fin de abordar temáticas socioambientales y de interés mutuo, respecto de proyectos que se pretendan implementar en los territorios.
Mejoramiento del actual procedimiento de consulta indígena, particularmente respecto de simplificar la hipótesis de procedencia de la consulta, perfeccionar la aplicación de la susceptibilidad de afectación directa, extender el recurso de reclamación contra la RCA a quienes participen de la consulta, optimizar la asistencia técnica del SEA a las comunidades, así como dotar de mayores recursos humanos y económicos al SEA para el desarrollo de los procesos de consulta.
Mejoramiento del actual procedimiento de participación ciudadana, específicamente en relación con ampliar las hipótesis para su aplicación y considerarla en todas las etapas del proceso de evaluación, optimizar la asistencia técnica brindada a las comunidades, contar con mayores recursos para su realización y disponer de un registro público de consultores que asesoren a la ciudadanía.

Fuente: Síntesis propia a partir de Comisión Asesora Presidencial para la evaluación del SEIA, 2016, págs. 411-413.

Respecto de estas materias, el INDH se pronunció en enero de este año, haciendo hincapié en la necesidad de que la Comisión Asesora Presidencial para la Evaluación del SEIA “aprovech[e] esta oportunidad histórica para proponer adecuaciones normativas que, simultáneamente, den garantías jurídicas a los proponentes, al tiempo que respetan los derechos de los pueblos indígenas. Es solamente en el marco de un esfuerzo por promover el desarrollo sostenible teniendo con consideración los derechos humanos que se podrán superar las dificultades existentes y construir un camino armonioso para el desarrollo del país y sus pueblos” (INDH, 2016b, pág. 3).

Además de promover la incorporación de estándares internacionales de derechos humanos en los ámbitos abordados, sus procedimientos, prácticas y normativas regulatorias, el INDH manifestó sus reparos en relación con los siguientes aspectos:

1. **Ausencia de representantes indígenas en la Comisión Asesora Presidencial:** aun cuando se contó con la presencia permanente de un integrante especialista en

derechos de los pueblos indígenas, Dr. Salvador Milla-leo, y de que luego de una reunión se extendió la invitación a participar de manera permanente en la mesa técnica a dos Consejeros Nacionales de CONADI, Sres. Marcial Colín Lincolao y Wilson Reyes, “el INDH estima que la Comisión debió contar con representantes de los pueblos indígenas desde un inicio, en todas las mesas técnicas de trabajo, de manera oficial y permanente” (INDH, 2016b, pág. 4).

2. **Debilidades metodológicas:** si bien se tuvo un cronograma de trabajo desde un inicio, el proceso no tuvo reglas de trabajo definidas con claridad, lo que “interfirió en la eficacia y transparencia del proceso. Si bien es comprensible la necesidad de cierto grado de flexibilidad en el proceso de debate, ello debe ir de la mano de reglas claras sobre el proceso de trabajo, las condiciones para la incorporación o rechazo de observaciones, entre otras” (INDH, 2016b, pág. 4).
3. **Propuesta de relacionamiento previo (RP):** no obstante se apoyó la propuesta de establecer un relacionamiento

previo voluntario y reglado, es necesario recalcar que i) este no constituye un proceso de consulta indígena, ya que al no estar diseñado con dicho fin, no cumple con los estándares internacionales en la materia; ii) las empresas deben respetar los derechos humanos y no interferir con el deber del Estado de protegerlos; iii) el RP no puede subsanar o paliar déficits normativos y de política pública relacionados con el desarrollo territorial; y v) ningún acuerdo alcanzado bajo esta modalidad podrá vulnerar derechos o prescindir de la intervención del Estado allí cuando existan obligaciones legales en materia de derechos humanos (INDH, 2016b).

En términos más globales, el INDH recomendó que la regulación de la consulta indígena avance hacia su regulación por medio de una ley; que las autoridades de Medio Ambiente y Desarrollo Social fijen, con participación de los pueblos indígenas, un cronograma que permita definir los plazos y el modo en que se revisarán los Decretos Supremos N° 40 y 66; que la Comisión Asesora Presidencial tenga presente el análisis que el INDH ha realizado sobre el Decreto Supremo 40 y considere su revisión para garantizar su adecuación a las directrices del Convenio 169 de la OIT en la materia; y que aquellas propuestas de la Comisión que vayan a transformarse en medidas legislativas o administrativas, consideren un proceso de consulta previa realizado acorde a los estándares internacionales (INDH, 2016b, pág. 8).

Por otra parte, es necesario dar cuenta de la visión crítica que sectores de la sociedad civil no representados en la Comisión Asesora Presidencial tuvieron acerca del diagnóstico de las falencias en la institucionalidad, aplicación del SEIA y de las propuestas elaboradas para su reforma. De acuerdo con la Comisión Sindical Ciudadana Parlamentaria de Reforma al SEIA¹⁷, los espacios de participación vigentes resultan insuficientes para la expresión de las preocupaciones e intereses de la comunidad, así como para los desafíos de democratiza-

ción de las decisiones en materia ambiental y territorial que el país enfrenta. De esta forma, los conflictos entre titulares y comunidades se generan en un escenario en que el Estado permanece ausente y tomando distancia de las decisiones respecto de los procesos de desarrollo de los territorios; y en los casos de involucramiento estatal, se priorizan los derechos e intereses del inversionista por sobre los derechos e intereses locales, bajo la lógica de que la iniciativa privada es prioritaria en tanto impulsa el desarrollo (Comisión Sindical Ciudadana Parlamentaria para la reforma al SEIA, 2016).

Dicha Comisión presentó el 2016 un documento de propuestas de reforma al SEIA, destacando el Principio Preventivo, el Principio Precautorio, el Derecho a la Participación Ciudadana, la Justicia Ambiental, el Uso Sustentable del Territorio y el Principio Contaminador-Pagador entre los fundamentos base para implementar los preceptos del derecho ambiental. En cuanto a sus propuestas de reforma, estas se estructuran en tres ejes:

1. **Ingreso y Evaluación Ambiental**, donde propone cambios en la admisibilidad y requisitos de ingreso de los proyectos al SEIA; alternativas y criterios de localización de los proyectos, e inclusión del ordenamiento territorial; la generación de una línea base ambiental estatal; la evaluación de proyectos fuera del SEIA y la regularización de las pertinencias.
2. **Servicios Públicos y Permisos Ambientales Sectoriales**, donde presenta propuestas para la independencia institucional de la evaluación ambiental, como la eliminación de las Comisiones de Evaluación y del Comité de Ministros; la definición de los Órganos de la Administración del Estado con Competencias Ambientales (OAECA) que evalúan las normas de carácter ambiental vigentes y los Permisos Ambientales Sectoriales (PAS).
3. **Participación Ciudadana y Consulta Indígena**, en que plantea regular la participación temprana y las negociaciones previas; mejorar y dar peso a la participación ciudadana; ajustar la Consulta Indígena y el consentimiento previo, libre e informado al estándar del Convenio 169; garantizar el acceso a la información y regular las negociaciones entre privados.

17 Dicha Comisión estuvo compuesta por sindicatos del Servicio de Evaluación Ambiental (ANFUSEA, FENATRAMA y ANFSUMA), organizaciones de sociedad civil (Alerta Isla Riesco, Chile Sustentable, Codeff, Corporación Costa Carrera, Codesa, Ecosistemas, Ética en los Bosques, Fundación Decide, Fundación Nahuelbuta, FIMA, Instituto de Ecología Política, Más Antofagasta, MODEMA, Observatorio Ciudadano, Red Campus Sustentable, Red de Acción por los Derechos Ambientales) y parlamentarios (diputados Daniel Melo, Giorgio Jackson, Gabriel Boric, diputadas Cristina Girardi y Camila Vallejos; y senadores Antonio Horvath y Alfonso de Urresti).

Las propuestas de la Comisión Sindical Ciudadana Parlamentaria para la reforma al SEIA fueron entregadas al gobierno el 20 de septiembre de 2016 y, en forma simultánea, se inició un proceso de formulación de un proyecto de ley para la reforma al SEIA mediante una moción parlamentaria.

CONFLICTOS SOCIOAMBIENTALES EN CHILE

En consideración a la celeridad con que evolucionan las controversias, así como a la permanente aparición de nuevos casos, principalmente a causa de la instalación o la intención de instalación de grandes proyectos de inversión, el INDH se propuso actualizar el Mapa de Conflictos Socioambientales en Chile desde una perspectiva de derechos humanos, publicado en 2012¹⁸.

Para esta tarea se mantuvo la definición de conflicto socioambiental¹⁹ desde una perspectiva de derechos humanos, como aquellas controversias ocurridas “entre diversos actores –personas naturales, organizaciones, empresas públicas y privadas, y el Estado–, manifestadas públicamente y que expresan divergencias de opiniones, posiciones, intereses y planteamientos de demandas por la afectación (o potencial afectación) de derechos humanos, derivada del acceso y uso de los recursos naturales, así como por los impactos ambientales de las actividades económicas” (INDH, 2012, pág. 246).

Concretamente, para que un caso fuera incorporado al mapa debía cumplir, de manera conjunta, con los siguientes criterios:

1. TIPO DE CONTROVERSIAS
Existencia de una controversia pública respecto de una diferencia de opiniones, percepciones o intereses acerca de circunstancias relacionadas con el acceso o el uso de recursos naturales, o bien, con impactos sociales y ambientales de las actividades económicas en el territorio donde se localizan. Esto, sin importar la magnitud del conflicto, los montos de las inversiones ni las características de los actores involucrados.
2. ACTORES INVOLUCRADOS
Ocurre entre dos o más actores que se pueden identificar y distinguir; entre las que pueden estar personas naturales, organizaciones, empresas públicas y privadas, y el Estado.
3. ACCIONES
Desarrollo, por parte de los actores involucrados, de acciones (recursos judiciales, protestas, cartas públicas, etc.) para hacer prevalecer sus intereses o visibilizar sus posiciones. Por tanto, no se trata de un hecho aislado o que ocurre en el ámbito privado, sino de una controversia visible para un número mayor de personas además de los propios involucrados.
4. FORMA DE VERIFICACIÓN
Existe al menos un registro del conflicto en los medios de comunicación (nota de prensa, reportaje) que permite constatar su existencia. Dichos registros deben haberse publicado entre enero de 2010 y julio de 2015, independientemente de la fecha de inicio del conflicto y la etapa en que se encontraba en ese momento.

18 El Mapa de Conflictos Socioambientales (MCS) en Chile es una herramienta que permite visualizar en qué lugar del territorio se ubican los 102 conflictos socioambientales identificados por el INDH a julio de 2015, y conocer las características de cada controversia. Para ello, se dispone –además de una publicación– de una herramienta disponible en el sitio *web* del INDH (www.indh.cl/mapadeconflictos), que permite su navegación en un mapa simulado, la descarga de fichas individuales por conflicto, así como realizar análisis particulares mediante un motor de búsqueda avanzada.

19 Si bien la definición establece el contenido del concepto “conflicto socioambiental”, para efectos de la redacción del capítulo también se utilizan otras denominaciones, como “controversia” o “caso”, utilizándose de forma indistinta.

A modo de advertencia, es preciso señalar que “[l]a información contenida en este mapa tiene como fecha de corte el mes de julio de 2015, por lo tanto cualquier hecho posterior no está reflejado en esta versión y será parte de la nueva actualización que se realice. Además, la aparición de un caso en este mapa no constituye una verificación de la existencia de una vulneración, lo que debe ser determinado en cada caso por los tribunales de justicia. Los casos donde se señala el involucramiento de tierras y territorios indígenas, tampoco implican una constatación del fondo de dicha demanda. A su vez, podrían existir casos en que, a pesar de estar involucradas tierras y territorios indígenas, esto no se hubiera invocado a la fecha de cierre del mapa” (INDH, 2016a, pág. 8).

En un primer apartado se presentan las principales tendencias observadas en el mapa, las que buscan caracterizar los conflictos socioambientales en términos cuantitativos y desde una perspectiva territorial, socioeconómica y de derechos humanos.

Para otorgar una mirada más cualitativa y de fondo, en un segundo apartado se da cuenta de la opinión emitida por el Instituto a propósito de Misiones de Observación²⁰ realizadas con anterioridad en algunos de los casos catastrados en el Mapa de Conflictos Socioambientales. Esto, a los fines de visibilizar algunas aristas de estas controversias relacionadas con los derechos de los pueblos indígenas, el derecho al agua y los pasivos ambientales.

Por último, con el objetivo de conocer la opinión y el análisis que realizan diversas entidades respecto de los casos considerados en el mapa de conflictos socioambientales, así como los elementos que reconocen comunes a ellos, se entrevistó a Sara Larraín, Directora Ejecutiva del Programa Chile Sustentable²¹; Claudio Seebach, Vicepresidente Ejecutivo de la Asociación Gremial de Generadoras de Chile²²; Diego Hernández, Presidente de la Sociedad Nacional de Minería (SONAMI)²³; y Cristián Franz, Superintendente del

Medio Ambiente²⁴. Dichos testimonios se encuentran en la sección de factores subyacentes.

MAPA DE CONFLICTOS SOCIOAMBIENTALES EN CHILE

La versión actualizada del mapa registra un incremento de controversias hasta alcanzar las 102²⁵. Esto podría relacionarse, por una parte, con el tipo de proyectos que se están desarrollando, pero también al empoderamiento de la ciudadanía para la reclamación de sus derechos cuando considera que han sido afectados.

En términos geográficos, los casos tienden a concentrarse en tres focos: en la zona norte del país, particularmente entre las regiones de Antofagasta, Atacama y Coquimbo (36,5%); en las regiones de Biobío y La Araucanía (18,8%), así como en la región de Valparaíso (9,4%). Además, hay tres controversias de carácter interregional (proyecto minero Pampa Hermosa, explotación de reservas de litio y Andina 244) y tres que no están anclados a un territorio particular; ya que se vinculan a iniciativas legales pertinentes a recursos naturales: proyecto de ley sobre Obtentores Vegetales, Ley de Pesca, y el proyecto de ley de Protección y Conservación de Glaciares.

A nivel comunal, las que concentran mayor cantidad de casos son Mejillones, con seis conflictos; Puchuncaví, Putre y Copiapó, con cuatro controversias cada una; Alto del Carmen, Coronel e Iquique, con tres casos, respectivamente. Si bien los conflictos socioambientales aparecen en todo tipo de comunas, tienen mayor prevalencia en aquellas de desarrollo y tamaño intermedio. En cambio, las grandes comunas metropolitanas y las comunas con menor nivel de desarrollo presentan menores tasas de conflicto²⁶. En términos geográficos, las controversias aparecen con mucha mayor frecuencia en las regiones del norte chico y grande que en el resto del país.

20 Para este capítulo se relevan las Misiones de Observación a La Araucanía, al Proyecto Central Hidroeléctrica Los Aromos, al Valle del Choapa y la realizada a las comunas de Copiapó, Tierra Amarilla y Chañaral.

21 Entrevista desarrollada el 1 de septiembre de 2016.

22 Entrevista desarrollada el 15 de septiembre de 2016.

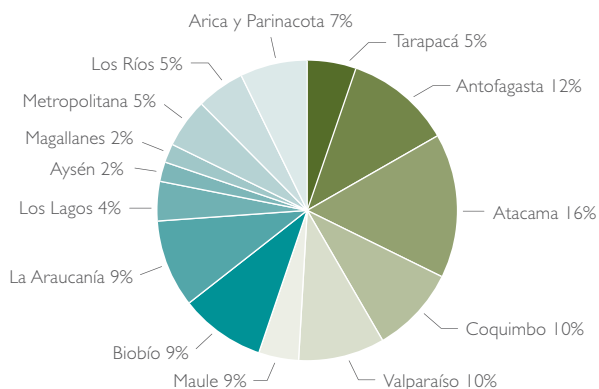
23 Entrevista desarrollada el 5 de septiembre de 2016.

24 Entrevista desarrollada el 7 de septiembre de 2016.

25 Este total no considera los casos archivados, que son “aquellos conflictos que una vez cerrados no tuvieron algún acontecimiento en el último año”, y que se encuentran en un repositorio específico para su consulta.

26 De acuerdo con la tipología comunal de la SUBDERE (resolución n° 82 del 23/6/2016), que clasifica las comunas en cinco grupos. Los conflictos se presentan en el 6% de las comunas del grupo 1 (grandes comunas metropolitanas con alto o medio desarrollo) y el 9% de las comunas del grupo 5 (comunas semiurbanas y rurales, con bajo desarrollo). Los grupos 2, 3 y 4 tienen tasas de 24, 21 y 20%, respectivamente.

GRÁFICO 1.
REGIONES DONDE SE LOCALIZAN
LOS CONFLICTOS SOCIOAMBIENTALES
CONTENIDOS EN EL MAPA INDH

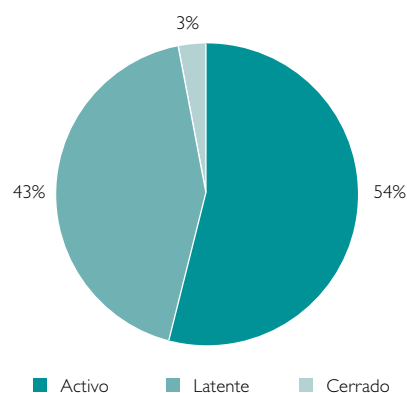


Fuente: elaboración propia.
 Base de cálculo: 96 conflictos socioambientales. Se excluyen casos de alcance nacional o interregional.

Respecto del estado de los conflictos, 53,9% (55) se encuentran activos²⁷, 43,1% (44) están latentes²⁸ y 2,9% (3) están cerrados²⁹. Llama la atención que ninguno de los seis casos iniciados con anterioridad a 1990 se encuentre cerrado y, más bien, han adquirido un carácter crónico por su persistencia en el tiempo. En esta situación se encuentran los casos “Minera Quibórax”, “Contaminación por polimetales en Arica”, “Explotación de reservas de litio”, “Contaminación de Tocopilla”, “Contaminación de la bahía de Chañaral” y “Fundición Ventanas”, las tres últimas relacionadas con las denominadas “zonas de sacrificio”.

Es importante destacar que de los 102 conflictos catastrados, 80,4% ha tenido alguna relación con el Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental (SEIA), ya sea porque alguna de las partes ha presentado un Estudio de Impacto Ambiental (EIA) o una Declaración de Impacto Ambiental (DIA). Respecto de los resultados de estas gestiones, 61 proyectos involucrados en controversias registradas tienen una evaluación de impacto ambiental aprobada para el desarrollo de una actividad económica o proyecto de inversión.

