

Inequidades en la prestación de servicios de salud en Latinoamérica y el Caribe



**Sandra M. Fábregas Troche
Miriam del C. Lugo Colón
Francisco J. León Correa
Rossie G. Lugo Colón
Coordinadores**

SANTIAGO DE CHILE
2012

El presente libro recoge intervenciones, ponencias y comunicaciones, presentadas en el Simposio: **INEQUIDADES EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE** celebrado dentro del **II CONGRESO CIENCIAS, TECNOLOGÍAS Y CULTURAS**, los días 29 octubre a 1 de noviembre 2010. El Congreso fue organizado y tuvo su sede en la Universidad de Santiago, Chile. El Simposio tuvo el auspicio de la Red Latinoamericana de Historiadores en Ciencias de la Salud y de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (FELAIBE).

Copyright: Red Latinoamericana de Historiadores en las Ciencias de la Salud, Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética FELAIBE, Universidad de Santiago e Instituto IDEA

Edita: Fundación Interamericana Ciencia y Vida.

1ª Edición en pdf: Santiago de Chile, marzo 2013

ISBN: 978-956-332-925-4

Prohibida su reproducción

Diseño portada y diagramación: Alejandra León Arratia

Índice

Presentación	
Los coordinadores.....	6
Agradecimientos	
Los coordinadores.....	7
Introducción.- ¿Por qué hablar de inequidades?	
Sandra M. Fábregas Troche.....	8

Parte 1.- Bioética, política y sistemas de salud

Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina. Retos para la Bioética	
Francisco Javier León Correa.....	15
La bioética en la reforma de los sistemas de salud	
Ludwig Schmidt.....	32
Aspectos éticos en la gestión de los recursos para la atención médica	
Gabriel d'Empaire.....	44
La discapacidad psíquica en las Teorías Liberales de la Justicia	
Rubén Nilo Pérez.....	53
PAMIG, un modelo educativo en medicina	
Carmen T. Landrón.....	63
Cultura institucional y equidad de género	
Esperanza Díaz-Guerrero Galván y Sulima García Falconi.....	71

Parte 2.- Ética y reformas de la salud en Latinoamérica y el Caribe

Salud en Chile. Avanzando a la consagración de políticas públicas con enfoque de Derechos Sociales	
René Fernández Montt.....	79
Integración regional, cooperación internacional y políticas públicas de salud en Venezuela (1999-2009)	
Gustavo Alcántara Moreno.....	89
El Seguro Popular como política pública de salud en México para resolver el problema de justicia en la protección de la salud de la población vulnerable	
Julieta Ivone Castro Romero.....	97
Reforma de salud en la República Oriental del Uruguay	
Verónica Nieto.....	104
Justicia sanitaria en el Perú	
Carmen Isolina Ayala Jara.....	110

Sistema de salud en Colombia	
Martha Lucía Rodríguez Paz.....	118

Parte 3.- Prestación de servicios de salud, exclusión y desigualdad

Políticas públicas de saúde: um desafio para o controle social	
Elizabeth Machado do Nascimento.....	124
El principio de justicia y la salud en Chile	
Claudio Lavados Montes y Alejandra Gajardo Ugás.....	132
Sistema universal de saúde e desigualdades territoriais no Brasil	
Fabiola Lana Iozzi, Mariana Vercesi de Albuquerque y Ana Luiza d'Ávila Viana.....	140
Saúde e religião: as religiões afrobrasileiras e a promoção da saúde da população negra	
Sônia Regina Corrêa Lages.....	149
Una exploración del entorno del mercado de Tijuana-San Diego y el Servicio de Salud	
José G. Vargas Hernández y Mohammad Reza Noruzi.....	157
Los medicamentos falsificados como un problema de equidad en los servicios de salud en Latinoamérica	
María V. León, Sulimar Morales, Tamara Román, Lisabel Rodríguez, Daniel Useche.....	169

Parte 4.- Inequidades y estigmas en la salud

Inequidades en la prestación de servicios de salud en Puerto Rico	
Juan Carlos Zevallos.....	178
A formação em fisioterapia em um cenário estratégico para a redução das Iniquidades em saúde: Um relato de experiencia	
Aldira Guimarães Duarte Domínguez y Marcela Coelho Mihessen.....	183
Estigma da cor: os negros no sistema de saúde brasileiro	
Eduardo Sergio Soares Sousa y Wagner Solano de Arandas.....	192
Resiliencia vs. Inequidad: recursos y servicios que impactan el bienestar de las familias en Puerto Rico	
Wanda I. Figueroa, Annette López, Cándida Barrios.....	200
Exclusión social y mortalidad materna en México	
Guillermo Julián González Pérez y María Guadalupe Vega López.....	208
Justiça e Saúde Pública: uma análise do SUS Brasil	
Camila Gonçalves De Mario.....	216
Iniquidades e institucionalidades dos sistemas locais de saúde na linha da fronteira: perversas relações	
Vera Maria Ribeiro Nogueira, Helenara Fagundes y Josiane Agustini.....	225

Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, Colombia John Francisco Ariza Montoya.....	234
Propuesta final	246
Perfil biográfico de los Coordinadores	247

Presentación

Este libro recoge la mayoría de los trabajos de los autores latinoamericanos que respondieron a la convocatoria para participar en el Simposio: INEQUIDADES EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE celebrado dentro del II CONGRESO CIENCIAS, TECNOLOGÍAS Y CULTURAS, los días 29 octubre a 1 de noviembre 2010, en Santiago de Chile, con participación de toda Latinoamérica. El Congreso fue organizado y tuvo su sede en la Universidad de Santiago, Chile. El Simposio tuvo el auspicio de la Red Latinoamericana de Historiadores en Ciencias de la Salud y de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (FELAIBE)

En la primera parte de este libro se incluyen varios textos referidos a esta ética institucional y social. En la segunda parte, se analiza la situación de las reformas de salud de algunos de los países de Latinoamérica, sin pretender ser exhaustivos y como aproximación a una tarea que debe ser profundizada. La dedicación académica a la Bioética en Universidad y Centros de estudio no puede estar separada de los problemas éticos que las reformas de la atención en salud presentan en cada país.

En la tercera parte de este volumen, se incluyen algunos estudios sobre la exclusión y la desigualdad en la prestación de los servicios de salud; y en la cuarta parte, trabajos sobre las inequidades y estigmas demasiado presentes aún en nuestros países. Se presentan aportaciones y análisis concretos de situaciones de injusticia y desigualdad de Brasil, Chile, México, Puerto Rico y Colombia, que enriquecen el debate sobre la ética social aplicada a nuestros sistemas de salud.

Los coordinadores

Agradecimientos

Como coordinadores del Simposio y del presente libro, queremos agradecer a todos los participantes por sus trabajos, y por la muy fructífera discusión que se realizó en esos días, y que no puede quedar recogida en este volumen. La variedad de visiones y la cantidad de países representados le dan a estas reflexiones y análisis sobre la inequidad en las prestaciones de servicios de salud en nuestra región una mayor fuerza e interés. Los representantes de países provienen de: Brasil, Colombia, Chile, Estados Unidos, México, Puerto Rico y Venezuela. Los trabajos presentados son una aportación valiosa no solamente al campo de la salud pública sino a la Bioética Social en su dimensión más institucional y aplicada.

Muy especialmente reconocemos la iniciativa de la Red Latinoamericana de Historiadores en las Ciencias de la Salud de plantear la importancia de investigar el tema de las inequidades en la prestación en los servicios de salud en nuestra Latinoamérica.

Los coordinadores

Introducción

¿Por qué hablar de inequidades en los servicios de salud en Latinoamérica?

Sandra M. Fábregas Troche

Doctora en Historia, Maestra en Bioética y en Comunicación Pública, Licenciada en Farmacia.

Ofrece la Cátedra de Bioética y Humanidades Médicas en la Escuela de Medicina de San Juan Bautista, Caguas, Puerto Rico.

Una respuesta lógica e inmediata a esta pregunta es que en el ámbito internacional hay un creciente interés por estudiar el tema de las inequidades respecto de la salud. Este interés responde en parte a la abrumadora evidencia que indica que las inequidades se están agravando y ampliando en muchos países. Así pues, las intervenciones para reducir las brechas en el cuidado de salud, se han convertido oficialmente en una alta prioridad para las organizaciones internacionales, sin duda porque la salud es un valor vital que requiere la atención de todos.

Es conocido el hecho de que las intervenciones para reducir estas amplias brechas se han visto impedidas, entre otros factores, por la falta de información estadística de las tendencias y de las causas de las inequidades en salud. Esta escasez de información ha sido supuestamente más aguda en las regiones pretéridas del globo.¹ “Los indicadores para ingresos demuestran por ejemplo, que Latinoamérica es la región del mundo con la más alta inequidad en distribución de bienes y servicios (*goods*)”.²

Durante las últimas décadas, importantes autores han dedicado grandes esfuerzos a estudiar, definir e interpretar los conceptos de equidad, justicia social y equidad en salud. Como historiadores, eticistas y salubristas provenientes de la región de las Américas, hemos observado que diversos autores y líderes de la salud pública han contribuido a la comprensión de la equidad en salud como un tema insoslayable para su quehacer. Desde 1995, la Organización Panamericana de la Salud ha identificado la reducción de las inequidades en salud como la meta

¹ Naomar Almeida, Ichiro Kawachi, et. al. “Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971-2000) and Descriptive Content Analysis (1971-1995)”. *American Journal of Public Health*. 93 (12) (Dec 2003): 2037.

² Belizán J, Cafferata M. et.al. “Health Inequality in Latin America”. *The Lancet* 370 (Nov.10-16, 2007): 1509.

principal de su cooperación técnica. Otras instituciones de desarrollo, como la Fundación Rockefeller y el Banco Mundial, también han emprendido iniciativas importantes en cuanto a la equidad en salud como un tema prioritario para el desarrollo humano.³

De otra parte, hace más de sesenta años se estableció mediante la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) una guía clara sobre lo que es el derecho a la salud como es el acceso a la atención médica, al afirmar en uno de sus artículos⁴ que “Todos tienen derecho a un nivel de vida adecuado para su salud y bienestar propio y de su familia, incluyendo alimentación, ropa, vivienda y atención médica, además de los servicios sociales necesarios y el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez u otra escasez en su vida debido a circunstancias fuera de su control”. La DUDH también declara en otro Artículo⁵ que: “A todos les corresponden todos los derechos y libertades establecidas en esta Declaración, sin distinción alguna, sea por raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política u otra, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otro estado”. En consecuencia, la declaración de que todos los seres humanos, sin discriminación alguna, puedan tener acceso a las condiciones mínimas que les permitan tener la oportunidad de vivir vidas sanas y productivas, se convierte hoy en un imperativo tanto para la salud pública como para la vigilancia del respeto a los derechos humanos.

En este punto, ambos movimientos, el de los derechos humanos y el de la bioética inician en nuestros días, según Wikler y Mann, un movimiento de estrecha articulación.⁶ Hay un creciente consenso tanto en las esferas políticas nacionales como en la comunidad de agencias vinculadas al desarrollo y aun en el seno de la sociedad, acerca de la búsqueda de una mayor equidad social en general y en salud en particular, y de que tal equidad representa la tarea más importante que enfrentan nuestros países en estos comienzos del siglo XXI. La reducción de las enormes disparidades en cuanto a oportunidades y capacidades en salud, seguridad alimentaria, nutrición, educación y calidad del ambiente es el paso indispensable que todos los países de la Región deben dar si aspiran a reducir la pobreza, si se quieren construir capital humano y social, si se proponen avanzar tecnológicamente, y, por último, si se están decididos a progresar en gobernabilidad. En este punto, es necesario profundizar sobre el concepto de equidad en salud y el rol que la reflexión ética, por ejemplo, puede jugar para alimentar los procesos de análisis de situación y de formulación y evaluación de políticas públicas con impacto en la salud colectiva.

³ Drane J. El desafío de la equidad: una perspectiva. *Bioética y Cuidado de la Salud* (2000): 75.

⁴ Artículo 25.

⁵ Artículo 2.

⁶ Casas Zamora JA. Los retos de la Bioética en América Latina: Equidad, salud y derechos humanos. *Bioética y Cuidado de la Salud*. 2000: p. 24.

A pesar de que los instrumentos técnicos para medir las desigualdades en salud han evolucionado, no siempre se le da suficiente importancia a la explicación del porqué de estas disparidades. El mismo término *equidad* a menudo se usa con poca rigurosidad. Existen disparidades en el estado de salud y en el acceso a la atención para diferentes categorías de personas, bien sea identificándolas por clase social —que se mide por su nivel de ingresos, riqueza y/o instrucción formal—, ubicación en el espacio, o grupo étnico al cual pertenecen. A menudo se hace referencia a estas disparidades en salud con el término *inequidades*, usándolo de forma casual como un modo de describir las diferencias de situación (mejor o peor) entre los grupos. Implícita en esta discusión está la suposición de que cualquier diferencia es inadmisibles y requiere atención e intervención, pero rara vez se explicita ese juicio de valores o se hacen las distinciones entre las diferentes clases y niveles de disparidades. Afirmar que estos desniveles son *inequidades* es hacer una fuerte declaración relacionada con la justicia o la falta de ella. Por otro lado, confundir *equidad* con *igualdad*, puede dar lugar a un estándar mucho más elevado del que se pudiera razonablemente alcanzar bajo un examen más cuidadoso. Confundirse a este respecto podría ser contraproducente para influir en una mayor justicia en la asignación de recursos u otras decisiones políticas relacionadas, de allí la necesidad de iluminar estas cuestiones desde la Bioética, para mencionar apenas una ciencia concomitante con el asunto. Este Simposio en particular es rico en proveer diversas ponencias cuyo análisis de las inequidades en salud se analizan desde la Bioética. ¿Será ésta una plataforma de análisis que nuestros países deben tomarse más en serio?

En la nación más poderosa de la tierra, algunos adultos mayores se privan de algunas comidas diarias para poder pagar sus medicamentos y evitar una muerte segura. Algunos pacientes jóvenes, con serias enfermedades, tienen que esperar hasta que una crisis se desarrolle para poder ser admitidos en una sala de emergencia, que constituye su único acceso a la atención de salud. Algunos médicos tratan a pacientes ricos y ganan millones de dólares al año proporcionándoles tratamientos de belleza (como quitar arrugas y esconder estómagos), mientras otros están abandonando la profesión porque no pueden vivir con lo que se les paga por tratar a los pobres. Algunas Compañías de Servicios Médicos Gerenciados (HMOs) que restringen críticamente terapias que son absolutamente necesarias, están pagando altos dividendos a sus accionistas, mientras que otras de estas Compañías, que proporcionan servicios más costosos, han caído en bancarrota. La Biología está creando nuevos medicamentos para toda clase de enfermedades que hasta hace poco eran incurables, pero los medicamentos son tan caros que la mayoría de la gente en el mundo se ve obligada a continuar enferma y morir porque no puede costearlos. Fuera de los Estados Unidos, en muchos países las leyes afirman que sus ciudadanos tienen derecho al acceso universal a la medicina, pero resulta que el 75% o

más de la población nunca ha sido auscultada por un médico. Son muy pocos los países en que la población realmente tiene pleno acceso a la salud.

Lograr la equidad en salud es un desafío. Es un valor muy importante, pero, como queda dicho, rara vez se aproxima a la realidad. La medicina científica de alta tecnología del presente está mejor equipada que nunca para curar y para prevenir enfermedades, pero la mayoría de los individuos, industrias e incluso Gobiernos no pueden pagar los costos. Los pacientes acaudalados pueden experimentar el éxtasis de la recuperación de una enfermedad que amenaza su vida, pero cada vez más es mayor el número de pacientes sin recursos económicos que experimenta rabia y frustración porque saben que inevitablemente se les dejará morir. Por otro parte, estas personas económicamente desafortunadas pueden morir con inmerecida rapidez y muy probablemente tras un proceso cruento y tortuoso, mientras que los individuos de grandes recursos pueden morir sólo después de que costosas intervenciones médicas fracasan intentando prolongarles la vida. Pero la brecha entre el acaudalado que tiene acceso a la tecnología médica de punta y el desposeído que carece de acceso a algo tan normal como la atención sanitaria primaria, no es el único problema potencialmente explosivo que surge del tema de la equidad. También se da el caso de sectores que son más influyentes porque pertenecen a ciertas etnias o viven en ciertos lugares; esos sectores poblacionales sobreviven porque tienen acceso a la atención sanitaria que necesitan, en tanto que las personas de otras etnias o de otros sitios, no tienen acceso y mueren.

Donde la equidad y la justicia son violadas, los seres humanos experimentan rabia y desesperanza. Es entonces cuando la inequidad y la injusticia generan movimientos políticos orientados a provocar cambios en las condiciones existencia y en las de la reproducción de la existencia de la sociedad. Y si a estos movimientos -simplemente políticos y civilistas- se les coarta su esfuerzo de mejoramiento social, el espectro de una revolución profunda es prácticamente innegable; a eso conduce la perpetración de la inequidad y de la injusticia. Dicho en dos palabras, el concepto de *equidad* se refiere a que los bienes y servicios esenciales deberían estar disponibles para todas las personas que los necesiten. Bienes y servicios tan esenciales como la atención sanitaria no deberían ser aprovechados sólo por algunos.⁷

Una de las mayores contribuciones de los estudios sobre desigualdades en salud ha sido identificar la salud como un fenómeno multidimensional, que no depende exclusiva ni mayoritariamente del acceso a los servicios de atención de salud. Esto ha permitido importantes avances en el campo de los análisis y de las acciones en el ámbito de la salud. No sólo por estos avances, sino también en virtud de los principios de autonomía y justicia, la Bioética debiera

⁷ Drane J. El desafío de la equidad: una perspectiva. *Bioética y Cuidado de la Salud* (2000): 75.

integrar los temas relacionados con *equidad y justicia en salud* como una de sus áreas sustantivas.

La preponderancia de los macrodeterminantes de la salud por sobre los estilos de vida, la desigual distribución de la libertad de elección, las tensiones éticas de las políticas de promoción de “estilos de vida saludables”, la discusión sobre cuáles son las desigualdades injustas en salud —o *inequidades* en salud—, la justicia en los servicios de atención de salud, las alternativas de acción en el campo de las políticas públicas, la apreciación ética de la construcción de indicadores y su evaluación, y la definición de qué entendemos por “salud”, abren una variedad de temas que permiten incorporar el análisis de la equidad en salud a la Bioética o, desde una perspectiva más amplia, y tal como define Wikler, desarrollar una “bioética de la salud de la población”.⁸

En América Latina y el Caribe al menos tres resultados empíricos motivan el reclamo de que las disparidades en salud entre grupos socioeconómicos deberían constituir un problema del desarrollo humano y específicamente una preocupación para la salud pública, los derechos humanos y la Bioética, puesto que:

- Los pobres acceden a menos recursos públicos que los grupos de ingresos medios y superiores.
- Existen grandes y estructuradas disparidades de salud entre los grupos socioeconómicos así como entre las categorías de género y origen étnico, lo cual sugiere un vínculo entre las condiciones de salud y una variedad de condiciones de vida material y social.
- Las disparidades en cuanto a salud y bienestar general siguen aumentando. El estado debería ser el ente que garantice la equidad; la instancia que defienda en todo trance el ideal o la calidad de lo que es justo, imparcial y correcto.
- La autora británica Margaret Whitehead define las inequidades en salud como “las diferencias en salud que no sólo son innecesarias y evitables sino que, además, se consideran incorrectas e injustas”. Y agrega que hay siete determinantes de disparidades en salud que pueden ser identificadas:
 - Variación biológica natural.
 - Comportamiento perjudicial para la salud que se elige libremente (práctica de deportes, pasatiempos, abuso de sustancias).
 - Ventaja transitoria en condiciones de salud de un grupo sobre el otro causada por la adopción temprana de una conducta que mejora la salud, siempre y cuando los otros grupos tengan iguales medios para adoptarla en poco tiempo.
 - Comportamiento perjudicial para la salud en el cual la libertad de escogencia o el grado de preferencia está severamente restringido.
 - Exposición a condiciones de vida y de trabajo insalubres y estresantes.
 - Acceso inadecuado a la salud esencial y a otros servicios básicos.
 - Selección natural o movilidad social relacionada con la salud (descenso en la escala socioeconómica de la gente enferma).

⁸ Ferrer Lues M. Equidad y Justicia en Salud. Implicaciones para la Bioética. *Acta Bioética*, 9 (1) (2003).

Las disparidades de salud determinadas por las tres primeras categorías no se considerarían incorrectas ni injustas, mientras las cuatro últimas serían “consideradas por muchos como evitables, y como injustas las resultantes diferencias en salud”. Para establecer que una situación es injustamente desigual, las diferencias en la distribución de un bien o de un servicio, así como de los recursos de salud o de otros elementos determinantes de la situación de la salud, deben satisfacer cada uno de los siguientes criterios:

- Las diferencias en la distribución deben ser evitables,
- no deben reflejar una opción libremente escogida y
- el reclamo debe vincular la distribución a un agente responsable.

Algunos podrían argumentar que las distribuciones desiguales son políticamente necesarias —que no se podría generar apoyo suficiente para una redistribución. Pero, en cualquier caso, la voluntad política debería ser guiada por la justicia, y no convertirse en un obstáculo a conceder a cada quien su derecho inalienable. Una propuesta de redistribución, bien sea de servicios de salud o de macrodeterminantes de la salud, debe mostrar que la distribución actual es evitable en varios sentidos.⁹

⁹ Op. Cit. p. 28.

1

**Bioética, política y
sistemas de salud**

Pobreza, calidad de vida y bioética en América Latina*

Francisco Javier León Correa

Doctor en Filosofía, Magister en Bioética. Centro de Bioética,
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Introducción

“La pobreza es el estado o la condición de una persona que no puede ejercer sus capacidades básicas, de tal forma que su vida se frustra en sus niveles más fundamentales”.¹ En este sentido se puede hablar de una ‘pobreza humana’, distinta de la pobreza monetaria, como lo maneja desde hace algunos años el Programa de Naciones Unidas para el desarrollo, bajo la influencia teórica de Amartia Sen. En uno de los Informes anuales, el PNUD define la pobreza como “la negación de oportunidades y perspectivas fundamentales sobre las cuales reposa todo desarrollo humano”² y también “la denegación de opciones y oportunidades para vivir una vida tolerable”³, más allá de unos ingresos más o menos bajos en relación con la media. La pobreza está unida a la falta de posibilidades de desarrollo de la persona, y a su estado de vulnerabilidad, por lo que es necesario “romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad”.⁴

El artículo 8º de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, aprobada en 2005, determina que “[...] al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos”.⁵ Sin entrar en el término utilizado en potencial,

* Publicado inicialmente en *Acta Bioethica*, Santiago de Chile, 2011, 17 (1). El autor agradece el permiso para reproducir el trabajo en este libro. El texto ha sido revisado y en gran parte actualizado para esta edición.

¹ Ponce León F. El principio cero de la sociedad justa: cómo la pobreza desafía a la justicia. En: Durán V, Scannone JC, Silva E (Compiladores). *Contribuciones filosóficas para una mayor justicia*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; 2006: 147-164.

² PNUD. Informe mundial sobre el desarrollo humano, 1997. París: PNUD; 1997: 16.

³ Desarrollo humano para erradicar la pobreza. Resumen. En: Op. Cit. 1.

⁴ PNUD. Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad. Costa Rica: PNUD; 2010.

⁵ Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. UNESCO; 2005.

“debería”, que más bien debiera ser imperativo –“se debe” o mejor, “debemos”⁶ –, es claro que la protección de los individuos y grupos más vulnerables es una de las misiones principales de la bioética, en su reflexión sobre los valores en la atención y en los sistemas de salud.

La vulnerabilidad es la situación de dependencia en que pueden estar personas o grupos sociales, que no permite o que pone en riesgo claro la autodeterminación y la libre elección en sus ideales de vida y en su desarrollo. Podemos hablar de varios niveles de vulnerabilidad. En primer lugar, la que tenemos todos por el hecho de ser humanos: nuestra libertad no es absoluta, estamos condicionados y a veces, coaccionados, de modo interno o externo y, en concreto, todos enfermamos, y finalmente, todos morimos.