GRÁFICO 2.
ESTADO DE LOS CONFLICTOS
SOCIOAMBIENTALES A JULIO DE 2015



Fuente: elaboración propia.
 Base de cálculo: 102 conflictos socioambientales.

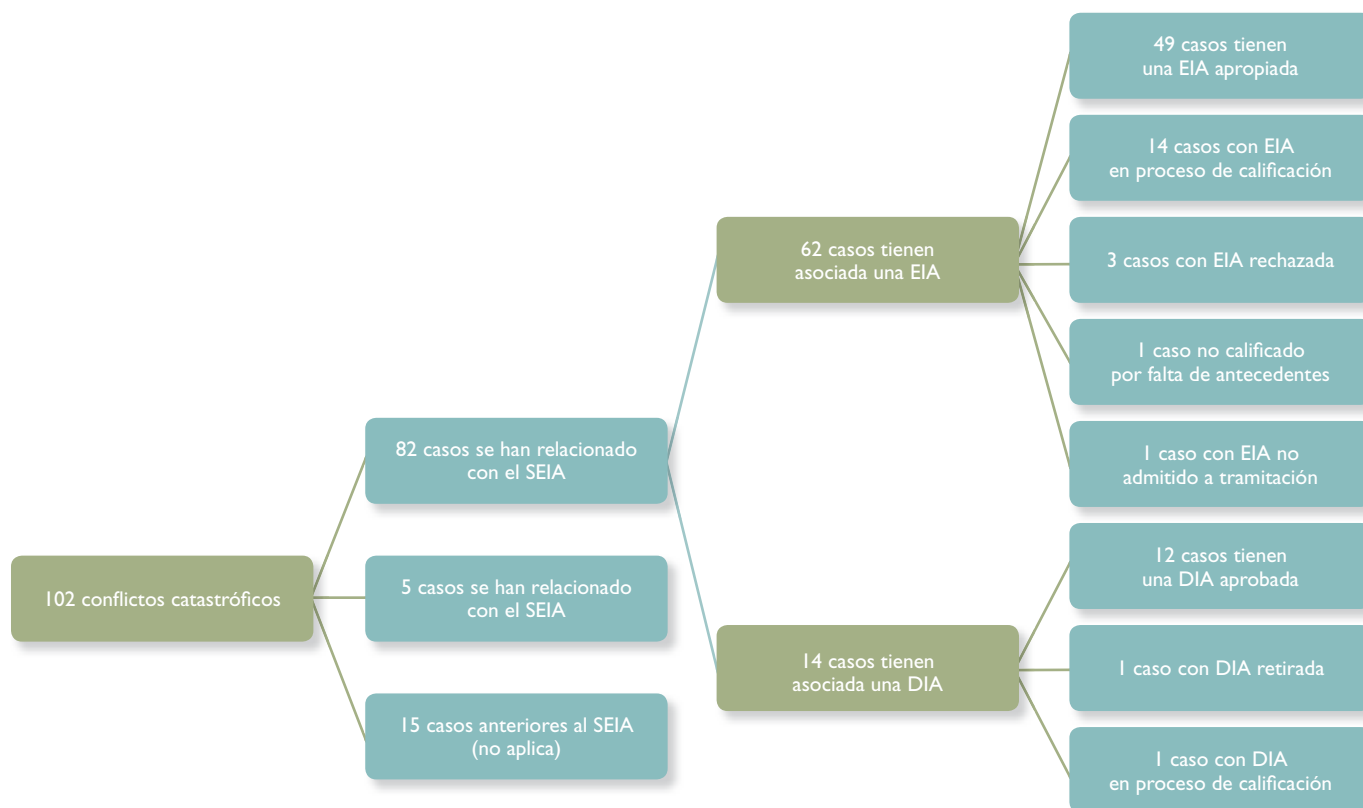
27 Activo: el conflicto socioambiental registra al menos una aparición en prensa publicada en el último año, es decir, entre julio de 2014 y julio de 2015, que no da cuenta de una culminación de la controversia.

28 Latente: el conflicto socioambiental está iniciado pero no registra apariciones en prensa publicadas en el último año, es decir, entre julio de 2014 y julio de 2015.

29 Cerrado: existe un acuerdo entre partes o una resolución institucional que pone fin al conflicto socioambiental.

GRÁFICO 3.

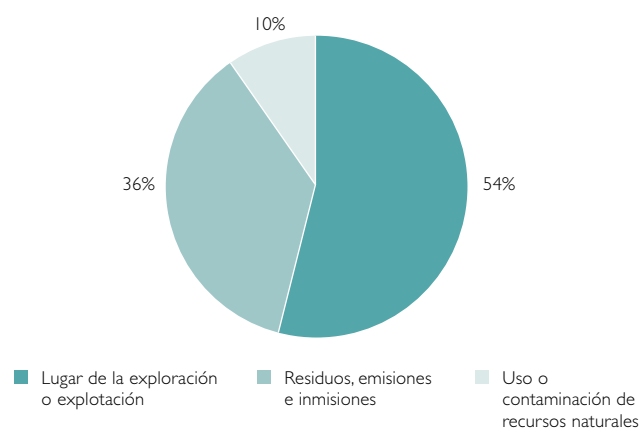
PROYECTOS ASOCIADOS A CONFLICTOS SOCIOAMBIENTALES QUE HAN PASADO POR EL SEIA A JULIO DE 2015



Fuente: elaboración propia a partir del Mapa de Conflictos Socioambientales en Chile 2015.

GRÁFICO 4.

CAUSAS DE LOS CONFLICTOS SOCIOAMBIENTALES



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las causas, el catastro considera: i) aquellas que se originan por el lugar de la exploración o explotación; ii) las que tienen relación con los residuos, emisiones e inmisiones generados por actividades particulares; y iii) las que se desencadenan por el uso o contaminación de recursos naturales. A continuación se profundiza en cada uno de estos grupos.

i. Conflictos socioambientales en razón del lugar donde se emplaza un proyecto

El 53,9% (55) de los conflictos incluidos en el mapa tiene como causa el lugar donde se emplaza o pretende emplazarse un proyecto de inversión. En este grupo se incluyen aquellos casos en que la oposición se genera por la posible afectación de territorios o lugares específicos con un gran valor natural, cultural, o religioso; y por las consecuencias que el emplazamiento de un determinado proyecto podría tener en el aspecto económico, por ejemplo, en la actividad turística o las formas de vida de un lugar.

Existe una proporción importante de estos conflictos (60%) que están en zonas que se alegan como usadas para actividades tradicionales o de carácter ceremonial, y que ocurren principalmente por la construcción de proyectos energéticos. Este es, por ejemplo, el caso del conflicto en que comunidades mapuche-williche se oponen a la construcción de la Central Osorno en el río Pilmaiquén, pues esta implicaría la afectación del complejo ceremonial sagrado Ngen Mapu Kintuante. Similar situación es la que se observa en la comuna de Freire con la instalación de la Central de Biomasa Toltén, la que a juicio de las comunidades aledañas dañaría tanto los recursos naturales como el patrimonio arqueológico, razón por la que exigen la elaboración de un Estudio de Impacto Ambiental.

En estos casos, así como en otros de similares características, se demanda el derecho a la participación y a la información pública, pues se argumenta que habría un déficit de información oportuna, e inexistencia o precariedad en los procesos de participación ciudadana. Además, en consideración a que en su mayoría involucran tierras y territorios indígenas, es frecuente que las controversias de esta naturaleza apelen también al Convenio 169 de la OIT, reivindicando la propiedad de los territorios, el acceso y uso de los recursos naturales, así como exigiendo la consulta previa a las comu-

nidades indígenas bajo los estándares de dicho instrumento.

La industria forestal también es parte de este grupo de conflictos, particularmente por las grandes extensiones de plantaciones de monocultivos exóticos al servicio de la producción de celulosa³⁰. Entre las controversias de este tipo, que se extienden desde la región del Maule hasta Los Ríos, se encuentran la Planta de Paneles MDP Teno, las plantas de celulosa Licancel, Nueva Aldea (ex-Itata) y CELCO. De estas, la última ha sido la de mayor connotación pública, al verse involucrada en el vertimiento de residuos industriales líquidos (RILES) en las aguas del río Cruces, con la posterior muerte y migración de cisnes de cuello negro y otras especies en el Santuario Carlos Anwandter. A propósito de esta situación, surgió una nueva controversia relacionada con la nueva RCA del proyecto, la que exigió a CELCO poner en marcha un lugar alternativo para la descarga de RILES. Para este cometido, la empresa eligió la bahía de Maiquillahue, en las costas de Mehuín, para la localización de un ducto que conecte la planta de celulosa con el mar, cuestión que ha sido rechazada por las comunidades mapuche-lafkenche que habitan y pescan en la zona (INDH, 2016a).

En junio de este año, la Asociación Indígena por el Rucamanke de Temuco envió una carta a Augusto Robert, Gerente de Asuntos Públicos y Medioambientales de la empresa forestal CMPC, señalando los efectos de la introducción de vegetación exótica en la zona, proponiendo su reforestación con especies nativas, así como solicitando el cumplimiento de los límites establecidos en la legislación vigente para la forestación en las cercanías de causas de agua. En particular, la carta señala que "[e]xisten daños significativos irreversibles a la humanidad a nivel cultural, social y ambiental ocasionados por las forestales que, desde hace más de 40 años, se han instalado unilateralmente amparados por ejemplo en el Decreto de Ley 701 [...] restringiéndonos de nuestros recursos hídricos, medicinales, flora y fauna nativa, árboles nativos, oxigenación del aire de la ciudad de Temuco, con sus zonas de humedales y todo lo que en la actualidad está provocando solo desastres transversales. Un

30 Un elemento en cuestión ha sido el proyecto de ley que extiende la bonificación establecida en el Decreto Ley 701 sobre fomento forestal (Boletín 10.064-01). Para conocer la posición del INDH al respecto, ver el informe disponible en: <http://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/866>

ejemplo evidente de esto es la falta de agua que se refleja en que nuestras familias deben ser abastecidas con agua potable por la municipalidad de Temuco en camiones aljibes que van llenando diariamente estanques con cuotas puntuales, provocando solo más pobreza y problemáticas sociales, situación indigna para toda persona. Otra grave consecuencia aún más palpable de la incidencia de las forestales es la contaminación de la ciudad de Temuco, esto debido a la tala de árboles nativos, lo que va restringiendo la biodiversidad y, según lo dicho, reducido al mínimo el suministro de agua en nuestros altos suelos que hace algunos años representaban el gran pulmón verde de Temuco. Al no poder contar con esto la falta de oxigenación de la ciudad aumenta y como resultado sus índices de contaminación que cada día van en aumento”³¹.

Cabe señalar que al 2015, alrededor de 2,2 millones de hectáreas de bosques en Chile se encontraban acreditadas por Forestry Stewardship Council (FSC), entidad internacional que otorga certificación al manejo forestal sobre la base de criterios ambientales y sociales, incluyendo principios de derechos humanos. De estos, 1,5 millones de hectáreas correspondían a plantaciones forestales³², una parte significativa de ellas se ubican entre las regiones del Biobío y Los Lagos, en tierras de ocupación tradicional mapuche. La conflictividad de las empresas forestales responsables de dichas plantaciones con comunidades mapuche, a pesar de la certificación, ha seguido en incremento durante el 2016. Ello llama la atención, toda vez que uno de los requisitos establecidos por el FSC para otorgar dicha certificación es el respeto por los derechos de los pueblos indígenas, incluyendo expresamente tanto aquellos derechos considerados en la legislación nacional como en los Convenios de la OIT, los que incluyen el Convenio 169 ratificado por Chile³³.

31 Carta enviada por César Jara Tripailao, Presidente de la Asociación Mapuche por el Rucamanke, de 29 de junio de 2016. Copia recibida por el INDH.

32 La superficie certificada en Chile por la FSC se encuentra disponible en: <https://cl.fsc.org/es-cl/certificacin/superficie-y-empresas-certificadas-en-chile>

33 Dentro de los principios y criterios del FSC para el manejo forestal responsable, particularmente en relación con los derechos de los pueblos indígenas, se establece que: “3.2 La Organización deberá reconocer y respaldar los derechos legales y consuetudinarios de los pueblos indígenas para conservar el control sobre las actividades de manejo en el interior de la Unidad de Manejo o relacionadas con la misma, en la medida necesaria para proteger sus derechos, recursos, tierras y territorios. La delegación del control a terceros por parte de los pueblos indígenas requiere de un proceso de Consentimiento Previo, Libre e Informado”.

Otros conflictos surgen en localidades emplazadas cerca de lugares con valor natural, que reclaman su conservación para mantener su economía y forma de vida, muchas veces vinculadas a la actividad turística y la pesca artesanal. Un ejemplo de esto es el megaproyecto minero y portuario Dominga de la empresa chilena Andes Iron, que pretende instalarse en la comuna de La Higuera, Región de Coquimbo. Esta comuna está dedicada principalmente a la pequeña minería, el turismo y la agricultura del olivo. La principal controversia que involucra este proyecto es la cercanía con la Reserva Nacional Pingüino de Humboldt, reconocida por una gran biodiversidad marina y que ya ha sido bandera de lucha en contra de dos proyectos termoeléctricos el 2010, que finalmente no se desarrollaron. Los opositores del proyecto argumentan que la zona tiene una vocación de desarrollo centrada en la agricultura, pesca y turismo, y que estas actividades se verían considerablemente amenazadas por la llegada de Dominga. El liderazgo de la oposición al proyecto proviene del Movimiento de Defensa del Medio Ambiente (MODEMA), que junto con vecinos y vecinas, especialmente de las localidades de Los Choros y Punta de Choros, y Sindicatos de Pescadores, han realizado acciones como protestas, recolección de firmas, campañas comunicacionales, etc. El movimiento cuenta además con el apoyo de organizaciones no gubernamentales como Oceana, y se encuentra articulado con la Red Ambiental del Norte.

Un caso emblemático de conflicto que se ocasiona por el lugar de emplazamiento corresponde a HidroAysén, que pretendía la construcción y operación de 5 centrales de generación hidroeléctrica con embalses en los ríos Baker y Pascua, emplazándose en las comunas de Cochrane, O'Higgins y Tortel, en la provincia de Capitán Prat de la Región de Aysén. Este territorio desarrolla principalmente actividades asociadas a servicios públicos, emprendimientos turísticos, de ganadería y forestales. Este proyecto ingresa al Servicio de Evaluación Ambiental el 2008 y desde entonces contó con gran oposición, la que se manifestó desde observaciones de los servicios públicos y la ciudadanía, hasta campañas comunicacionales, manifestaciones a nivel nacional y la interposición de recursos administrativos y legales. Si bien en mayo de 2011, la Comisión de Evaluación Ambiental aprobó la construcción del proyecto, el 10 junio

de 2014 el Comité de Ministros resolvió de forma unánime acoger los recursos de reclamación interpuestos en contra del proyecto, dejando sin efecto la Resolución de Calificación Ambiental. El principal argumento fue que su diseño no consideraba con debido cuidado los aspectos relevantes para la población local. En enero de 2015, además, la Dirección General de Aguas (DGA) denegó los derechos de agua solicitados por el titular; tras ello la empresa anunció que desistiría del proyecto.

Sin embargo, HidroAysén decidió recurrir a la Corte de Apelaciones para impugnar los decretos de la DGA, cuyos alegatos se realizaron en mayo de 2016 (CodeXverde, 2016; Revista Agua, 2016). Además, recurrió ante los Tribunales Ambientales interponiendo dos reclamaciones contra el SEA en defensa de su proyecto hidroeléctrico. En Santiago reclamó contra la resolución que invalidó los acuerdos tomados por el Comité de Ministros en enero de 2014, y que permitieron posteriormente dejar sin efecto la aprobación ambiental de la iniciativa; mientras que en Valdivia la empresa alegó en contra de la resolución que calificó desfavorablemente el proyecto. Al respecto, la Corte Suprema definió que ambas causas se acumularan en el Segundo Tribunal Ambiental radicado en Santiago, cuyo fallo se encuentra pendiente de publicación (Segundo Tribunal Ambiental, 2016).

Tanto en el caso de Dominga como en HidroAysén los movimientos opositores trascienden el territorio directamente involucrado, pasando a nivel interregional o incluso nacional, en defensa de un patrimonio natural especialmente valorado.

ii. Conflictos socioambientales en razón de los residuos, emisiones e inmisiones generados por actividades particulares

Del total de conflictos registrados, 37 casos (36,3%) son ocasionados por residuos, emisiones e inmisiones. Estos se concentran en las regiones de Antofagasta (siete conflictos), Biobío y Atacama (seis controversias cada una), seguidas por las regiones de Valparaíso y Coquimbo (cuatro casos cada una). Respecto de las industrias mayormente involucradas en este tipo de conflictos, en primer lugar se encuentra la minería con 56,7% de casos, seguida por la industria energética con 24,3%. El derecho mayormente invocado en este

tipo de conflictos corresponde al derecho a un ambiente libre de contaminación y el derecho a la salud.

En este tipo de situaciones, las termoeléctricas están involucradas en 19 conflictos, de estas siete se encuentran activos (Bocamina II, Los Robles, Energía Minera, Punta Alcalde, Mejillones, Cochrane y Parinacota) y 12 se encuentran en estado de latencia. Las principales demandas en contra de este tipo de proyectos tienen relación con la emisión y acumulación de material particulado, con la consecuente afectación de la salud de la población y actividades económicas locales.

En el caso de la minería, los conflictos están relacionados con residuos mineros en abandono, con relaves actualmente en uso, o bien con fundiciones usadas para el procesamiento del mineral. El conflicto que más ha suscitado atención al respecto es el del tranque de relaves El Mauro de minera Pelambres y la comunidad de Caimanes. Este conflicto comenzó en 2010, al generarse una ruptura del relaveducto y el consecuente derrame en la quebrada del Arrayán. Desde entonces, la oposición ha sido permanente, incluyendo denuncias públicas, toma de caminos y acciones legales que solicitan la demolición del tranque. En marzo de 2015 el Tribunal de Garantía de Los Vilos ordenó la demolición inmediata de la entrada del tranque, ante lo que la compañía apeló argumentando que las faenas cumplían con la normativa. El 8 de agosto de este año la Corte de Apelaciones de La Serena revocó la orden de demolición, cuestión que parte de la comunidad de Caimanes ha anunciado que apelará.

Entre los conflictos ocasionados por residuos, emisiones e inmisiones, es importante mencionar dos casos que no estaban incluidos en el mapa 2012. Uno es el conflicto que se ha denominado "Tiltill patio trasero de Santiago", que afecta a los pueblos de Rungue y Montenegro, e involucra diversos proyectos: un criadero de cerdos (Porkland), un relleno sanitario (KDM), una planta de tratamiento de aguas servidas y acopio de residuos sólidos (Aguas Andinas), y un tranque de relaves (Codelco). Los principales impactos denunciados tienen relación con la existencia de malos olores e insectos que afectarían el derecho a la salud de la población (dolores de cabeza y enfermedades respiratorias principalmente). En julio del 2015 se desarrolló una iniciativa de acuerdo intersectorial para la mejora

de la situación de la comuna, denominado “Plan Tiltil”. En este espacio participan el Gobierno Regional Metropolitano de Santiago, la Municipalidad de Tiltil, la Gobernación Provincial de Chacabuco y la Secretaría Regional Ministerial de Minería. Sin embargo, los logros de este proyecto y la efectividad de las soluciones para los problemas ambientales de la comuna aún no son claros.

Por otra parte, se encuentra el caso del vertedero municipal de Boyeco, situado en el kilómetro 16 de la ruta Chol Chol-Temuco, el que recibe 500 toneladas de residuos sólidos por día desde 1992, año en que entró en funcionamiento. Esto ha afectado ambiental y socialmente a la población aledaña, principalmente mapuche, que ha visto dañada su salud y calidad de vida. Estas comunidades se han organizado con el objetivo de cerrar el vertedero por medio de estrategias de incidencia en el Congreso (desarrollando sesiones especiales referidas a la situación), y mediante el Foro Permanente de Naciones Unidas en Asuntos Indígenas y del Comité de Eliminación de la Discriminación Racial (ONU). En relación con lo anterior, se ha exigido a las autoridades comunales y regionales el establecimiento de una mesa de trabajo para definir el plan de cierre del vertedero, el que está pronosticado para diciembre de 2016. Por otra parte, a mediados del 2015 se interpuso una demanda ante el Tercer Tribunal Ambiental, que entre otras medidas solicita una indemnización por daños históricos para 400 familias afectadas.

Los conflictos desencadenados en Tiltil y Boyeco tienen en común, por un lado, que nacen de la afectación por largos años a causa de los residuos, emisiones e inmisiones de actividades económicas; y, por otro, que han incorporado procesos de diálogo recientes en búsqueda de soluciones, materializándose tardíamente el derecho a la participación.

iii. Conflictos socioambientales en razón del uso o contaminación de los recursos naturales

El catastro incluye 10 casos de esta naturaleza, correspondientes al 9,8% del total de conflictos socioambientales. Dentro de estos, se encuentran aquellos relacionados con afectación o potencial afectación de recursos naturales ocasionados por proyectos de inversión, y aquellos vinculados con propuestas de legislación en materia de algún recurso natural como la Ley de Obtentores Vegetales, la Ley de Pesca y la Ley de Protección de Glaciares.

En general, además del derecho a un medio ambiente libre de contaminación, estos conflictos se vinculan mayoritariamente al derecho al agua y su vulneración o potencial vulneración por la industria minera. Al respecto se destacan dos casos a continuación.

En primer lugar, el conflicto entre la minera BHP Billiton con su proyecto cuprífero Cerro Colorado y la comunidad Aymara de Cancosa, cuya controversia se genera por la extracción excesiva de aguas por parte de la minera. En el 2002, la comunidad notó que el nivel de agua de la laguna cercana había bajado y que las cinco vertientes de agua dulce y el bofedal Lagunillas se habían secado. Este hecho afectó la agricultura y el pastoreo, perjudicando la economía y la cultura local, que ha derivado incluso en una disminución de la población de residencia permanente en el poblado. La empresa fue multada el 2005 y obligada a bajar su consumo de agua. Además, se establecieron medidas de irrigación para el bofedal, pero que sin embargo no han logrado una efectiva recuperación del ecosistema. El proyecto cuenta con permisos para operar solo hasta el 2016, para ello se presentó un Estudio de Impacto Ambiental de Continuidad Operacional hasta el 2023. A los impactos al bofedal, según los afectados, esta ampliación agregaría contaminación por material particulado a la localidad de Parca y la afectación de un lugar ceremonial en la localidad de Quipisca. En este caso, también existen controversias vinculadas a la inclusión de Cancosa en el proceso de consulta indígena. El 1 de octubre de 2015, mediante Resolución Exenta N° 69 de la Comisión de Evaluación Ambiental de Tarapacá, la empresa obtuvo la RCA para la continuidad operacional de Cerro Colorado.

El segundo caso destacado es el de Andina 244, megaproyecto minero de CODELCO que, de ser aprobado, podría transformarse en la mina a tajo abierto más grande del mundo (superior a Chuquicamata) y que posteriormente sumaría actividades subterráneas. El proyecto cuenta con instalaciones en las regiones de Valparaíso y Metropolitana, abarcando 12 comunas. Las principales preocupaciones planteadas en cuanto a sus impactos dicen relación con la intervención de 26 glaciares, de los cuales solo se reconocen oficialmente 6 de ellos. Esto generaría un aumento en la velocidad del derretimiento y disponibilidad de agua en las cuencas que abastecen

a los ríos Aconcagua, Mapocho y Maipo, alterando el balance hídrico de ambas regiones. El EIA presentado en 2013 fue desistido por la empresa en septiembre de 2015³⁴. Por su parte, desde CODELCO anunciaron que el proyecto será reformulado debido a su complejidad y altos costos, siendo reemplazado por el proyecto “Desarrollo Futuro Andina”³⁵. Además de las manifestaciones ciudadanas, este proyecto se encuentra judicializado. En junio del 2013 Greenpeace presentó en la Corte de Apelaciones un recurso contra el proyecto de expansión, argumentando que los estudios presentados serían insuficientes.

A modo de síntesis:

- Los conflictos socioambientales tienden a concentrarse en tres focos: en la zona norte del país, principalmente en relación con las industrias minera (zona cordillerana) y termoeléctrica (borde costero); en la zona central, por la alta concentración de actividades económicas de alto impacto (fundiciones, centrales térmicas, minería, depósitos de residuos); y en las regiones de Biobío y La Araucanía, por proyectos hidroeléctricos y sus líneas de transmisión, así como por las plantaciones forestales.
- Se identifica una tendencia a que los conflictos permanezcan en latencia o adquieran un carácter “crónico”, pues no suelen existir acuerdos, medidas legales o administrativas que den por finalizada la controversia. No obstante esto, los conflictos que han concluido han sido en virtud de: i) acciones legales, ii) el rechazo técnico del SEIA, y iii) por las acciones ciudadanas que han logrado influir, ya sea en decisiones políticas o deliberaciones estratégicas de las empresas que, ante un escenario complejo, desisten de los proyectos. Esto muestra que las comunidades y territorios afectados han logrado una creciente influencia, por vía legal o de incidencia.

34 Servicio de Evaluación Ambiental, Dirección Ejecutiva, Resolución Exenta 1150/2015 del 7 de septiembre de 2015, relativa al desistimiento del Estudio de Impacto Ambiental del proyecto “Expansión Andina 244”.

35 La ficha del nuevo proyecto puede consultarse en: https://www.codelco.com/desarrollo-futuro-andina/prontus_codelco/2016-04-05/195731.html

- En relación con lo anterior, es importante destacar que la gran mayoría de los conflictos registrados involucra su paso por el Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental, principalmente bajo el formato de Estudios de Impacto Ambiental, los que mayoritariamente han sido aprobados.
- Respecto de la causa de los conflictos, en más de la mitad de los casos corresponde al lugar donde se emplazan los proyectos. Al respecto, más de la mitad de estos casos plantean el involucramiento de tierras y territorios indígenas, y se vinculan principalmente con la minería y la industria energética; y, en general, se desencadenan por la potencial afectación de sitios de carácter sagrado o ceremonial. En estos casos ha sido frecuente la invocación al derecho a la participación y a la consulta previa que establece el Convenio 169 de la OIT.
- En relación con los conflictos vinculados a residuos, emisiones e inmisiones, en su mayoría se relacionan con la industria energética y minera. En el primer caso, vinculado principalmente con termoeléctricas, y en el segundo, relacionado con pasivos mineros o con relaves actualmente en uso. En ambos casos se suele invocar principalmente el derecho a un medio ambiente libre de contaminación y el derecho a la salud.
- Por último, en relación con los conflictos ocasionados por el uso y contaminación de los recursos naturales, se mantiene la tendencia de que estos conflictos están vinculados en su mayoría con el derecho al agua y su vulneración o potencial vulneración por parte de la industria minera.

MISIONES DE OBSERVACIÓN DEL INDH

Algunos de los problemas identificados sobre la base del análisis de los casos registrados en el mapa de conflictos socioambientales en Chile han podido ser conocidos con mayor profundidad durante las misiones de observación en terreno que realiza el INDH.

En relación con los conflictos desencadenados por el lugar donde se emplaza un proyecto, el INDH desarrolló en 2014 una misión de observación a las cercanías de Pitrufquén, lu-

gar donde se emplazaría la Central Hidroeléctrica Los Aromos, actualmente en calificación por el SEIA.

Al respecto, el INDH sostuvo que si bien “valora los esfuerzos tendientes a generar energía a base a fuentes renovables con bajo impacto ambiental [...] dicho esfuerzo debe enmarcarse en el respeto y garantía de los derechos fundamentales de los habitantes del territorio en el que se prevé emplazar dichos proyectos. [...] Las empresas, a pesar del carácter privado de su accionar, deben prever los impactos que su actividad genera en el ejercicio y goce de los derechos de los que son titulares los pueblos indígenas. Ello importa determinar anticipadamente las consecuencias que dicha actividad tendrá en el ejercicio y goce de los derechos de propiedad, a la identidad cultural, a la consulta previa entre otros asumiendo el hecho que se está frente a sujetos titulares, de derechos colectivos e individuales, a los cuales los instrumentos internacionales de derechos humanos han reconocido la capacidad de decidir sobre sus prioridades de desarrollo. El INDH advierte que los titulares de proyectos de inversión a emplazarse en territorios con presencia de pueblos originarios deben actuar con la debida diligencia que esa realidad en particular reclama” (INDH, 2014, pág. 35).

Respecto de la consulta indígena, el INDH señaló en esta misma misión que “la consulta previa, libre e informada constituye un derecho para los pueblos indígenas y representa una obligación para el Estado, el que debe llevarla a cabo cada vez que se prevean medidas administrativas susceptibles de afectarlos directamente y recomend[ó] que el Servicio de Evaluación de Impacto Ambiental de la Araucanía, garantice la participación de todas aquellas comunidades susceptibles de ser afectadas directamente, realizando la consulta previa conforme a los estándares impuestos en el Convenio 169 de la OIT. De acuerdo al número de comunidades afectadas y al propio testimonio entregado por el titular del proyecto, el INDH considera recomendable que el proyecto de inversión sea sometido a consulta previa involucrando a todas aquellas comunidades indígenas que hacen uso de alguna manera del territorio en el que se prevé su emplazamiento y que sean susceptibles de ser afectadas directamente por el proyecto, entendiendo que ello

es consistente con el mandato de ofrecer protección a la especial relación que dichos pueblos tienen con sus tierras y territorios” (INDH, 2014, pág. 36).

Por su parte, en relación con las controversias relacionadas con residuos, emisiones e inmisiones generados por actividades particulares, se releva el pronunciamiento del INDH realizado en función de las misiones de observación a Boyeco y Valle del Choapa, así como la efectuada a Copiapó, Tierra Amarilla y Chañaral.

En el marco de la misión de observación desarrollada en Boyeco y otras localidades de La Araucanía, el INDH recomendó “[a] las agencias estatales encargadas de la concesión de las autorizaciones y permisos necesarios para la ejecución de proyectos de inversión productiva en territorios que constituyan el entorno de comunidades mapuche, porque les pertenecen, porque las reivindican o porque constituyen parte de sus territorios ancestrales, extremar el celo y rigor en la verificación del cumplimiento de las condiciones legales o administrativamente exigibles. Esa preocupación debe incluir, más allá de los procedimientos administrativos de rigor, la fiscalización eficaz sobre el cumplimiento normativo en la realización de las obras y en su operación permanente, así como una especial atención sobre los efectos no materiales de los proyectos, esto es, aquellos relacionados con el hábitat alterado en cuanto escenario de desarrollo espiritual y cultural de las comunidades del entorno. En este sentido, los instrumentos aplicables, especialmente los que evalúan el impacto ambiental de los proyectos, deben prestar adecuada consideración a aquellos efectos que inciden en la normalidad de un entorno en el que los recursos naturales son parte fundamental de la visión cosmogónica ancestral de los integrantes de las comunidades” (INDH, 2013, pág. 32).

En marzo de 2015, el INDH realizó una misión de observación al Valle del Choapa, zona en la que se emplaza el conflicto por el tranque de relaves El Mauro. Más allá del contenido de las denuncias antes mencionadas, el Instituto constató que “la priorización de la función productiva del agua, por sobre la garantía de acceso al consumo huma-

no³⁶, y el sobre otorgamiento de derechos, contribuyen a agravar la situación de crisis hídrica, lo que afecta la calidad de vida de los habitantes del territorio observado. En este sentido el INDH llama a usar todas las herramientas y facultades que el actual ordenamiento confiere a la autoridad a los fines de garantizar el derecho humano al agua” (INDH, 2015a, pág. 30).

Además, sobre las denuncias de contaminación del agua, el INDH “observó que sectores relevantes de la comunidad del valle del Choapa, y en particular del poblado de Caimanes, respaldados por resoluciones emanadas de los tribunales superiores de justicia, desconfían de la potabilidad de las aguas destinadas al consumo humano. Se extiende esta desconfianza a la institucionalidad pública responsable de monitorear, controlar y fiscalizar la calidad del recurso hídrico. Los informes y la actuación de esta institucionalidad, integrada por la DGA, la autoridad de Salud; del ministerio de Obras Públicas, y el Ministerio de Medio Ambiente, entre otras, no gozan de la confianza de sectores relevantes de la comunidad. Esta desconfianza hacia el Estado se da en un cuadro de crisis hídrica y de tensiones sociales derivadas del control y uso del recurso. Resulta urgente adoptar medidas que se orienten a restituir la confianza, con el objeto de dotar a la institucionalidad responsable, de la autoridad suficiente, a los fines de proporcionar tranquilidad y certeza a los habitantes del territorio.” (INDH, 2015a, pág. 31).

Referido a la actualización presentada por la empresa titular, recomendó “considerar en todas sus acciones la aplicación del principio de debida diligencia con el fin de prevenir las eventuales vulneraciones a los derechos humanos que sus operaciones pudieran provocar. El INDH, de conformidad con los Principios Rectores sobre Empresas y Derechos Humanos de las Naciones Unidas, recuerda que cuando las empresas han provocado o contribuido a provocar consecuencias negativas, deben repararlas o contribuir a su reparación por medios legítimos” (INDH, 2015a, pág. 32).

36 Acerca de esta materia, es importante señalar que en el marco de la reforma al Código de Aguas que está tramitándose en el Congreso, se ingresaron “indicaciones que incorporan el reconocimiento del acceso al agua como un derecho humano esencial e irrenunciable, garantizando que sus usos para consumo humano, subsistencia y saneamiento prevalecerán sobre otros, tanto en el otorgamiento como en la limitación al ejercicio de los derechos de aprovechamiento” (INDH, 2015c, pág. 178).

Por último, y más allá de los casos particulares, el tema de los pasivos mineros ha cobrado visibilidad pública a raíz del aluvión del norte grande, en el invierno del 2015, donde aún se desconoce su real magnitud y consecuencias. El INDH desarrolló una misión de observación a este respecto, particularmente a las comunas de Copiapó, Tierra Amarilla y Chañaral. El informe de misión señala que “[...] la ley 20.551, que comienza a regir en 2012, si bien garantiza el cierre adecuado de faenas mineras, no posee efecto retroactivo para considerar los pasivos y residuos mineros masivos que las Faenas Mineras Abandonadas o Paralizadas (FMA/P) generaron en su explotación. Por lo tanto, actualmente muchos FMA/P pueden ser posibles Pasivos Ambientales Mineros (PAM) que representan actualmente un riesgo significativo para la población y el medio ambiente. La falta de instrumentos de regulación enfocados especialmente en los FMA/P y los PAM, sumado a la ocurrencia de sucesos naturales de gran magnitud como los ocurridos el 25 de marzo de 2015, claramente agudizaron la crisis existente en la zona de Copiapó, Chañaral y Tierra Amarilla” (INDH, 2015b, pág. 53). En virtud de lo constatado en terreno, el INDH recomendó:

“[...] que se cumpla el principio de sustentabilidad ambiental y de responsabilidad. Siendo la actividad minera la principal actividad económica de las zonas afectadas por el aluvión del 25M, se hace necesario que se dicte la legislación adecuada para que todas las empresas mineras se hagan responsables tanto del tratamiento de los pasivos ambientales, como de la mitigación de los daños a la vida; a la salud de las personas y al medio ambiente, generados en esta actividad. Se insta al Estado de Chile, conforme a lo dispuesto en el artículo 54 de la Ley General de Bases del Medio Ambiente, a que sus órganos con competencia en conflictos socio ambientales realicen la investigación de los posibles daños ambientales producidos por el aluvión del 25M y ejerzan, si fuese el caso, las acciones ambientales pertinentes” (INDH, 2015b, pág. 57).

SOBRE LOS FACTORES SUBYACENTES A LOS CONFLICTOS SOCIOAMBIENTALES

Un primer elemento que se destaca como común a los conflictos socioambientales catastrados es la debilidad de la normativa nacional. Si bien se releva el avance que significa contar con un marco legal para asuntos ambientales desde inicios de la década de los 90 —compuesto por la Ley 19.300 y sus posteriores reformas—, algunas personas entrevistadas señalan que esto no es suficiente para garantizar su protección, sobre todo porque no ha tenido un correlato con la adecuación de las leyes sectoriales que rigen las diversas actividades productivas ni con la adopción de normas de calidad más exigentes para monitorear el estado de sus componentes. Para unos, esto revela la preeminencia de la agenda económica por sobre el comportamiento sustentable de las industrias en los territorios; y para otros, es señal de que el marco regulatorio está incompleto y no brinda las certezas suficientes para quienes invierten.

Al respecto, Sara Larraín señala:

“En general, los conflictos ambientales en Chile tienen que ver con los impactos de una degradación objetiva de los territorios, y eso tiene que ver con el marco jurídico que establece las reglas de acceso y uso tanto del territorio como de los recursos naturales. La base, la razón y la causa final de los conflictos tienen que ver con la ausencia de un ordenamiento territorial, y con la aplicación laxa o absolutamente discrecional de la normativa existente. Las normas avanzan muy lentamente, no hay interés de disciplinar los distintos sectores productivos porque afecta la competitividad”.