Un segundo nivel, que es el que importa en este trabajo, es la vulnerabilidad de no tener cubiertas las necesidades básicas, por la pobreza o la falta de salud, que son términos casi sinónimos en muchas situaciones concretas de Latinoamérica. No nos referimos aquí a las situaciones de extrema pobreza y de extrema gravedad por una enfermedad, pues en estos casos, más que de personas vulnerables, ya estamos hablando de personas vulneradas en su condición humana, y por lo tanto, con una calidad de vida muy por debajo de la mínima justicia. Ante esto, el deber ético es procurar cuanto antes devolver a esas personas a situaciones de dignidad, en el caso de la pobreza, o acompañar y procurar la mejor “calidad de vida” posible, aunque lo que de verdad procuramos es la “mejor calidad de muerte” posible, con cuidados paliativos, porque ya están fuera del alcance terapéutico.

Nos referimos a las situaciones de pobreza no extrema, y de falta de salud por enfermedades crónicas o todavía con posibilidades de curación, que afectan en mayor o menor medida la calidad de vida de las personas, y que suponen también en mayor o menor medida, una situación de vulnerabilidad, de posibilidad bastante próxima de una dependencia de otros y una falta de posibilidades de autodeterminación. En este sentido, sí que podemos hablar de situaciones, personas o grupos sociales especialmente vulnerables, donde sí que se debe procurar una mejora en su “calidad de vida”, promoviendo que dispongan de una mejor salud y de más medios económicos, culturales y educativos.

Desde los pobres y enfermos, receptores de la ayuda de los demás, podemos hablar de “derechos de bienestar”, de no ser excluidos socialmente,⁷ y, sobre todo, de promover su autonomía. Desde los agentes que pueden ayudar, los principios éticos fundamentales son los de justicia y solidaridad. “Posiblemente la mayor tragedia biológica que sufre la especie humana es que su

⁶ Cárdenas Krenz R. La DUBDH de la UNESCO: Consideraciones en torno a sus alcances y naturaleza jurídica. En: Abellán J y otros. *Temas de Bioética y Derecho*. Lima: Cátedra UNESCO de Bioética y Biojurídica, Facultad de Derecho de la UNIFE; 2008: 71-95.

⁷ Montecino L. (Ed.) *Discurso sobre la pobreza y la exclusión en América Latina*. Santiago: Editorial Cuento Propio; 2010.

población crece con individuos vulnerados en su vitalidad, no ya solo existencialmente vulnerables”,⁸ en un mundo cada vez más cargado de riesgos y sobre todo de miedo, como señala Bauman,⁹ que son las consecuencias más directas de la vulnerabilidad.

Veremos primero algunos datos acerca de la pobreza y la dependencia en Latinoamérica, que nos parecen éticamente relevantes, antes de entrar en el análisis bioético. Después analizaremos la noción de pobreza y de vulnerabilidad desde la filosofía, y la respuesta ética que exige de nosotros, para exponer finalmente, cuáles son las repercusiones, en la bioética latinoamericana especialmente, de estos datos previos y de esta reflexión filosófica sobre pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida, teniendo presente la urgencia de dar soluciones a las situaciones sociales injustas, y en concreto a la pobreza: “La extensa pobreza extrema puede persistir porque no sentimos que su erradicación sea moralmente imperiosa”.¹⁰ Como escribió Carlos Fuentes: “Algo se ha agotado en América Latina, los pretextos para justificar la pobreza”.¹¹

Datos éticamente relevantes

Pobreza en América Latina (Cuadro 1)*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Extrema pobreza	18,1	18,5	19,4	10,1	16,9	15,4	13,3	12,9	12,9
Pobreza	42,5	43,2	44,0	44,2	42,2	39,8	36,5	34,1	33,0

Desigualdad entre los que más tienen y los que menos tienen:

América Latina es y ha sido históricamente la región del mundo con mayor desigualdad, tanto si se considera el ingreso como la distribución del consumo, tenencia de tierra, estado de salud y otras variables. Ha sobrevivido esta desigualdad a los diferentes regímenes políticos y económicos, y persisten asimismo importantes diferencias raciales y étnicas.

En general, ha mejorado en términos de niveles de pobreza, según las líneas de pobreza internacionales, bastante más que otras regiones menos desarrolladas del mundo, sobre todo por tener un ingreso per cápita más alto. La pobreza es más baja que en África y la mayor parte de Asia o Europa del este, pero mucho menos buenos que los del Este de Asia. Pero la desigualdad entre los que más tienen y los que más pobres ha seguido creciendo.¹²

⁸ Kottow M. *Bioética ecológica*. Bogotá: Universidad El Bosque; 2009: p. 71

⁹ Bauman Z. *Miedo líquido*. Barcelona: Paidós; 2007.

¹⁰ Pogge T. *La pobreza en el mundo y los derechos humanos*. Barcelona: Paidós; 2005: 15.

¹¹ Citado en Kliksberg B. Diez falacias sobre los problemas sociales de América Latina. En: Bernal ME, Florez V. *La ilusión del buen gobierno*. Montevideo: Unesco-Most; 2004: 29-67.

¹² Feres JC, Mancero X. Enfoques para la medición de la pobreza: breve revisión desde la literatura. Santiago de Chile: CEPAL, Serie Estudios estadísticos y prospectivos n° 4; 2001. Eguía A, Ortale S (Coord.) Los significados de la pobreza. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2007.

La media de la región entre la primera medición de cada país del ingreso medio per cápita distribuido por quintiles, y la última medición realizada es: 21,0 y 21,9. La separación entre lo que tienen los que más tienen y los que menos ha aumentado. En la última medición, están claramente por debajo de la media, con mayor igualdad relativa, Uruguay (10,2), México, Perú, Argentina, Ecuador y Costa Rica. Y están muy por encima de la media Bolivia (44,2), Brasil (31,8) y Colombia (29,6).

Según encuestas realizadas en hogares (Cuadro 3), en promedio, el 10% más rico de la población en América Latina recibe entre el 40 y el 47% del ingreso total,¹³ mientras que el 20% más pobre recibe sólo entre el 2% y el 4%. Solamente están por encima de esta cifra Uruguay (4,8) y Costa Rica (4,2). Las mayores diferencias en el nivel de ingresos entre los más ricos y los más pobres podemos observarlas en Guatemala (63,3), Colombia (57,8), y Brasil (54,4), mientras las menores diferencias se dan en Uruguay (18,9), Costa Rica (25,1) y República Dominicana (28,4). Estas diferencias son sustancialmente mayores que en los países de la OCDE, Europa del Este y la mayor parte de Asia, con una inusualmente alta concentración de ingresos en el extremo superior de la distribución.

Frente a estos datos, la participación del Gasto Social (GS) en el Producto Interior Bruto de la mayoría de los países de América Latina es baja en comparación con la OCDE, con comportamientos bastante insatisfactorios, cíclicos, que muchas veces dejan desprotegidas a las familias en la parte negativa de los ciclos económicos, y es poco focalizado, no llegando justamente a los que más lo necesitan.¹⁴ Podemos establecer tres grupos:

- Países con PIB per cápita mayor o = a 7000 US, y GS superior a 600 US por persona: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Uruguay.
- Países con PIB per cápita entre 5000 y 7000 US, y GS entre 400 y 200 US por persona: Venezuela, Colombia, Panamá.
- Países con PIB per cápita inferior o = a 5000 US, y GS menor o = a 200 US por persona: Bolivia, El Salvador, Honduras, Paraguay, Guatemala, Ecuador, Nicaragua, Perú.

Discapacidad

En América Latina viven aproximadamente 85 millones de personas con discapacidades, de las cuales sólo 2% encuentran respuestas a sus necesidades, según datos del Programa Regional de Rehabilitación de la OPS. Las tendencias actuales señalan que esta situación se acentuará “por el incremento de las enfermedades emergentes, reemergentes y crónicas. Los conflictos bélicos, la violencia social, los accidentes de todo tipo, y el uso y abuso del alcohol y drogas son serios factores de riesgo de discapacidad, así como también el envejecimiento de la población, la

¹³ Ferreira F.H.G; Walton M. *La desigualdad en América Latina ¿Rompiendo la historia?* Bogotá: Banco Mundial y Alfaomega Colombiana; 2005: 17.

¹⁴ Meller P, Lara B. Gasto social en América Latina: nivel, progresividad y componentes. En: Cardoso FH y Foxley A (Editores). *A medio camino. Nuevos desafíos de la democracia y el desarrollo en América Latina*. Santiago: Uqbar Editores y CIEPLAN; 2009.

desnutrición, la niñez abandonada, los grupos sociales postergados, la pobreza extrema, el desplazamiento de grupos poblacionales y los fenómenos naturales”.¹⁵ Los objetivos de las políticas de la OPS en este campo son los siguientes:¹⁶

- Garantizar la protección social en salud para todos los ciudadanos
- Contribuir e eliminar las desigualdades en el acceso
- Garantizar servicios de calidad
- Proporcionar a los grupos sociales excluidos oportunidades para recibir atención integral
- Eliminar la capacidad de pago como factor restrictivo

Las causas principales de la discapacidad en América Latina son las sanitarias: además de las comunes con los países desarrollados (defectos congénitos, enfermedades crónicas, tumores malignos, accidentes de tránsito), están las enfermedades infecciosas y parasitarias, deficiencias nutricionales, y problemas en el embarazo y el parto. También tienen importancia las ambientales: la contaminación ambiental y su repercusión en la salud, la falta de prevención de la violencia y de los accidentes laborales y de tránsito, los conflictos armados en algunos países, que causan traumas psicológicos y emocionales. Podemos concluir que son áreas problemáticas: la educación, el empleo, la accesibilidad y movilidad en áreas urbanas, el poco desarrollo e idoneidad de la asistencia médica para la discapacidad, la falta de información.

Trastornos mentales en América Latina

Es preciso conocer también la prevalencia de los trastornos mentales y la brecha de tratamiento, que está dada por la diferencia entre las tasas de prevalencia verdadera y las de las personas que han sido efectivamente tratadas, que en algunos casos es grande pese a la existencia de tratamientos eficaces.¹⁷ Los resultados de una amplia investigación basada en estudios comunitarios publicados en toda América Latina y El Caribe es la siguiente¹⁸: las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada durante el año precedente de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9%; y el abuso o la dependencia del alcohol, de 5,7%. Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad, y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, sea en un servicio especializado o en uno de tipo general.

¹⁵ Amate AE, Vásquez AJ (Edit.) *Discapacidad, lo que todos debemos saber*. Washington: OPS/OMS; 2006: 3.

¹⁶ Op. Cit. 6.

¹⁷ Rodríguez JJ, Khon R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington: OPS; 2009.

¹⁸ Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;18(4/5):229-40.

Los determinantes sociales de la salud

Es patente que las desigualdades en salud crean en ocasiones desigualdades sociales, como por ejemplo en el acceso al trabajo,¹⁹ pero también su contrario se ha puesto de manifiesto: cada vez está más fundamentado el hecho de que las desigualdades sociales crean desigualdades en salud,²⁰ por lo que es necesario tenerlas muy presentes a la hora de establecer políticas de atención en salud y de buscar propuestas y mejoramientos.²¹

“De la merma de años de vida ajustados por discapacidad, el 80% es sufrida por las naciones más pobres. Hay múltiples datos epidemiológicos, que confirman la profunda brecha de salud y expectativas de vida que se da entre pudientes y desposeídos”.²² Los espectaculares logros alcanzados por la salud de los individuos, con la mejoría mayoritaria de las expectativas de vida, por ejemplo, no han sido equiparados por una mejoría equivalente de la salud de las poblaciones en su conjunto, por lo que debemos llamar la atención “hacia los valores dominantes que han moldeado nuestro mundo, hacia las diferencias entre definiciones amplias y/o restrictivas de la salud pública, hacia algunos valores que deben ser promovidos y hacia una ética de la salud pública que considere tanto los derechos como las necesidades humanas”²³, dentro de “los compromisos necesarios de una medicina sostenible”.²⁴

No podemos enfocar el análisis bioético sólo en los derechos de los pacientes desde el ámbito clínico, debemos profundizar en los aspectos éticos de la salud pública y más aún, en los determinantes sociales de las situaciones de salud deficientes.

Calidad de vida

La pobreza y la discapacidad están relacionadas —en muchas ocasiones muy directamente— con la enfermedad, y las tres con la “calidad de vida”. Este término empieza a utilizarse en la década de los 60, y como categoría específica en las ciencias sociales en los 70. En palabras de Carmen R. Victoria,

ha venido cobrando importancia debido a que la mayor sobrevivencia de la población en la actualidad corre en paralelo con algún grado de discapacidad, un incremento en el número de ancianos en proporción a la población en general, y un creciente número de personas que padecen los efectos de una enfermedad crónica, de su tratamiento y de las limitaciones que ésta les impone. Por estas

¹⁹ Valenzuela ME, Rangel M. (Eds.) *Desigualdades entrecruzadas. Pobreza, género etnia y raza en América Latina*. Santiago: Organización Internacional del Trabajo; 2004.

²⁰ Emanuel E. Inequidades, bioética y sistemas de salud. En: Lolas F (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. Santiago: Programa Regional de Bioética, OPS/OMS y LOM Ediciones; 2000: p. 101-06.

²¹ *Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud*. Documento síntesis del Ciclo de Diálogos Democráticos. Santiago: OMS/OPS, Ministerio de Salud Chile, FLACSO Sede Chile; 2005.

²² Kottow M. Op. Cit. 47.

²³ Benatar SR. Public health and public health ethics. *Acta Bioethica*, 2003, 9 (2): 195-207.

²⁴ Callahan D. La inevitable tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes. En: Lolas F (Ed.) Op. Cit. p. 91-100.

razones ya no sólo interesa la consideración de la cantidad de vida, sino, de manera especial, de la calidad de vida, que se sitúa en muchos casos por encima de la conservación de la cantidad. De aquí que la ética forme parte del conjunto de ciencias sociales que se necesitan para abordar el análisis de esta categoría.²⁵

La calidad de vida se ha convertido en un elemento esencial de la atención en salud: “los sistemas de salud en general, y cada situación clínica en particular, procuran aumentar la calidad de vida de las personas enfermas, que han de asumir determinadas limitaciones para poder prolongar su vida. Y en aquellos casos en que el pronóstico apunta hacia una muerte más o menos inminente, se trata de optimizar la calidad del tiempo que reste por vivir”.²⁶

Se han desarrollado diferentes técnicas de evaluación de la calidad de vidas, con instrumentos más o menos precisos para medirla, como los años de vida ajustados por calidad (QALYs), o los años de vida ajustados por la discapacidad (DALYs), que han sido incorporados al análisis bioético²⁷, y la calidad de la asistencia en salud también se trata de medir con criterios concretos evaluables.²⁸

La valoración de los QALY o sea años de vida ponderados en base a la calidad, comienza a ser bastante difundida en la economía sanitaria, en la epidemiología y en la bioética. La valoración está basada en la crítica de la ‘esperanza de vida’ como única medida del estado de salud de una población y en la consideración de que hoy la medicina permite una larga supervivencia en condiciones de invalidez, como en los casos de enfermedades crónicas.

Ha sido criticada por la inexistencia de valores universalmente aceptados para medir la calidad de vida, por la dificultad de prescindir de valoraciones subjetivas de la menor habilidad o capacidades. “En el plano ético, las dudas más consistentes están en el riesgo de que la elección de prioridades se orientan hacia los sujetos reconducibles, con bajos costos, a la ‘normalidad’; interpretando esta palabra de un modo arbitrario y discriminatorio”.²⁹

No nos interesa ahora profundizar en este tema, pero sí remarcar que el concepto de calidad de vida ha sido un elemento de estudio relevante en los problemas de bioética al final de la vida, sobre la distribución justa de los recursos en salud, y a la hora de tomar decisiones en la mayoría de los problemas de salud pública, de tal manera que elevar la calidad de vida de los pacientes

²⁵ Victoria García-Viniegras CR. *Calidad de vida. Aspectos teóricos y metodológicos*. Buenos Aires: Paidós; 2008: p. 14.

²⁶ Op. Cit. p. 37.

²⁷ Gracia D. Ética de la calidad de vida. En: Gracia D. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Bogotá: El Búho; 1998: 155-173.

²⁸ Simón P. (Ed.) *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela; 2005.

²⁹ Berlinguer G. *Ética de la salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003: 80.

comprende un amplio abanico de propósitos, y puede estar presente como el fin último del sistema de salud de un país y como el objetivo de cada tratamiento a aplicar a un paciente en particular. Quizás no sea el fin último, pero sin duda es uno de los principales fines de la medicina actual, de las políticas públicas de salud, y debe estar presente en la práctica clínica diaria.

Pobreza desde la filosofía política

Desde una concepción ética de la pobreza, ser pobre significa no tener algunos determinados recursos económicos, pero también, y sobre todo, carecer de lo que se ha denominado la autoestima o el respeto propio, carencia que va en contra de los mínimos “derechos de bienestar”, destinados a proporcionar ayuda para salir de ella.

Como señala A. Sen las poblaciones pobres son desempoderadas, carecen de la capacidad para hacer uso de la libertad a fin de incorporarse a la sociedad y participar en su desarrollo. Es imposible abordar temas de ética que conciernen a la humanidad entera, sin registrar la ingente realidad de la pobreza, que golpea notoria y visiblemente a casi la mitad de la población mundial, además de presentarse como condición social oculta en medio de sociedades supuestamente pudientes.³⁰

Según Rawls, la pobreza afecta a los valores morales primarios: “Las bases sociales del respeto de sí mismo son aquellos aspectos de las instituciones básicas que normalmente son esenciales para que los ciudadanos tengan un sentido vivo de su propio valor como personas morales y sean capaces de realizar sus intereses de orden supremo y promover sus fines con confianza en sí mismos”.³¹

Existen muy diversas posiciones acerca de cómo afrontarla, y sobre los criterios de distribución de la riqueza, que afectan a las posibles políticas públicas, y siempre parten de una determinada concepción de los seres humanos. Así, el criterio de distribución según los bienes primarios de Rawls³², o la conocida sentencia de la doctrina marxista: “De cada cual según su capacidad, a cada cual según sus necesidades”³³, centrados ambos criterios en el principio de justicia. El problema es cómo atender con medios escasos necesidades crecientes, y evaluar de modo objetivo estas necesidades. Así, se proponen listas de necesidades básicas³⁴, o atender mejor a las necesidades subjetivas, según las preferencias de los afectados —como propone Dworkin³⁵— pero teniendo en cuenta las circunstancias del contexto social y la herencia genética, con

³⁰ Kottow M. Op. Cit. p. 74-5.

³¹ Rawls J. Unidad social y bienes primarios. En: *Justicia como equidad. Materiales para una teoría de la justicia*. Madrid: Tecnos; 1986: p. 193.

³² Rawls J. *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica; 1995.

³³ Heller A. *Theory of Needs in Marx*. London: Allison and Bussy; 1974.

³⁴ Nussbaum N, Sen A (Comp.) *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica; 1996.

³⁵ Dworkin R. Do Liberty and Equality Conflict? En: Barker P (Comp.) *Living as Equals*. Oxford: Oxford University Press; 1996: p. 23-57.

igualdad de recursos, de modo que se respete la integridad de las personas, incluyendo la corporal y la conservación de la salud, y facilitando las posibilidades de elección.

Con los criterios de preferencias, el centro comienza a variar desde la justicia y los derechos objetivos a la autonomía personal. Marta Nussbaum habla de “actualizar las potencialidades” de los seres humanos.³⁶ Onora O’Neill ha insistido en que la pobreza sitúa a las personas en una situación de vulnerabilidad que les impide la posibilidad de rechazar lo que les ofrecen aquellos que detentan el poder.³⁷ Amartya Sen subraya que cualquier teoría sobre la justicia debe tener como fin el desarrollo de “las capacidades y los funcionamientos”, que permiten a las personas participar en la vida social: la pobreza es, sobre todo, exclusión³⁸ y privación de las capacidades y de la libertad de agencia para el bienestar.³⁹

Desde la situación de los pobres, receptores de la ayuda, se insiste en los derechos del bienestar, que requerirían deberes de justicia. Así, Rawls menciona ciertos deberes que se nos aplican con independencia de nuestros actos voluntarios, y tienen que ver directamente con las situaciones de pobreza y enfermedad: “deber natural de ayudar a otro cuando lo necesita o está en peligro, siempre y cuando se pueda hacer sin riesgo o pérdidas excesivas; el deber de no dañar a otro; el deber de no causar sufrimiento innecesario [...] y el mutuo respeto a los demás como seres morales”.⁴⁰

Desde otras posiciones se insiste en las obligaciones de asistir, más ligadas al principio ético de beneficencia que al de estricta justicia. Desde el consecuencialismo utilitarista, Singer comenta que “si podemos evitar algo malo, sin sacrificar algo que tenga un valor moral comparable, debemos hacerlo”,⁴¹ y está claro que la pobreza es lo peor a nivel social.

Otros insisten en que más allá de los derechos y las obligaciones están las virtudes, sobre todo la justicia entendida como virtud, que son las que llevan a los individuos a organizar la solidaridad y emprender acciones de lucha contra la pobreza, y que “las instituciones encargadas de satisfacer las necesidades básicas tengan una actitud activa y responsable y no se conformen con sentir, pasivamente, que cumplieron con la demanda de un derecho”.⁴² Cualquier política para combatir la pobreza sería buena desde el punto de vista moral, si coincide con la obligación

³⁶ Nussbaum M. Capacidades humanas y justicia social. Una defensa del esencialismo aristotélico. En: Riechman J (Coord.) *Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad*. Madrid: Los Libros de la Catarata; 1998: 43-104.

³⁷ O’Neill O. *Toward Justice and Virtue*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.

³⁸ Sen A. Exclusión e inclusión. En: Sen A, Kliksberg B, *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008: 27-42.

³⁹ Sen A. Bienestar, justicia y mercado. Barcelona: Paidós; 1997/ Capacidad y bienestar. En: Nussbaum N y Sen A (Comp.) *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica; 1996: 154-194.

⁴⁰ Rawls J. *Op. Cit.*, 1995: p. 115, 309-310.

⁴¹ Singer. *Practical Ethics*. 2ª ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1994: p. 229.

⁴² Dieterlen P. *La pobreza: un estudio filosófico*. 1ª reimp. México: UNAM y Fondo de Cultura Económica; 2006: 111-112.

perfecta de contribuir a que los seres humanos sean menos vulnerables, y menos coaccionados. En la medida en que reforcemos la necesidad de establecer obligaciones con los pobres, los argumentos contra los derechos de bienestar perderán fuerza pues se basan en una visión demasiado individualista de las personas. “Nos parece que lo conveniente sería rescatar la noción de ciudadanía, ésta nos permitiría concebir una idea de las personas como seres que interactúan en una sociedad, que tienen derechos pero también obligaciones, que desarrollan ciertas virtudes en las que se incluyen aquellas que tienen que ver con el bienestar de todos y cada uno de los individuos que comparten un territorio”.⁴³

Como vemos, los aspectos económicos del problema de la pobreza están muy unidos a los éticos, en la valoración y complementación del principio de justicia con el de autonomía, y en el respeto ético que se merecen los seres humanos por el mero hecho de serlo, según la tesis kantiana del deber de tratar a los demás como fines y no exclusivamente como medios, más allá de criterios meramente utilitaristas. Veremos más tarde algunas de las soluciones aportadas desde la ética y la bioética.

Vulnerabilidad desde la filosofía

La vulnerabilidad, en la visión filosófica, y especialmente en la personalista, es una de las justificaciones del hecho mismo de la moralidad. Entre las características constitutivas del ser humano, junto a la insuficiencia del instinto, la racionalidad, la autonomía, la responsabilidad, y la índole comunitaria, está precisamente la vulnerabilidad:

nuestra vulnerabilidad no queda plenamente amparada por las solas prescripciones negativas de la moralidad. Ésas marcan los mínimos. Necesitamos también de las contribuciones positivas de otras personas: intimidad, cariño, protección y cuidado. La satisfacción de estas necesidades solamente es posible en una comunidad de seres morales, en la que se reconocen y amparan las vulnerabilidades y los intereses de las personas.⁴⁴

Los seres humanos somos “animales racionales y dependientes”, como expone MacIntyre: “Cuando se habla en los libros de filosofía moral de los enfermos o de quienes padecen alguna lesión o sufren alguna discapacidad, se les trata casi exclusivamente como individuos que pueden ser objeto de benevolencia por parte de los agentes morales, quienes aparecen en cambio como sujetos continua y constantemente racionales, con buena salud y que no padecen alteración alguna”.⁴⁵ Así los “discapacitados” son “ellos” diferentes de nosotros, no individuos

⁴³ Op. Cit. p. 117.

⁴⁴ Ferrer JJ, Alvarez JC. *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. 2ª ed. Bilbao: Universidad Pontificia de Comillas y Desclée de Brouwer; 2005: p. 44-45.