Por su parte, Diego Hernández, Presidente de SONAMI, manifiesta que:

“Lo que pasó es que el país se quedó atrás en la legislación ambiental y la puesta al día se hizo no como un producto de una discusión ciudadana, con todos los grupos de interés, sino que se implantó de arriba para abajo, inspirándose en legislaciones de países más desarrollados. En los primeros años, después de la entrada en vigencia de la ley, no hubo muchos conflictos ambientales, probablemente por desconocimiento de los grupos de interés de que existía esa legislación.

El mejor ejemplo para ilustrar esto es el tema de los pueblos originarios, el Convenio 169: fue ratificado y entró en vigencia sin que el Estado se haya preparado, sin ver cómo iba a funcionar en la práctica. Eso provocó una serie de vacíos legales opinables que ayudaron, en este caso, también a aumentar la judicialización en estos procesos porque las cosas estaban poco claras... eso mismo se aplica en mayor o menor medida a otros aspectos de la legislación ambiental. Entonces, lo que las empresas necesitan y quieren es tener claridad en las reglas del juego, y esa claridad se ha ido estableciendo muy de a poco. Ninguna empresa, en su estrategia, va a gastar US\$ 250 millones para estudiar un proyecto que no sabe si se va a poder hacer o no. Es necesario que la legislación se siga completando de manera que uno *a priori* sepa si la está cumpliendo o no, no que eso posteriormente lo zanje un juez”.

Para el Superintendente del Medio Ambiente, Cristián Franz, el mayor empoderamiento de la ciudadanía también es un factor que explica el surgimiento o aumento de conflictos socioambientales en el país. Al respecto, el Sr. Franz señala:

“Mi impresión es que este ha sido un proceso de empoderamiento creciente por parte de la ciudadanía, es más consciente de sus derechos y está mucho más alerta a reclamar cuando los siente amenazados. Yo creo que también la institucionalidad ambiental y la normativa ambiental han ido contribuyendo a generar espacios que pueden ser usados por la gente precisamente para canalizar sus reclamos, porque normalmente cuando hablamos de un conflicto socioambiental hay algunos elementos que lo hacen público, y eso es justamente el uso de un mecanismo institucional o el uso de herramientas legales que antes no existían y que ahora tienen a disposición las comunidades. Desde el antiguo recurso de protección que era el comúnmente usado, hemos ido avanzando con una batería de alternativas que hoy día hace que la gente pueda presentar denuncias, por ejemplo, acá en la Superintendencia. Solo el 2015 nosotros recibimos del orden de 1.800 denuncias”.

Otro elemento relevado por las personas entrevistadas tiene relación con el centralismo, cuestión que afecta en dos

sentidos: por un lado, en que el marco legal no admite las particularidades de los territorios, tratándolo como si fuera uniforme y no adecuándose a las necesidades o vocaciones diversas de estos; y por otro, que la recaudación fiscal se concentra en la capital del país, disociando los beneficios y radicando las cargas ambientales a nivel local. Ejemplo de lo primero es lo señalado por Diego Hernández a continuación:

“[...] todos sabemos y es poco lo que hacemos para combatir [la centralización]. La legislación chilena, a pesar de que el país es muy diverso geográficamente, es una sola. Por ejemplo, el Código de Aguas hay que aplicarlo desde el desierto de Atacama hasta Aysén, dónde llueve más de 4 metros por año. En todos los aspectos la legislación es única, no hay enfoques regionales o especiales para distintas cuencas o distintos sectores geográficos”.

A esto se agrega lo mencionado por Claudio Seebach, Vicepresidente Ejecutivo de la Asociación de Generadoras de Chile, en relación con la distribución de los beneficios y cargas:

“Aunque salga vapor de agua de una chimenea, si yo considero que hay un riesgo potencial y no percibo los beneficios, entonces surgen los conflictos. Esto, porque tienes una inadecuada distribución de los costos que se les imponen a las comunidades o a los entornos, respecto de los beneficios generados para la sociedad toda. Además, el Estado captura el desarrollo económico a nivel nacional y recauda impuestos principalmente a nivel central, pero la creación de valor y riqueza está y ocurre en el territorio. Al final los impuestos se pagan acá [en la capital] y no se vinculan o muy poco, a través del Estado, con una inversión a nivel local en esos territorios. En algunos casos hay falta de capacidad del Estado para cumplir su rol garante, de coordinador, de mediador, de realizar distintas funciones que se espera que haga”.

Las capacidades estatales para fiscalizar los permisos ambientales también es un factor relevado. Aquí se destaca no solo la necesidad de aumentar la dotación y presencia territorial de la Superintendencia del Medio Ambiente, sino también

las prerrogativas sancionatorias de la entidad. Al respecto, el Superintendente del Medio Ambiente, Sr. Franz, señala:

“Como no podemos fiscalizar las 15.600 RCA vigentes, lo que hacemos es un programa de fiscalización donde se priorizan proyectos en función de diversos criterios, uno de ellos es la connotación social. Ese programa establece un promedio de 800 a 900 RCA por año, lo que es susceptible de ser modificado durante el año si surgen eventos que lo justifiquen. Lo que hacemos habitualmente cuando surgen este tipo de situaciones, que son cada día más frecuentes justamente porque estamos recibiendo más denuncias, es que reemplazamos una unidad programada por una emergente, justamente para evitar un conflicto desde la perspectiva de la fiscalización. La gente se queja de que la institucionalidad no funciona, que los servicios no llegan, que las denuncias no las responden, etc., y eso es verdad, porque una institución como la nuestra que tiene tres años, con poco personal, con pocos recursos, puede procesar 1.000 de 15.000 RCA, esa es la tasa. Entonces hay 14.000 resoluciones que no estamos siendo capaces de mirar, y de las 1000 que revisamos hay muchos proyectos grandes que tenemos que revisar todos los años. Yo no puedo no revisar todos los años un proyecto como Pelambres, no puedo no revisar todos los años a Alto Maipo, Escondida, Collahuasi, Codelco. Eso hace que el número de fiscalizaciones se me reduce, porque de las 1.000 en realidad hay 300 de esas RCA que las veo todos los años. Esta es una institución que aún está ejerciendo una fiscalización estratégica”.

En relación con las comunidades involucradas en los conflictos socioambientales, las personas entrevistadas señalan que estos ocurren en territorios donde el Estado está ausente o donde se experimentan carencias importantes. Esto abre la puerta a malas prácticas como el clientelismo, la cooptación de los liderazgos y la fragmentación del tejido social. Sobre esta materia, Sara Larraín manifiesta:

“[...] el aparato público o la institucionalidad hace operar la normativa de una forma mínima, súper presionado por el titular; no solamente por medio de la corrupción, con dinero, sino con una estrategia antro-

pológica de debilitar las demandas de la comunidad. Eso en general se hace con antropólogos, profesionalmente, con consultoras que identifican ciertas tensiones y relaciones de poder en la comunidad, y se divide a la comunidad mediante estrategias. Tienes desde estrategias dónde se compra a los dirigentes o donde a la presidenta de la junta de vecinos le arman una junta de vecinos paralela para que apruebe el proyecto. Eso lo vas a ver en todos territorios, es una estrategia totalmente diseñada, sociológica y antropológicamente, para debilitar la resistencia de la comunidad. ¿Y qué es lo que ocurre con el Estado?: no interviene, no pone orden, no prohíbe negociaciones paralelas durante el proceso de evaluación. Si la comunidad no está carenciada, la empresa tiene que disciplinarse. Pero como en general hablamos de comunidades carenciadas, entonces te reciben planchas de zinc, botas de goma, una sede social, o de frentón comida, bonos, tambores de combustible, leña o ese tipo de cosas. Hay comunidades carenciadas y no está el Estado como un factor de neutralidad, que no permita ese tipo de negociaciones impuras en base de las necesidades de la comunidad”.

Desde los gremios de energía y minería concuerdan en la ausencia del Estado a nivel territorial, lo que en ocasiones empuja a algunas empresas a buscar solventar necesidades básicas como forma de obtener la venia de las comunidades para la ejecución de sus proyectos. Sin embargo, sus representantes alertan que el rol de las empresas no es suplir al Estado, sino que cada actor debe cumplir las funciones que le corresponde.

Al respecto, Claudio Seebach señala:

“[...] uno los grandes temas ocurre cuando las empresas llegan a determinados territorios con carencias históricas, con grandes brechas en materia educativa, de vivienda, infraestructura básica, conectividad, muchísimas de las cuales son típicas funciones del Estado y que no tienen que ver con el desarrollo del proyecto. Ahí surge la posibilidad, la esperanza o la expectativa de que las empresas puedan suplir parte de los roles del Estado: primer problema”.

Para Diego Hernández de SONAMI, se ha generado una suerte de “peaje” para entrar a las comunidades, es decir:

“[...] que las empresas pongan más plata, más recursos financieros que permitan que las comunidades mejoren, que las comunidades tengan más desarrollo debido a la presencia de la empresa ahí. Aquí estamos en un camino bien complicado y peligroso, tenemos que tener cuidado que la empresa no empiece a sustituir al Estado en su rol, y lo digo más como ciudadano que como empresario, porque de repente podría ser más fácil hacerse cargo de una comunidad, pero volveríamos al sistema de la hacienda con los inquilinos, a la tortilla para almorzar y los porotos, eso creo que sería volver atrás. Por eso es importante que separemos bien el rol de la empresa y el rol del Estado, porque si la empresa se va a preocupar de la educación, de la salud, de la infraestructura en esas localidades, yo creo que es nocivo, es malo, y que deberíamos como país evitar eso”.

Por último, se hace hincapié en la necesidad de reconfigurar el derecho a acceder a información y de participación vinculante, propendiendo a formas de relacionamiento más transparentes entre los grupos de interés. Acerca de este punto, Sara Larraín manifiesta:

“[...] antes del SEIA no había ninguna política de participación, ni el Estado estaba obligado a informar a la comunidad de que le iba a caer el proyecto. La gente no sabía cuándo empezaba, que se iba a hacer, ni siquiera se atrevía a preguntar. Con el SEIA logramos meter el tema de las observaciones ciudadanas, y es ahí donde se empezó a fortalecer o expresar la gente porque tuvo una información, aunque sea mínima, de lo que le iba a caer encima. El problema es que en el SEIA, el Estado aparece junto con la empresa a explicarle a la comunidad en qué consiste el proyecto. Entonces la comunidad no siente que el Estado viene a explicarles en forma neutral el proyecto, sino que viene con la empresa, y por lo tanto nuevamente acompaña a la empresa, después de haberlo investido para que entre al territorio, para explicarle a las comunidades que es lo que se va a hacer en el territorio y ahí la comunidad observa, comenta etc. Esto debiera

ser incorporado dentro del sistema de Evaluación de Impacto Ambiental, pero no es vinculante lo que la gente dice, sus derechos no son vinculantes. Por lo tanto, el Estado abre esta especie de proceso informativo, porque eso no es participación ciudadana, es un proceso informativo, sobre cuál es el proyecto y cuáles son los impactos, para que la comunidad opine sobre ellos impactos y se den las compensaciones”.

Para Claudio Seebach, la transparencia es clave para afianzar la relación con las comunidades y los diversos actores que forman parte de una controversia.

“Nosotros por lo menos creemos que uno de los modos de entrar en una situación es transparentar muy claramente quién eres, de dónde vienes y cómo te financias. Nosotros como gremio lo hemos adoptado, publicamos nuestras fuentes de financiamiento, transparentamos quiénes somos, cuáles son nuestros objetivos, nuestras audiencias, toda nuestra agenda. Pero hay otro mundo que todavía no publica nada. Esperamos que la política, pero también el mundo de la sociedad civil, fuera más transparente. Efectivamente uno lo ve en casos particulares, donde la mantención del conflicto solo genera rentas en ciertas organizaciones o ciertos individuos a quienes obviamente les conviene. Y al final las más dañadas y afectadas son las comunidades, y de paso las empresas porque o no pueden desarrollar su proyecto, es mucho más caro o los beneficios que podrían potencialmente ser llevados a la comunidad terminan siendo cobrados por el abogado o la ONG de turno, que logró capturar buena parte de las rentas. Yo escucho reiterativamente comentarios de empresas, incluso también lo he escuchado de ONG, de que al final la plata se las llevan otros y para qué decir uno también lo escucha en dirigentes comunitarios. Al final la plata se la embolsó, no tengo idea quien, el que promovió que nos opusiéramos a tal cosa, pasó por caja y después nosotros quedamos más o menos igual o peor, conflictuados, peleados entre nosotros”.

SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES

En materia de institucionalidad, en 2015 el INDH recomendó al Poder Ejecutivo “proceder al nombramiento de los ministros titulares y suplentes integrantes del Tribunal Ambiental de Antofagasta, de modo de contar con la institucionalidad completa para proteger adecuadamente los derechos humanos”. En virtud de los más de tres años de retraso en la conformación que lleva dicho tribunal, situación que en la actualidad no se ha subsanado, urge que el gobierno y todas las entidades involucradas realicen activamente los nombramientos faltantes, poniendo en marcha adecuadamente la institucionalidad de justicia ambiental. Esto, pues lo que ha sucedido en este ámbito es una extrema negligencia por parte del Estado.

En relación con las reformas legislativas abordadas en el Informe Anual 2015 del INDH (protección y preservación de glaciares, creación del Servicio de Biodiversidad y Áreas Protegidas y el Sistema Nacional de Áreas Protegidas, y la reforma al Código de Aguas) que se encuentran aún en debate en el Congreso Nacional, el INDH manifiesta su preocupación por la demora en su discusión. Por lo mismo, reitera con urgencia la recomendación formulada el 2015 a los poderes colegisladores de incorporar en la tramitación de los proyectos de ley en actual discusión, los ajustes necesarios para el cumplimiento de los estándares internacionales en materia del derecho a un medio ambiente libre de contaminación y los derechos conexos que pudieran verse afectados.

Del mismo modo, se encuentran pendientes las otras recomendaciones realizadas por el INDH, en relación con fortalecer las capacidades fiscalizadoras de la Superintendencia del Medio Ambiente, revisar la normativa relativa a consulta indígena para asegurar que se ajuste a los estándares internacionales de derechos humanos, así como la necesidad de revisar las políticas y prácticas vigentes acerca de la actividad empresarial y los derechos humanos según los Principios Rectores de Naciones Unidas sobre Empresas y Derechos Humanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Antezana, T. (30 de agosto de 2016). *Marea Roja: informe inconsistente con la incertidumbre y la tragedia ambiental y social de Chiloé*. Obtenido de El Mostrador: <http://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2016/08/30/marea-roja-informe-inconsistente-con-la-incertidumbre-y-la-tragedia-ambiental-y-social-de-chiloe/>
- CEPAL & OCDE (2016). *Evaluaciones del desempeño ambiental: Chile 2016*. Santiago, Chile: Naciones Unidas.
- CodeXverde (13 de abril de 2016). *HidroAysén no renuncia: denuncia que DGA actuó de manera "irregular"*. Obtenido de <http://www.codexverde.cl/hidroaysen-no-renuncia-denuncia-que-dga-actuo-de-manera-irregular/>
- Comisión Asesora Presidencial para la evaluación del SEIA (2016). *Informe final*. Santiago, Chile: Ministerio del Medio Ambiente.
- Comisión Marea Roja (2016). *Informe de avance*. Chile.
- Comisión Sindical Ciudadana Parlamentaria para la reforma al SEIA (2016). *Propuestas*. Chile.
- El Mercurio* (07 de mayo de 2016). Conflicto en Chiloé: Pérdidas de ventas en sector salmonero superan los US\$ 40 millones. *El Mercurio. Economía y Negocios*, pág. B9.
- Greenpeace (2016). *Reporte crisis social ambiental en Chiloé. Resumen Ejecutivo*. Chile.
- INDH (2012). *Informe Anual 2012. Situación de los Derechos Humanos en Chile*. Santiago, Chile.
- INDH (2013). *Misión de Observación Araucanía*. Santiago, Chile.
- INDH (2014). *Misión de Observación a Proyecto Central Hidroeléctrica Los Aromos*. Santiago, Chile.
- INDH (2015a). *Misión de Observación Valle del Choapa*. Santiago, Chile.
- INDH (2015b). *Misión de Observación a las comunas de Copiapó, Tierra Amarilla y Chañaral*. Santiago, Chile.
- INDH (2015c). *Informe Anual 2015. Situación de los Derechos Humanos en Chile*. Santiago, Chile.
- INDH (2016a). *Mapa de conflictos socioambientales en Chile 2015*. Santiago, Chile.
- INDH (2016b). *Opinión del INDH sobre las propuestas de la Mesa Técnica N°3 sobre participación ciudadana y consulta indígena, de la Comisión Asesora Presidencial para la Evaluación del SEIA*. Santiago, Chile.
- Liberona, F. (julio de 2016). Chiloé: el fracaso de un modelo. *Barómetro de Política y Equidad, I I. Punto de quiebre. La nueva Constitución y la ciudadanía*, 173-189.
- Revista Agua (23 de mayo de 2016). *Pugna por proyecto HidroAysén se reactiva*. Obtenido de <http://www.revistagua.cl/2016/05/23/pugna-por-hidroaysen-se-reactiva-el-viernes-se-realizaran-los-alegatos-en-la-corte/>
- Segundo Tribunal Ambiental (12 de mayo de 2016). *Tribunal realizó alegatos en reclamación de Hidroaysén contra el Servicio de Evaluación Ambiental*. Obtenido de <http://www.tribunalambiental.cl/hidroaysen-tribunal-realizo-primera-sesion-de-alegatos-en-reclamacion-contra-el-servicio-de-evaluacion-ambiental/>

2

DERECHO A LA SALUD EN REGIONES



Fotografía: Enrique Cerda



ANTECEDENTES

En el marco del desarrollo de indicadores de derechos humanos respecto del derecho a la salud en Chile, el INDH ha identificado algunas áreas que dan cuenta de los principales déficits en cuanto al respeto, protección y garantía del derecho a la salud, sobre la base de las recomendaciones realizadas por los órganos que vigilan el cumplimiento de los tratados de derechos humanos ratificados por Chile y las opiniones de personas expertas del ámbito de las políticas públicas de salud. A partir de este análisis se han identificado cuatro déficit principales en el campo del derecho a la salud: débil definición del derecho a la salud a nivel constitucional; omisión de determinantes sociales de la salud en la política pública; desigualdades e inequidades en salud¹, la falta de calidad de atención y de capacidad resolutoria en los servicios públicos; déficits en el ámbito de la salud sexual y reproductiva².

Esto se corresponde con lo que aparece en otros diagnósticos. En particular, acerca del sistema de salud del sector público, un estudio del Banco Mundial señalaba que el país tiene un importante déficit de profesionales en salud (médicos

especialistas y enfermeras) y carencias en infraestructura³. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) mostraba en su informe sobre la Salud en el Mundo (2000)⁴, que Chile tenía altos niveles de desigualdad en el índice tanto del acceso a los servicios básicos como en los indicadores de esperanza de vida y discapacidad, relacionadas con niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas (Zúñiga, 2011, UDP, 2008).

Algunos de estos problemas no serían nuevos: haciendo un análisis histórico del sistema de salud chileno, Drago (2006) señala que en el sistema público existía incertidumbre en la oportunidad de atención, y en el privado había incertidumbre en asequibilidad de la atención, junto a la discriminación por riesgo⁵ y prácticas de “limpieza de cartera”⁶.

En cuanto a la percepción de la ciudadanía, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Derechos Humanos que desarrolla el INDH cada dos años, la población reconoce que este es

1 Por inequidad en salud se entienden las diferencias sistemáticas que son innecesarias, evitables e injustas: “[...] se relaciona con desigualdades en el desarrollo de los distintos grupos y áreas de población, los determinantes sociales relevantes en salud (como ingreso económico, empleo, educación, condiciones de vida, protección social) y el acceso inequitativo a servicios de salud de calidad”, en Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. La salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile. Documento de Análisis de Situación, PWR CHI/11/HA/01, 2011, pág. 16.

2 Para conocer mayores detalles acerca de este diagnóstico, ver: INDH, Indicadores de derechos económicos, sociales y culturales: derecho a la salud y derecho al trabajo. Primera etapa; diciembre de 2012. Disponible para su descarga gratuita en www.indh.cl

3 Banco Mundial, 2010 Informe de Brechas en Infraestructura, 2010.

4 OMS, 2000 Informe de Salud en el Mundo.

5 Las ISAPRES trabajan con tablas de riesgos para evaluar a sus afiliados o potenciales afiliados. En esas tablas de riesgo incluyen la edad, enfermedades preexistentes, mujeres en edad reproductiva, entre algunos factores considerados de riesgo. Estos factores de “riesgo” se traducen en que las ISAPRES establecen programas de salud más caros (el caso de las mujeres en edad reproductiva) o se reservan el derecho de afiliarse a una persona (caso de enfermedades preexistentes). En relación con las “tablas de riesgos”, el Tribunal Constitucional dictaminó en Sentencia Rol N° 1710-10-INC, publicada en el Diario Oficial el 9 de agosto de 2010 la derogación del artículo 38 de la Ley de ISAPRES, eliminando la tabla de factores de riesgo como elemento de ajuste automático de precio de los planes de salud. Las razones establecidas fueron la violación del imperativo constitucional de reserva legal de los derechos fundamentales; la discriminación por sexo y edad que conlleva la norma, y la vulneración de la libertad de elegir el sistema de salud.

6 Con limpieza de cartera se está haciendo referencia a la eliminación de afiliados a las ISAPRES, por varias razones, entre ellas la “limpieza” de aquellos de alto riesgo.

un ámbito de preocupación. Por ejemplo, si bien más del 80% de la población señala que tiene centros de salud cerca de su casa, 82,3% de la población señala que para tener acceso a servicios básicos de calidad es necesario contar con recursos económicos. De este modo, si bien el acceso estaría garantizado, ello no se traduciría en una garantía de asequibilidad, calidad y atención sin discriminación. Dentro de los tres derechos que se perciben como vulnerados en el último año, el segundo, con 35,1%, es el acceso a la atención en salud (ENDH 2015).

El derecho a la salud, durante el 2016, ha formado parte del debate público. Por ejemplo, en febrero, como reacción a una decisión de la Contraloría General de la República de prohibir que las y los médicos en especialización hagan turnos adicionales en la red pública de salud, se plantea una vez más el problema de la falta de médicos especialistas en regiones⁷. La prensa constata que: “más de 2/3 de las horas médicas del país se concentran en el sistema privado de salud (destinado al 16% de la población), mientras que los usuarios de la red pública (80% de la población) deben conformarse con solo 1/3 de las horas médicas para su atención” (El Mostrador, 26/2/16).

En marzo, la preocupación se centraba en que la Región de Magallanes llevaba, luego de que renunciara el único especialista del Hospital Clínico, un mes y medio sin oncólogo pediátrico, lo que obligó a que siete de los 30 niños/as en tratamientos contra el cáncer debieran ser trasladados a Valdivia y Santiago para continuar sus quimioterapias (*La Tercera*, 17/3/16).

Por su parte, el 7 de abril, en el marco de la conmemoración del “Día Internacional de la Salud”, se movilizaron a nivel nacional los cuatro gremios del equipo de salud que integran la Ley 19.664 –el Colegio de Cirujanos Dentistas, el Colegio de Químico Farmacéuticos, el Colegio de Bioquímicos y el Colegio Médico– para manifestarle al gobierno su preocupación por la situación en este sector. Para estos gremios, una parte de las demandas incluían que: “la salud sea un derecho universal plenamente ejercido por nues-

tros compatriotas; reforzar la atención primaria, dotar de equipos de salud en todos los rincones de Chile, otorgar mayor presupuesto para que FONASA amplíe coberturas y eliminar las preexistencias; no queremos discriminación, ni alzas de planes injustificadas en las ISAPRES; mayor cobertura para el acceso a los medicamentos; debe existir disponibilidad de camas para hospitalizar y talonarios para extender recetas o licencias” (El Navegable, 6/4/16). En el presente apartado se da cuenta de las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud en condiciones de igualdad y no discriminación en las regiones del país. Sobre la base a dicho diagnóstico, el INDH realiza recomendaciones al Estado para garantizar el ejercicio de este derecho.

ESTÁNDARES INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. También afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

En el ámbito del derecho internacional de los derechos humanos, el derecho a la salud es reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948, que menciona “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar; y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (art. 25).

El derecho a la salud también es reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966. En su artículo 12 punto 1 señala: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”; así también, en el mismo artículo letra d), el PIDESC señala: “La creación de condiciones que aseguren

⁷ Ver Contraloría General de la República. PTR A N° 13.801/2015, ref. N° 48.733/2015. Informe final N° 1.283, de 2015, sobre auditoría al programa de formación de especialistas en el Servicio de Salud Coquimbo.

a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos del Niño señala en su artículo 24: “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”. Así también indica en el punto 2: “Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente”.

Además, el Convenio sobre pueblos indígenas y tribales (conocido como Convenio 169) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), de 1989, señala en su artículo 25, en sus puntos 1, 2 y 3, que: “1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental; 2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales; 3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria”.

La Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), señala en su artículo 12: “1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. 2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

Con el objeto de ayudar a la aplicación práctica de este derecho, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señaló, en su Observación General N° 14 en el 2000⁸:

“El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

- a. Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
- b. Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte.

⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, CESCR Observación general 14, 11 de agosto de 2000.

La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) No discriminación; ii) Accesibilidad física; iii) Accesibilidad económica (asequibilidad); iv) Acceso a la información.

- c. Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
- d. Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas".

Finalmente, es importante referir al Informe del Sr. Paul Hunt, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental⁹, que en relación con la situación de los profesionales de la salud, el Relator Hunt señalaba: "Los profesionales de la salud –médicos, personal de enfermería, parteras, técnicos, administradores, etc.– desempeñan una función indispensable en el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud. Sin embargo, en muchos sistemas de salud, los recursos humanos están en crisis. Salvo que se preste la máxima atención a las dificultades a que hacen frente los profesionales de la salud, cuesta imaginar cómo se lograrán en muchos países los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud. La difícil situación de los profesionales de la salud tiene importantes repercusiones en el derecho a la salud".

⁹ ONU, A/59/422, Informe del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; 2004.

NORMATIVA NACIONAL

La Constitución de nuestro país regula el derecho a la protección de la salud en el artículo 19 N° 9, imponiendo al Estado la obligación de resguardar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo, así como la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Reconoce, a continuación, el derecho a elegir el sistema de salud, estatal o privado, al que acogerse, siendo este último inciso el único que podría garantizarse por la vía judicial mediante el Recurso de Protección. El INDH hizo ver las debilidades de la norma constitucional en el reconocimiento del derecho a la salud en tanto no define el alcance de la protección de la salud, y excluye la vulneración del derecho del catálogo de derechos sujetos a tutela judicial por medio del recurso de protección (INDH, 2011).

En relación con el Ministerio de Salud (MINSAL), en el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N°s 18.933 y 18.469, se establecen sus atribuciones y funciones. En su artículo 1° se indica que al Ministerio de Salud: "compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones".

Por su parte, el denominado Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas, la Ley AUGE, N° 19.966, promulgada el 25 de agosto de 2004, estableció un Régimen de Garantías en Salud para asegurar a todas las personas residentes en el territorio nacional "independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso", el acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar las situaciones de enfermedad.

Esta Reforma obliga a los prestadores públicos (FONASA) y privados (ISAPRES) a proporcionar planes de salud contruidos sobre la base de ciertas prioridades sanitarias con las siguientes garantías explícitas:

- a. Garantía de acceso: según esto, todos los individuos deberán recibir atención y ser parte de una red de salud en su lugar de residencia;

- b. Garantía de oportunidad: habrá un límite máximo de tiempo preestablecido para asegurar tanto la primera atención de las personas como la atención pos diagnóstico;
- c. Garantía de calidad: que asegura que las prestaciones seguirán patrones de exigencia técnica preestablecidos y contruados a partir de pruebas de evidencia médica y;
- d. Garantía de cobertura financiera: en virtud de esto el pago de las prestaciones no será un obstáculo para recibir los servicios asociados al sistema AUGE. Además, la ley dispone financiamiento fiscal para la atención de salud de los carentes de ingresos o indigentes y establece la obligatoriedad de cotizar para salud de los trabajadores independientes.

Las Garantías Explícitas en Salud (GES) constituyen un conjunto de beneficios garantizados por ley para las personas afiliadas a FONASA y a las ISAPRES, siendo en la actualidad 80 las patologías garantizadas.

Sin embargo, al momento de especificarse las condiciones y los requisitos para ser usuario/a del sistema, por medio de los reglamentos y Guías Clínicas respectivas de cada patología AUGE, la igualdad e universalidad prometida por la Reforma se fue relativizando. De hecho, comienza a hablarse de Garantías Explícitas de Salud (GES) suprimiéndose la palabra universal¹⁰.

De esta manera, al momento de su implementación afloraron problemas derivados de la exclusión de pacientes por su edad (de manera explícita) o su lugar de residencia (de manera práctica, por déficit del sistema). En más del 50% de las guías clínicas existen criterios de racionamiento sanitario que suponen la exclusión de pacientes en razón de su edad. De esta manera, se incumple la promesa de equidad presente en la Reforma (Zúñiga, 2011).

Por otra parte, la Ley 20.584 (conocida como ley de derechos y deberes del paciente), que entró en vigencia el 2012, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud,

tanto en el ámbito del sistema público de salud como en el privado. La ley reconoce el derecho de las personas a que las acciones de salud se otorguen oportunamente y sin discriminación arbitraria (art. 2); y entre otros, incluye los derechos a un trato digno y respetuoso, utilizando un lenguaje adecuado e inteligible –tomando especial cuidado cuando la persona no tiene dominio en el idioma español o adolezca de alguna discapacidad– y protección de la vida privada y la honra (art. 5); información suficiente, oportuna y veraz de las atenciones de salud que se ofrecen, sus costos y condiciones previsionales (art. 8); autonomía de decisión frente a procedimientos y tratamientos y al consentimiento informado (art. 14); y reserva de la información contenida en la ficha clínica (art. 12). Son deberes de los y las pacientes respetar el reglamento del establecimiento en que se atiendan y a los/as integrantes del equipo de salud y entregar información cierta de sus necesidades y problemas de salud (art. 33-36).

La adopción de esta legislación es un importante avance en el ejercicio del derecho a la salud, pues reconoce a los y las pacientes la condición de personas con derechos a tomar decisiones de su salud, con autonomía y adecuada información.

En relación con la municipalización de la salud, la Ley 19.378 establece el estatuto de atención primaria de salud (APS). Al respecto, en su artículo 1º se indica: “Esta ley normará, en las materias que en ella se establecen, la administración, régimen de financiamiento y coordinación de la atención primaria de salud, cuya gestión, en razón de los principios de descentralización y desconcentración, se encontrare traspasada a las municipalidades al 30 de junio de 1991, en virtud de convenios regidos por el decreto con fuerza de ley Nº 1-3.063, del Ministerio del Interior, de 1980. Asimismo, normará los aspectos anteriormente citados, respecto de aquellos establecimientos de atención primaria de salud que sean creados por las municipalidades; traspasados con posterioridad por los Servicios de Salud; o que se incorporen a la administración municipal por cualquier causa”.

En torno a la discriminación, la Ley 20.609 que establece medidas contra la discriminación, señala en el artículo 1º: “Esta ley tiene por objetivo fundamental instaurar un mecanismo judicial que permita restablecer eficazmente el

10 En <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e03c08fac00143dee0400101650176c1.pdf> se encuentra el listado de patologías GES y las edades en que se garantiza la atención y sus condiciones.

imperio del derecho toda vez que se cometa un acto de discriminación arbitraria. Corresponderá a cada uno de los órganos de la Administración del Estado, dentro del ámbito de su competencia, elaborar e implementar las políticas destinadas a garantizar a toda persona, sin discriminación arbitraria, el goce y ejercicio de sus derechos y libertades reconocidos por la Constitución Política de la República, las leyes y los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes”.

LA REFORMA DE SALUD Y LA SITUACIÓN DE LAS REGIONES

El sistema de salud en Chile es mixto, compuesto por un sistema público que atiende al 80% de la población, y un sistema privado que atiende al 15% de la población de nuestro país. La población restante se atiende en otras agencias públicas, fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas.

El gasto total en salud en Chile representa el 7,2% de su PIB (debajo del promedio de los países de la OCDE de 9,3%), y el aporte fiscal corresponde a 47,1% del gasto total de salud. En la mayoría de los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) el sector público es la principal fuente de financiamiento del gasto en salud (72,0% en promedio)¹¹.

Además del aporte fiscal, el gasto en salud es financiado mediante la cotización obligatoria del 7% que deben realizar las personas por medio de su ISAPRE o de FONASA, y con el “gasto de bolsillo”, que como su nombre lo indica, es el aporte que hace directamente la persona para su atención de salud (que es adicional al 7% que cotizan las personas). Al respecto, la OCDE (2015) señala: “Aunque el gasto de los bolsillos de los hogares ha disminuido en Chile desde el 2009, este sigue siendo 1/3 (31%) del gasto total en salud, con lo que es el tercer más alto entre los países de la OCDE”. Este gasto, en términos de equidad social, revela una de las mayores deficiencias del sistema de salud del

país (Goic, 2015)¹². Al respecto, Matías Goyenechea¹³ señala: “(...) el sistema de salud es capaz de hacer pobre a una persona, o sea, si hay una enfermedad grave que requiere una operación, hay una familia que es potencialmente candidata a ser pobre (...) es por eso que es tan terrible el gasto de bolsillo, y que sea tan alto en Chile es un indicador de la regresividad de nuestro sistema [de salud]”.

En términos de indicadores de salud pública, Chile se encuentra en buen pie: posee los índices más bajos de Latinoamérica en mortalidad infantil (7,2 x 1.000 NV) y en mortalidad materna (18,5 x 100.000 NV); la expectativa de vida al nacer de los y las chilenas es elevada (79,84 años); tiene 99,8% de atención profesional del parto y una alta cobertura de inmunizaciones, de acceso al agua potable y de redes de alcantarillado. Estos índices reflejan la fortaleza del sector público de salud que atiende a la mayoría de la población y la importancia de sus concepciones sanitarias. Sin embargo, este buen panorama en salud pública no se reitera en la atención médica a las personas, la que muestra deficiencias e inequidades, como se verá a continuación.

Por otra parte, Chile tiene hoy necesidades diferentes en materia de salud de las que tenía hace 20 años. En la actualidad, y progresivamente, posee un mayor envejecimiento poblacional y una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, producto de estilos de vida no saludables. Esto implica mayor necesidad de contar con médicos y equipos de salud especializados, así como servicios de salud capaces de responder a estas nuevas y más complejas demandas (MINSAL, 2015).

A continuación se analizarán dos ámbitos en que se cristalizan las inequidades en salud en regiones: la escasez de médicos especialistas y las brechas en infraestructura. Al final, basados en entrevistas con especialistas realizadas por el INDH, se recogen otros problemas que se han planteado en este ámbito.

11 OECD. Health at a Glance 2015, “OECD INDICATORS. How does health spending in Chile compare?”.

12 Doctor Alejandro Goic, editor emérito de la *Revista Médica de Chile* (1996); Decano de la Facultad de Medicina (1986-1994), Maestro de Medicina Interna (2005), Premio Nacional de Medicina (2006), Profesor Emérito de la Universidad de Chile (2010), Presidente de la Academia Chilena de Medicina (2000-2010).

13 Sr. Matías Goyenechea, director de la Fundación Creando Salud e investigador en Medwave. Entrevistado por el INDH, en septiembre de 2016.

BRECHAS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS¹⁴

A nivel nacional existen hoy 36 mil médicos, lo que significa que en algunas localidades del país hay 1 médico por cada 500 habitantes. En los extremos del territorio nacional esta cifra es de 1 médico por 850 habitantes (MINSAL, 2015).

Pese a que Chile tiene una tradición en materia de planificación y programación sanitaria, el desarrollo del campo de profesionales de la salud no ha ido a la par, lo que ha dificultado la implementación de la reforma de salud planteada por el AUGE, y ha significado que las listas de espera de las patologías no AUGE aumenten, debido a que no constituyen prioridad en la atención de salud (Goic, 2015). Así, 1.552.205 de personas están a la espera de una consulta médica y 240.536 aguardan una cirugía para patologías no GES¹⁵ a nivel nacional. Por su parte, la lista de espera para patologías GES asciende a 8.005 personas al 31 de agosto de 2016¹⁶.

A esta situación se suma, en los últimos años, una nueva complicación: la creciente falta de especialistas a nivel nacional. Estas carencias se focalizan en las especialidades con mayor tiempo de espera en cirugías: digestiva (56.556 personas), traumatológica (44.056), otorrinolaringológica (31.931), urológica (21.565) y ginecológica (21.021). En la lista de espera de consultas, las especialidades con mayor demora son: oftalmología (192.503 pacientes), otorrinolaringología (139.514), traumatología (139.328), cirugía adulto (94.342) y neurología (81.348) (MINSAL, 2015).