⁴⁵ MacIntyre. *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. Barcelona: Paidós; 2001: p. 10-11.

como nosotros, en cuya situación nos hemos visto alguna vez, o nos vemos ahora, o probablemente nos veremos en el futuro.

La vulnerabilidad y la dependencia son universales y son las que nos llevan a una necesaria cooperación social fundamentada en las virtudes personales. Las virtudes que el ser humano necesita para desarrollarse a partir de su condición animal inicial y llegar a ser un agente racional e independiente son las mismas que las que requiere para hacer frente a la vulnerabilidad y la discapacidad, tanto de uno mismo como las de los demás. Son “las virtudes propias de los animales racionales y dependientes”,⁴⁶ por lo que la razón misma nos invita a una filosofía humana del cuidado de la persona vulnerable.⁴⁷

Pero estas virtudes no pertenecen solamente al ámbito personal privado, deben hacerse presentes también en el ámbito social y político como “compromiso ciudadano que lleve a una articulación política de la solidaridad”⁴⁸ y a una discriminación jurídica positiva de los más dependientes y vulnerables.⁴⁹

Elaboración de una ética del cuidado y la solidaridad:

La vulnerabilidad tiene el poder de sacar lo mejor de nosotros mismos, activar los valores más sólidos, ayudarnos a construir redes basadas en la relación y no en la independencia, basadas en el interés por los demás y no sólo por uno mismos. En el modo como nos acercamos a la vulnerabilidad propia y ajena revelamos nuestro grado de humanidad.⁵⁰

Es necesario por ello elaborar una ética del cuidado que, más allá de los debates actuales sobre los límites de la justicia, se acerque a la dimensión personal de la experiencia de la discapacidad y la vulnerabilidad, de forma que lleve a una mayor acción dentro de la justicia social completada con la solidaridad.⁵¹ Este tema ha cobrado mayor actualidad a la vista de las recientes pandemias⁵² y de las consecuencias de las catástrofes naturales, como hemos padecido recientemente en Chile.

Aunque algunos advierten que puede caer en la arbitrariedad, “es preciso reconocer que la ética del cuidado pone de relieve elementos importantísimos para la vida moral. El cuidado se refiere,

⁴⁶ Sánchez Escorial L, Verona Humet P. *Identidad, justicia y vulnerabilidad*. Barcelona: Fundación Mapfre Medicina; 2005.

⁴⁷ Masía Clavel J. *El Animal Vulnerable: Invitación A La Filosofía De Lo Humano*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 1997.

⁴⁸ Pérez Tapias JA. Del bienestar a la justicia. Aportaciones para una ciudadanía intercultural. Madrid: Trotta; 2007: p. 118-127.

⁴⁹ Alarcos FJ. ¿Vivir dependiendo? Ética, derecho y construcción biográfica en la dependencia. Granada: Comares; 2007.

⁵⁰ Bermejo JC. (Ed.) *Cuidar a las personas mayores dependientes*. Santander: Sal Terrae; 2002.

⁵¹ Ralston D Ch., Ho J (Eds.) *Philosophical reflections on Disability*. Springer, 2010.

⁵² Howard Brody and EricN Avery. Medicine's Duty to Treta Pandemic Illness: Solidarity and Vulnerability. *Hasting Center Report*, 2009; Vol. 39, 1: 40-48.

en definitiva, a la sensibilidad ante las necesidades y vulnerabilidades del otro concreto, en su singularidad, con quien estamos en relación”.⁵³ La ética filosófica debe descender al trato que se ha de proporcionar a quienes se hallan en situación de dependencia, desde las éticas clásicas a las éticas de la responsabilidad, y finalmente a las del cuidado, claves para analizar “las repercusiones que comporta para la ética médica la extensión social de personas en situación de especial vulnerabilidad.”⁵⁴ Y desde la ética debemos aplicar esta perspectiva en la bioética y la biojurídica⁵⁵, de modo que no se centren exclusivamente en las relaciones de derechos y deberes, sino en construir relaciones éticas que fortalezcan en lo posible la vida frágil de las personas.⁵⁶

Más allá de la alternativa entre deontologismo y teleologismo, principialismo o consecuencialismo, es necesario promover una praxis ética basada en argumentos, que reivindique el derecho y deber de todo ser humano a tener una vida digna, a partir de los cauces epistemológicos que identifican bioética y desarrollo solidario.⁵⁷

Desde Latinoamérica: propuesta desde la ética del discurso sobre la pobreza y el desarrollo económico y social

Dorando J. Michelini ha elaborado una detallada propuesta desde la ética discursiva: “Como es sabido, en Latinoamérica el bienestar de las personas está seriamente afectado. Esto sucede, por ejemplo, en aquellos lugares en los que no se respeta la dignidad e igualdad de todas las personas ni están aseguradas las condiciones básicas materiales, sociales y ciudadanas para que todos y cada uno de los individuos puedan desarrollar sus capacidades. De este modo, las problemáticas de la pobreza y la exclusión, que se han agravado en América Latina en las últimas décadas, presentan también serios desafíos para la realización del bien común”.⁵⁸ Por eso, en los últimos años, la cuestión del desarrollo y de una ética del desarrollo se vuelve a plantear con fuerza dentro de las éticas prácticas⁵⁹, y de la ética de la empresa y la economía.⁶⁰

Pero ya no se plantea este desarrollo con una concepción economicista y meramente técnica. “En la actualidad, al hablar de desarrollo, es necesario tener en cuenta la integralidad de un proceso que incluye lo económico, lo ecológico y lo cultural, como así también la dimensión ético-política. No hay desarrollo sin eficiencia económica” pero esta tiene que estar “ético-

⁵³ Ferrer JJ, Alvarez JC. Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas Teóricos en la bioética contemporánea. Bilbao: Universidad Pontificia de Comillas; 2003: p. 279.

⁵⁴ Bonete Perales E. *Ética de la dependencia*. Madrid: Editorial Tecnos; 2009.

⁵⁵ Cayuela A. (Coord.) *Ética, Bioética y desarrollo: el hombre como ser dependiente*. Granada: Comares; 2004.

⁵⁶ Del Barco JL. *La vida frágil*. Buenos Aires: EDUCA, Instituto de Bioética; 2000.

⁵⁷ De Velasco JM. *La bioética y el principio de solidaridad. Una perspectiva desde la ética teológica*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.

⁵⁸ Michelini DJ. *Bien común y ética cívica. Una propuesta desde la ética del discurso*. Buenos Aires: Bonum; 2008: p. 71.

⁵⁹ Martínez Navarro E. *Ética para el desarrollo de los pueblos*. Madrid: Trotta; 2000; Goulet D. *Ética del Desarrollo. Guía teórica y práctica*. Madrid: IEPALA; 1999.

⁶⁰ Cortina A, Pereira G (Editores) *Pobreza y libertad. Erradicar la pobreza desde el enfoque de Amartya Sen*. Madrid: Tecnos; 2009; Conill J. *Horizontes de economía ética*. Aristóteles, Adam Smith, Amartya Sen. Madrid: Tecnos; 2006.

políticamente orientada al bien común, y articulada con la identidad cultural y el cuidado del medio ambiente [...] Cualquier transformación social de este tipo implicará llevar adelante una tarea ardua y compleja de redimensionamiento de la economía, la política y la cultura sobre la base de una corresponsabilidad e interacción solidarias, tal como lo exigen los lineamientos fundamentales de una nueva ética cívica”.⁶¹

Los pobres en la sociedad del conocimiento

Gilberto Cely, desde Colombia, llama a la reflexión sobre la gran responsabilidad que incumbe a la ciencia y a la tecnología, y al científico en su trabajo cotidiano individual, en la configuración de la nueva sociedad, la sociedad del conocimiento, en la que los pobres son precisamente los marginados culturalmente.⁶² La nueva sociedad del conocimiento tendría que caracterizarse por la solidaridad entre quienes la conforman, que ayude a superar los fraccionamientos tradicionales, merced a la puesta en práctica de una nueva bioética inspirada en el principio de preservar la vida en todas sus formas, incluida la humana con sus atributos de dignidad e integridad.

Precisamente por esto, varios de los encuentros académicos sobre Bioética han tenido precisamente el objetivo de profundizar en la vulnerabilidad que supone la falta de educación y de conocimientos, como una “problemática que consideramos de apremiante interés para los países de la región... (y) como aporte a la discusión y a la construcción de una verdadera ‘ciudadanía social’, con una visión integradora de los distintos ámbitos del saber que confluyen en el ámbito de la Bioética”.⁶³

Efectiva aplicación de los derechos humanos

Con fundamentos en esta ética dialógica, pero más allá de esa reducción de las asimetrías de los interlocutores, parte de la ética y de la bioética latinoamericana se ha centrado en dos temas: cómo conseguir una efectiva aplicación de los derechos humanos, especialmente el derecho a la vida y el derecho a la asistencia justa en salud; y cómo conseguirlo en una región donde son muy numerosas las personas vulnerables y las que ya han sido vulneradas en algunos de sus derechos más fundamentales, tanto por la pobreza y falta de desarrollo social y económico, como por la marginación y exclusión étnica o social.

La preocupación por los derechos humanos está en el inicio de las primeras publicaciones de temas de bioética en México, por ejemplo, con las publicaciones del Instituto de Investigaciones

⁶¹ Acosta Sariego JR. (Ed.) *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela; 2002.

⁶² Cely Galindo G. *La Bioética en la sociedad del conocimiento: los pobres del Tercer Milenio son los que no acceden al conocimiento*. Bogotá: 3R Editores; 1999.

⁶³ Hooft PF, Chaparro E, Salvador H (Compiladores). *Bioética, Vulnerabilidad y Educación*. VIII Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética. Mar del Plata: Ediciones Suárez; 2003.

Jurídicas de la UNAM en los años ochenta, que han continuado hasta la actualidad.⁶⁴ También son recientes visiones globales de la bioética como una ética de los derechos humanos fundamentalmente, como una profundización del principio de justicia del principalismo, con la equidad como fundamental por encima de la eficiencia del sistema de salud, por ejemplo⁶⁵, o en abierta crítica a este sistema de principios.⁶⁶

Para ello, la erradicación de la pobreza y el desarrollo económico y social son el primer paso imprescindible. Algunas propuestas van en la línea de apoyar la *equidad en las reformas de los sistemas de salud*, con parámetros bien delimitados, como la de Norman Daniels.⁶⁷ Otras van directamente a la fundamentación: *la justicia se entiende como solidaridad, y directamente en la lucha contra la exclusión* derivada del neoliberalismo, como comenta Pérez de Nucci:

Lo negativo no es la marginación y la pobreza en sí, sino el hecho de excluir a todos aquellos que no pueden acceder a medirse por los parámetros de liberalismo imperante. Estos son simplemente excluidos. A su vez, este acto de exclusión, de privar a otros de su respectividad personal, transforma en impersonales a los que cometen ese tipo de acto, en el sentido de negación de su condición de personas, seres culturales incluyentes... La explosión de los costos sanitarios acabó con la pretendida igualdad de todos ante la salud y planteó hondas diferencias sociales [...] La justicia es el nombre que la ética biomédica propone como nueva filosofía de la salud para la consideración y tratamiento del problema de los pobres.⁶⁸

Una bioética de liberación e intervención

Es bien conocida la fundamentación de Dussel de una *ética de la liberación*, en Argentina, que parte de la crítica a la ética dialógica, por considerar que el diálogo racional se efectúa con gran disparidad en Latinoamérica, no es un diálogo entre iguales,⁶⁹ y las “formas de vida intersubjetivamente compartidas” parten de injusticias radicales, por lo que la ética debe ser primero una ética de la liberación de los oprimidos.⁷⁰ Si para Levinas, como señalábamos anteriormente, la ética era la filosofía primera, para Dussel esa filosofía primera es la política, una ética-política de liberación, que evite el silenciamiento de los oprimidos,⁷¹ que es el colmo de la “asimetría antidialógica”: “la dinámica de los derechos humanos tiene su punto de

⁶⁴ Tealdi JC. Bioética de los derechos humanos. Investigaciones biomédicas y dignidad humana. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM; 2008.

⁶⁵ Martínez Oliva L. *Justicia y Medicina Pública. Del principio ético a los desafíos en su aplicación*. Santiago: LOM Ediciones; 1999.

⁶⁶ Estévez E, García Banderas A. *Bioética de intervención. Los derechos humanos y la dignidad humana*. Quito: Terán; 2009.

⁶⁷ Daniels N et al. Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. *Bull World Health Organ*. 2000, vol.78, n.6, pp. 740-750; Daniels N. *Benchmarks of Fairness for Health Sector Reform in Developing Countries: Overview and Latin American Applications*. www.paho.org/English/BIO/Daniels.ppt

⁶⁸ Pérez de Nucci A. *Antropoética del acto médico*, Tucumán: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional; 2008: p. 114-115.

⁶⁹ Dussel E. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. Madrid: Trotta; 2008.

⁷⁰ Dussel E. *Ética del discurso y ética de la liberación*. Madrid: Trotta; 2005.

⁷¹ Romero Cuevas JM. Humanismo, historia y crítica en Ignacio Ellacuría. En: Rösen J, Kpplarek O (Coord.) *Humanismo en la era de la globalización. Desafíos y perspectivas*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2009: p. 129-144.

arranque en el reconocimiento del otro como interlocutor válido al que se le reconoce el derecho a la palabra, al que por tanto hay que abrirle lugar en los procesos político-dialogicos para que efectivamente pueda decirlo”.⁷²

En bioética esta corriente se ha desarrollado sobre todo en Brasil,⁷³ y en algunos casos ha dado lugar a la elaboración de propuestas de una *bioética de intervención*,⁷⁴ directamente en el campo político y de reforma de los sistemas de salud. Sin embargo, marcando las distancias entre bioética y política, como campos complementarios, otras posiciones se decantan por distinguirlas: “Si la política se adscribe a la deliberación en forma de una democracia ética dispuesta a legitimar su proceder, estará en un terreno común y fructífero con la bioética. Es menester que la política reconozca sus raíces éticas y la proveniencia moral de su legitimidad, más que pedirle a la bioética que intente desarrollar un discurso político”.⁷⁵

Bioética de protección de los vulnerables

También desde Brasil y Chile ha surgido la propuesta de una *Bioética de protección de los vulnerados y empoderamiento de los vulnerables*.⁷⁶

La bioética de protección, entendida como un nuevo abordaje que debe ser aplicado en los países en desarrollo, quiere, sobre todo, normativizar las prácticas humanas, anticipando e incentivando los efectos positivos y con previsión de los eventuales efectos dañinos para los individuos y los pueblos, de modo que se prescriban los actos considerados correctos y se proscriban los incorrectos, dentro de la realidad latinoamericana (...), con niveles de desigualdad vergonzosos y con dolencias propias del subdesarrollo aliadas a patologías de países desarrollados.⁷⁷

La propuesta más detallada de una ética de la protección, hasta ahora, es la de Kottow:⁷⁸

Toda ética aspira a realizar la justicia social y la equidad entre las personas. La historia muestra que esta propuesta es utópica y está, en la época actual, más lejos que nunca de cumplirse. El ciudadano moderno se ve privado de los resguardos sociales que habían sido conquistados a lo largo de dos siglos, cayendo en un estado de inseguridad y desamparo, con riesgo de marginación y exclusión. Reconociendo las inequidades existentes, la ética de protección se propone paliarlas mediante el desarrollo de actitudes personales de amparo y programas sociales de resguardo [...]. Después de reconocer las insuficiencias de otras propuestas, este texto desarrolla la estructura de un ética de protección —individual y colectiva—, a fin de ponerla a disposición de una protección

⁷² Pérez Tapias JA. Op. Cit. p. 159-160.

⁷³ Moser A, Soares AM. *Bioética. Do consenso ao bom senso*. Petrópolis, Brasil: Editora Vozes, Petrópolis; 2006; Fabri dos Anjos M, Siqueira JE de (Orgs) *Bioética no Brasil. Tendências e perspectivas*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, Ideias Letras; 2007.

⁷⁴ Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. En: *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá), UNESCO Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, 2008: p. 177-180.

⁷⁵ Kottow M. Bioética y biopolítica. *Bioética*, Sociedade Brasileira de Bioética; 2005, 2: 121.

⁷⁶ Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en Salud Pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2001, 17.

⁷⁷ Schramm FR; Rego S, Braz M, Palacios M (Org.) *Bioética, riscos e proteção*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

⁷⁸ Kottow M. Op. Cit.: contraportada.

bioética, es decir, una bioética que entienda su cometido como una abogacía por los más débiles y una herramienta conceptual que brega por el uso de instituciones sociales que fomenten el empoderamiento de los postergados.

Conclusión

Una visión bioética de la calidad de vida, en Latinoamérica, no puede ser sólo un modo de determinar la proporcionalidad o no de un tratamiento médico, o de delimitar desde la economía los grados de pobreza o riqueza de algunos grupos sociales distribuidos en quintiles. Lo que nos importa es la situación de vida que deben tener los seres humanos, que se nos presenta como una exigencia moral a cada uno, pues los otros y su vida nos interpelan —en el sentido de Ricoeur y Levinas— y nos plantean exigencias desde la ética personal y, sobre todo, desde la ética social. Va mucho más allá del individualismo neoliberal de que cada uno no tenga limitaciones para desarrollar su vida en el modo como quiera, o de nociones de justicia que tratan de conseguir una redistribución más o menos equitativa de los bienes sociales.

La calidad de vida es parte de la dignidad de la persona, y por ello, es una finalidad —quizás la primera— de la medicina y de las políticas públicas de salud. En ella se fundamenta un deber ético de ayudar a los demás, para que dejen de estar vulnerados en sus derechos y necesidades básicas, para que sean menos vulnerables, y para que disfruten de la mejor situación posible de libertad, de vida autónoma plena.

Más allá de una bioética centrada en asegurar la no maleficencia y el respeto a los derechos de justicia por parte de todos, absolutamente imprescindible en nuestros países, debemos avanzar en el respeto de la autonomía de las personas, profesionales de la salud y pacientes. Y parte de este respeto es el deber ético de promover su competencia como agentes morales, mediante una solidaridad personal, institucional y social, que lleve a la inserción social de los más vulnerables y a conseguir su efectivo empoderamiento para llevar adelante sus ideales de vida buena, con una solidaridad y una beneficencia no paternalistas.

La bioética como interdisciplina puede ayudar a enfrentar los temas más apremiantes en nuestros países, que hacen referencia a “la equidad en el acceso a bienes y servicios, la necesidad de armonizar tradiciones diversas en la superior síntesis del panamericanismo, la constante necesidad de reformar y transformar instituciones... temas convertidos en procesos sociales, ideas fuerza y esfuerzo legislativo”.⁷⁹

⁷⁹ Lolás F. Hacia una Bioética para América Latina y el Caribe. En: Lolás F. Op. Cit.: 13-18.

Hoy se tiende a poner el acento en la responsabilidad individual del paciente, pero la ética de la salud debe partir del punto de que existe una inequidad ya al nacer, por las enfermedades o predisposiciones genéticas, las condiciones materiales de la gravidez y el parto, y todavía más, las condiciones de la familia, el lugar y la clase social en las que se nace y se crece, y la fortaleza de las instituciones de salud del país donde se vive.⁸⁰ “La indigencia puede ser considerada como el principal problema de la bioética, en cuanto su ciclo perverso implica por un lado una degradación en las condiciones de vida, y en general la destrucción de la vida individual y grupal, y por el otro, una revisión radical de la autocomprensión que el individuo tiene de sí mismo, persona que tiene el derecho a la dignidad y el deber de la responsabilidad”.⁸¹

⁸⁰ Berlinguer G. Op. Cit. 74.

⁸¹ Schramm FR. *A terceira margem da saúde*. Brasilia: Edit. UNB; 1996: 228.

La bioética en la reforma de los sistemas de salud

Ludwig Schmidt H.*

Ingeniero Industrial, Doctor en Teología, Doctorando en Bioética.

Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

La salud no lo es todo pero sin ella, todo lo demás es nada.

Schopenhauer

Marco general

En el presente trabajo: *La Bioética en la Reforma de los Sistemas de Salud* tiene como propósito sugerir algunas orientaciones generales a las diversas experiencias de reforma emprendidas en Latinoamérica y el Caribe. Si la salud es clave para la conservación y el progreso de la calidad de vida de un país, entonces se deberá evitar el deterioro de ésta, por concepciones políticas obsoletas y descontextualizadas de la realidad socioeconómica del país, la gestión ineficiente e ineficaz de la producción de servicios y la insatisfacción de la población frente a sus condiciones de vida y, ante la baja disponibilidad, accesibilidad, efectividad y calidad de los servicios de salud. Ante estas circunstancias y en el entendido de la obligación del Estado ante este fundamental derecho constitucional, se recomienda que se emprendan procesos de mejoramiento y fortalecimiento institucional, financiero, legal y ético que considere los resultados y los factores determinantes de salud de la población.

Por lo tanto, la reforma del sector salud es un proceso orientado a introducir cambios constructivos sustantivos en las diferentes instancias del sector que permitan gestionar los programas y proyectos (prevención, prestación de servicios e investigación) en salud. El éxito de una reforma sectorial en salud, parte de la redefinición de las políticas públicas, la transformación organizativa-institucional y la mejora en los servicios de salud.

El proceso debe ser en parte antropoético, centrado en la persona humana (no solo como paciente y nunca como cliente) y su dignidad (*bien-ser*), en el bien-estar que se ofrecerá a los hombres y mujeres de una comunidad (por una atención digna y no como una mera cobertura

prevista de servicio) por el *bien-hacer* del personal de salud, recursos y estructuras previstas con el propósito de minimizar iniquidades de atención, de aumentar la accesibilidad a los servicios y la equidad de sus beneficios, de propiciar la eficiencia de su gestión y la efectividad de su servicio, para la satisfacción de las necesidades de salud de dicha población.

El sector salud está sometido a vertiginosos cambios biomédicos y biotecnológicos, producto de: una demanda de atención cada vez más exigente y corresponsable, una economía inflacionaria y compleja para la asignación de la financiación (y aseguramiento), una presión constante ante el rigor de las políticas gubernamentales y de la contraloría social, una tendencia reorganizativa de las estructuras asistenciales y la gerencia efectiva de los servicios de salud. Por eso, no es la mera consecución de un estudio de factibilidad técnico y económico, ni siquiera la disponibilidad de todos los recursos financieros, sino sus operadores y usuarios, el impacto que dicha prestación de salud ofrezca en su área de influencia, del modelaje a ser replicado en otras instancias, por considerar al ser humano como eje del proceso de salud-enfermedad-atención y que espera alcanzar las mejores condiciones de salud posibles para su autorrealización y el logro de una mayor calidad de vida.

¿Cuáles son las Razones para Proponer una Reforma del sector Salud?

Puede puntualizarse de la siguiente manera:

1. En el marco económico y social se determina la aparición, reemergencia y desarrollo de graves problemas de salud: miseria, caída de los ingresos familiares, catástrofes naturales, falta de solidaridad en la sociedad, deterioro de la calidad de los servicios que se prestan a la población.
2. El inadecuado funcionamiento del aparato salud y desarrollo social, en el esquema del financiamiento vigente, vinculado a la situación inflacionaria existente y a las restricciones para la ampliación del financiamiento público desde el nivel central.
3. La multiplicidad de entes públicos que operan de forma desintegrada, centralizada-desconcentrada, cada vez más inoperantes, ineficientes y poco justos, y por el sector privado, donde aplica.
4. La falta de coherencia entre las políticas y las estrategias en la planificación y puesta en marcha de los servicios y programas de salud. Se ha distorsionado la producción de servicios, caracterizados por una atención ambulatoria de baja cobertura y calidad, un nivel hospitalario que da respuesta insuficiente, ineficiente, heterogénea y parcial a los problemas del primero, segundo y tercer nivel y una excesiva diversificación tecnológica acompañada por falta de mantenimiento.
5. La operación del sistema de servicios de salud está regulada por un marco legal contradictorio y que no responde a los nuevos retos. Existe un conjunto de leyes, reglamentos, disposiciones, que han permanecido en el tiempo como normas escritas y, en algunos casos, han perdido su total o parcial vigencia desde el punto de vista de su aplicabilidad y, en consecuencia, no responden a la nueva realidad social ni a las necesidades del sector.
6. La información disponible revela que la capacidad instalada en los establecimientos de salud está subutilizada y que no se cuenta con el adecuado balance operacional de la red de servicios. Además, se observa una exagerada presión de la demanda en los establecimientos de mayor complejidad, con la correspondiente subutilización de los de menor nivel.