Según el Ministerio de Salud, para atender adecuadamente a los y las pacientes faltan 3.795 médicos especialistas y subespecialistas¹⁷ a nivel nacional. La cuantificación de la demanda de especialistas es compleja, porque depende de diversos factores que se relacionan. La aproximación que hace el Ministerio de Salud se basa en información desglosada por patologías y áreas a lo largo de todo el país, con indicadores como

14 Se habla de *brechas* para referirse a la distancia entre lo que se necesita y lo que hay disponible, en este caso, en relación con la escasez de médicos o de camas hospitalarias.

15 Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales; GLOSA 06 Lista de espera no GES. Garantías de Oportunidad GES retrasadas, enero de 2016.

16 FONASA, 2016 página web: www.fonasa.cl.

17 MINSAL, Informe del Departamento de Calidad y Formación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, octubre de 2014.

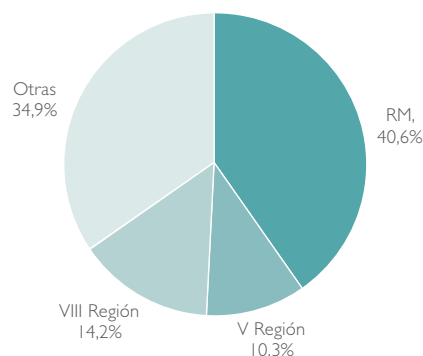
la relación entre el total de consultas por patología GES y consultas de estas no resueltas en plazos determinados, o la relación entre el total de cirugías no GES y el número de estas no resueltas en un año. Estas tasas permiten construir un índice de satisfacción por patología y localidad. La autoridad considera aceptable un índice menor de cinco (<5); se considera de riesgo un índice entre 5 y 10, y es un índice crítico cuando el valor es mayor de 10 (>10). De acuerdo con cifras oficiales, son varias las regiones del país y las patologías que tienen índices críticos (CONACEM, 2014).

TABLA I
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ESPECIALISTAS EN LAS PRINCIPALES REGIONES COMPARADO CON EL RESTO DE REGIONES DEL PAÍS

REGIÓN	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ESPECIALISTAS		
	2013 %	2014 %	2015 %
Metropolitana	39,4	40,1	40,6
Valparaíso	10,8	10,4	10,3
Biobío	14,2	14,3	14,2
Otras regiones	35,6	35,2	34,9

Fuente: Elaboración propia INDH, a partir de información proporcionada por MINSAL, vía oficio N° 3385.

GRÁFICO I.
DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN LAS PRINCIPALES REGIONES, AÑO 2015



Fuente: Elaboración propia INDH, a partir de información proporcionada por MINSAL, vía oficio N° 3385.

TABLA 2.

CANTIDAD TOTAL DE MÉDICOS, MÉDICOS ESPECIALISTAS Y PROPORCIÓN DE ESPECIALISTAS POR REGIÓN, AÑO 2015

REGIÓN	ESPECIALISTAS	MÉDICOS	PROPORCIÓN DE ESPECIALISTAS
Arica	145	227	63,9%
Tarapacá	195	308	63,3%
Antofagasta	267	488	54,7%
Atacama	165	297	55,6%
Coquimbo	451	665	67,8%
Valparaíso	1.353	1.895	71,4%
O'higgins	461	649	71,0%
Maule	548	952	57,6%
Biobío	1.863	2.620	71,1%
La Araucanía	767	1.127	68,1%
Los Ríos	388	513	75,6%
Los Lagos	779	1.158	67,3%
Aysén	185	326	56,7%
Magallanes	203	258	78,7%
Metropolitana	5.318	6.627	80,2%
Total nacional	13.088	18.110	72,3%

Fuente: Elaboración propia INDH, a partir de información proporcionada por MINSAL, vía oficio N° 3385.

El gráfico 1 muestra que el 2015 el 50,9% de las y los médicos especialistas se desempeñaban en la Región Metropolitana y en la Región de Valparaíso. Si bien el país cuenta en promedio con 1 médico cada 559 habitantes, esta cifra es de 1 médico por 471 habitantes en la zona central, mientras que la macrozona norte y sur cuentan con un médico cada 837 y 851 habitantes, respectivamente (Banco Mundial, 2010).

Por ejemplo, en la región de Atacama existen solo 3 especialidades y subespecialidades, de 22 que presenta la lista de Registro de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud¹⁸. Esto se traduce en un déficit de profesionales de la salud en las nueve comunas de la región. El presidente del

18 Por medio del Registro, la Superintendencia de Salud administra el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, que otorga fe pública acerca de la habilitación legal de los profesionales de la salud para ejercer sus respectivas profesiones, en virtud de ostentar sus respectivos títulos profesionales, así como las especialidades y subespecialidades de médicos cirujanos y cirujano-dentistas.

Colegio Médico de la región, doctor Guillermo de la Paz, señalaba en 2014 que en Atacama faltaban médicos de casi todas las especialidades y que para algunas prácticamente no había oferta en la región¹⁹.

El déficit de médicos en las regiones del país también está representado por el número de usuarios/as por médico, que es de 276 en el segmento afiliado a una ISAPRE u otro seguro que no sea FONASA, y de 920 para los usuarios/as de FONASA.

Una proporción de las y los médicos contratados en el sector público de salud comparte su tiempo laboral entre el sector público y el sector privado²⁰ (Banco Mundial, 2010).

19 En entrevista al diario regional de Antofagasta, 2014.

20 En el documento del Banco Mundial acerca de brechas de especialistas no se indica la cifra del número de médicos que comparte su jornada laboral entre el sistema público y privado de salud.

TABLA 3.

CANTIDAD DE PERSONAL MÉDICO ESPECIALISTA POR REGIÓN Y RANKING DE PRINCIPALES ESPECIALIDADES CON MAYOR Y MENOR CANTIDAD DE ESPECIALISTAS, AÑO 2015

REGIÓN	CIRUGÍA GENERAL	MEDICINA INTERNA	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	PEDIATRÍA	ANESTESIOLOGÍA	TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	PSIQUIATRÍA ADULTOS	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	NEUROLOGÍA ADULTOS	CARDIOLOGÍA	GENÉTICA CLÍNICA	CARDIOLOGÍA ADULTO	TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ADULTOS	MEDICINA LEGAL	CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA	GINECOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA	REUMATOLOGÍA	CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL	TOTAL ESPECIALISTAS*
Arica	21	12	16	7	10	13	6	1	4	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	145
Tarapacá	21	19	18	14	8	15	9	8	7	6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	195
Antofagasta	33	32	25	21	13	12	9	10	9	7	0	0	3	0	1	1	0	0	0	0	267
Atacama	24	22	21	10	6	12	6	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	165
Coquimbo	45	37	57	60	42	20	24	15	10	15	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	451
Valparaíso	161	134	142	121	110	72	74	50	33	41	1	0	2	3	1	1	1	0	0	0	1.353
O'higgins	47	52	48	33	31	25	24	14	18	13	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	461
Maule	76	61	75	48	32	37	17	11	10	11	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	548
Biobío	161	182	173	165	169	132	98	51	51	43	1	5	0	1	2	1	0	1	2	1	1.863
La Araucanía	71	96	88	65	56	44	30	18	27	21	0	3	3	1	0	0	0	0	0	0	767
Los Ríos	36	47	27	31	27	18	16	11	11	6	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	388
Los Lagos	85	87	81	79	70	44	29	28	38	13	0	3	0	1	2	0	0	0	0	0	779
Aysén	14	17	20	9	18	7	11	6	7	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	185
Magallanes	28	23	17	9	19	18	6	3	7	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	203
Metropolitana	464	440	434	383	356	356	233	167	154	173	14	3	7	3	0	1	5	3	1	0	5.318
Total nacional	1.287	1.261	1.242	1.055	967	825	592	393	388	363	19	16	15	14	8	6	6	4	3	1	13.088

Fuente: Elaboración propia INDH, a partir de información proporcionada por MINSAL, vía oficio N° 3385.

Selección de 10 especialidades con mayor número de especialistas, año 2015.

Selección de 10 especialidades con menor número de especialistas, año 2015.

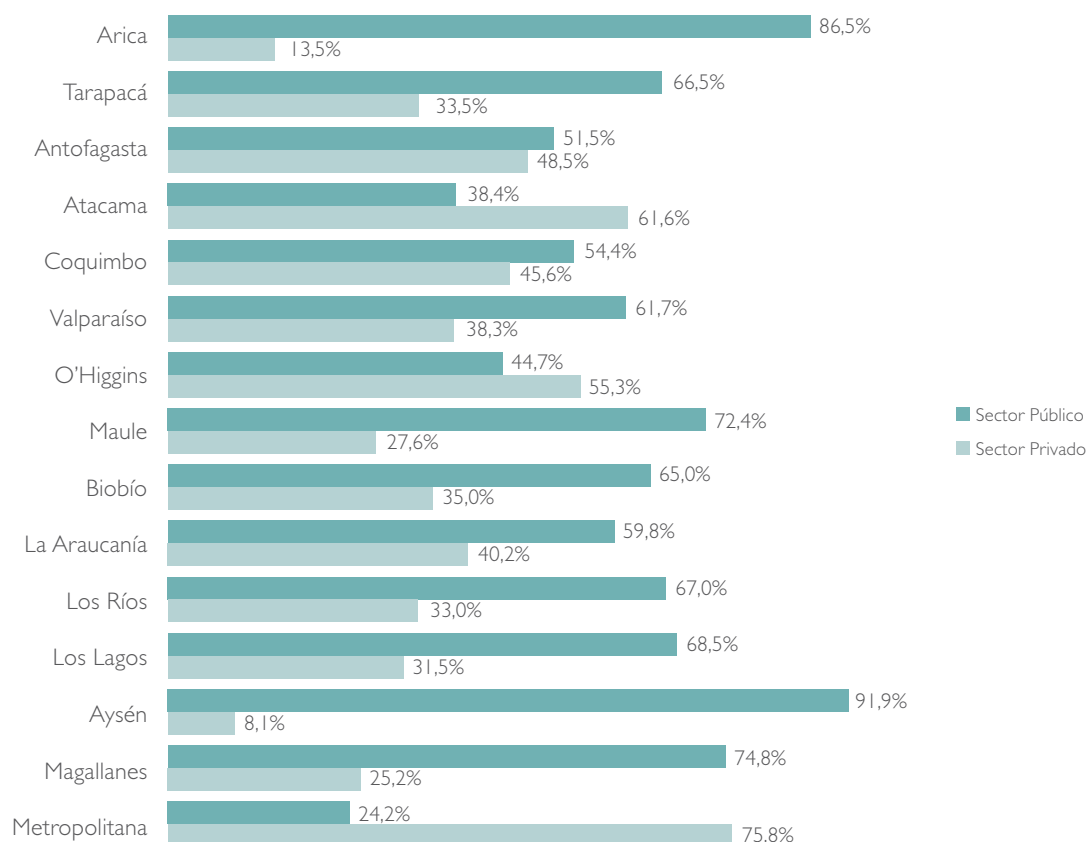
Nota *: Representa el total de especialistas por región y a nivel nacional, y no refleja la sumatoria de especialidades indicadas en la tabla, ya que se realizó una selección de las principales especialidades médicas, quedando sin desagregar otro grupo de especialidades no incluidas en los análisis respectivos.

Esto se debe en parte a que el sistema de salud público, en razón de las formas de contratos y remuneraciones, no brinda condiciones como para que se opte por jornadas de 44 horas en el sistema público. Por otra parte, el sistema de

salud público ha generado un conjunto de mecanismos que permiten fiscalizar el cumplimiento de las jornadas laborales de los profesionales de la salud (por ejemplo, relojes de asistencia).

GRÁFICO 2.

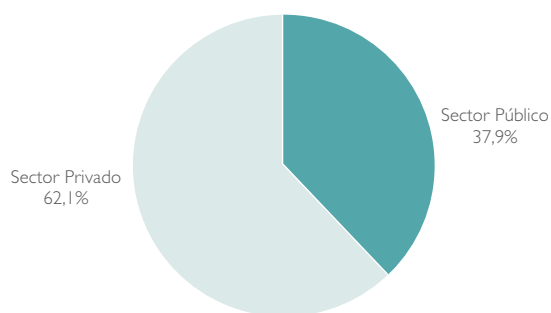
ATENCIÓN DE ESPECIALISTAS POR REGIÓN Y SECTOR DE SALUD, AÑO 2015



Fuente: Elaboración propia INDH, a partir de información proporcionada por MINSAL, vía oficio N° 3385.

GRÁFICO 3.

ATENCIÓN DE ESPECIALISTAS POR SECTOR DE SALUD, AÑO 2015



Fuente: Elaboración propia INDH, a partir de información proporcionada por MINSAL, vía oficio N° 3385.

De esta manera, la brecha de recursos humanos se expresa en términos geográficos, como también en términos de su distribución en función de cada subsistema de salud,

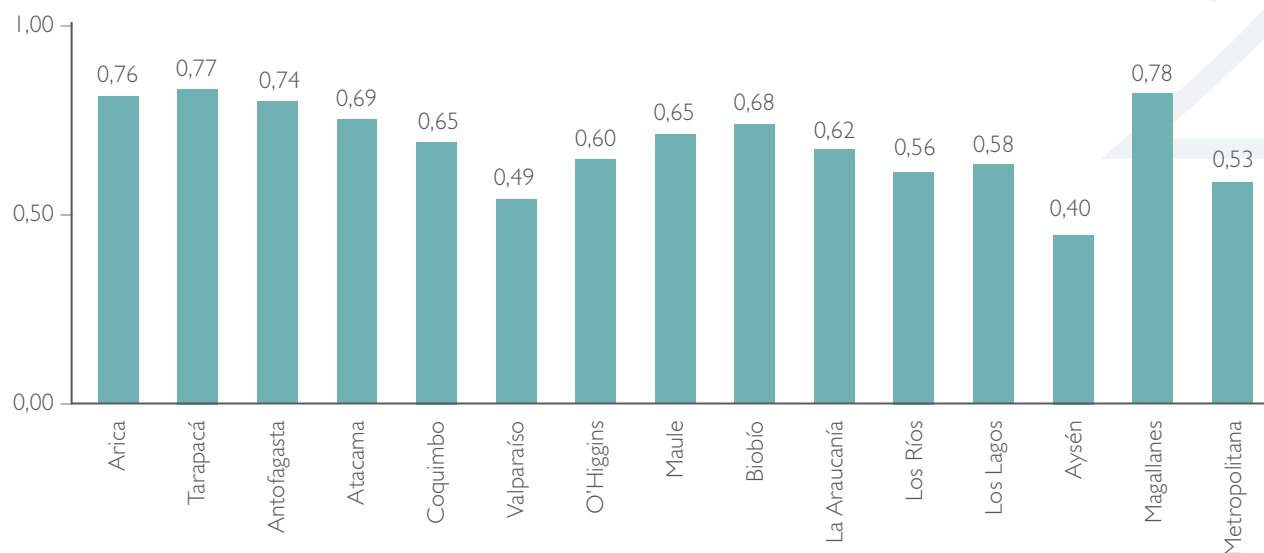
público y privado. Esta inequitativa distribución de especialistas entre el sector público y el privado significa que el 50% de los médicos atiende al sector privado con dos millones de personas, y el otro 50% a los quince millones restantes²¹.

El déficit de médicos especialistas no es el único problema. En Chile, el número de enfermeras también es bajo, con 4,2 enfermeras por cada 1.000 habitantes en el 2012, cuando el promedio en países de la OCDE es de 8,8. Por su parte, el número de enfermeras por médico es de 1,02, cumpliendo con el nivel mínimo recomendado por la OPS, si bien el promedio de este indicador en los países de la OCDE es de 2,8 enfermeras por médico (OCDE, 2015).

21 Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), 2014; Especialistas médicos: brechas, realidad, futuro y necesidad de un esfuerzo nacional mancomunado.

GRÁFICO 4.

PROPORCIÓN ENFERMERAS POR PERSONAL MÉDICO EN CADA REGIÓN, AÑO 2015



Fuente: Elaboración propia INDH, a partir de información proporcionada por MINSAL, vía oficio N° 3385.

En relación con los profesionales nucleares de la salud (médicos, enfermeras y matronas), la densidad es 21,3 por 10.000 usuarios/as de FONASA en promedio nacional, con diferencias entre Servicios de Salud que varían entre 14,8 en O'Higgins y 29,2 en el Servicio Metropolitano Oriente (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2016).

La situación descrita es especialmente grave en los territorios donde habitan los pueblos indígenas, y que presentan las mayores desigualdades en el acceso a la salud²². En dichos territorios existen también antecedentes epidemiológicos diferenciados del resto de la población, debido a su mayor presencia, como tuberculosis, enfermedades parasitarias e infecciosas, alcoholismo, además de enfermedades asociadas al trabajo por las precarias condiciones en que desarrollan su actividad laboral y problemas de salud mental, expresado en altas tasas de suicidios.

En relación con este grupo particular de la población, el MINSAL ha desarrollado el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas²³ cuyo objetivo general es "Contribuir a la

disminución de brechas de inequidad, en la situación de salud de los pueblos indígenas, mediante la construcción participativa de planes de salud que reconozcan la diversidad cultural, promuevan la complementariedad entre sistemas médicos y provea servicios de salud adecuados, que respondan a necesidades, derechos y perfiles epidemiológicos específicos". Este programa está presente en 26 de los 29 Servicios de Salud del país.

Formación de especialistas. El gobierno de la presidenta de la República Michelle Bachelet se ha propuesto, para abordar el déficit de especialistas, formar a 4.000 nuevos médicos especialistas en el período 2015-2018. El gobierno incrementará la inversión de 30% en el arancel universitario para que las universidades aumenten entre 40% y 100% su capacidad formadora de especialistas, hasta alcanzar los 1.000 cupos anuales en formación. Hoy existen 750 becas médicas²⁴.

Sin embargo, el tema de la formación de especialistas se enfrenta con la realidad de que una vez finalizado el período de la beca, muchos de ellos/as migran al sector privado.

22 Información proporcionada por MINSAL al INDH, vía correo electrónico, en septiembre de 2016.

23 Se aprobó el programa y su ejecución, vía resolución exenta N° 20 de la Superintendencia de Redes asistenciales; enero de 2013.

24 Programa de Gobierno de Michelle Bachelet, 2014.

Acerca del punto, César Gattini²⁵ señala: "El punto de la formación, si la concentramos solo en especialidades médicas, es una brecha que no se puede resolver, aunque gastemos lo que gastemos en PIB nacional, porque no es una discusión de recursos, es una discusión de modelo".