7. En los últimos años se ha deteriorado la infraestructura física de la red, lo cual se ve expresado no solo en las inadecuadas condiciones materiales de los establecimientos y, en algunos casos, en la carencia de suministro de servicios básicos como agua y electricidad, todo lo cual está asociado a la baja tasa de inversión en construcción pública médico-asistencial y a la falta de una política de mantenimiento preventivo y correctivo.
8. El Estado cuenta con una capacidad instalada aceptable de servicios de salud tanto curativos como preventivos; sin embargo, factores tales como la calidad (relación profesional de la salud-paciente y capacidad resolutive de los establecimientos), oportunidad y continuidad de la prestación de los servicios, así como otros de tipo cultural y económico (asociados al comportamiento de la demanda), hacen que estos servicios sean poco accesibles a la población, especialmente a la de menores recursos.
9. La red de establecimientos médico-asistenciales tiene una lógica, en el sentido que contempla los diferentes niveles de atención y está distribuida a lo largo de todo el país. Ésta, no cumple con el modelo de atención y de una política financiera y de recursos humanos que sustente tal organización, por no haber sido planificada con criterios de crecimiento.
10. En términos generales, los centros de servicios de salud se encuentran generalmente desprovistos tanto de insumos adecuados como de profesionales de la salud. Así mismo, de la tecnología y dotación de insumos. Inclusive, en los casos donde se ha dotado de equipo, no se ha acompañado de un cambio en la organización.
11. El rendimiento de los profesionales así como la relación “profesional de la salud-paciente” están seriamente comprometidos, lo cual puede explicarse, entre otros factores, por las condiciones de contratación colectiva, la baja remuneración del personal y el inadecuado funcionamiento e inoperante sistema de incentivos y formas de control de la administración pública.
12. El perfil epidemiológico es complejo y heterogéneo pues está caracterizado por la coexistencia de sectores de la población que enferman y mueren por patologías típicas de los países pobres, tales como diarreas, enfermedades respiratorias agudas y cáncer cérvico-uterino (todas éstas, causas de enfermedad y muerte para las cuales existen programas específicos de diagnóstico y tratamiento precoces), con otros grupos, que no necesariamente pertenecen a los estratos altos, que mueren por trastornos cardiovasculares, cáncer y accidentes. En otras palabras, el patrón de morbilidad y mortalidad de Venezuela, si bien se caracteriza por la presencia de enfermedades típicas de los países industrializados y urbanizados, está acompañado, y cada vez con mayor estabilidad e inclusive incremento, de la incidencia de patologías típicas de los países pobres.

Acciones propuestas

Sistematizando las acciones propuestas, se puede decir:

1. La “salud” se ha venido definiendo desde la perspectiva del estado de “bien-estar” bio-psico y ecosocial de la persona y la comunidad. Pero se ha olvidado que la salud parte del “bien-ser” de la persona. Múltiples han sido las experiencias que lo demuestran, pero cuesta cambiar algunos conceptos. La salud es algo más que evitar, curar o erradicar enfermedades, es garantizarle al ser humano un espacio homeostático que le impulse y potencie bio-psico-ecosocialmente a relacionarse, participar y convivir en su contexto de vida. En otras palabras, un estado de integridad y equifinalidad individual, colectiva y ecológica.
2. La salud es promovida, diagnosticada, atendida y evaluada por un “sistema de salud”, concebido desde una visión amplia y dinámica, y que corresponde al conjunto de relaciones

estructuradas y participativas entre dos componentes básicos: población e instituciones prestadoras de servicios. Esta última, a su vez, se organiza en una red de niveles de atención cada vez más especializadas, adecuadamente articuladas, dotadas y motivadas al mejor desempeño asistencial, pero que a su vez, ofrecen corresponsablemente una serie de informaciones que permiten el control y seguimiento de Programas y Servicios, disponer de un adecuado sistema de referencias y contrarreferencias y, una logística para atender contingencias.

3. El Estado capitaliza el proceso de Reforma. Una de las estrategias típicas de las Reformas del Estado corresponde a la descentralización operativa y administrativa¹ efectiva de las dependencias federales y los municipios que permita la planeación, organización y provisión de servicios propios a las necesidades locales. Otras a modelos centralizadores.²
4. Por lo anteriormente expuesto, la “Reforma del sector salud” se refiere al conjunto de cambios generados por el gobierno en conjunto con la participación de diversos grupos de la sociedad con la intención explícita de transformar las instituciones de salud para su mejoramiento.³ Desde esta estrategia, la unidad rectora: Ministerio o Secretaría de Salud prevé restaurar su papel modulador⁴ en la formulación, control y evaluación de las políticas⁵ de salud pública nacional.
5. La Reforma del sector salud promueve generalmente el diseño de nuevos modelos de gestión, en los que se emplean racionalmente criterios médicos y gerenciales. Pero deberá tenerse en cuenta que para la implantación de estos nuevos modelos de gestión, se requiere de la formación de los recursos humanos; información de los objetivos y metas a ser logradas; clarificación y concienciación sobre los valores morales que deben estar presentes; capacitación en materia gerencial, no sólo en el uso de indicadores de gestión, herramientas y teorías, sino también en la gestión *per se*, en técnicas de trabajo, dinámicas y mejora del desempeño.

¹ En el marco de un sistema descentralizado, la clave está en la adecuada transferencia de los servicios de salud a los estados (provincias o departamentos), no se constituye exclusivamente como un cambio normativo o una simple modificación en la línea de dependencia en que se descentraliza la administración de los servicios de salud y sus recursos a las gobernaciones, sino que involucra la redefinición misma del sistema de salud nacional, su organización, orientaciones y políticas.

² En un marco de un sistema centralizado, la clave está en estructuras menos burocráticas, una eficacia y eficiencia operativa alta y en una gerencia de salud adecuadamente informatizada y comunicada en toda su extensión, en una distribución de funciones poco redundante y una relación próxima con la población.

³ La Reforma del sector se encamina a lograr mayor equidad, eficiencia y eficacia en la formulación de políticas de salud y en la regulación, financiamiento, gestión y principios que comprenden el cambio institucional del sector salud, la descentralización, la participación social en materia de salud y el reconocimiento de la creciente diversidad de agentes y roles en cuanto a financiamiento, regulación y provisión de servicios, es decir la combinación público-privada (OPS/CEPAL 1994, pp. 70-96).

⁴ La modulación comprende:

- Conducción sectorial tiene como función el lograr una actuación gubernamental más efectiva en las decisiones de orientación y movilización de los recursos nacionales hacia un desarrollo de la salud que contribuya a niveles mayores de justicia y bienestar social.

- La regulación sanitaria corresponde a la función estatal que garantiza la responsabilidad gubernamental de ordenar las relaciones de producción y distribución de los recursos, bienes y servicios de salud en relación con los principios de solidaridad y equidad.

- La autoridad sanitaria corresponde a las funciones esenciales de salud pública cuya competencia tiene el Ministerio de la Salud.

⁵ El término “política” (gr. *politike*) se refiere al arte, la doctrina u opinión referente a la conducción o gobierno para alcanzar un fin.

6. Los nuevos modelos de gestión en salud deberán permitir la participación creciente de la sociedad civil, en diversas actividades: regulación social, vigilancia de las garantías y derechos de los usuarios, sistema confiable de manejo de historias médicas, sistema de referencias y contrarreferencias, una adecuada mezcla de financiamiento público-privado (si se considera viable). Es conveniente aprovechar lo bueno de lo público y lo bueno de lo privado en una acción subsidiaria y de cooperación social, a través de nuevos modelos de cogestión y autonomía cuya responsabilidad es compartida entre el Estado y la Sociedad.
7. Las comunidades capacitadas y concienciadas de su participación en la salud, incrementan su acción en la atención primaria de la salud y en la conservación y organización de sus servicios de provisión de atención de salud. Así mismo, solicitan privilegiar la atención primaria de salud en sus comunidades de vida, la atención ambulatoria y la medicina familiar.
8. El pueblo aspira mejorar su calidad de vida y de salud, invirtiendo en acciones de salud que promuevan el *autocuidado*, la educación para la salud, la participación creciente para alcanzar un ambiente saludable y propiciar conductas saludables, las redes de atención ambulatoria y lograr que los estados y municipios sean responsables de su cogestión social y sanitaria. La participación y organización comunitaria adecuada favorece a una gestión efectiva los servicios. Así mismo, promueven la creación de alianzas estratégicas que permitan mejorar la operación de los servicios a costos menores.
9. La salud pública requiere de la constitución de un sistema de aseguramiento más amplio y que incluya a las personas de escasos recursos económicos, enfermedades crónicas y contingencias por desastres. Obviamente, ello requiere del aumento de los recursos financieros que se destinan a la salud como parte del gasto público o del presupuesto del gobierno, pero también de una manera diferente de administrar y financiar los centros de atención de salud.
10. Los profesionales de la salud en su vocación de servicio que construye futuro, como sujetos responsables del éxito y de la calidad en la restitución de los mejores niveles de salud de las personas y una cultura de la salud en las comunidades.
11. Los Estados están cada vez más consciente del aporte financiero que tiene que ser ofrecido para poder garantizar el éxito de una cobertura adecuada de salud.
12. A su vez, las instituciones son cada vez más conscientes de los costos operativos y de la necesidad de un uso racional de los recursos, luego podrían establecerse sistemas mixtos de atención que permitan un sistema de salud más justo, coordinado y amplio.

Fortalezas

De las experiencias exitosas que se han estudiado, se extraen un conjunto de fortalezas que se sintetizadas en los siguientes factores de éxito que tendrán que anexarse a los del sector:

1. *La conformación de una cultura gerencial eficiente.* Independientemente de la profesionalidad requerida en el ejercicio de las vocaciones de servicio particulares involucradas en la salud, se requiere de una preparación gerencial idónea que les permita el desarrollo de modelos de gestión adecuados, con proyectos objetivos (claros, alcanzables, controlables y evaluables), basados en estructuras funcionales y organizativas matriciales con personal capacitado.
2. *La definición de una cultura política más amplia.* La demanda, la calidad en el servicio y la satisfacción del usuario exige de una organización y participación comunitaria adecuada, centrada en un liderazgo efectivo y apoyado por alianzas estratégicas aptas y oportunas.

3. *La implantación de una cultura organizacional basada en principios.* La conciencia sobre la necesidad de valores éticos y morales, en miras a restituir un comportamiento profesional en el área de la salud.
4. La combinación de la solidaridad ciudadana y la responsabilidad social con la sustentabilidad financiera; para ello se deberían adoptar innovaciones en la organizacionales y la producción de algunos servicios.

Oportunidades

Las experiencias manifiestan una serie de oportunidades que se resumen en:

1. *La necesidad del respaldo comunitario.* La receptividad y credibilidad ante la comunidad depende de una relación dinámica con la comunidad, en los que se establezca una integración con los diversos grupos e instituciones comunitarias.
2. *El establecimiento de alianzas estratégicas adecuadas.* Los programas y servicios de salud nacional y local dependen de los vínculos interinstitucionales con diversas organizaciones e instituciones que incrementen su operatividad y calidad de servicio.
3. *El oportuno financiamiento público y/o privado.* Los aportes y apoyos económicos gubernamentales y/o privados permiten la consecución de sus funciones en forma ininterrumpida. Obviamente ello requiere de un conocimiento de los costos, de la demanda de servicios y de una distribución racional de los fondos.
4. *La idónea apertura política en los procesos de reforma del sector salud.* El Estado debe velar por una doctrina y legislación adecuada, de la definición de un conjunto de políticas y estrategias de salud nacionales, estatales y locales que permitan la articulación de la gestión.
5. *El soporte técnico requerido.* El manejo adecuado de los contratos de mantenimiento de equipos y conservación de las instalaciones, la puesta en marcha previamente calibrados y verificada la operatividad de los equipos.
6. *La cobertura y satisfacción de las demandas de salud.* Un programa de servicios, estadísticas operativas, indicadores de procesos, recursos y resultados, sondeos del impacto de la salud en el área de cobertura.
7. *La disponibilidad de una infraestructura sanitaria.* Una red de apoyo, adecuadamente comunicada e interrelacionada para poder manejar diversas situaciones de atención de salud y contingencias médicas y sanitarias.

¿Cuáles son los principales cambios propuestos en la reforma del sector?

Con base en la identificación de los contenidos y la orientación que proporciona el “marco legal”, se presenta la caracterización del proceso nacional de reforma. Las áreas objeto de los cambios que la reforma busca introducir se relacionan, principalmente, con el modo de ejercer las funciones de rectoría, organización, gestión y provisión y financiamiento de los sistemas y servicios de salud

1. Con respecto a la Función Rectora

La reforma trata de fortalecer el liderazgo y la capacidad normativa del gobierno para regular las nuevas modalidades de organización, aseguramiento y participación social en el

financiamiento y la provisión de servicios. Un elemento sustancial consiste en redefinir los roles del gobierno central y los gobiernos regionales y locales en la gestión de los sistemas y servicios de salud, para cumplir los mandatos derivados del proceso de modernización del Estado y garantizar la atención a la población. En todo caso, la reforma reafirma la responsabilidad de los poderes públicos y, en particular, del Gobierno Central mediante el ejercicio de sus funciones conductora y reguladora, como garante del acceso equitativo de todos los ciudadanos a los servicios de salud.

2. Con respecto a la Función de Organización

- La propuesta persigue ampliar la cobertura, mejorar el impacto en el estado de salud y asegurar la equidad en el acceso a la atención. Para ello se plantea la redefinición del modelo de atención con énfasis en la integralidad y la desconcentración, donde se destaca un aumento del peso relativo de la atención ambulatoria de base promocional y preventiva en articulación con acciones intersectoriales a favor de la salud.
- Se ordenarán las prestaciones por medio de la definición de conjuntos básicos de prestaciones (planes) diferenciados en función de los perfiles epidemiológicos prevalentes, la disponibilidad de recursos, las preferencias de las comunidades afectadas y las opciones que establece el marco legal que promueve las políticas de cada país.
- Igualmente, el proceso enfatiza la participación social, tanto en los ámbitos de la promoción y la prevención como en el de la provisión de servicios curativos y de rehabilitación. Se espera que la participación social se exprese en la planificación y asignación de recursos y en la gestión misma de los servicios.

3. Con respecto a las Funciones de Gestión y Provisión

- En el campo de la provisión, la reforma pretende mejorar la eficiencia y productividad de los servicios: en primer lugar, se pretende ampliar el número y variedad de proveedores públicos y privados sin y con ánimo de lucro, de tal manera que aumenten las posibilidades de elección de financiadores y usuarios; además, se busca reestructurar los hospitales públicos como empresas de servicios con autonomía de gestión y capacidad de recuperar costos. De este modo, se va precisando la oferta de servicios y se introducen nuevas formas de medir la producción, incentivar la productividad y controlar los costos.
- La propuesta intenta modificar las formas de gestión e introducir incentivos que estimulen la eficiencia y desalienten la sobreprestación de servicios y el uso inapropiado de tecnologías complejas. Asimismo, se adoptarán nuevas formas de contratación de servicios de atención y de apoyo hospitalario y la formación de redes eficientes de servicios complementarios de diagnóstico y terapéutica, suministro de medicamentos y otros insumos y dotación de apoyo logístico.
- Se promoverá la adecuación cuantitativa y cualitativa de la formación y capacitación de los recursos humanos profesionales y técnicos, clínicos y gerenciales para atender a la nueva realidad de un sector competitivo y modernizado.
- Habiéndose generalizado la idea de que una asistencia de calidad tiende a ser más eficiente y, a menudo, más solidaria y humana, la reforma promueve asimismo programas de garantía de la calidad que incluyen la habilitación, categorización y acreditación de los establecimientos de salud.

4. Con respecto a la Función de Financiamiento

- En materia de financiamiento, se parte de la constatación de que el financiamiento público es insuficiente para atender las necesidades presentes y los incrementos esperados. Esto hace evidente la necesidad de analizar el tema del financiamiento desde una perspectiva integral, de forma que se evalúen las distintas modalidades existentes o propuestas, no solo en función de su capacidad para generar fondos o recuperar costos en el nivel donde se aplican, sino en función de sus potenciales efectos sobre la asignación de recursos.
- Para garantizar la sustentabilidad financiera del gasto en salud, la reforma ajustará el nivel de gasto y su financiamiento a las posibilidades de la economía nacional, las cuales determinan tanto la capacidad de financiamiento público como las capacidades de pago individuales. Para ello, entre otras cosas, se mejorarán los sistemas de asignación, utilización y control de los servicios y recursos, tanto en el ámbito nacional como en los establecimientos sanitarios; se buscarán formas de recuperación de costos y fórmulas de complementariedad entre los esquemas de aseguramiento sanitario público y privado.
- La reforma reconoce que el financiamiento público no requiere ir ineludiblemente unido a la provisión pública; por lo tanto, se separarán las funciones de financiamiento y provisión de servicios.
- La propuesta busca la equidad financiera y la adopción de mecanismos de financiamiento que distribuyan adecuadamente cargas y beneficios y no desalienten el uso de los servicios entre quienes no tienen capacidad de pago, por ello el financiamiento público reasignará los recursos hacia actividades, servicios, programas y grupos sociales que fomenten la equidad y sean costo-efectivos.

En conclusión

Los países Latinoamericanos y del Caribe constituyen modelos de antología para ilustrar el carácter de la crisis y los desequilibrios financieros del sector⁶; así como, de las posiciones que desde las distintas trincheras sociales se encarnan en la defensa de intereses corporativos y comerciales. Por otra parte, la colectividad percibe con decepción el descenso en la calidad de los servicios de salud públicos su burocratización y esclerotización administrativa incapaz de dar paso a marcos organizacionales más idóneos para satisfacer al destinatario indiscutible de los servicios colectivos, que es sin lugar a duda el ciudadano. En directa correlación al crecimiento de las organizaciones públicas de salud, inexorablemente el “caos entrópico” se apodera de los servicios de salud.

Igualmente emerge como problema la discusión sobre la eficiencia, la eficacia, la accesibilidad de los servicios y la equidad; así como, la necesidad de reformas estructurales profundas y sostenidas, la preocupación por la contención de los costos, la preparación y empleo eficiente de los recursos humanos, la capacidad de gestión gerencial y el uso eficiente de recursos en general. Por doquier se buscan fórmulas para proporcionar mayor capacidad de elección y de respuesta a las preferencias de los usuarios y para mejorar la calidad de los servicios prestados.

⁶ Considero que el problema radica más en la capacidad administrativa o de gerencia, en la necesidad de generar fuentes de producción de ingresos, y reducir el grave problema ético de la corrupción y la extracción de la dotación de estas instituciones.

Asegurar el acceso de la población a los servicios sanitarios públicos sin distingo alguno surge como uno principio clave en que se fundamenta la ética social moderna en materia de salud pública y del derecho social.

Numerosos análisis sobre el sector salud en los diversos países, con diversas intensidades y por causas diferentes, plantean también la aparición del fenómeno de la “Competencia Inversa” con su sintomatología y su irreversibilidad destructiva; así como, la necesidad de reflexionar sobre la no-viabilidad económica de los sistemas de salud, sostenidos única y exclusivamente sobre la base de subsidios indirectos a la oferta y altamente centralizados.

La aplicación irrestricta de los principios de la economía de mercado al sector salud, también ha sido objeto de debate, bajo la consideración de la naturaleza personal de los servicios sanitarios que se prestan por profesionales y organizaciones, que con los ajustes correspondientes podrían ser competitivas. Bajo el supuesto de la competencia, se deducen p.ej., el aumento de la eficiencia y la calidad de los servicios prestados, la contención de costos, la maximización de beneficios para la oferta de servicios y para los usuarios.

Sin embargo, paralelamente a los aspectos que nos hablan de las condiciones apropiadas que presenta el sector para el libre juego de la oferta y la demanda, surgen también consideraciones sobre las profundas distorsiones que presenta el sector para asimilarlo a los principios de mercado.

En efecto, estamos en presencia de un sector, en el cual la oferta tiene la capacidad de crear su demanda, o cuanto menos, de condicionar de manera sustancial las decisiones del consumidor o usuario-paciente, por cuanto las decisiones importantes relativas al proceso de restauración de la salud, (y de gasto) no las adopta el paciente sino el proveedor u oferente del servicio, es decir, el médico; o las adopta el paciente inducido y colocado en situación de “suma cero o cero opción”.

Más revelador de esta “resistencia” de los servicios de salud, al libre juego de las leyes de mercado, es la absoluta carencia de información por parte del usuario-paciente, acerca de los costos, de los tratamientos alternativos, de los riesgos e implicaciones directas y colaterales de las intervenciones y tratamientos. A esta carencia de información, se une la falta de capacidad de los usuarios, para valorar y juzgar la calidad de la oferta, y la reducida capacidad de comparación de alternativas a este nivel, que para los usuarios se deriva de ello. Por otra parte, la colectividad desconoce totalmente los indicadores sobre eficiencia de las instituciones hospitalarias en términos de su mortalidad, muertes institucionales, iatrogénica y contaminación e infecciones en quirófano, para permitirles evaluar con propiedad la calidad de los servicios.

Bajo estas condiciones, resulta prácticamente imposible que funcione un sistema de precios de mercado, por cuanto se carecen de bases para un adecuado desarrollo de la competencia en sentido estricto. Si a lo anterior, le agregamos que la oferta tiene un carácter monopólico bajo el control corporativo, resulta aún más difícil imaginarse un adecuado funcionamiento de un sistema de precios, regulado por el libre juego de la oferta y la demanda.

Así entonces, el sector salud aparece caracterizado por ejemplo por la falta de transparencia informativa, por imperfecciones monopólicas, por inducciones y creaciones distorsionadas de demanda, por la incontinenia del gasto en los sistemas financiados por terceros.

Todas estas consideraciones, plantean la necesidad de concebir al sector salud, más como un mercado sometido al libre juego de la oferta y la demanda; que como un mercado intervenido o regulado, donde al menos exista una supervisión de la sociedad y el Estado en materia de calidades (acreditaciones e idoneidad técnica de las prácticas médicas) y un sistema de precios bajo regulación administrativa. Particularmente, importante es también la intervención administrativa y jurisdiccional del Estado en materia de seguros privados HCM y de control de las actividades del sector clínico-hospitalario privado.

Así mismo, se alega la existencia de externalidades sociales, asociadas al acceso colectivo de los servicios de sanitarios y la necesidad de asegurar la accesibilidad a los servicios sin excepciones relacionadas con la situación económica de cada cual.

En definitiva, todos los sistemas sanitarios del mundo plantean su propia solución a la ecuación de la salud, la cual se puede expresar como: *lograr los mejores indicadores sanitarios, con el mayor nivel de calidad de atención y satisfacción de los usuarios-pacientes, mejorando al mismo tiempo los niveles de ingreso medio de los trabajadores que se desempeñan en el sector, y todo, con el menor y más eficaz y eficiente gasto social que sea posible.*

En el contexto planteado, la necesidad de enfrentar la profunda y prolongada crisis de los servicios de salud y en particular de los servicios hospitalarios en Venezuela, obliga a buscar nuevas alternativas financieras para reorganizar el sector. Estas nuevas políticas y fórmulas, deben ante todo permitir un marco institucional, que con base a una convergencia nacional de los distintos actores sociales con legítimos intereses en la problemática del sector, intenten por medio de respuestas valientes, originales y sobre todo no mediatizadas por intereses menores de tipo corporativo (políticos, sindicales, gremiales), presentar un enfoque que posibilite:

- a) Mejorar la calidad de los servicios que se le prestan a la población.

- b) Optimizar la utilidad de los recursos públicos dedicados al sector por el país, mediante la introducción de cambios profundos en los mecanismos de asignación de recursos presupuestarios y de remuneraciones a los factores que participan en la producción de servicios médico sanitarios.
- c) Asegurar que el gasto social dedicado al sector salud se traduzca efectivamente en una mejor calidad de vida para la población nacional.
- d) Desarrollar acciones que permitan ampliar y diversificar los recursos que la sociedad dedica a atender las necesidades del sector tanto a nivel del usuario-pacientes como de los trabajadores que prestan servicios en el mismo; así como, el ampliar la cobertura de los fondos de aseguramiento a la totalidad de la población.
- e) Asegurar la descentralización de los servicios de salud y de los servicios hospitalarios pero logrando al mismo tiempo que la descentralización no se traduzca, sólo en una metástasis de la crisis y del colapso con veintitrés nuevos Ministerios de Salud, sembrando burocracia en el ámbito regional y restringiendo por esta vía, los recursos destinados a atender las necesidades de salud de la población nacional, encareciendo los costos sociales sin mejorar la prestación de los servicios.
- f) Realizar en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, los cambios que sean necesarios mediante una radical reestructuración para modernizar esta Institución, para adaptarla a las nuevas realidades y necesidades y para redimensionarlo de acuerdo a su nueva misión y a su nueva función.
- g) Asegurar la autonomía hospitalaria como medio de modernización gerencial y mecanismo competitivo para mejorar los servicios permitiendo al mismo tiempo una racional asignación y distribución de los ingresos y de los recursos sociales destinados a la salud con base a la eficiencia y a la calidad con que dichos servicios se presten a la población.
- h) Ampliar los medios y mecanismos de generación de recursos directos por la prestación de servicios de salud en general y por la de los servicios hospitalarios en particular.
- i) Ampliar de manera sustancial la capacidad de respuesta de la sociedad en el ámbito de los servicios preventivos de salud y de los servicios de medicina preventiva.