TABLA 4.
MÉDICOS POR TIPO DE FORMACIÓN 2013-2016

REGIÓN	MÉDICOS EN FORMACIÓN 2013 - 2016			
	COMISIÓN DE ESTUDIOS		MISIÓN DE ESTUDIO Y FOREAPS ²⁸	BECARIOS
	LEY 19.664 ART. 8 ²⁹	LEY 19.664 ART. 9 ³⁰		
Arica	7	0	0	20
Tarapacá	17	3	1	37
Antofagasta	15	5	7	47
Atacama	20	3	1	30
Coquimbo	44	4	3	71
Valparaíso	52	42	22	229
O'higgins	29	4	8	57
Maule	43	16	16	80
Biobío	123	90	27	292
La Araucanía	70	10	13	134
Los Ríos	29	5	6	62
Los Lagos	71	43	15	105
Aysén	19	3	0	21
Magallanes	17	8	7	25
Metropolitana	30	116	88	747
Total	586	352	214	1.957

Fuente: Elaboración propia INDH, a partir de información proporcionada por MINSAL, vía oficio N° 3385.

- 25 Dr. César Gattini, consultor OPS, médico del Observatorio de Salud Pública de la U. de Chile. Entrevistado por el INDH en agosto de 2016.
- 26 FOREAPS: Programa de Formación de Especialistas en la Atención Primaria.
- 27 Los profesionales que ingresan al amparo del artículo 43 de la Ley 15.076 son aquellos que entran directamente a hacer una beca financiada por el Estado.
- 28 Los profesionales que ingresan por el artículo 8 de la Ley 19.664, son aquellos que ingresan a la etapa de destinación para la formación (EDF) van directamente a trabajar durante 3 a 6 años, en comunas vulnerables del país, para poder, después de 3 años postular a una beca de estudio de alguna especialidad.

Jaime Mañalich²⁹, ex-Ministro de Salud del gobierno del Presidente de la República Sebastián Piñera, en una posición distinta señala: "el sector privado, que ha sido muy demandante de mano de obra formada en el sector público, está estancado en su crecimiento, de manera tal que la demanda de especialistas que va a tener en futuro próximo el sector privado no debiera crecer". Es decir, si el sector privado está estancando su demanda de especialistas, el sector público podría, a futuro, retener a los/as especialistas formados.

Como fue señalado, la mayoría de los médicos especialistas trabaja en la Región Metropolitana y en unas pocas capitales regionales del país. Esto implica que la población de muchas localidades y ciudades de Chile no puede acceder de manera expedita a una atención especializada de salud. Esto redundará en inequidades en el acceso a la salud para la población.

BRECHAS EN INFRAESTRUCTURA

La inversión en infraestructura de salud es de gran importancia para mejorar y renovar la red asistencial, asegurando el acceso oportuno de la población a la atención de salud. Chile es un país que, en materia de infraestructura de salud, está en una situación de déficit.

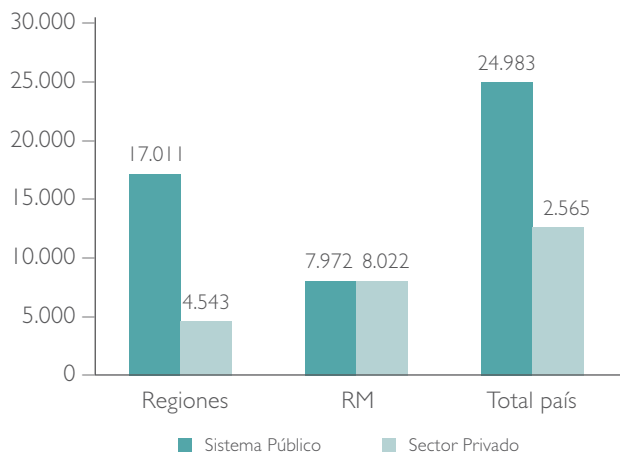
De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), Chile está por debajo del promedio mundial de 2,7 camas por cada 1.000 habitantes. De hecho, el país tiene una tasa de 2,18 camas por mil habitantes. Así, el número de camas públicas disponibles disminuyó 18% entre 1999 y el 2015, es decir, se han perdido 5.604 camas. Sin embargo, se ha presentado una disminución en el sector público y un aumento en el privado: para el 2000 la tasa de camas por usuario/a era de 3,07 en el sector público, mientras que era de 2,48 en el privado. En el 2015 estos resultados daban 1,89 camas en el sector público (bajo el promedio nacional) y 2,93 camas en el sector privado (Goyenechea, 2016). Por otra parte, el promedio OCDE era de 5,045 camas cada mil habitantes para el 2013³⁰.

29 Dr. Jaime Mañalich, exministro de salud del gobierno del presidente Sebastián Piñera, entrevistado por el INDH, en septiembre de 2016.

30 OCDE, 2014: "Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 Chile en comparación".

La tabla a continuación muestra el número de camas existentes en el país según tipo de prestador (público o privado) y diferenciando a la Región Metropolitana del resto de las regiones del país. Las diferencias son significativas en relación con el número de camas privadas disponibles en la RM (que incluso es levemente mayor que las del sector público) que las camas privadas en el resto de las regiones del país. En regiones dicha participación baja, en promedio, a 21% (4.543 de 21.554), incluso llegando a cero en Aysén (Candia, 2016).

GRÁFICO 4.
NÚMERO DE CAMAS PAÍS SEGÚN ZONA GEOGRÁFICA Y TIPO DE PRESTADOR



Fuente: Candia, Fundación Libertad y Desarrollo, 2016

Esto implica que la población de las regiones depende, de manera proporcionalmente mayor, de la atención de salud del sistema público y de la capacidad de este para dar respuesta a sus demandas. Esto implica una inequidad en el acceso a salud de la población de regiones que solo cuenta con el servicio público, exceptuando a aquella que habita en las grandes capitales regionales. Cuando el aparato público se encuentra sobredemandado, el Plan AUGÉ permite la derivación al sector privado. Sin embargo, esta posibilidad en regiones se ve restringida por la menor oferta, particularmente en comunas pequeñas.

El déficit que muestran las cifras se traduce en realidades complejas en las distintas regiones del país. Mediante

su publicación *Vida Médica*, el Colegio Médico de Chile (2014) evidencia las falencias del sistema de salud pública en infraestructura y especialistas, reproduciendo los testimonios de los distintos presidentes de colegios médicos a lo largo del país.

Iquique: El Consejo Regional Iquique manifestó el descontento por la calificación del Hospital Regional Ernesto Torres Galdámez como básico, lo que impide que lleguen recursos y profesionales necesarios para enfrentar el aumento de las demandas de atenciones que ya en 2013 superaron los 90 mil pacientes, de estos el 90% ingresó por Urgencia. La presidenta del Regional Iquique, Dra. Teresa Barlaro, señaló que “no solo la recategorización desde el punto de vista económico y humano es vital, sino que también se debe readecuar la planta física hospitalaria, ya que en un principio estaba preparado para atender a 100 mil personas” (pág. 30). El establecimiento tiene un déficit de 120 médicos especialistas.

Antofagasta: El presidente del Regional Antofagasta, Dr. Aliro Bolados, manifestó su preocupación por el colapso que presenta el Hospital Regional de esa ciudad. “Es el recinto más grande de alta complejidad de toda la macrozona norte y se encuentra en una situación de crisis. Disminuyeron 150 camas los últimos cuatro años. Lógicamente esto está generando que la unidad de emergencia, al no poder desplazar los pacientes a su hospitalización, quedan en dichas dependencias, lo que genera permanentemente una unidad de emergencia en crisis, lo que es gravísimo”, manifestó. Bolados explicó que existe 30% menos de la dotación de médicos, como del resto del personal. Por consiguiente, frente a este aumento de la carga asistencial hace que este recinto de salud esté en una situación crítica.

Chillán: De acuerdo con el testimonio del Dr. Carlos Rojas, presidente del Regional Chillán: “Específicamente, para nuestra zona –Ñuble– el déficit de médicos especialistas se estima en 120 facultativos. Al mismo tiempo, se observa la falta de médicos en áreas como los servicios de urgencia y la atención primaria”. Por otra parte, señaló que en relación con la infraestructura hospitalaria existe un déficit reconocido que se espera sea resuelto con la iniciativa del nuevo hospital provincial.

Concepción: El Dr. Juan Enríquez, presidente del Regional Concepción, señaló que el Servicio de Salud Arauco es el que más carencias de especialistas tendría en el país. Respecto de la infraestructura, el Dr. Enríquez señaló que está descartada la posibilidad de un nuevo Hospital para Concepción, pese a que existe un déficit de al menos 400 camas y frente a ello el Colegio Médico Regional ha manifestado la necesidad de un nuevo proyecto hospitalario para la zona.

En cuanto al déficit de infraestructura hospitalaria en el país, este se incrementó por el terremoto de febrero de 2010, el que sumado a la antigüedad y precariedad de la existente³¹, dejó de manifiesto la necesidad de modernizar y ampliar la cobertura en establecimientos de salud pública, especialmente hospitales cabeceras³² de regiones y de alta complejidad a lo largo del país, a objeto de proveer a la población de atención en salud con mejores niveles de servicio (Cámara Chilena de la Construcción, 2014).

En 2014, el Programa de Gobierno de la presidenta Michelle Bachelet anunció un plan de inversión en salud con un gasto de 4 mil millones de dólares para la construcción y renovación de hospitales:

“...más de dos millones quinientos mil metros cuadrados de construcción hospitalaria e incluye la futura puesta en marcha de 10.873 camas en modernas dependencias (7.800 constituyen reposiciones de camas en hospitales con deterioro de su infraestructura y 3.073 corresponden a camas nuevas que se sumarán a la red pública de salud)”³³.

El plan de inversión en salud del gobierno en su origen contemplaba tener construidos, a marzo de 2018, 20 hospitales (adicionales a 20 en construcción y 20 en estudio o licitación). Durante 2015 se generaron dificultades en la ejecución del plan de inversión. Se pasó de 20 hospitales a 27³⁴, y si bien a primera vista parece una medida positiva

(más hospitales), esto significó que se privilegiara la construcción de hospitales de menos tamaño y menor complejidad (Goyenechea, 2016). En consecuencia, en la práctica, las regiones contarán con menos especialidades médicas, al limitarse en los casos de hospitales de mediana complejidad, la posibilidad de contar con medicina interna, ginecología y obstetricia y pediatría (o contar con algunas de estas tres especialidades).

La realidad que enfrenta la salud de las regiones en las dos dimensiones analizadas manifiesta una situación de precariedad para el ejercicio del derecho a la salud por parte de la población de las zonas más apartadas del país. Matías Goyenechea señala al respecto: “Efectivamente la desigualdad que uno puede ver a nivel global se va reproduciendo a nivel local y a veces radicalizando; ahora efectivamente el Estado tiene presencia en esos lugares [apartados], es el Estado en el fondo el que provee de salud en zonas rurales, y por eso están, por ejemplo, los consultorios rurales y está todo lo que tiene que ver con los médicos generales de zona. Hay una tradición, al menos, que viene de la época del Servicio Nacional de Salud, con una estructura detrás que se ha preocupado un poco de todas estas zonas. Ahora ¿eso es suficiente? Me parece que no (...)”

Así también, el doctor Goic (2015) señala: “Pese a los avances indiscutibles en los indicadores sanitarios básicos, la sociedad chilena no ha logrado hasta hoy configurar una fórmula de atención médica a las personas que sea equitativa y satisfaga las apremiantes necesidades cotidianas que tiene su población, especialmente la económicamente más desvalida, incluidos ciertamente los más ancianos”. Respecto del sector privado, señala: “Por otra parte, si miramos el sistema privado de salud que atiende a alrededor de 15% de la población –los de mayores ingresos– tiene una infraestructura moderna e incluso lujosa, el acceso a la atención médica es relativamente oportuna, así como a los exámenes de tecnología de avanzada, pero ha mostrado numerosos aspectos negativos, siendo no menor entre ellos, un costo de las prestaciones que la inmensa mayoría de la población no puede solventar y, si lo hace, es a costa de un endeudamiento agobiador”.

Actualmente, a la situación de déficit de infraestructura se le ha agregado el debate acerca de cuál debe ser la modalidad

31 El 2012 casi el 70% de los hospitales tenía una data de construcción de más de 30 años (CCHC, 2014).

32 Son aquellos hospitales que se ubican en las capitales regionales del país.

33 Plan de Inversiones Hospitalarias 2014-2018, Programa de Gobierno de Michelle Bachelet.

34 Ordinario 1630 de Subsecretaría de Redes asistenciales a Comisión especial mixta de presupuesto del Senado; mayo 2016. En www.senado.cl

con que estos se construyan³⁵, es decir, vía concesiones³⁶ o mediante una licitación pública. El Ministerio de Salud se ha propuesto realizar un estudio para evaluar la modalidad de concesiones, a fin de establecer criterios técnicos, financieros y de gestión que permitan establecer cuál es la modalidad que resulta más pertinente para abordar la construcción de hospitales públicos³⁷. Así, los proyectos de hospitales cuyas licitaciones ya tuvieron toma de razón en Contraloría (Salvador-Geriátrico y Félix Bulnes) seguirán adelante vía concesión. Sin embargo, los centros asistenciales que no finalizaron su proceso administrativo (Sótero del Río, Red V Región y Red Maule) serán ejecutados con fondos sectoriales³⁸.

De esta manera, el déficit de infraestructura hospitalaria pública implica, en los hechos, que una parte de la población del país, particularmente aquella que vive en las regiones y localidades más apartadas, enfrenta dificultades para acceder a una atención de salud oportuna y de calidad.

INEQUIDADES EN SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS³⁹

De acuerdo con lo que se explica oficialmente⁴⁰, desde 1996 el Ministerio de Salud mantiene un Programa Especial de Pueblos Indígenas que tiene por finalidad avanzar en el conocimiento de las necesidades de salud de las personas

35 Para conocer debate ver: Bachelet, V. "Concesiones hospitalarias en Chile: dónde estamos y hacia dónde vamos"; Candia, A. "Brecha de infraestructura en salud: ¿son las concesiones un camino?"; *El Diario de Antofagasta*; 13 de abril de 2016 <http://www.diarioantofagasta.cl/regional/63602/nuevos-antecedentes-falencias-hospital-concesionado-antofagasta/>; CIPER, 2013 (12 de agosto).

36 Esta modalidad implica que el actor privado diseña, construye y opera los establecimientos. La gestión clínica de los establecimientos concesionados es provista por el Estado. El MINSAL elabora los términos de referencia para la licitación.

37 Información proporcionada por MINSAL al INDH vía oficio N° 3385.

38 *Diario La Tercera*, 2014 (19 de junio).

39 Las 10 comunas con mayor peso porcentual de habitantes indígenas son: Colchane y Camiña, Región de Tarapacá; Ollagüe y San Pedro de Atacama, Región de Antofagasta; General Lagos y Camarones, Región de Arica y Parinacota; Puerto Saavedra y Galvarino, Región de La Araucanía; Isla de Pascua, Región de Valparaíso; San Juan de la Costa, Región de Los Ríos. Fuente: CEPAL/CELADE basado en CENSO 2002.

40 MINSAL. Norma General Administrativa N° 16 sobre interculturalidad en los servicios de salud. Resolución Exenta N° 261, del 28 de abril de 2006.

integrantes de los pueblos indígenas de nuestro país, entender cuáles son y buscar la forma de abordarlas en un marco de respeto de los conocimientos y prácticas de salud que ellos poseen. A partir del 2004 este trabajo se enmarcó en el contexto de la labor que desarrolló la Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato que creó el gobierno, la que generó recomendaciones específicas en este ámbito⁴¹.

A nivel central, la organización del Ministerio en materia de Salud y Pueblos Indígenas se inserta tanto en la Subsecretaría de Salud Pública como en Redes Asistenciales. Actualmente el Ministerio de Salud desarrolla tres iniciativas en materia de salud intercultural, las que se implementan en las redes asistenciales.

I. Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas. Su objetivo general es contribuir a la disminución de brechas de inequidad, en la situación de salud de los pueblos indígenas, mediante la construcción participativa de planes de salud que reconozcan la diversidad cultural, promuevan la complementariedad entre sistemas médicos y provean servicios de salud adecuados, que respondan a necesidades, derechos y perfiles epidemiológicos específicos.

El Ministerio de Salud desarrolla el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas desde el 2000, definiendo tres principios que posteriormente se ven reflejados en la Política de Salud y Pueblos Indígenas (2006) y en la legislación vigente acerca de la materia: Equidad; Participación e Interculturalidad.

El Programa depende de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria (DIVAP), y se coordina con referentes de los Servicios de Salud, en 26 de los 29 Servicios de Salud a lo largo de Chile. Por su parte, la Subsecretaría de Salud Pública, por medio del Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad, de la División de Políticas Públicas Saludables, DIPOL, desarrolla funciones regulatorias y trabaja con todas las regiones por conducto de las SEREMI.

Ambas Subsecretarías tienen el propósito de contribuir a la disminución de brechas de inequidad en la situación de salud de los pueblos indígenas, con la construcción participativa de políticas, normas y orientaciones en salud que reconozcan la

41 Disponible en: http://biblioteca.serindigena.org/libros_digitales/cvhynt/

diversidad cultural, promuevan la complementariedad entre sistemas médicos y provean servicios de salud adecuados que respondan a necesidades, derechos y perfiles epidemiológicos específicos.

2. Plan Araucanía. Mejoramiento de Centros de Salud Intercultural Mapuche. Su propósito es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida mapuche mediante una salud culturalmente pertinente. En particular, se propone contribuir al mejoramiento de centros de salud intercultural en la región de La Araucanía y apoyar con recursos financieros para la implementación de acciones de salud intercultural.

3. Programa de Reparación fallo Corte Interamericana de Derechos Humanos (Pri-Lonko). Caso Norin Catriman y otros vs. Chile. Su objetivo es desarrollar un Plan de Acción para la reparación en salud a las víctimas, sus familias y las comunidades de Lonkos de acuerdo con el Fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. El total de beneficiarios/as se estima en 427 víctimas.

Por otra parte, el Ministerio está realizando un proceso de participación y consulta indígena respecto de una Propuesta de “Reglamento que establece el derecho de las personas pertenecientes a pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural”, que corresponde al artículo 7 de la Ley 20.584. El reglamento, que se ha sometido a consulta, establece los elementos que los prestadores institucionales públicos de salud deben asegurar para dar cumplimiento al derecho de las personas pertenecientes a pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural. Propone un conjunto de definiciones que explican el artículo 7 de la Ley 20.584 y las directrices para la implementación del modelo de salud intercultural, específicamente en materia de participación indígena en dicho modelo, pertinencia cultural en la atención, reconocimiento de los sistemas de salud indígena, existencia y rol de facilitadores interculturales, infraestructura y adecuaciones espaciales de los establecimientos de salud, asistencia espiritual y adecuaciones técnicas y organizacionales. A la fecha de cierre de este informe, el proceso aún está en curso.

Diagnóstico. “En 1997 se realizó el primer estudio socio-demográfico y epidemiológico de los pueblos indígenas en Chile, el que evidenció desigualdades al comparar la si-

tuación de estos grupos con el resto del país: altas tasas de mortalidad infantil superiores en 40 puntos a la media nacional, para el caso del pueblo atacameño; menor esperanza de vida al nacer, inferior en 10 años para la población aymara; bajo el índice de Swaroop⁴², equivalente al que poseía el país a inicios de los años ochenta; patrón de causas de muerte pretransición epidemiológica para el caso aymara, y condiciones de salud de los pueblos indígenas que viven en centros urbanos más deteriorados que la de los que viven en el campo. Estudios posteriores han mostrado que la incidencia de la muerte por bronconeumonía en niños mapuche menores de 5 años es mayor que en niños no mapuche. Del mismo modo la TBC es más alta en las zonas de alta concentración indígena, siendo especialmente vulnerable la población aymara, lo que se refleja en el Servicio de Salud Arica, con una tasa de mortalidad por TBC del doble de la tasa nacional. Estudios han revelado que la población mapuche presenta menor talla tanto en adultos como en niños, y parte de esta diferencia se explica por su asociación a la pobreza y vulnerabilidad social. La IX Región de La Araucanía (concentración de población mapuche) presenta mayor mortalidad por cáncer de vesícula, coexistiendo una alta prevalencia de coledocistitis con un pobre acceso a colecistectomía⁴³.

La información actualizada que el propio MINSAL pone a disposición del INDH indica que existen “mayores desigualdades en acceso a la atención en territorios donde residen los pueblos originarios, dando cuenta que los logros desarrollados en salud no alcanzan en igual medida a toda la población, y que permanecen segmentos con importantes rezagos, que corresponden a comunidades indígenas⁴⁴. Y continúa señalando que: “Respecto a otros antecedentes epidemiológicos trazadores de inequidad, se destacan diversos problemas de salud que afectan a los pueblos originarios en nuestro sistema de salud tales como: tuberculosis, alcoholismo, las enfermedades parasitarias e infecciosas,

42 El índice de Swaroop, también llamado tasa de mortalidad proporcional es una tasa empleada en demografía y epidemiología para comparar la mortalidad entre poblaciones con diferente estructura por edades (<http://es.unionpedia.org>)

43 Organización Mundial de la Salud (OMS), Salud en las Américas 2007.

44 Respuesta MINSAL a consulta del INDH, vía oficio N° 3385.

además de los problemas asociados al trabajo por las deficientes condiciones en que desarrollan su actividad laboral y problemas de salud mental, expresado en altas tasas de suicidio. Considerando esta situación, se planifican acciones que propendan a incorporar iniciativas tendientes a abordar estos problemas pesquisados, situando las intervenciones desde el enfoque de la promoción y prevención de los problemas de salud prioritarios y con énfasis en relevar los factores protectores⁴⁵.

Según el MINSAL, los desafíos actuales son: incluir en los diagnósticos de situación de salud la desagregación de datos según género, grupo etario y pertenencia a pueblo indígena. El INDH ha recomendado insistentemente la mejora de los registros de este tipo de información, así como la producción de datos que permitan realizar diagnósticos con perspectiva de derechos. De otro modo, es difícil identificar las particularidades que enfrentan las mujeres indígenas, los niños, niñas y adolescentes, y las diferencias de diagnósticos posibles entre pueblos.

OTROS PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD EN REGIONES

Los elementos analizados se relacionan con otros factores que permiten tener una mirada global de las dificultades que enfrenta el sistema de salud de nuestro país.

La superación del déficit de infraestructura requiere de un análisis que, además, tenga en consideración a la red asistencial de salud, entendida como “un sistema de organización en que se coordinan, potencian y complementan en actividades destinadas a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con problemas de salud” (Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría, 2014). En la Ley de Autoridad Sanitaria se define a la red como un “conjunto de establecimientos asistenciales públicos, que forman parte del servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenios con el servicio de salud respectivo, los cuales

deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población” (Art. 16, Ley 19.937).

La construcción de infraestructura hospitalaria requiere de una planificación que tome en consideración el número de habitantes de la localidad para evaluar la pertinencia o no de invertir en la construcción de un hospital, y del nivel de complejidad que tendrá este. En opinión de los entrevistados, Jaime Mañalich, César Gattini y Matías Goyenechea, lo que se necesita es el funcionamiento eficiente de una red de salud que coordine y establezca una lógica a lo largo de nuestro territorio. Como ellos indican, la construcción de un hospital de alta complejidad en zonas de baja densidad poblacional significaría “un elefante blanco”, sin sentido sanitario.

Para los doctores Mañalich y Gattini, la división del país en 29 servicios de salud es un error⁴⁶. Al respecto el Dr. Mañalich señala: “Nosotros tenemos una geografía muy difícil. En Francia es fácil tener un centro de salud en Clermont, otro por acá, en cualquier lugar, entonces tengo un centro de trasplantes de esto, lo otro y tengo interconectado. Establecer una red en Francia, en España, es relativamente fácil, entre comillas. En ese sentido creo que la distribución del país en 29 servicios de salud fue un error de la reforma el año 2005. [¿Por qué?] En el sentido de que lo lógico, mirado retrospectivamente, habría sido establecer redes macro-regionales, una macro región cuyo centro es Antofagasta, otra macrorregión cuyo centro es Coquimbo (...) Santiago como una zona completamente autónoma, con la región de O’Higgins, una macrorregión, la región del Biobío y todo lo que la rodea, la región de Valdivia, Puerto Montt y Punta Arenas (...). A lo que voy es que, hay que recordar que la

⁴⁶ La determinación del número de Servicios de Salud se basa en el Decreto Ley 2.763 de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los servicios de salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y que establece la necesidad de que las estructuras de salud se adapten a las políticas de regionalización y la responsabilidad del Estado de distribuir recursos “de acuerdo a las necesidades reales de cada Región, en beneficio de un desarrollo homogéneo” (pág. 5). El Decreto Ley 2.763 estableció que los servicios de salud son organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, y que su sede y territorio serán establecidos por decreto supremo. La actual legislación del Ministerio de Salud (Ley 19.937 de febrero de 2004) establece como criterio de creación de Servicios de Salud, las necesidades específicas de cada región, y le otorga potestad al Ministerio de determinar el número y lugar de dichos servicios.

⁴⁵ *Ibíd.*

población en Chile se concentra en Biobío, donde vive 1,5 millones de personas y en el centro del país donde viven casi 8 millones de personas. (...).”

En este sentido, el problema de inequidad en el acceso a la salud se ve agravado porque la Red de Salud no es capaz de responder a la demanda de salud, por varias razones. El Ministerio de Salud realizó el 2003 un análisis del Modelo de Atención de Salud, determinando que en lo que se refiere a la atención primaria, los consultorios no cuentan con la capacidad para resolver los principales problemas de salud de la comunidad. Esto se evidencia en deficiencias en la oportunidad de la atención, afectando su confiabilidad para la población. De acuerdo con Blass (2012): “lo anterior se traduciría en una gran demanda de la comunidad hacia los servicios de urgencia hospitalarios (aproximadamente 50% de las consultas totales) y la derivación excesiva desde el consultorio al nivel secundario, con un nivel de resolución menor del esperado para el nivel primario de atención” (pág. 3). Es decir, los servicios de atención primaria han perdido su capacidad resolutoria en relación con los problemas de salud de la población que atienden, y no habría disponibilidad suficiente de exámenes, procedimientos simples y medicamentos (Blass, 2012)⁴⁷.

La evaluación realizada por el Colegio Médico de Chile acerca de la municipalización de la atención primaria, publicada en el libro *Reforma de Salud Proyecto País*, establece: “Conocemos las múltiples e insalvables dificultades que muestra la administración municipal de los consultorios, los que se arrastran desde su creación (...) Cabe mencionar, como ejemplo: la rotación de profesionales, la anarquía de salarios, la multiplicación de la burocracia, el desfinanciamiento crónico, la falta de coordinación entre atención primaria y secundaria, la dificultad para hacer cumplir las normas técnicas, los problemas de transparencia en la gestión, los conflictos y, sobre todo, la inequidad en la atención de los más necesitados” (Colegio Médico de Chile, 2003).

El INDH señalaba en 2012 que “La atención primaria de salud es una forma de homogenización, que tiene que ser universal y con capacidad resolutoria. Sin embargo, hay distancia

entre la arquitectura del sistema que está pensada sobre la base de la APS y la realidad. Esto se refleja en la tendencia a dar prioridad a lo hospitalario por sobre la APS; a lo médico por sobre el usuario; a lo biológico por sobre lo social como determinante de la situación de salud de las personas”.

En este tema, los entrevistados por el INDH (Mañalich, Gattini y Goyenechea) coinciden en señalar que la atención primaria (APS) debiera volver a depender del Ministerio de Salud y de una red centralizada de atención. De este modo, se disminuiría la inequidad que se produce por la existencia de municipios con más recursos que otros, y obligaría a generar una articulación más eficiente de la red de salud, donde la APS es el primer eslabón.

Por su parte, la articulación de la red asistencial enfrenta otros problemas. La Red Asistencial de Salud es dirigida por el gestor de la red, rol que corresponde a la dirección de los servicios de salud. El gestor es el responsable del funcionamiento de la red de su servicio de salud y de la efectiva coordinación de esta con otras redes, con el fin de satisfacer las necesidades de salud de la población. Adicionalmente, en la reforma de salud, contemplada en la Ley de Autoridad Sanitaria 19.937, se consagra la figura del hospital autogestionado en red, cuyo objetivo es dar respuesta a la necesidad de mejorar, desarrollar y establecer una gestión sanitaria en estos hospitales según el mandato sanitario otorgado desde el gestor de red, y se le otorgan facultades explícitas para el mejor desempeño de la gestión hospitalaria.

“Pero lo que sucede en la práctica es que el ‘hospital’ se apropia de sus recursos y comienza a competir con su red o las redes vecinas perdiendo la integración necesaria para otorgar la necesaria cartera de servicios en red. La competencia pudiendo ser sana en su ejercicio, cuando no hay equidad en la expresión de los recursos, termina favoreciendo a los mejor estructurados y aumentando las inequidades y desigualdades de los que no pueden responder a dicha competencia, incidiendo generalmente en poblaciones vulnerables o en riesgo de serlo” (Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría, 2014).

El Dr. Mañalich lo describe así: “Los servicios de salud están dirigidos por un director del servicio, cuya función fundamental es articular su red, la gente que tiene en la región,

⁴⁷ Camilo Blass del Campo es Médico Especialista en Medicina Familiar y Magister en Salud Pública y Presidente de la Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria.

el servicio de salud de Ñuble con toda la región del Biobío, cosa que no tiene ninguna capacidad de hacer porque el otro director del servicio es completamente autónomo. Son autónomos entre ellos, no dependen del Subsecretario de Redes Asistenciales. Reciben el presupuesto en forma autónoma, entonces, uno dice: 'quisiéramos esto'. Bueno, pero hagamos que el financiamiento, los reglamentos, la estructura, funcionen en red. Desde la ley de presupuesto a los servicios de salud, a cada uno de los 29, le doy, le asigno, manéjate tú, y no hago una sinergia [entre servicios de salud]. [Además, al Director del Servicio de Salud] se le dice que ahora la salud primaria, que es lo más importante que tienes que estructurar como director del servicio, la vamos a atomizar y se la vamos a entregar a los municipios, cada uno con su presupuesto, sus estos, sus otros, su APS y sus pagos per cápita, y tú no tienes nada que hacer ahí, porque el financiamiento se lo entrega directamente FONASA al municipio. Lo único que tú manejas es una mínima porción del presupuesto de salud del municipio, asociado a los programas, que es la entrega de condones, cualquier cosa, 10 cosas chiquititas, pero eso al municipio le es completamente indiferente. El grueso de la plata viene por su negociación directa con FONASA y le entregan directamente la plata al Alcalde. Y de hecho, en los lugares donde no se ha municipalizado la atención de salud, que es la comuna de Santiago, por ejemplo, o la región de Aysén completa, la red funciona mucho mejor. Obviamente funciona mucho mejor porque el director del servicio ve todo, es responsable de todo, y en ese sentido, yo creo que la municipalización de la atención primaria es absurda porque impide que se funcione en red".

Lo expuesto en los párrafos precedentes muestra fragmentación en el funcionamiento de la red de salud. La OPS señala, en relación con la fragmentación, que la presencia de numerosos agentes de salud que operan en forma desintegrada no permite la adecuada normalización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención, y conduce a la formación de redes de provisión de servicios que no funcionan de manera coordinada, coherente o sinérgica, sino que tienden a ignorarse o competir entre sí, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo (OPS, 2007).

Toda la situación descrita en este acápite refuerza lo que el INDH planteaba en 2012, esto es, que la inequidad en las regiones es uno de los principales problemas en el pleno ejercicio del derecho a la salud en Chile. La cobertura y oportunidad para los diferentes grupos de población es diferente según la región, los recursos económicos, el género, la etnia, entre otros.

En la misma línea, la OMS (2000) señalaba: "Mejorar la salud es sin duda el principal objetivo de un servicio de salud, pero no es el único. En realidad, el objetivo de una mejor salud tiene dos vertientes: por un lado, se debe alcanzar el mejor nivel posible (es decir, el sistema debe ser bueno); por otro lado, se debe procurar que haya las menores diferencias posibles entre las personas y los grupos (o sea, el sistema debe ser equitativo). En este sentido, un sistema de salud es bueno si responde bien a lo que la gente espera de él; y es equitativo si responde igualmente bien a todos, sin discriminación" (pág. xiii).

SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES

En diversas oportunidades el INDH recomendó al Poder Ejecutivo "hacer efectivo el principio de universalidad del régimen de garantías explícitas en salud en los términos de acceso, calidad, oportunidad y costo". Al respecto el Ministerio de Salud, vía oficio N° 436 de 2016 respondió señalando que, respecto de la Garantía de acceso y oportunidad, y de calidad, "el sector salud ha impulsado cambios relevantes haciendo una gran inversión en especialistas, profesionales de la salud y mejoramiento y disposición de nueva infraestructura y equipamiento. Además, el Ministerio de Salud ha diseñado e implementado la atención para los distintos problemas de salud, en una modalidad de redes de atención, de forma de garantizar el acceso oportuno a estas prestaciones a todas las personas. Estas redes de derivación, son conocidas, ampliamente difundidas y las prestaciones garantizadas se entregan en condiciones de calidad definidas. Si en algún problema de salud, la demanda por las prestaciones supera la oferta, se compran las prestaciones necesarias en el sistema privado, asegurando así el acceso para todas las personas, con el financiamiento que está determinado en el régi-

men GES. Esta compra se hace a prestadores cuya calidad se verifica previamente”. A su vez, agregó “En la Superintendencia de Salud, se implementó el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, que se pone a disposición de la ciudadanía, lo que permite consultar si una determinada persona ha sido legalmente habilitada para ejercer su profesión en el país, a fin de otorgar dicha seguridad sanitaria a la población. Además se implementó la acreditación de prestadores institucionales. La Acreditación es un proceso periódico de evaluación, al cual se someten los prestadores institucionales autorizados por la Autoridad Sanitaria –hospitales, clínicas, centros ambulatorios y laboratorios– para verificar el cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud”.

En cuanto a la fiscalización que se realiza, se informó que “la Superintendencia de Salud, en la planificación de cada año, aumenta el número de fiscalizaciones, con el fin de abarcar la mayor población beneficiaria, además de incrementar el número de prestadores fiscalizados a nivel nacional”.

En cuanto a la recomendación del INDH de impulsar acciones, elaborar circulares, resoluciones exentas o normativa externa que hagan referencia a la necesidad de atención en salud de la población migrante permitiendo garantizar sus derechos en salud, aún a quienes se encuentran en situación irregular, el MINSAL señaló:

“Se crea el Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes respaldado por la Resolución Exenta N° 1266 del 12 de diciembre de 2014, para establecimientos de atención primaria de salud. El objetivo es desarrollar estrategias dentro del modelo de atención que permitan superar las barreras de acceso a la atención que afecta a la población inmigrante, poniendo especial atención a la población inmigrante en situación irregular”. En cuanto a la cobertura, se informa que está presente “en 14 comunas del país, dado que se inició como programa piloto en cinco de ellas”. “Los pilotos de salud y migraciones se desarrollan desde junio de 2015 hasta diciembre de 2016” [sic]. (...) “Además, se desarrolló una línea de capacitación en migraciones, salud, y derechos humanos, tanto para funcionarios de las Redes de Asistenciales, SEREMI y representantes de los Programas de Salud del MINSAL (450 personas)” (...).

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial (2010). *Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile*.
- Bass del Campo, C. (2012). Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave*.
- Cámara Chilena de la Construcción (2014). *Informe de Hospitales*.
- Candia, A. (2016). Evidencia sobre Infraestructura en Salud en Chile y Modalidades de Inversión. *Serie Informe Social- Libertad y Desarrollo*.
- Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría (2014). *La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos*.
- CONACEM (2014). Especialistas médicos: brechas, realidad, futuro y necesidad de un esfuerzo nacional mancomunado. *REV CHILENA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*(79), 51-55.
- Couso, J., & Reyes, M. (2010). “Notas acerca del origen y trayectoria del derecho constitucional a la protección a la salud en Chile.
- Drago, M. (2006). La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos. *Serie Políticas Públicas*.
- Facultad de Derecho UDP (2008). *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile*. Santiago: Universidad Diego Portales.
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev Med Chile* (143), 774-786.
- Goyenechea, M. (2016). Dificultades en la inversión en infraestructura pública de salud: Chile. *Medwave*.
- MINSAL (2015). <http://www.minsal.cl/medicosespecialistas/>.
- OCHISAP (2014). Síntesis de la situación de salud en Chile 2013. Documento de Serie Técnica del Observatorio Chileno de Salud Pública.
- OMS & Office de las Naciones Unidas Alto Comisionado para los Derechos Humanos (s.f.). *El derecho a la salud*.
- OPS (2007). Las Políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. *En Salud en Las Américas*.
- Rosas, F. (2013). Right to Health: concept in Chile vis-a-vis UN declaration. *Medwave*.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales (2016). *Brechas de*

profesionales de salud.

Zúñiga, A. (2011). El derecho a la protección de la salud en la Constitución chilena, antes y después de la reforma AUGE. *Medwave.*

Zúñiga, A. (2011). Justicia y racionamiento sanitario en el Plan AUGE. *Acta Bioethica 2011*, 73-84.