Por otra parte, la escasez de recursos internos para financiar los cambios y la modernización requerida por el sector, obliga a desarrollar fórmulas, que al mismo tiempo de expresar y traducir la política del sector, aseguren un proceso económico y gradual pero sostenido de cambios, cuya irreversibilidad este establecida en la concepción misma del modelo que se establezca.

Esta última consideración, justifica que cualquier cambio que se plantee debe ser profundamente estudiado, evitando las respuestas parciales, unilaterales, sobre condicionadas y mediatizadas, y se exige la formulación de una concepción que sea a su vez global, integrada y sistemática del cambio propuesto. Lograr un adecuado balance entre regulación, población y mercado (en general) parece ser los signos por los cuales se están organizando las nuevas respuestas en materia de servicios sanitarios en el mundo. Bajo este contexto, los equilibrios entre las responsabilidades del Estado y de la Sociedad Civil se deben redefinir.

Referencias bibliográficas

Almeida CM. Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. *Cuadernos Médico-Sociales* 2001; 79:27-58.

Londoño JL, Frenk J. Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America. *Health Policy* 1997; 41:1-36.

Molina R, Pinto M, Henderson P, Vieira C. Gasto y financiamiento en salud: Situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2000; 8:71-83.

Musgrove P. Economic Crisis and Health Policy Response. En Tapinos G, Mason A, Bravo J, (Eds.). *Demographic responses to economic adjustment in Latin America*. Lille: International Union for the Scientific Study of Population; 1997.

Sojo A. Reformas de gestión en salud en América Latina. *Revista de la CEPAL* 2001; 74:139-157.

Suarez-Berenguela R. *Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Findings and Policy Implication*. Working Document. Washington, DC: Pan American Health Organization/World Bank; 2000.

Székely M. *The 1990s in Latin America: Another Decade of Persistent Inequality, but with Somewhat Lower Poverty*. Working Paper 454. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 2001.

Aspectos éticos en la gestión de los recursos para la atención médica

Dr. Gabriel d'Empaire Yanes

F.A.C.C.-F.E.S.C. Médico Cardiólogo-Intensivista

Jefe de la UCI. Hospital de Clínicas Caracas. Magíster en Bioética

Miembro del Comité Internacinal de Bioética, UNESCO

Se puede afirmar que, de una u otra manera, y en mayor o menor grado, todos los sistemas de atención sanitaria del mundo occidental se han visto afectados, en las últimas décadas, por el incremento sostenido de los costos de atención médica. Este incremento en los costos, asociado, a un aumento en la demanda de servicios y a la ineficiencia administrativa de una buena parte de los sistemas de salud, ha llevado a muchos de ellos a una grave crisis y a un enfrentamiento entre los principios de justicia y de beneficencia. La situación planteada es de tal magnitud, que permite afirmar, que el problema de la macro bioética clínica más importante en la actualidad, se centra en el debate sobre los criterios éticos que deben regir la asignación y manejo de recursos en los sistemas sanitarios. Lo que al inicio de la década de los años 70 fue un llamado a la reflexión sobre de la necesidad de contener los gastos de los sistemas sanitarios, se ha transformado en un problema real, de dimensiones muy preocupantes, que exige encontrar una salida viable al diseño de un sistema de atención médica que sea equitativo y sustentable en el mundo actual.

Vivimos hoy la triste paradoja de un desarrollo científico tecnológico sin precedentes en la historia, que se contrapone a un también creciente incremento de la inequidad en la atención médica. Se puede decir que cada día disponemos de más recursos diagnósticos y terapéuticos, que en la práctica, pueden ser utilizados, cada vez, en menos personas. Si bien, no existen dudas en relación con los efectos positivos que han tenido las nuevas tecnologías en la reducción de la mortalidad y mejoría de la calidad de vida de muchos enfermos. También resulta cierto, que persisten y me atrevería a decir se ha incrementado la inequidad en la atención médica. Aun en países desarrollados, millones de personas no tienen acceso a una adecuada atención sanitaria, hecho sin duda mucho mas marcado en los países subdesarrollados.

Tan solo para citar algunos ejemplos, de acuerdo al reporte the Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) 2008¹ un estimado de 33.2 millones de personas vivían con HIV, de los cuales 2.1 millones eran niños, 2 millones murieron de AIDS. Al mismo tiempo, 6.800 personas se infectan cada día debido a las dificultades para el acceso de tratamientos preventivos. Existen reportes en la literatura sobre millones de que niños no reciben las vacunas necesarias para la prevención de diferentes enfermedades. Al igual que se sabe que alrededor de 800 millones de personas no tienen acceso a la atención médica. Aun en países desarrollados muchos pacientes no reciben tratamientos basados en la evidencia. En este sentido se ha reportado que, en los Estados Unidos, aproximadamente 30% de los pacientes con enfermedad coronaria no reciben Aspirina, droga de efecto demostrado para la reducción de nuevos eventos coronarios. 50% de los pacientes con enfermedad coronaria no reciben drogas betabloqueantes, solamente 37% recibe estatinas y solo 40% tienen niveles de colesterol LDL menor a 100 mg/dl, todas estas medidas muy importantes como prevención secundaria para nuevos eventos coronarios.²

Un estudio³ reciente reportó que 79% de pacientes ancianos con infarto del miocárdica agudo no recibió betabloqueante demostrándose que a los dos años este grupo de pacientes tuvo una mortalidad 75% mayor que aquellos que si lo habían recibido. De la misma manera de han detectado graves fallas en el uso de tratamiento trombolíticos en pacientes con infarto del miocardio agudo. De acuerdo a la literatura, los problemas antes mencionados pudieron ser la causa de 18.000 muertes prevenibles cada año en los Estados Unidos. Numerosos pacientes con enfermedades tratables no tiene acceso a la atención médica, y muchos tratamiento preventivos están subutilizados, con la consiguiente consecuencia de que numerosas personas adquieren enfermedades que pudieron ser prevenidas o se complican enfermedades existentes, lo cual a su vez significa, mayor morbi-mortalidad e incrementos en los costos de atención médica, al requerirse el uso de tratamientos, más costosos que pudieron evitarse. Desafortunadamente una buena parte de esta información no esta disponible en los países subdesarrollados, pero habría que suponer que la situación es aún más grave. A la vez, es posible prever que el problema se agrave en la medida que surjan nuevas tecnologías efectivas pero con elevados costos.

Los problemas antes descritos encuentran su principal causa en la dificultad para lograr una gestión justa de los recursos sanitarios. Si bien la gravedad del problema varía de país en país; se puede afirmar que ha resultado muy difícil lograr modelos sanitarios sustentables que brinden una atención médica equitativa y con un nivel de calidad adecuado. En este sentido, una de las

¹ Progress report 2008. *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*. Geneva: World Health Organization; 2008.

² Chassin MR, Galvin RG. Quality and the National Roundtable on Health Care Quality The Urgent Need to Improve Health Care Quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care. *JAMA*. 1998, 280 (11):1000-1005.

³ Soumerai SB, McLaughlin TJ, Spiegelman D, Herzmark E, Thibault G, Goldman L. Adverse outcomes in elderly survivors of acute myocardial infarction. *JAMA*. 1997, 277:115-121.

causas fundamentales radica en la creciente brecha que se ha creado, en las últimas décadas, entre la inversión en salud y los costos de atención. En primer lugar, porque los presupuestos destinados a la atención médica, aun en los países desarrollados, y mucho más en los países de escasos recursos, siempre serán presupuestos limitados; de los cual se derivan importantes dilemas éticos relacionados con los criterios que deben ser utilizados a la hora de asignar estos recursos, a fin de que los mismos sean utilizados eficientemente y permitan una atención médica justa y equitativa. Por otra parte, los costos se han incrementado, en forma muy importante, en la medida que han surgido nuevos equipamientos y tecnologías que requieren inversiones muy elevadas, a lo cual se suma un aumento de la demanda de servicios, ineficiencia en la administración de los recursos y en muchas ocasiones serias dudas en relación con el adecuado uso de nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento.

Dada la situación planteada, resulta imposible pensar que todos los pacientes lleguen a tener una atención médica del más alto nivel. Sin embargo, es necesario que exista igualdad de oportunidades para una atención médica mínima adecuada para todo el que la requiera. Lograr este objetivo requiere una adjudicación de presupuestos justos para la atención médica, adaptado a las necesidades reales de la población, pero además, resulta indispensable una administración eficiente de los recursos, de acuerdo a adecuados análisis de costo beneficio.

Si bien resulta imposible, en tan corto espacio, hacer un análisis exhaustivo de los problemas relacionados con la gestión de los recursos sanitarios, en los próximos párrafos haré un recuento de los que considero son los principales problemas, específicamente algunos problemas relacionados con la inversión en salud y luego un análisis de algunas de las causas de incremento de los costos que permitan explicar la situación actual, para luego plantear algunas conclusiones.

1. Inversión en atención médica

La cantidad de dinero que se debe invertir en atención médica debe corresponderse con las necesidades de atención, lo cual ya plantea un grave problema relacionado con la dificultad que hoy tenemos a la hora de definir cuáles son las verdaderas necesidades de atención. De una forma simplista se tiende a pensar que los problemas de atención médica se resuelven incrementado el presupuesto que se destina a este sector, lo cual resulta totalmente equivocado. Lejos de los que se pensó en el esquema planteado por el estado de bienestar, según le cual, la inversión de salud debía incrementarse de acuerdo a las exigencias del sistema, a fin de garantizar el bienestar de la mayoría; hoy sabemos, que el incremento en la inversión, en esa proporción, no solo es imposible, sino que además, no resuelve la situación. Un claro ejemplo, en tal sentido, lo constituye el sistema sanitario de los Estado Unidos, la primera economía del

mundo, donde se invierte el 14 % del PIB en atención médica, y sin embargo más de 50 millones de personas no cuentan con cobertura de seguro médico. El monto de la inversión sanitaria no guarda una relación lineal con los resultados obtenidos⁴ en términos de equidad y calidad de atención médica. En ningún caso, el presupuesto de salud puede crecer a expensas de comprometer otros presupuestos destinados a vivienda, educación, trabajo, etc, actividades que constituyen elementos importantes en la preservación de la salud. La existencia de un límite plantea un grave problema ético, pues exige que el presupuesto asignado sea invertido eficientemente y por tanto exija el establecimiento de condiciones claras en relación con la forma en que ese presupuesto debe ser utilizado. Enfrentar esta situación exige un profundo análisis sobre las necesidades reales que cada sistema sanitario debe cubrir, lo cual necesariamente requiere definir la utilidad real de los diferentes tipos de métodos de diagnóstico y tratamiento, de acuerdo a las evidencias, condiciones del paciente, valores del enfermo etc. La falta de claridad en relación con estos aspectos hace que con relativa frecuencia se invierten grandes sumas de dinero en tratamientos fútiles o desproporcionados

2. Costos de atención médica

Entre las principales causas que han determinado un incremento progresivo de los costos de atención médica, se pueden enumerar las siguientes:

- 2.1 El desarrollo científico y tecnológico.
- 2.2 Una mayor exigencia por parte de los usuarios.
- 2.3 Los terceros pagadores.
- 2.4 La medicina defensiva.
- 2.5 La ineficiencia de los sistemas de salud.

2.1 El desarrollo científico y tecnológico

El avance científico y tecnológico de las últimas décadas ha sido, sin lugar a dudas, una de las principales causas de aumento de los costos de atención médica. La medicina de hoy cuenta con sofisticados equipos de soporte de vida en cuidados Intensivos, novedosas técnicas desarrolladas en cirugía, extraordinarios equipos de imaginología, tratamientos farmacológicos producto de costosas investigaciones y en ocasiones obtenidos por complejas técnicas de ingeniería molecular, nuevos métodos de fertilización asistida, los cuales entre muchos otros equipos y técnicas, forman el arsenal terapéutico actual. A esto habría que agregar nuevos equipos y medicamentos que permanentemente salen al mercado a complementar o sustituir los ya existentes.

⁴ Blumenthal D. Controlling health care expenditures. *N Engl J Med* 2001, 344:766-769.

Nadie duda de los extraordinarios beneficios que el desarrollo de estas técnicas ha traído al permitir tratar muchas enfermedades que antes resultaba imposible controlar. Gracias a ellas, ha sido posible aumentar la expectativa de vida de los seres humanos y en muchos casos mejorar la calidad de vida de muchos enfermos. El problema indudablemente no radica en la existencia o desarrollo de nuevas tecnologías. El problema radica en la forma en que esta tecnología está siendo utilizada.

La justificación para el uso de técnicas de alto costo debe estar basada en la utilidad demostrada de la misma, no sólo en relación con de la eficacia que ésta puede tener para una determinada patología; sino lo que es más importante, la posibilidad razonable de que tal indicación sea de utilidad para el paciente específico que sufre esa enfermedad. En la medicina actual, muchos métodos de diagnóstico y tratamientos, utilizados en la práctica clínica, no cuentan con una validación científica que garantice una evidencia clara sobre su verdadera eficacia para el diagnóstico o tratamiento de una determinada patología.⁵ Con frecuencia tratamientos que han sido validados para una determinada patología, y son utilizados para otras indicaciones para las cuales, aún no han sido validados. A título de ejemplo: una droga de demostrada utilidad en la fase aguda del infarto agudo del miocardio, o luego de la colocación de un stent coronario; también es utilizada para el tratamiento de enfermos con enfermedad coronaria crónica o, en accidentes cerebrovasculares⁶, sin que existan evidencias sobre su efectividad en estas indicaciones. Ciertos tratamientos pueden tener eficacia demostrada para corregir variables fisiológicas, pero no para mejorar la mortalidad, o puede tener evidencias de mejorar la mortalidad, sin que nos permita saber sus efectos en las condiciones de vida futuras del enfermo. Finalmente, algunos de los tratamientos utilizados tienen niveles de efectividad bajos.⁷ Surge entonces, la pregunta: son estos métodos de diagnóstico y tratamientos útiles o no lo son?

Diferentes aspectos promueven el uso injustificados de diferentes métodos de diagnóstico y tratamiento. Entre ellos se pudieran enumerar: la formación de los médicos en ambientes altamente tecnificados que los predisponen al uso exagerado de dichas técnicas, en muchos casos sin que exista una utilidad científicamente validada para esa indicación. La falsa obligación de indicar estas técnicas por el solo hecho de disponer de ellas, sin un análisis minucioso de las consecuencias de su utilización. Las presiones del mercado, los conflictos de interés,⁸ las

⁵ The National Heart, Lung, and Blood Institute Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) Clinical Trials Network, Pulmonary-Artery versus Central Venous Catheter to Guide Treatment of Acute Lung Injury. *N Eng J Med*, 2006, 354:2213; Dalen, J. The pulmonary artery catheter- Friend, foe o accomplice, *JAMA*. 2001, 286:348.

⁶ Bhatt D. Fox et. al., for the CHARISMA Investigators. Clopidogrel and Aspirin versus Aspirin Alone for the Prevention of Atherothrombotic Events. *N Engl J Med*, 2006, 354:1706.

⁷ Bochud P, Bonten M, Marchetti O, Calandra T. Antimicrobial therapy for patients with severe sepsis and septic shock: An evidence-based review. *Crit Care Med*, 2004, 32: 495.

⁸ Friedberg M, Saffran B, Stinson T, Nelson W, Bennet Ch. Evaluation of Conflict of Interest in Economic Analyses of New Drugs Used in Oncology. *JAMA*, 1999, 282:1453-1457.

presiones del ambiente hospitalario, la medicina defensiva y en ocasiones la presión de los propios enfermos.

La indicación inadecuada de métodos de diagnóstico y tratamiento constituye un grave problema ético que atenta contra el principio de beneficencia y en ocasiones incluso contra el principio de no maleficencia. Pero además violenta el principio de justicia, al incrementar los costos en forma injustificada. El problema no es la tecnología, sino la forma inadecuada en que con frecuencia la utilizamos.

2.2 El derecho a la atención médica

En el siglo XVII se reconoce, por primera vez el derecho a la salud y a finales del siglo XIX, el derecho a la atención médica. Esta evolución histórica generó desde finales del siglo XIX, pero con mayor fuerza en el siglo XX una nueva concepción de la medicina y de los derechos de los enfermos. La salud pasó a ser considerada un bien fundamental transformándose en obligación perfecta y por tanto exigible en justicia y no concedida como caridad⁹, como se había considerado antes. Ante esta nueva concepción, todos los seres humanos pasaron a tener derecho a la salud y a la atención médica, sin discriminación por sexo, raza, cultura, ideología, ni condición económica. Paralelo al derecho a la salud y a la atención médica se afianzó el derecho a la libertad individual, a la autonomía del ser humano para decidir sobre su proyecto de vida y por tanto a exigir una atención médica de calidad. La clásica relación vertical paternalista heredada de la medicina hipocrática y tradición de la medicina por mas de veinte siglos, fue sustituida por una relación más horizontal donde el médico ya no puede decidir de acuerdo a sus valores y principios lo que es mejor para el enfermos, sino que es el propio enfermo o su representante subrogado quien decide lo que es mejor para él.

El derechos de los enfermos a recibir atención médica, y el afianzamiento de la autonomía, en un mundo caracterizado por una oferta creciente de alternativas de atención, en complejos centros hospitalarios, han ejercido una fuerte presión en la demanda y costos de los servicios médicos y por tanto en la inversión que debe hacerse a nivel de los servicios de salud. Esta realidad exige aceptar que, aun en las mejores circunstancias, resulte imposible pretender, en las actuales condiciones, una atención médica que ofrezca la mayor atención disponible igual para todos. Esta realidad se hace más evidente en la medida que se pretende, con seriedad, satisfacer las necesidades de los enfermos, en condiciones de igualdad, equidad y calidad de atención, en un medio de alta tecnología con recursos limitados.¹⁰

⁹ Gracia D. El qué y el por qué de la Bioética. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*. 1995, 1:35-53.

¹⁰ Callahan, D. Equity, Quality, and Patients Rights: Can they be Reconciled?. En Lolas, F., Agar, L. (Eds.). *Interfaces Between Bioethics and the Empirical Societal Sciences*. Chile: Regional Program on Bioethics OPS/OMS; 2002; p. 33.

2.3 Terceros Pagadores

En la mayoría de los sistemas sanitarios el pago de la atención médica no lo realiza directamente el paciente y mucho menos el médico. Por lo general los costos son cubiertos por seguros privados, o por el estado de acuerdo a diferentes modelos de gestión de estos recursos. La presencia de terceros pagadores hace que los consumidores, tanto los médicos como los pacientes, sean menos sensibles al precio del servicio, y por ende tiende a consumir más. Es así como la existencia de estos terceros pagadores con frecuencia incide en un incremento de los costos, pues por lo general ninguna de las dos partes involucradas, ni el médico ni el paciente suelen considerarlos.

2.4 Medicina Defensiva

El incremento de las demandas legales a los médicos ha ocasionado que, con alguna frecuencia, éste incurra en gastos exagerados y no justificados, a fin de protegerse de eventuales demandas, con el consiguiente incremento de los costos de atención.

2.5 Ineficiencia de los Sistemas de Salud

Uno de los problemas más graves de muchos sistemas de atención médica es su ineficiencia en la administración de recursos: falta de criterios de ingreso y egreso, tiempos de hospitalización prolongados, compras de equipos sin un adecuado análisis de costo beneficio, burocracia, incumplimiento del personal e incluso comisiones ilegales. Aspectos todos que inciden directamente en causar incrementos de los costos de atención médica.

Los ejemplos antes citados, permiten entender como el uso indiscriminado de los recursos, sin controles adecuados, constituye un factor determinante en el incremento de los costos y en la ineficiencia de los sistemas sanitarios. Cualquier incremento en el presupuesto de salud, que no contemple la corrección del uso ineficiente de los recursos económicos, sería irresponsable y no redundaría en mejoras en la atención. En todos estos aspectos existe responsabilidad del estado, pero no se puede excluir la responsabilidad particular que además tienen las instituciones, los trabajadores de la salud e incluso los pacientes y la sociedad. Cualquier intento de mejorar los sistemas sanitarios debe iniciarse con un minucioso estudio de las causas de incremento injustificad de los costos, asociado a un proceso de educación al personal de salud y a la sociedad orientado a mejorar los conocimientos en relación con todos estos aspectos. Los médicos, los pacientes y la sociedad en general deben entender la realidad que existe en la gestión de recursos, especialmente los límites racionales de la atención médica. Además, parte de esta estrategia debe estar orientada a cambiar la tradición que el médico tiene sobre la ética y la gestión de recursos económicos, según la cual, el costo de la atención médica no es parte de su responsabilidad. La ética de hoy exige eficiencia basada en un estricto control de costos, y en este

sentido, el médico y todo el personal de salud deben actuar como gestores de los recursos sanitarios. Ya no es posible hacer buena medicina sin una estricta consideración de los costos. Los médicos y los administradores de centros de salud deben entender la obligación moral que tienen de administrar los recursos sanitarios eficientemente. A la vez, la sociedad debe conocer los límites racionales que tienen sus derechos y exigencias, especialmente en lo concerniente a los límites reales de la medicina de hoy. En este sentido es necesario contrarrestar y aclarar las falsas expectativas creadas en cuanto a curación o alivio de muchas enfermedades que la medicina de hoy todavía no puede realizar. Expectativas que inducen a los enfermos y a sus familiares a solicitar tratamientos desproporcionados o fútiles. La solución no radica en limitar la tecnología. La solución a tan difícil problema debe iniciarse a partir del diseño de una gerencia eficiente que permita maximizar el uso de los beneficios tecnológicos,¹¹ con un adecuado equilibrio entre la demanda de servicios y los recursos disponibles. Y de esta manera, buscar una distribución más justa y equitativa del presupuesto sanitario.

Sin embargo, la realidad ha demostrado que aun cuando se controlen los factores relacionados con los costos de atención médica, resulta por lo general necesario recurrir a la limitación de prestaciones de salud; definida ésta como: “El establecimiento organizado, sistemático y deliberado, de límites al acceso a una asistencia necesaria de acuerdo con algún principio que no sea el del bien fundamental del paciente”.¹² Es decir dejar de prestar determinados métodos de diagnóstico o tratamiento basados en criterios que justifiquen esta limitación. Esta difícil situación constituye uno de los dilemas éticos de mayor vigencia y complejidad en la medicina actual.

La difícil situación planteada nos obliga a responder una serie de interrogantes: ¿todas las tecnologías médicas disponibles deben ser utilizadas en todos los pacientes? ¿Están siendo estas tecnologías utilizadas para salvar vidas de personas con un aceptable calidad de vida, de acuerdo a sus valores y proyecto de vida o, en ocasiones, son utilizadas para preservar la vida de pacientes con expectativas de supervivencia muy limitadas, o con severos compromisos en su calidad de vida, al punto, de condenarlos a vivir en una condición de vida para ellos inaceptable. ¿Qué criterios deben utilizarse? En las condiciones actuales, ¿es posible cumplir con lo establecido en la carta de derechos humanos en relación a lograr el “máximo estándar de atención médica? ¿Qué significa esto? ¿Cuáles son los límites de la medicina actual? ¿Cuáles son los fines de la medicina de hoy? ¿Qué debe considerarse justo, en términos de las aplicaciones de las tecnologías modernas? Ninguna de estas preguntas tiene una clara respuesta. Se requiere de un intenso

¹¹ Simón Lorda P. Formación de Gestores en Bioética. En Amor JR, Iñaki F, Ruiz J (Eds.). *Ética y Gestión Sanitaria*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2000: p.125-135.

¹² Pellegrino E. “El Médico como Gestor de Recursos: La Asistencia Sanitaria Desde la Ética y la Economía”. En *Fundación de Ciencias de la Salud. Limitación de Prestaciones Sanitarias*. Madrid: Doce Calles; 1997: p. 22-42.

programa de educación y de deliberación de estos problemas a nivel de toda la sociedad que permitan re definir los conceptos de salud, enfermedad, definir las verdaderas necesidades, a la vez que entender los límites de derecho a la atención médica, definir los criterios de racionamiento (rationing), así como los fines de la medicina actual.¹³

¹³ Gracia, D. Los fines de la medicina en el umbral del siglo XXI. En *Como arqueros en el blanco. Estudios de Bioética*. Madrid: Triacastela; p.79.

La discapacidad psíquica en las Teorías Liberales de la Justicia*

Ps. Rubén Nilo

Psicólogo, Universidad de Santiago de Chile.

Magíster en Estudios Filosóficos, Universidad Alberto Hurtado.

I. Introducción

La teoría de John Rawls sobre la justicia distributiva constituye uno de los desarrollos más relevantes de la filosofía política contemporánea, y sus reflexiones constituyen hoy un paradigma que continua iluminado a numerosos simpatizantes y detractores. Sin embargo, persisten ciertos problemas de justicia a los que este modelo teórico no puede dar una respuesta satisfactoria, entre los cuales el problema de quienes padecen discapacidades psíquicas destaca por presentar importantes dificultades teóricas al modelo y, sobretodo, por la urgencia que demanda la resolución de estas dificultades para la situación de justicia de un importante número de personas en el mundo entero. Las limitaciones de la teoría frente al problema de la discapacidad fueron intuitas por el propio Rawls, aunque sin embargo desestimadas como objeciones relevantes para el planteamiento de sus principios básicos de la justicia. Quedaron identificadas así como problemas de extensión de su teoría, y la determinación de su gravedad como una tarea pendiente que Rawls no alcanzó a acometer en vida, o que simplemente desestimó en aras de otras preocupaciones.

El estado actual de la reflexión sobre el problema de la discapacidad psíquica en nuestras sociedades nos obliga a pensar una nueva forma de la ciudadanía que incluya efectivamente a este grupo de personas, permitiendo el desarrollo de sus potencialidades y su participación activa en la sociedad. Se trata de un caso de discapacidad particularmente sensible a los problemas de la justicia y la ciudadanía democrática, ya que estas consideraciones han probado sobradamente tener un efecto positivo en la evolución no sólo de la discapacidad psíquica que puede presentar una persona, sino también en la deficiencia que ha dado origen a su condición de discapacidad y minusvalía. El importante peso que han mostrado tener las variables contextuales y el funcionamiento social de los individuos en el desarrollo y rehabilitación de las

* El presente resumen sintetiza las principales conclusiones de la tesis de magíster titulada "La Discapacidad Psíquica en las Teorías Liberales de la Justicia: un aproximación al problema desde las reflexiones de John Rawls y Martha Nussbaum" (UAH, 2010).

discapacidades psíquicas nos permite afirmar que el ejercicio real de su ciudadanía activa es en su caso particular algo no sólo justo, sino bueno.

Sin embargo, pensar una nueva forma de ciudadanía para quienes sufren discapacidades psíquicas no consiste en crear un subtipo de ciudadanía hecho a su medida. Ya que los derechos de ciudadanía son iguales para todos y cada uno de los ciudadanos, pensar una forma de ciudadanía que incluya a este grupo de personas implica someter a revisión la noción de ciudadanía subyacente en nuestras teorías y modelos sobre la justicia. Ese ha sido el deseo que ha guiado este trabajo, y para eso he procurado un acercamiento al problema desde las teorías liberales de Rawls y Nussbaum, ésta última concebida como una extensión de la teoría rawlsiana de la justicia a ciertas áreas problemáticas que incluyen por cierto el problema de la discapacidad. Por lo tanto, las reflexiones de John Rawls han sido el núcleo articulador de esta investigación, y han sido sus premisas las que he intentado someter a examen en su capacidad de hacer frente al problema de la discapacidad psíquica.

II. La “justicia como imparcialidad” de John Rawls

En términos generales, es posible sostener que la teoría de la justicia rawlsiana resulta ineficiente para pensar el problema de la discapacidad psíquica, y estas limitaciones provienen de ciertos rasgos estructurales de la teoría que no parecen susceptibles de reformulación al interior de la misma. En primer lugar, el enfoque contractualista utilizado impone severas limitaciones a la noción de ciudadanía haciéndola excluyente para los discapacitados psíquicos. La Posición Original se revela como discriminatoria para estas personas porque no las considera candidatos idóneos para participar de la elección de los principios políticos. Esto ocurre porque Rawls asume la premisa de que las partes del contrato social deben tener una igualdad aproximada de capacidades (tanto físicas como mentales) para garantizar que el intercambio realizado sea para el beneficio mutuo, definiendo así de una manera estrecha la finalidad de la cooperación social que excluye los sentimientos de benevolencia u otro tipo de intercambio que no implique el beneficio mutuo de las partes.

Este beneficio mutuo es también definido de manera estrecha en base a los ingresos y la riqueza, lo que resulta particularmente discriminatorio para los discapacitados psíquicos si consideramos la escasa inserción laboral y productiva que han tenido históricamente. El carácter discriminatorio de la situación contractual se ve acrecentado por la premisa de la racionalidad de las partes, signo evidente de la influencia kantiana en la teoría, pero que se revela como un ideal de ciudadanía arbitrario y excluyente para quienes padecen discapacidades psíquicas y pueden sufrir, al menos ocasionalmente, una disminución de su capacidad para tomar decisiones de manera autónoma. Si bien es preciso comprender que estas premisas y condiciones de la Posición Original persiguen el objetivo práctico de generar una teoría suficientemente abstracta

y general como para ser aceptada por todos los ciudadanos, la marginación tácita de los discapacitados psíquicos de esta situación originaria de la justicia implica una noción de ciudadanía que no los considera iguales desde el punto de vista moral. La gravedad de esta “falla” de la teoría radica en que ampara, en la práctica, las sistemáticas violaciones de derechos y libertades básicas que este grupo de personas ha debido soportar históricamente, así como su condición de ciudadanos de segunda categoría por causa de su escasa contribución al sistema económico.

En segundo lugar, hemos visto que los principios de justicia derivados de la posición original pueden constituir una buena guía para el problema de la discapacidad psíquica, enfatizando valores fundamentales como la libertad y la igualdad que constituyen también parte sustancial de las demandas de justicia de estas personas y sus familiares. El principio de la libertad, concretamente, asigna una prioridad absoluta a las acciones tendientes a salvaguardar y facilitar la autonomía de quienes padecen discapacidades psíquicas. Esto aparece coherente con una noción de la ciudadanía que los incluya de manera activa, facilitando su participación social y promoviendo las adecuaciones sociales y culturales necesarias para su plena incorporación. Para el caso de la legislación vigente en Chile estas consideraciones resultan particularmente importantes, ya que a pesar de contar con legislaciones actualizadas sobre discapacidad éstas no contemplan siquiera la noción de autonomía, estableciendo mecanismos de “*curaduría*” que no protegen adecuadamente los derechos y libertades básicas de estas personas porque visualizan la discapacidad psíquica como una condición de ausencia de autonomía y por tanto de incapacidad para el ejercicio de una ciudadanía activa. Valga recordar que estas omisiones en la legislación nacional nos ubican en la retaguardia de este problema, que ya ha sido asumido por varios países en sus legislaciones específicas de salud mental, la que en nuestro caso data del año 1987 y precisa de numerosas rectificaciones, incluso en la definición misma de la discapacidad.

A pesar del importante piso que los principios rawlsianos establecen para las consideraciones de la libertad y la autonomía de quienes padecen discapacidades psíquicas, la ordenación lexicográfica que Rawls les asigna resulta problemática para asegurar la igualdad de oportunidades de éstas personas. La equiparación de oportunidades requiere, en su caso, considerar la asistencia a su discapacidad como un asunto prioritario y anterior incluso a la protección de sus libertades, ya que éstas no pueden ser efectivamente disfrutadas por quienes se encuentran en esta situación de dependencia y desventaja extrema. La asistencia entendida de esta manera supera la noción tradicional que ve la discapacidad psíquica como un asunto biomédico, para enfatizar la equiparación de oportunidades y la participación social como elementos fundamentales del “tratamiento” de estas personas. En síntesis, el tratamiento adecuado de la discapacidad psíquica a partir de los principios rawlsianos requiere

modificaciones en su orden lexicográfico para concebir la asistencia a la discapacidad como una necesidad básica, lo que equivale a tratar la asistencia a la discapacidad psíquica como un bien social primario. Como ya hemos señalado, entender la asistencia de esta manera implicaría importantes reestructuraciones en la teoría rawlsiana, específicamente en su enfoque de los bienes primarios y en la primacía de los ingresos y la riqueza como indicadores del bienestar de los ciudadanos. Esta estimación lineal de la calidad de vida no resulta adecuada para evaluar el bienestar de quienes padecen discapacidades psíquicas (ni tampoco físicas), ya que no considera el hecho que más allá de los recursos económicos disponibles para su tratamiento, la calidad de vida de estas personas depende de manera importante de los cambios y adecuaciones sociales que se realicen para su incorporación efectiva como ciudadanos.

III. El enfoque de las capacidades de Martha Nussbaum

El Enfoque de las Capacidades propuesto por Martha Nussbaum a partir de los planteamientos de Amartya Sen ofrece una alternativa plausible para esta nueva forma de entender la ciudadanía y la asistencia de los discapacitados psíquicos, proponiendo sustituir la lista de bienes primarios de Rawls por una lista de capacidades humanas básicas. A la manera de una ética de mínimos de justicia y en estrecha cercanía con el enfoque de derechos humanos, la asistencia y ciudadanía de quienes padecen estas discapacidades aparece garantizada por una lista de capacidades que persigue garantizar un umbral mínimo para que la vida humana pueda ser vivida como tal. Esta concepción de la justicia aparece explícitamente inclusiva para quienes padecen discapacidades psíquicas y, aunque se presenta como una extensión de la teoría rawlsiana, pone en evidencia las serias limitaciones de ésta para el tratamiento de este problema. Nussbaum realiza un detallado análisis de la teoría rawlsiana, identificando los principales elementos que dificultan un tratamiento adecuado del problema de la discapacidad, los que han sido considerados en la aproximación que he realizado sobre el caso específico de la discapacidad psíquica. Respecto a la asistencia de la discapacidad, señala que no es posible conceptualizarla como un bien primario más en la lista rawlsiana ni tampoco como una capacidad más en su lista, ya que la asistencia no constituye un hecho unitario. Retomando las ideas de Amartya Sen, defiende la idea de que a la variabilidad de los recursos y necesidades de los ciudadanos corresponde un enfoque individualizado de la asistencia que se ajuste a cada persona. Entendida de esta manera, la asistencia es concebida como un fenómeno transversal a todas las capacidades humanas de su lista, y por tanto como una necesidad humana básica cuya satisfacción es tarea prioritaria de toda la sociedad.

A pesar de la enorme contribución de las reflexiones de Nussbaum para la situación de justicia de quienes padecen discapacidades de tipo psíquico, considero que su Enfoque de las Capacidades continúa siendo insuficiente para la tarea de pensar una nueva forma de la ciudadanía que incluya efectivamente a este grupo de personas. El enfoque de Nussbaum es

tremendamente certero en revelar los aspectos problemáticos que la teoría rawlsiana presenta para el tratamiento de la discapacidad, proponiendo un acercamiento orientado al resultado (en oposición al enfoque procedimental utilizado por Rawls) en donde lo justo y lo bueno convergen en una lista heterogénea de capacidades básicas que constituyen la vida humana. Sin embargo, no resulta clara la manera en que esta lista puede proporcionarnos una nueva forma de enfrentar los problemas de justicia relativos a la discapacidad psíquica. Como he anticipado, este problema nos obliga a pensar una forma de ciudadanía que incluya efectivamente a estas personas, y en este sentido la teoría rawlsiana se revela claramente insuficiente. Pero la lista de capacidades de Nussbaum, si bien propone un umbral mínimo de capacidades que operan también como criterios para la asistencia de la discapacidad psíquica (conceptualizada como un fenómeno transversal a éstas), no parece ofrecer una guía clara para las demandas históricas de participación social de los discapacitados psíquicos. Si bien es posible distinguir un acercamiento a través de lo que ella denomina la capacidad de “control sobre el propio entorno”, su descripción de esta capacidad parece poner el acento más bien en el ejercicio de derechos políticos (como el derecho a sufragio y las libertades de expresión y asociación) que en los aspectos relativos a la ciudadanía activa, vale decir, al ejercicio efectivo de sus capacidades de participación social y de influir sobre su entorno, en un enfoque cercano a lo planteado por Adela Cortina cuando señala que “ciudadano es el que es su propio señor junto a sus iguales en el seno de la comunidad. No sólo aquél al que la comunidad política se lo reconoce oficialmente, sino el que lo es efectivamente porque comparte la vida social, económica y política de la comunidad” (Cortina, 2002: 267).

Tal como he señalado, la discapacidad psíquica requiere considerar la asistencia y/o rehabilitación como un asunto de ciudadanía activa, ya que son este tipo de variables las que han mostrado tener un peso significativo en su evolución y pronóstico, más allá de los aspectos biomédicos y farmacológicos del tratamiento tradicional de la deficiencia psíquica. Si consideramos que la asistencia de la salud mental y los derechos de igual ciudadanía corresponden a lo que entendemos por “justo”, en el caso de la discapacidad psíquica se presentan también como contenidos de lo que tenemos por “bueno”, ya que poseen un poder curativo tan importante que pueden disminuir el daño o deficiencia que ha dado origen a la condición de discapacidad. Lo justo y lo bueno se articulan en el caso de la discapacidad psíquica en torno a la noción de ciudadanía, aunque bajo el convencimiento de que esta noción requiere ser reformulada para hacerla más inclusiva para quienes padecen discapacidades psíquicas y enfatizando su dimensión activa. En este sentido, si bien el enfoque de las capacidades provee enormes posibilidades para el desarrollo de una teoría de la justicia que trate a los discapacitados psíquicos como ciudadanos sin discriminarlos, considero que la lista de capacidades de Nussbaum no releva como es debido los elementos activos de la ciudadanía. Esto aparece

contradictorio con sus propias reflexiones, ya que resulta clara su preocupación porque la discapacidad sea vista no sólo como un problema de asistencia de salud, sino como un problema social ya que finalmente es responsabilidad de la sociedad completa el generar las adecuaciones y transformaciones necesarias para que este grupo de personas pueda llevar una vida efectivamente digna.

Un desarrollo muy iluminador del enfoque de las capacidades en este sentido lo constituye el trabajo de Martín Urquijo (2007), quien propone una lista tentativa de capacidades humanas básicas que incluye explícitamente los aspectos de la ciudadanía activa bajo su noción de “capacidad de agencia”, entendiendo por ésta “...la que se establece por los funcionamientos de un ciudadano al actuar y provocar cambios e impactar en el mundo, y cuyos logros pueden juzgarse en función de sus propios valores y objetivos” (*Ibid.*, p. 34). Coincido plenamente con Urquijo en que esta forma de concebir la ciudadanía permite llevar el análisis de un espacio formal a uno real, lo que resulta particularmente visible para el caso de quienes padecen discapacidades psíquicas y requieren, tal como hemos visto, teorías y prácticas de la justicia que los incorporen a la ciudadanía de una manera activa, y no sólo como sujetos de derecho.

IV. Conclusiones: discapacidad psíquica y ciudadanía activa

Las teorías de Rawls y Nussbaum persiguen ambas el objetivo de trascender los diversos contextos socioculturales, y su finalidad práctica es provocar la adhesión de los ciudadanos a ciertos principios básicos de la justicia. Si bien el enfoque de Nussbaum da un paso adelante en este acercamiento liberal al problema, proponiendo una lista tentativa de capacidades en donde lo justo y lo bueno caminan en la misma dirección, su propuesta resulta aún insuficiente para el caso de la discapacidad psíquica ya que no profundiza en un aspecto crucial de la ciudadanía de este grupo de personas: el sentido de pertenencia e identidad que anima la realización efectiva de sus libertades y derechos. Tal como lo ha señalado Adela Cortina (1997), la ciudadanía necesita ser pensada como una síntesis entre justicia y pertenencia, lo que hace necesaria una forma alternativa de acercamiento al problema de la justicia que ponga en estrecho diálogo a las tradiciones liberal y comunitaria.

Considero que el análisis realizado puede constituir un punto firme para establecer que las consideraciones de justicia de quienes padecen discapacidades psíquicas requieren que sus capacidades de ciudadanía activa o “agencia” sean consideradas en una lista tentativa de las capacidades humanas básicas. En este sentido, me inclino más por aceptar provisionalmente la lista de capacidades básicas propuesta por Urquijo (2007), quien visualiza la capacidad de “agencia” como una de sus cinco capacidades humanas básicas, junto a las capacidades “corporales”, “mentales”, “sociales” y de “singularidad”. En una lista de este tipo, por ejemplo, la situación de quienes padecen discapacidades psíquicas puede ser comprendida de una mejor

manera, ya que incorpora la agencia como una capacidad básica y distinta de las capacidades mentales y sociales de los individuos. Esto implica que la asistencia, como fenómeno transversal a las capacidades humanas básicas, debe ser considerada particularmente en lo relativo a la participación social de las personas con discapacidad psíquica. Incluir la capacidad de agencia como una dimensión más de la asistencia o rehabilitación de estas personas resulta plenamente coherente con lo que hemos señalado como característica fundamental de este tipo de discapacidad, a saber, el efecto terapéutico que tienen las capacidades de ciudadanía activa o agencia.

La legislación vigente en nuestro país sobre la discapacidad parece hacer eco de este debate en su declarada preocupación por la integración social de este grupo de personas, aunque no considera en su texto ningún artículo que garantice las capacidades relativas a la agencia y la ciudadanía activa para quienes padecen discapacidades de diverso tipo. A pesar de ser una “ley de integración social” su contenido apunta más bien a salvaguardar el respeto por los derechos humanos y la igualdad de oportunidades para estas personas, a través de políticas públicas que aseguren su derecho a la educación, la vivienda y el trabajo, fundamentalmente. Los aspectos relativos a la ciudadanía activa son parte importante de la “integración social” de cualquier discapacitado, y particularmente de quienes padecen deficiencias o trastornos de tipo psíquico, por lo que su omisión en la legislación más actualizada con que contamos sobre la discapacidad parece al menos preocupante para este grupo de ciudadanos. El énfasis de nuestra legislación en el aseguramiento de derechos y oportunidades para quienes padecen discapacidad parece alejarse del enfoque de las capacidades cuando ignora la relevancia de garantizar que los ciudadanos puedan efectivamente disfrutar de estas libertades. La incorporación de este enfoque en la legislación sobre la discapacidad permitiría orientar las preocupaciones a garantizar las capacidades de funcionamiento de las personas y no sólo a disponer los recursos y medios para dichos funcionamientos. Considerar seriamente la perspectiva de las capacidades implicaría, en el caso de los discapacitados psíquicos, incluir explícitamente en la legislación mecanismos que aseguren la protección, pero sobretodo el desarrollo de sus capacidades de agencia y ciudadanía activa, ya que han demostrado ser una parte esencial de sus necesidades de asistencia y de su calidad de vida.

Sin embargo, la realidad actual de quienes padecen discapacidad psíquica dista mucho de lo que podríamos intuitivamente considerar un umbral mínimo de realización. En nuestro país, la realidad de quienes padecen discapacidad psíquica continúa siendo más bien la de la estigmatización y marginación por causa de sus diferencias y sus necesidades particulares de asistencia. Las políticas y programas desarrollados por el estado los últimos veinte años han significado mejoras importantes en la calidad de la asistencia de salud mental, pero respecto a

los cambios sociales y las adecuaciones necesarias para asegurar su participación en la vida social ni las legislaciones ni las políticas públicas existentes parecen hacerse cargo. La situación de las organizaciones civiles de personas con discapacidad psíquica y sus familiares no son actualmente una responsabilidad asumida por el estado, sino iniciativas particulares y aisladas, con escaso nivel de organización y participación y, por tanto, de influencia en las decisiones políticas relativas a la discapacidad. Podemos afirmar, en consecuencia, que sus capacidades de agencia se encuentran severamente vulneradas, muy por debajo del umbral mínimo intuitivo, ya que las posibilidades de los discapacitados psíquicos de provocar cambios e impactar en su mundo deben incorporar estrategias colectivas de organización para influir realmente en su entorno y participar activamente en la resolución de sus problemas. Su nivel de marginación social es severo, ya que su discapacidad los ha excluido sistemáticamente del sistema educativo y laboral, así como de la posibilidad de establecer relaciones sociales y afectivas significativas, en la mayoría de los casos. El ejercicio de sus capacidades de agencia requiere de políticas públicas que aseguren aspectos como la inserción laboral y educativa, ya que en el caso de quienes padecen discapacidades psíquicas se encuentran vulneradas todas o la mayoría de sus capacidades básicas. Pero el desarrollo de su capacidad de agencia requiere, sobretodo, de iniciativas que fomenten sus capacidades autónomas de participación como ciudadanos y no sólo como “asistidos” o “pacientes”.

El foco aquí debería estar puesto en evitar las políticas asistencialistas y fomentar la autonomía y las capacidades de organización ciudadana de estas personas y sus familiares, ya que la ciudadanía activa no puede pensarse seriamente como una tarea del estado, sino que refiere más bien al protagonismo de la comunidad y los ciudadanos (Cortina, 2002: 122). Sin embargo, el empoderamiento de los discapacitados psíquicos respecto de sus capacidades de ciudadanía activa requiere el desarrollo de procesos que no pueden llevar adelante por su propia cuenta, precisamente a causa del alto nivel de dependencia y marginalidad en que han existido. No es posible soslayar la responsabilidad que le cabe al estado en este asunto, así como a toda la sociedad. Siendo las capacidades humanas básicas unos criterios mínimos de calidad de vida, el examen de la situación de los discapacitados psíquicos debe obligarnos a intervenir activamente para que estas se cumplan efectivamente, especialmente las relativas a su ciudadanía activa ya que además han mostrado ser un aspecto fundamental para la evolución favorable de su tratamiento y rehabilitación.

Finalmente, la necesidad actual de reformular y actualizar nuestras legislaciones relativas a la salud mental y la discapacidad requiere la implementación de un importante debate en nuestra sociedad, pero sobretodo precisa la incorporación de la perspectiva de los principales actores involucrados: los discapacitados psíquicos. La incorporación de las personas con discapacidad

psíquica y sus familiares en los cambios y avances legislativos es fundamental, no sólo por la valiosa experiencia y conocimiento que pueden aportar sobre este problema, sino porque su participación es necesaria como garantía de su condición de igual ciudadanía. Si hemos aceptado la premisa de que quienes padecen discapacidades psíquicas (y sus familiares) pueden y necesitan ejercer su ciudadanía de manera activa, entonces debemos hacernos cargo honestamente de que nadie mejor que ellos puede representar adecuadamente sus demandas e intereses. Además, si constatamos que son precisamente las capacidades de agencia y ciudadanía activa las que se encuentran ausentes en la legislación vigente, la participación de este grupo de personas y sus familiares, así como de las diversas organizaciones de la sociedad civil que se preocupan del problema de la discapacidad debería ser una prioridad, ya que son ellos los interlocutores mejor calificados para hablar del ejercicio efectivo de sus capacidades de ciudadanía y agencia. La inclusión de los discapacitados y la sociedad civil en la legislación sobre la discapacidad ha sido asumidas por primera como una prioridad en la historia de Naciones Unidas en el proceso de creación de la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad el año 2006, señalando por esto un verdadero hito en el tratamiento de los problemas de justicia de quienes padecen discapacidades. La reciente promulgación de esta Convención en nuestro país debiera comprometernos entonces en seguir este ejemplo, asumiendo la oportunidad de mejorar las condiciones de justicia de los discapacitados psíquicos y sus familiares de una manera realmente inclusiva.

Bibliografía

Cortina A. *Ciudadanos del Mundo. Hacia una Teoría de la Ciudadanía*. España: Alianza Editorial; 1997.

Cortina A. *Por una Ética del Consumo*. España: Taurus; 2002.

Nussbaum M. *Las Fronteras de la Justicia. Consideraciones Sobre la Exclusión*. España: Ediciones Paidós; 2007.

Organización Mundial de la Salud. *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. 2006, Disponible en Internet.

Rawls J. *Teoría de la Justicia*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica; 1995.

Rawls J. *Liberalismo Político*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica; 1995.

Rawls J. *El Derecho de Gentes*. España: Editorial Paidós; 2001.

Rawls J. *La Justicia Como Equidad: Una Reformulación*. España: Editorial Paidós; 2002.

República de Chile (1994). Ley 19.284: Establece Normas para la Plena Integración Social de las Personas con Discapacidad. Biblioteca del Congreso Nacional. Disponible en Internet (www.bcn.cl).

Sarraceno B. *La liberación de los pacientes psiquiátricos: De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Editorial Pax; 2003.

Sen A. *Nuevo Examen de la Desigualdad*. España: Alianza Editorial; 1995.

Urquijo M. *La Ciudadanía Reexaminada. Un análisis a la ciudadanía democrática desde el enfoque de las capacidades humanas*. Colombia: Universidad del Valle; 2007.

PAMIG, un modelo educativo en medicina

Carmen T. Landrón Nieves

Ma. Ed. LSW Universidad de Puerto Rico - Recinto de Ciencias Médicas. Puerto Rico

La función primordial de la medicina es mantener al ser humano en un estado de salud óptimo; por lo cual, el cuidado preventivo del paciente es primordial para mantener a la persona saludable y por ende disminuir los costos en el cuidado médico. Este modelo educativo contribuye a mejorar las inequidades en la prestación de los servicios de salud, al preparar un internista con las competencias profesionales para ofrecer cuidado preventivo al paciente y evitar futuras complicaciones en su condición de salud; y que la población tenga mayor accesibilidad a los servicios de salud, incluso en áreas rurales. Los **objetivos de esta presentación** son: (1) Presentar un modelo educativo de adiestramiento en medicina, que pueda ser utilizado en la implantación de otros programas. (2) Ofrecer un marco de referencia para el desarrollo de sistemas de salud en América Latina y el Caribe con énfasis en la salud integral del paciente y la prevención.

El Programa de Adiestramiento en Medicina Interna General (PAMIG), del Departamento de Medicina, Recinto de Ciencias Médicas (RCM), Universidad de Puerto Rico (UPR) fue una trayectoria adicional dentro del Departamento de Medicina del Recinto de Ciencias Médicas (1979-1992). Este programa fue subvencionado por una aportación del *Bureau of Health Professions, Health Resources Administration (HRA)*. La meta original era incrementar el desarrollo de médicos internistas en cuidado primario, en la Escuela de Medicina del RCM, estimular la educación de estudiantes de medicina en medicina primaria y mejorar el cuidado médico en por lo menos un área geográfica en Puerto Rico, privada de médicos internistas.

Dentro de la Región Metropolitana de Salud, los Centros de Salud (CDT) de los pueblos de Canóvanas (1980) y Trujillo Alto (1984) fueron seleccionados, por pertenecer y estar cerca del nuevo Hospital de Área de Carolina (HAC), nombrado posteriormente, Hospital Universitario Federico Trilla y el Centro Médico de Puerto Rico (CM), complejo de hospitales de cuidado médico terciario y supraterciario. Ramírez, Muñoz, Rodríguez, et al (1996) indican que esta organización pertenecía al modelo Regionalización de los Servicios de Salud, en el cual, el gobierno era el que financiaba los servicios de salud que se le ofrecían a la mayoría de la población. Este modelo establecía un sistema de referidos entre los tres niveles de servicios

(primario, secundario y terciario) y la mayor cantidad de los fondos eran asignados al cuidado primario en interés de prevenir la enfermedad y reducir la necesidad de cuidado hospitalario. Pérez (2007) señala que “Esta organización de nuestro sistema de salud fue reconocida a nivel mundial y exportada a muchos países”. (p.11)

El Programa tuvo un impacto favorable en la práctica de la medicina en estos centros de salud ambulatorios al contar con los servicios de internistas y una facultad interdisciplinaria. En ambos CDT, se ofrecía un servicio de emergencia las 24 horas y otros servicios como: facilidades de laboratorio y radiología, clínicas dentales, servicios de nutrición, educación en salud, planificación familiar, salud pública, pediatría, sala de emergencia, electrocardiografía y sistema de transportación para asistir a las clínicas especializadas del HUCM, para aquellos pacientes que necesitaban el servicio. Maldonado (2008) señala que “Los centros de salud integraban la medicina preventiva, medicina curativa y servicios de beneficencia en cada municipio, mejorando el cuidado de la salud a los niveles locales y regionales”. (p. 381)

El modelo educativo del PAMIG está enmarcado en la filosofía humanista, la cual enaltece la dignidad y el valor de la persona. Utilizando como base esta filosofía humanista de la medicina, se diseñó el currículo del Programa cuyo marco conceptual está basado en la educación biososocial, interdisciplinaria, transdisciplinaria, modelo ecológico de la salud, geriatría, investigación y seguimiento en continuidad al paciente (durante los tres años del adiestramiento en las clínicas ambulatoria de la comunidad y a los tres niveles de los servicios de salud).

¿Por qué considero el PAMIG un modelo educativo? Lo considero un modelo educativo dentro del campo de la medicina porque en la revisión de la literatura, encontré, que existen programas que dentro de su currículo que desarrollan uno o algunos de los conceptos antes mencionados; pero en el PAMIG, se desarrollaron todos estos conceptos dentro de un mismo programa. Algo característico del Programa era el concepto de seguimiento al paciente en continuidad; lo cual se lograba al atender los residentes un grupo de pacientes de una misma comunidad, por los tres años de su adiestramiento y a los tres niveles de los servicios de salud. Este adiestramiento era similar a una práctica privada. Otra de las características del currículo fue que se establecieron los objetivos a los tres niveles del adiestramiento: residente nivel 1 (R1), nivel 2 (R2) y nivel 3 (R3). En una misma actividad educativa estaban participando los residentes de los tres niveles educativos a la misma vez y el de cada nivel tenía diseñado un objetivo diferente, con un nivel de dificultad diferente.

Holme y Bowen (2005) indican que la mayoría del cuidado de la salud tanto para condiciones agudas como para condiciones crónicas son atendidas en el ambiente ambulatorio. Los autores

revisaron literatura de estudios (investigaciones) en *Medline, Psychlit and Eric data bases* desde el 2000 al 2004, de estudios que se enfocaron especialmente en currículo, enseñanza y evaluación de los residentes de medicina interna en el ambiente ambulatorio. Señala el artículo, que el adiestramiento en las residencias de medicina interna se efectúa mayormente en el ambiente hospitalario; y recomiendan hacer cambios en el adiestramiento de internistas para corregir esa falta de balance entre el adiestramiento en el ambiente ambulatorio y el adiestramiento en el ambiente hospitalario. El PAMIG además de ofrecer el adiestramiento a nivel de hospital, que es el adiestramiento tradicional en la medicina interna, incorporó el adiestramiento a nivel ambulatorio, permitiendo así establecer un balance entre ambos tipos de adiestramiento.

Los residentes del Programa recibían un 25% de su adiestramiento en las clínicas ambulatorias de la comunidad. Esto correspondía a un día semanal en los tres años de la residencia y cumplían además con todos los requisitos del programa tradicional, el cual se desarrollaba en el HUCM y HAC. Otras experiencias ambulatorias (no incluidas en el 25% dedicado a las clínicas ambulatorias), consistían en rotaciones en servicios de emergencias, clínicas en agudo de medicina y clínicas de consulta en casos pre-operatorios, todas en el HUCM y el HAC. Es importante señalar que el residente del Programa cumplía con todos los requisitos del PAMIG, además de los requisitos del Departamento de Medicina de la Escuela de Medicina de la UPR (programa tradicional).

En las clínicas ambulatorias y en las reuniones que sostenía la Facultad Interdisciplinaria del Programa, con todos los residentes, una vez a la semana, se desarrollaban las actividades educativas de educación formal. Estas consistían de talleres, conferencias, discusiones de caso, presentaciones de tópicos en medicina, de temas tales como: bioética, aspectos legales relacionados a la medicina, administración de la práctica privada, seminarios sobre métodos de investigación, salud ambiental, trabajo en equipo, costo efectividad, prevención de accidentes y otros temas relacionados con la práctica de la medicina interna. Muchas de estas actividades se coordinaban con la Facultad de otras escuelas del Recinto de Ciencias Médicas y recursos de la comunidad. Por medio de estas actividades se desarrollaban los conceptos principales que componían el currículo del Programa, los cuales describimos a continuación.

El modelo biosicosocial de la salud estaba basado en la interacción entre la mente, cuerpo, factores sociales y espíritu; y cómo éstos afectan la salud del ser humano. En este modelo la relación médico paciente es primordial en la atención del paciente. Sabemos por la comunicación que mantenemos con pacientes, familiares y por experiencia propia que cuando se mantiene una buena comunicación entre el médico y el paciente y éste último considera que

él como persona es importante para ése médico, la recuperación y sanación del paciente es más efectiva. La relación médico paciente es una de las áreas que más se profundiza en el currículo de PAMIG.

Una de las estrategias educativas para fortalecer la relación médico - paciente era el desarrollo de las destrezas en la técnica de entrevista. En esta actividad se utilizaba la Guía para la Presentación de la Entrevista y para la evaluación el formato Evaluación de la Entrevista. Además, a través de los temas que se discutían en las actividades de educación formal y en consultoría con la facultad biosicosocial se fortalecen los conocimientos y actitudes hacia la comprensión del ser humano de manera integral, en los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales de manera que se pueda establecer una relación positiva entre el médico y el paciente.

En el Adiestramiento Inicial que tomaban los residentes en las dos primeras semanas de comenzar el adiestramiento en PAMIG se hacía un taller sobre Trabajo en Equipo en el cual tanto la Facultad, como los residentes, participaban de la administración de un instrumento de evaluación llamado el Sistema de Perfil Personal. Éste, al ser administrado por la propia persona conocía a través del mismo, sus fortalezas y rasgos de personalidad que le permitían conocerse a sí mismo y cómo podía laborar más eficientemente dentro del equipo de la salud y en su relación médico- paciente. Esta actividad y otras donde se reafirma el auto-conocimiento, la relación médico paciente, el desarrollo de actitudes y respeto por la dignidad del ser humano, el ser compasivo y desarrollar empatía hacia las necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales de su pacientes eran algunos de las conceptos del modelo biosicosocial que el currículo del PAMIG pretendía desarrollar en los futuros internistas.

La educación interdisciplinaria la ofrecía una facultad compuesta por médicos internistas, psiquiatra, trabajadora social, educadora en salud, enfermera y asistente de comunidad. Esta facultad participaba de todas las actividades educativas en las clínicas ambulatorias de la comunidad y semanalmente con todos los residentes del Programa. Este enfoque interdisciplinario, permitía a los residentes tener un conocimiento integral de la salud de sus pacientes.

Un ejemplo de actividades en las cuales participaba la facultad interdisciplinaria eran las discusiones de caso. Cada residente hacía una presentación mensual a la facultad interdisciplinaria. Se seleccionaba el caso de un paciente que padeciera de una condición que tuviera los componentes orgánicos y sicosociales. El residente presentaba el caso, siguiendo el formato **Guía para la presentación de caso** y luego la facultad interdisciplinaria evaluaba la

presentación con el formato **Evaluación de la presentación de caso**. Estas presentaciones contrastaban con el tipo de presentaciones de caso que se hacían en las rotaciones en el hospital, en las cuales se enfatizaba los aspectos físicos de la enfermedad que padecía el paciente.

Otro de los conceptos desarrollados en el Programa es el **Modelo ecológico de la salud**. Los pacientes que venían a las clínicas de PAMIG provenían de los sectores que habían sido previamente identificados en los pueblos donde se ofrecían los servicios. A cada residente se le asignaba los pacientes de una comunidad específica, de manera que durante el tiempo que duraba su adiestramiento se beneficiara de atender a sus pacientes en continuidad; y conocer además, el área en particular donde ellos vivían. Esto les permitía comprender cómo el ambiente en que vive el paciente influye en el proceso de su enfermedad o estado de salud, lo cual constituye una de las bases de este modelo.

El concepto de **seguimiento a los pacientes en continuidad**, se desarrolló de una forma particular en este Programa, del cual no encontré similitud en ninguno de los Programas de la literatura revisada. Cada residente atendía un día a la semana los pacientes de una determinada comunidad durante los tres años de su adiestramiento, lo que le permitía darle seguimiento en continuidad al paciente, conocer sus familiares y los problemas de la comunidad en la cual residían, que pudieran afectar la salud de sus pacientes. Además, podía ofrecer seguimiento en continuidad a sus pacientes cuando éstos eran hospitalizados, pues hacían rotaciones en el HAC y en el HUCM. Si el residente no estaba haciendo la rotación en el hospital en el momento de la hospitalización del paciente, éste se mantenía en comunicación con el residente del Programa que estuviera haciendo la rotación en ese hospital y de esta manera se mantenía informado sobre la condición del paciente. Una vez dado de alta del hospital, el paciente regresaba bajo su atención en las clínicas ambulatorias.

A las experiencias educativas transdisciplinarias se le dio el nombre de *Special Interdisciplinary Clinical Experiences*, (Experiencias Clínicas Especiales Interdisciplinarias), empero en la actualidad lo consideraríamos unas experiencias educativas transdisciplinarias, porque son actividades en las cuales el residente participa de unas experiencias no tradicionales del campo de la medicina interna y desarrolla un conocimiento, actitudes y destrezas propias de otras disciplinas de la medicina tales como: dermatología, medicina deportiva, medicina ocupacional, adolescentes embarazadas, alcoholismo, enfermedades sexualmente transmisibles y radiología.

Las clínicas de geriatría se crearon las para el año 1985 y se llevaban a cabo en los CDT y algunas en el Hospital de Área de Carolina. Por lo menos una vez al mes, cada residente atendía una clínica especial de pacientes geriátricos, también en continuidad. En la misma se programaban de tres a cuatro casos especiales de pacientes geriátricos para ser vistos junto al

psiquiatra y al trabajador social especialista en Geriátría. Estos casos habían sido identificados durante la estadía en el Departamento de Medicina del HAC. Los pacientes debían tener 60 años o más y ser pacientes que vivieran en los pueblos de Canóvanas o Trujillo Alto, de manera que los residentes pudieran darle seguimiento en continuidad en las Clínicas de PAMIG.

Ellos usaban la **Guía base de datos de geriatría** y los pacientes seleccionados iban a ser entrevistados por una trabajadora social geriátrica, luego entrevistados y examinados por un internista con especialidad en geriatría. Los pacientes seleccionados eran referidos a las clínicas.

Los residentes de tercer año durante su último año de adiestramiento tenían que preparar un **proyecto de investigación**. Un miembro de la facultad interesada en el tema del estudio seleccionado por el residente, era asignado para que fuera su mentor. Se hacían arreglos con miembros de la Facultad del Departamento de Epidemiología y Bioestadísticas de la Escuela de Salud Pública, RCM, UPR, para asesorar a los residentes en sus investigaciones. Tópicos como: la prevalencia de alcoholismo en los pacientes atendidos en las clínicas, el somatizar y la depresión mayor en la clientela de las clínicas, fueron temas utilizados en algunas de las investigaciones. Se utilizaba el instrumento **Evaluación del proyecto de investigación** para evaluar el proyecto. Algunos de los proyectos de los residentes fueron aceptados para ser presentados en los programas científicos de la reunión regional del Colegio Americano de Médicos Cirujanos, Capítulo de Puerto Rico.

El Programa estuvo activo hasta junio de 1993. Ese mismo año, el gobierno implantó en Puerto Rico el Plan de la Reforma de Salud; y varios de los servicios de salud que antes eran costeados por el gobierno fueron privatizados. Se vendieron varios centros de salud y hospitales a compañías privadas para que éstas los administraran, trayendo como consecuencia el que se perdieran varios centros de práctica. El gobierno sub-contrató a compañías privadas que son las que administran el Plan de la Reforma de Salud. Nos informa Maldonado (2008); “Una de las misiones del nuevo programa de la Reforma, era el vender los hospitales y centros de diagnóstico y tratamiento a organizaciones privadas. No obstante, la Escuela de Medicina de la UPR, hizo grandes esfuerzos por mantener el HAC como un centro de práctica para diferentes programas de la salud”. (p. 312).

La venta de los CDTs y hospitales públicos trajo como consecuencia que muchos de los programas de adiestramiento en el campo de la salud, perdieran el escenario clínico para la práctica de sus estudiantes y residentes. Pérez (2007) indica que “Una de las consecuencias negativas de la Reforma de Salud de 1993 ha sido la reducción de programas de adiestramiento

para especialistas. Luego de trece años de implantarse la Reforma el número de posiciones se ha reducido de de 935 a 739 constituyendo una reducción de un 21%". (p.177).

Aunque el programa no se mantiene activo por motivo de los cambios administrativos y el nuevo enfoque en la prestación de los servicios de la salud que hiciera el gobierno de Puerto Rico, las competencias desarrolladas por los egresados del Programa son de impacto en la educación de futuros internistas en Puerto Rico. Egresados del Programa ocupan puestos de liderazgo en la academia y la comunidad, en especial en el RCM. Los directores del Programa de Medicina Interna, Residencia de Geriátrica, Departamento de Geriátrica, Directora Médica del Hospital Universitario y facultativos del Departamento de Medicina son egresados del PAMIG.

Exhorto a directivos y facultad de otras escuelas de medicina y personas responsables por el desarrollo de los programas de salud de sus respectivos países que utilicen este modelo educativo en medicina para que pueda ser utilizado como marco de referencia en la implantación y desarrollo de servicios de salud con un enfoque humanístico, centrado en el paciente, y enfocado en la prevención. Este modelo contribuiría a preparar un profesional con las competencias necesarias para atender la crisis actual que sufre Latinoamérica y el Caribe y que la inequidad al acceso de los servicios de salud sea superada y podamos lograr la meta de la Organización Mundial de la Salud, la cual definió la salud como un estado de bienestar físico, mental y social.

Bibliografía

Bayer R. *Public Health Ethics: Theory, Policy, and Practice*. Oxford: Oxford University Press; 2007. DOI: 10.1093/ije/dym113.

Blount A. Integrated Primary Care: Organizing the Evidence. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family Health Care* 2003, 21(2), 121-133. Recuperado de http://www.sbm.org/policy/ipc_policy.pdf.

García Fabela J.L. *¿Qué es el paradigma humanista en la educación?* Recuperado de <http://www.rmm.cl/usuarios/jvill1/File/documento2.pdf>.

Holme, Bowen. Changing Habits of Practice. Transforming Internal Medicine Residency Education in Ambulatory Settings. *Journal of General Internal Medicine* 2005, DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.0248.x

Maldonado NI. *On Health in Puerto Rico*. Puerto Rico: La Editorial Universidad de Puerto Rico; 2008.

Ozar D, Berg J, Werhane PH, Emanuel L. *Organizational Ethics in Healthcare: Toward a Model for Ethical Decision-making by Provider Organizations*. Chicago: American Medical Association; 2000. Recuperado de <http://dms.dartmouth.edu/cfm/resources/ethics/chapter-09.pdf>.

Pérez I. *La salud no tiene precio*. Hato Rey, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas; 2007.

Ramírez R, Muñoz C, Rodríguez W, et al. *Coordinating Health Care Reform with the US Territories and Possessions: The Case of Puerto Rico*. Río Piedras, Puerto Rico: Instituto de Administración y Política de Salud de Puerto Rico; 1996.

Santos y Vargas L. *Hacia una bioética hostosiana: Bioética crítica*. San Juan, Puerto Rico: Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico; 2006.

Schiappacase FE. *Humanismo y medicina*. Recuperado <http://www2.udec.cl/~ofem/dctos/dcto1.htm>

Showstack J, Anderson Rothman A, Hassmiller SB. *The Future of Primary Care*. California: Jossey-Bass; 2004.

Cultura institucional y equidad de género

Esperanza Díaz-Guerrero Galván

Sulima García Falconi*

Profesoras-investigadoras de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales,
Universidad Autónoma de Querétaro, Santiago de Querétaro, Querétaro, México.

Aunque se reformen radicalmente las estructuras y los sistemas, si no se cambia la cultura institucional, los otros cambios serán inevitablemente superficiales, cosméticos y, finalmente, no tendrán efecto alguno.

Mandy Macdonald, 2000.

Introducción

El objetivo de la presente comunicación es analizar la cultura de género y sus implicaciones en los procesos organizacionales del sector salud, como una vertiente que da cuenta de las inequidades existentes entre mujeres y hombres. La información que se recoge expresa la percepción de sus actores, lo que se piensa y sobre lo que se actúa. Refleja tensiones y rupturas propias de los cambios sociosanitarios que vive México y sus instituciones públicas con la introducción de la perspectiva de género y su transversalidad. En este sentido, se aborda la asociación entre la administración pública del sector de salud y la cultura de género; la cual permite analizar la importancia de los nuevos patrones culturales que se configuran, se apropian y se operan en el contexto institucional. En este texto sólo se presenta la perspectiva de trabajadoras y trabajadores de esta institución, basada en el desempeño laboral y género.

La estructura del documento contiene tres apartados: el primero, *Sociedad, Cultura y Organización*, plantea los vínculos entre éstos campos y cómo en sus intersticios se identifican las inequidades sociales, económicas, políticas y culturales, de aquí la pertinencia del estudio. El segundo, *La Cultura de Género en la gestión del sector salud*, analiza los resultados del Diagnóstico sobre cultura institucional con perspectiva de género en la Jurisdicción Sanitaria

* Contacto: diazgrro@uaq.mx; sulima_59@yahoo.com

No.1 del estado de Querétaro, México. Se integra por una parte por la valoración de los funcionarios sobre los componentes institucionales: estrategias, estructura, sistemas y cultura que permiten explicar el proceso en curso y futuro que, orientado por la perspectiva de género y su transversalidad, busca cambiar los códigos culturales de la organización. Por el otro lado, la valoración del personal sobre la estructura y la dinámica de trabajo a partir de los factores que inciden en la institucionalización de la cultura de género. *A manera de conclusión*, se presenta la dinámica cultural de la organización y las tendencias identificadas.

I. Sociedad, cultura y organización

América Latina, en particular México, son sociedades con marcadas desigualdades, pluriclasistas y multiculturales. Diversos trabajos sociológicos muestran que la cultura de una institución depende de su entorno económico, social y cultural (Michael Crozier, 1963; Iribarne, 1989). En efecto, uno de los componentes base de toda organización es la “cultura” definida como un sistema de opiniones, valores y normas que comparten los integrantes de la institución, la cual se refleja en la formación de un imaginario colectivo orientador de sus prácticas y de las relaciones de género. El estudio trata de identificar dicho componente constitutivo de la institución, la cultura; con el fin de mejorar los procesos organizacionales y cerrar la brechas entre el discurso y las prácticas de los actores sociales sobre la cuestión de género. Si bien género es una construcción social, connota las relaciones entre los sexos; desde la perspectiva de género se encuentra un nuevo enfoque de análisis que descubre la equidad de estas relaciones y las promueve como base de los nuevos códigos culturales.

La cultura de género tiene determinantes y consecuencias que se expresan en diversos procesos de la estructura de personal y en la propia gestión institucional (García, F.S., 2009: 123; García, F.S., 2008: 319). De aquí que la transversalidad de la perspectiva de género, considerada como estrategia, se impulsa en las políticas, programas y acciones de la organización (Ochoa M.L., *et al.*, 2009: 189). Las políticas institucionales como directrices de los procesos de trabajo se introducen y provocan cambios en la cultura al conjugarse en la dinámica que se establece por dichas relaciones entre los sujetos y el contexto sociohistórico y territorial.

II. La cultura de género en la gestión del sector salud

En los últimos años, las instituciones públicas del sector salud avanzan en la incorporación de la Perspectiva de Equidad de Género y su transversalidad mediante diversos lineamientos y acciones. Este apartado presenta una serie de aproximaciones que permiten identificar aquellos elementos integrales de los factores de la cultura institucional a partir de la valoración actual de sus actores, el de las y los trabajadores, en materia de género.

Con base en el planteamiento de Cultura institucional y equidad de género en la administración pública (Corona, et. al., 2002) del Instituto Nacional de las Mujeres en México, se diseñó el presente estudio.¹ En esta línea, se buscó recuperar aquellos componentes constitutivos de la organización: estrategias, estructura, sistemas y cultura. Asimismo se consideraron los factores de clima de trabajo, promoción laboral, prestaciones; así como los referentes a la capacitación y formación profesional; conciliación vida laboral, familiar y personal; finalmente, el factor de hostigamiento y acoso sexual. El análisis que aquí se expone se centra en aquellos puntos que advierten la inequidad de género en el ámbito de las instituciones de salud pública.²

Problemas en el desempeño laboral

Se advierten dos problemáticas centrales en el desempeño de los trabajadores que es importante resaltar para este estudio, nos referimos al clima laboral y a la estructura organizacional. Su importancia radica en la medida en que la cultura de género se ve implicada por las tensiones entre compañeras-compañeros, entre trabajadoras y trabajadores con la autoridad inmediata, entre trabajadoras y trabajadores con los pacientes; en otros términos, las relaciones sociales de trabajo permean las prácticas de la cultura.

Actualización y capacitación de personal

Uno de los mayores retos que enfrentan las instituciones para ser competitivas en la sociedad contemporánea, es la permanente recualificación de su personal. La capacitación en materia de género es escasa en la institución; solamente el 31% de las y los trabajadores aceptó haber recibido cursos sobre la temática, y el 42% señaló que no. Esto constituye una desventaja para la organización y una desigualdad de oportunidades. Resulta aún más significativo el hecho de que 41% de mujeres y 42% de hombres no hayan recibido cursos sobre género. Se observa que no existen avances en el interés de mujeres y hombres por igual por obtener preparación en estas temáticas, cuestión que se refleja en la focalización de la prestación de servicios en programas sobre mujer y sexualidad que lleva a cabo la institución. En cuanto a la utilidad que le otorga a los cursos, 22% de las y los trabajadores de las instituciones de salud considera que “mejoran la atención al ciudadano”; otro 22% señala que los cursos “mejoran su desempeño laboral”, a su vez, 21% asegura que les “benefició en su vida personal”. Esto significa que existe una relación estrecha entre desempeño laboral y vida privada, lo cual es un indicativo importante de la

¹ A partir de dicho marco teórico-metodológico se realizó un estudio transversal entre el personal de salud en los 54 Centros de la Jurisdicción Sanitaria número 1 del estado de Querétaro, que comprende a los municipios de Querétaro, Corregidora, El Marqués y Huimilpan, durante los meses de julio y agosto de 2009.

² El estudio comprende solo una muestra aleatoria de la plantilla de personal, por lo cual expresa la valoración de 444 trabajadoras y trabajadores en las que participaron 302 mujeres (68%) y 142 (32%) hombres. Sin embargo, es importante subrayar el alto porcentaje y valoración que hacen las mujeres. Las áreas de trabajo de los participantes corresponden a enfermería, medicina, odontología, psicología, trabajo social; así como a programas de salud reproductiva, promoción social, supervisión, enseñanza, unidad móvil, VIH, fomento a la salud; otros espacios laborales que se reportaron fueron la farmacia y el laboratorio. Además de las áreas administrativas como son dirección, sistema de calidad, estadística, intendencia, recepción, entre otros.

identidad de la organización y de la cultura de género. Asimismo, a la pregunta sobre en qué área de su vida beneficia la perspectiva de género a las y los trabajadores, los hombres respondieron que los ayuda en su desempeño laboral, en contrapartida, las mujeres enfatizaron que en su vida privada.

Conocimiento sobre género y violencia de género

Es interesante encontrar que para las y los trabajadores, dentro de las diversas opciones que se consideraron, entiendan por género una “construcción sociocultural que determina condiciones desiguales entre hombres y mujeres”, como lo manifestaron el 80% de los encuestados. Esto se traduce en el 81% de las mujeres y el 82% de los hombres. Esta concepción advierte la internalización o percepción que tienen los actores y que implica un avance hacia la nueva cultura institucional con perspectiva de género.

En cuanto a la violencia de género, los datos expresan que son los hombres (77%) los que dicen conocer más al respecto. Desgraciadamente, esto demuestra que es más alto el porcentaje de mujeres que desconocen el tema (71% de ellas conocen el tema y el resto, reconoce no saber). Consideramos que esto plantea un nuevo escenario, en la medida del avance que tiene la perspectiva de género en la institución con respecto a los hombres. Por otra parte, en cuanto al entendimiento que detentan sobre la violencia de género a partir de las respuestas de las y los entrevistados: en primer lugar, se infiere que la identificaron en la relación entre mujer y hombre, en menor escala entre el mismo género. En segundo lugar, identificaron que los aspectos de desigualdad, discriminación, agresión, segregación, imposición, humillación, abuso, marcas, preferencias, maltrato, dejar la responsabilidad sólo a uno(a) son, entre otros, las consecuencias de la violencia. En tercer término, el tipo de violencia para las y los trabajadores fue, en el siguiente orden, de naturaleza psicológica, verbal, física, social, cultural, sexual, laboral, económica. Es importante señalar que se reconoce que la violencia se ejerce en mayor medida hacia la mujer. Otro rasgo característico sobre la concepción de la violencia de género, es la cuestión de valorarse en el terreno de lo privado; pocos lo manifestaron como un problema de salud pública y escasas fueron las referencias hechas sobre el ámbito laboral.

Violencia de género en el desempeño laboral

Otro aspecto analizado fue la percepción del impacto que la violencia de género tiene sobre su desempeño laboral. El 62% de las y los entrevistados señalaron que la violencia de género se manifiesta en su desempeño laboral. La principal forma de violencia se expresa en la falta de respeto; seguida por los “gritos”, las “humillaciones” y las “amenazas”. En general, la violencia de género fue percibida como violencia simbólica. Todo indica que ambos sexos comparten la percepción en cuanto a faltas de respeto y gritos; sin embargo, la diferencia entre géneros se

aprecia en que los hombres manifestaron haber sido objeto de más actos de violencia; en particular, ellos destacan las “humillaciones”; en tanto que las mujeres dijeron recibir más “amenazas”. Consideramos que, si bien la violencia todavía se prefiere mantener en el campo de lo privado y no como un problema de salud pública -según diversos estudios al respecto-, su expresión en el trabajo adquiere una complejidad mayor. Sin lugar a dudas, es fundamental que la institución continúe fortaleciendo sus acciones en materia de denuncia y en la mejora del clima laboral.

Los principales actores que fueron reconocidos como los agresores son los siguientes: compañero(a) de trabajo (36%), jefe(a) inmediato (28%), jefe(a) de otra área (28%), y otros (17%). Las diferencias son marcadas entre género: 40% de las mujeres declaró que la agresión la sufrió de sus compañeros y compañeras de trabajo; mientras que 33% de los hombres manifestó que el jefe(a) inmediato.

La denuncia ante actos de violencia fue realizada por 23% de los encuestados. Esto denota que ante actos de violencia 64% del total no reporta, del cual 68% son hombres y 63% son mujeres. Los hombres no denuncian pues al ser el principal actor de la agresión su jefe inmediato, temen ser despedidos. En el caso de las mujeres, al reconocer como principal agresor a sus propios compañeros y compañeras temen un incremento en la falta de respeto, gritos y humillaciones. Aquellos que denunciaron lo hicieron en la institución misma con autoridades superiores y otros ante el Sindicato de trabajadores.

Discriminación en el área de trabajo

Respecto a la discriminación en el área de trabajo, 74% del total señaló no conocer persona alguna que sea discriminado. Sin embargo, una cuarta parte de los encuestados afirmó conocer algún trabajador que sufre de discriminación, cuyas causas son: 5%, por ser mujer; 5%, por preferencia sexual; 4%, por apariencia; 3%, por condición económica o social; 3%, por edad; 2%, por discapacidad; 2%, por otras causas; 1%, por condición de salud; menos del 1%, por ser hombre y por religión. Por género, estos resultados arrojan que las causas que se atribuyen a la discriminación que sufre otra persona en el área de trabajo, son las siguientes: Las mujeres lo asignan a motivos tales como el ser mujer, a la preferencia sexual, discapacidad, condición de salud, edad y religión; estas dos últimas razones sólo las percibieron ellas. Los hombres aceptaron que la discriminación se da más por la apariencia, condición económica, otras causas y por ser hombre. En síntesis, las mujeres relacionan la discriminación por condición de género, en tanto que los hombres la vinculan con el estatus de las personas.

A manera de conclusión

Ha habido una preocupación institucional por revertir la ausencia de capacitación en materia de género, lo que explica la participación del personal de salud y la de sus funcionarios en turno, así como su interrelación con otras instituciones expertas en el tema. Sin embargo, las medidas para promover la perspectiva género por la organización se encuentran, principalmente, encaminadas a la capacitación para aquel personal o funcionario que atiende programas focalizados en género. Es escasa, entonces, la integración de la perspectiva de género y su transversalización en la mayor parte de las áreas y programas. Se requiere centrar los esfuerzos de tal manera que impacte en las estrategias, estructura, sistemas y cultura de la institución.

De lo contrario persistirán diversos nodos de tensión en las relaciones sociales, en el clima laboral, que se expresan de forma diferencial entre géneros. Para las mujeres se trata de tensiones entre sus compañeras y compañeros de trabajo; además, en aquellas que desempeñan un cargo intermedio o alto la tensión se manifiesta con los hombres que ocupan el mismo escalafón. Por su parte, en los hombres la dificultad es con la autoridad inmediata superior, tratándose de cualquier nivel que ocupen en la estructura laboral y de cualquier género. Lo anterior da cuenta de la permanencia de códigos culturales de la sociedad que reflejan la rivalidad y competencia entre géneros. De aquí la importancia de emprender mecanismos desde la perspectiva de género que coadyuven a mejorar el clima laboral. La percepción que tienen los trabajadores sobre prácticas discriminatorias es ínfima, sin embargo, no dejó de reportarse entre las causas “por ser mujer”, lo cual alertan trabajadoras y trabajadores.

En esta línea, el estudio dio cuenta de que a partir de la perspectiva de género y su transversalidad se conforman nuevos patrones culturales en la organización del sector salud; se avizora que el proceso está en curso, por lo que aún se mantienen formas híbridas que tensan y generan rupturas en las prácticas de los actores sociales. Se observa que las trabajadoras y los trabajadores del sector salud pueden manejar un discurso políticamente correcto respecto al género pero que, en realidad, es más fuerte la cultura de la impunidad que opera en todas las instituciones mexicanas, a la hora de ser objeto de discriminación y acoso.

Bibliografía

Corona et. al. *Cultura institucional y equidad de género en la administración pública*. México: Instituto Nacional de las Mujeres; 2002.

Crozier M. *Le phénomène bureaucratique*. París: Le Seuil; 1963.

Díaz Guerrero Galván E. et. al. *Diagnóstico. Cultura institucional con perspectiva de género en la Jurisdicción Sanitaria No.1 del Estado de Querétaro*. México: Instituto Queretano de la Mujer; 2009.

García Falconi S. Resguardo y empleo entre las titulares del Programa Oportunidades en Santiago Mexquititlán. En Palacios Sierra P. *Una visión polisémica de la mujer en Querétaro*. México: Plaza y Valdés; 2009: p. 123-171.

García Falconi S. Progres-Oportunidades ¿programa familiarista? Diez años en Santiago Mexquititlán. En Juárez Bolaños D, López Estrada RE. *Combate a la pobreza en México: balance y perspectivas del Programa Oportunidades*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2008: p. 319-345.

Iribarne PD. La logique de l'honneur. Gestion des entreprises et traditions nationales. París: Le Seuil; 1989.

Ochoa Maceira L. et. al. *Elementos para el análisis de los procesos de institucionalización de la perspectiva de género: una guía*. Género, Cultura y Sociedad. Serie de Investigaciones del PIEM: 5. México, El Colegio de México, Programa Interdisciplinarios de Estudios de la Mujer; 2009: p. 189.

Olaiz G, Del Río A, et. al. Violencia contra las mujeres. Un reto para la salud pública en México. *Informe ejecutivo de la encuesta nacional de violencia contra las mujeres*. México: Instituto Nacional de Salud Pública de México y Secretaría de Salud; 2004: ISBN 968-6502-80-7.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Tendencias mundiales del empleo de las mujeres*. Ginebra: International Labour Office; 2009. ISBN 978-92-2-322122-5 (print); ISBN 978-92-2-322123-2 (web pdf).

Organización Internacional del Trabajo (OIT). Manual para facilitadores de auditorías de género: metodología para las auditorías participativas de género de la OIT. Ginebra: OIT; 2008. ISBN 978-92-2-319825-1 (print); 978-92-2-319826-8 (pdf).

2

Ética y reformas de la salud en Latinoamérica y el Caribe

Salud en Chile. Avanzando a la consagración de políticas públicas con enfoque en Derechos Sociales

René Fernández Montt*

Ingeniero Comercial y Magíster© en Economía Financiera, USACH.

Miembro del Staff académico del Informe de Coyuntura Financiera y del Directorio de Expertos del Departamento de Gestión y Políticas Públicas de la misma Universidad. Miembro de Mensa Internacional

Introducción: Evolución de la salud en Chile con anterioridad al AUGE

En Chile, la acción del Estado ha permitido el mejoramiento de los principales indicadores de salud, los que hoy en día ocupan un lugar destacado dentro de Latino América. Es importante mencionar que Chile fue la primera nación latinoamericana que incluyó el derecho a la salud en su Constitución en 1925, aunque con referencia limitada a la salud pública.

Hace unos sesenta años, la creación del SNS¹ fue un paso importante, pues implicaba la ampliación del acceso a los beneficios sanitarios y el establecimiento de estructuras que definían la responsabilidad del Estado en la salud.

El sistema de salud chileno, creado en la década de los 80, es un sistema mixto, público-privado. El subsistema público tiene 11,5 millones de beneficiarios, mientras que el subsistema privado posee 1,5 millones de afiliados. El sistema se sustenta por el pago de cotizaciones, las cuales se destinan al subsistema público o privado según la voluntad del cotizante (Art. 19 N.9 Inc. Final CPR).

Este sistema funciona bajo el sistema de seguros, donde FONASA es el seguro público y las ISAPRE el seguro privado. Estos seguros responden a lógicas diversas, por un lado tenemos un seguro solidario de salud, orientado a una política distributiva, y por otro lado, tenemos un seguro privado e individual entre el cotizante-asegurado y la ISAPRE aseguradora.

* Contacto: renefernandezmontt@synad.cl

¹ Servicio Nacional de Salud.

Durante la década de los noventa se invirtió un monto promedio seis veces superior al de la década precedente, con tal de recuperar la capacidad productiva de la red pública en salud.

Respecto a las políticas públicas de salud, éstas fueron definidas a la luz de los desafíos sanitarios de la década, es decir:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad.
- Disminuir las desigualdades y prestar servicios acordes a las expectativas de la población.

En el año 1996, el Latinobarómetro, en su pregunta 11 consultaba por la importancia que se asignaba a un grupo importante de temáticas sociales. Al respecto, el resultado para Sudamérica y México fue que la principal temática a abordar era la salud con un 21% de las menciones, por sobre desempleo y muy por sobre educación, delincuencia y otros temas. Es importante consignar que en la Encuesta CEP llevada a cabo en el mes de agosto del 2009, al consultar por los tres problemas a los que el gobierno debería dedicar sus esfuerzos, el tópico delincuencia, asaltos y robos fue el más mencionado, con un 54%, mientras que salud ocupó el segundo lugar con un 38% de las menciones. Las cifras anteriores nos permiten inducir dos potenciales conclusiones, que probablemente actúen en forma copulativa:

1. Los esfuerzos en mejorar la situación de la salud han dado frutos.
2. La delincuencia se ha impuesto como temática por sobre la salud.

Ahora bien, lo que es claro, es que ha aumentado el piso de derechos en el campo de salud durante los últimos 20 años. La salud es un derecho ciudadano que contribuye a la libertad de la persona; y es una obligación de la sociedad, que quiere que las personas participen en las mejores condiciones en las actividades productivas que desarrolla.²

En las páginas siguientes, se describirá el contexto de la salud en el país con posterioridad a la implementación del AUGE y se elaborará un marco conceptual sobre el que se debería trabajar para superar las principales falencias detectadas. Previo a ello, es fundamental describir el espíritu de esta reforma al sistema de salud, que se basa en que el Estado garantiza el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera de todos quienes posean alguna patología garantizada en base a un listado que se amplía año a año. Además del aporte específico a la salud chilena, esta reforma aporta en forma significativa al desarrollo de las políticas públicas en Chile, debido a que instala el enfoque de derechos sociales, asunto clave de analizar en pos de entregar continuidad a los programas de protección social del Gobierno de Michelle Bachelet.

² Conversaciones en el camino. Ricardo Lagos, 2003.

AUGE - GES

GES corresponde a Garantías Explícitas en Salud. Corresponde al nombre asignado a la segunda etapa del AUGE. La reforma al sistema de salud del año 2004, tuvo dos ejes centrales:

- Reforma a la institucionalidad, en particular a lo referido a la gestión de salud.
- Reforma sanitaria, a través de la creación de un régimen que priorizó las enfermedades con mayor impacto sanitario (GES).

A partir de la promulgación de la Ley 19.996 en el gobierno de Ricardo Lagos, el sistema de salud chileno indiscutiblemente presentó un avance en lo que respecta al derecho a la salud. En este sistema, el Estado de Chile garantiza el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera para un número de patologías explícitas. Anualmente se intenta aumentar la cantidad de patologías cubiertas.

Sin lugar a dudas, existe un antes y un después para la salud pública chilena desde el comienzo de la implementación del AUGE el 1 de julio del 2005. En sus comienzos, este sistema incluía 25 patologías que debían ser cubiertas con costos muy bajos para los pacientes. Posteriormente, se implementa GES, que agrega 15 patologías a cubrir, mientras en el año 2007 ya se han garantizado 56 patologías. En el año 2010 se planea alcanzar las 80 patologías.

En este estudio se determinará la incidencia que ha tenido esta mega-reforma a la Salud Pública, las principales dificultades que ha enfrentado y más aún, realizar algunas sugerencias para enfrentarlas en un futuro cercano. Lo anterior redundará en una modernización del sistema de salud público con algunos alcances para los privados, pero por sobre todo tiene consecuencias para el paciente, pues es él quien accede en mejores condiciones a estas patologías cubiertas. Esta reforma, posee la virtud de ser la primera política pública que plantea el enfoque de derechos sociales en el país.

Solución al sector público, exclusión voluntaria del sector privado

No obstante la clara importancia del AUGE en pos de un mejoramiento del Derecho a la Salud en el país, existen limitaciones e inconsistencia entre lo esperado y lo conseguido que serán descritas a continuación en el análisis del cumplimiento de las garantías GES:

I. Garantía de acceso

La garantía de acceso guarda relación con la obligación de asegurar las prestaciones de salud necesarias. Esta garantía, así como la de financiamiento, no presenta mayores reclamos, puesto que para los beneficiarios de FONASA, basta con su inscripción y atención en el consultorio respectivo para acceder a las prestaciones AUGE. Son, en consecuencia, las carencias y falencias

estructurales, de gestión, financieras, entre otras, que presentan los propios consultorios, los problemas que puede adolecer esta garantía, lo que se ve reflejado en el bajo número de reclamos que esta garantía presenta. La posibilidad de enfrentar complicaciones en GES puede estar en el momento en que es necesaria la confirmación de un especialista, lo que puede generar una distorsión en el tiempo de espera real a la atención, es decir, no se afecta la garantía de oportunidad, pero si los tiempos de espera.

II. Garantía de oportunidad

El artículo 2º de la ley n° 19.966 establece que el Fondo Nacional de Salud deberá asegurar obligatoriamente a sus beneficiarios el cumplimiento de la garantía de oportunidad, esto es, FONASA está obligado a atender al paciente dentro del plazo máximo de espera según se establece para su patología.

El ente encargado de fiscalizar el cumplimiento de esta garantía es la Superintendencia de Salud. Esta fiscalización define algunas variables para la determinación de los indicadores tales como *la perspectiva de las personas*, esto es, las patologías con mayor número de reclamos y el riesgo de incumplimiento, ya sea mediante la compra de servicios o bien según retrasos. Para la Región Metropolitana, de un total de 1.251 casos GES, que corresponden a 2.107 garantías, un total de 1.624 garantías fueron cumplidas, equivalentes al 77% del total de prestaciones. No obstante ello, que exista algún grado de incumplimiento, cuando hablamos de salud y sobretodo, de derechos garantizados es un punto de trascendencia. En el caso de las regiones la misma información se reúne en la tabla N° 1.

TABLA 1

REGIÓN	Nº CASOS GES	GARANTÍAS		% RETRASO
		EVALUADAS	RETRASADAS	
II	300	475	245	52 %
V	957	1611	472	29 %
VI	437	780	211	27 %
VII	564	997	350	35 %
VIII	612	1331	191	14 %
IX	262	478	98	21 %
X	406	540	297	55 %
RM	1251	2107	483	23 %
TOTAL	4799	8319	2347	28%

Una alternativa de mayor robustez, ya que es útil para evaluar el grado de incumplimiento total del Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud es analizar los datos acumulados de retrasos desde la puesta en vigencia del AUGE. Al analizar dicha información desde 01 de julio de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2008, es posible apreciar incumplimiento, pero con un descenso progresivo del proporcional de casos de garantías retrasadas. Lo anterior es relevante, pues permite concluir que no obstante la agregación de nuevas patologías, es posible apreciar aumento de la eficiencia del Sistema. Lo señalado es resumido en la Tabla N° 2.

TABLA 2

AÑO	Nº PROBLEMA	GARANTÍA ACUMULADA				TOTAL
	SALUD POR DECRETO	CUMPLIDA	%	RETRASADA	%	ACUMULADO
2005	25	1263254	91.34 %	119836	8.66 %	1383090
2006	40	2776714	93.52 %	192414	6.48 %	2969128
2007	56	4434328	93.79 %	293578	6.21 %	4727906
2008	56	6734892	96.85 %	219247	3.15 %	6954139

Fuente: FONASA

De la tabla se desprende que el sistema ha ido disminuyendo en su tasa de retrasos. Ahora bien, que aumente la eficiencia no es razón suficiente para evaluar en forma positiva el AUGE en lo que a implementación respecta. De hecho, que se esté hablando de que la Garantía de Oportunidad tenga algún porcentaje de incumplimiento es inaceptable. Por otro lado, el impacto de estos retrasos en la población es de trascendencia al momento de evaluar al sistema de salud en su conjunto. Ahora bien, entendiendo la progresividad que una Mega reforma implica, es necesario sumar nuevos eslabones para cuando se cumpla el 100%. Así, una política de mejoramiento continuo en la implementación de las políticas públicas sugeriría que tras alcanzar el 100% de tratamiento de las patologías en los plazos estipulados, se agregasen nuevas patologías o se hiciesen más exigentes los plazos.

El origen de este incumplimiento se encuentra en parte provocado por la falta de profesionales que cubran las patologías de indicadores con peor desempeño.

Por otro lado, factores de menor relevancia, pero que deben ser considerados son los medios de comunicación con los que cuentan muchos servicios APS, que son la puerta de entrada de los pacientes al Plan GES, puesto que ellos aún funcionan con una mixtura de sistema centralizado, a saber SIGGES, y mediante planillas de registro, las que según su prioridad son enviadas o archivadas. Finalmente, es posible atribuir cierto grado de responsabilidad a los propios

pacientes, debido a la entrega de datos de contacto erróneos, falta de actualización de ellos o desinformación de las características de sus garantías.

I. Garantía de calidad

En cuanto a las garantías de calidad, los problemas con los que se enfrentaba el Sistema de Salud antes de la reforma son básicamente los mismos, aunque con un mejoramiento progresivo en la situación. A saber, AUGE en un comienzo y GES posteriormente, pretendía resolver el problema de la inseguridad financiera del Sistema ISAPRE, dadas las características estructurales de seguro a corto plazo establecidas.

Otro punto relevante para el análisis es la segmentación del sistema de seguridad social en los estratos público y privado. Son múltiples las barreras que impone esta segmentación para aprovechar a la competencia como elemento perfeccionador de la calidad, desde el punto de vista de la *equidad*. El “beneficiario” del sistema público se encuentra cautivo de una oferta monopólica, donde si bien la atención está garantizada, esto no siempre ocurre en plazos razonables para los pacientes. En el Sistema Privado, en tanto, los “clientes” son muchas veces víctimas de su propia libertad de elegir, dada la ausencia de aseguramiento de la calidad técnica de los prestadores.

Asimismo, esto mismo no está asegurado del todo para el sistema público. Sobre todo en lo que a APS se refiere, son muchos los profesionales de la salud que laboran bajo circunstancias que dificultan un trabajo de calidad.

En definitiva, las principales fallas en la calidad de atención son de gestión, falta de regulación y en algunos casos por falta de financiamiento. El Sistema de salud carece aún de un modelo de calidad aplicable en la APS, en los Hospitales y en los interniveles, esto es en la gestión de interconsultas entre la Atención Primaria y los niveles de mayor complejidad. Resulta fundamental que el MINSAL genere una estrategia más allá de los manuales, que asegure el cumplimiento de la “garantía de calidad” establecido por ley, modificando la voluntariedad e imprimiendo obligatoriedad en la integración de este modelo.

II. Garantía de protección financiera

La protección financiera se entiende como la contribución máxima que deberá hacer un beneficiario por prestación o grupo de prestaciones garantizadas. Existen diferencias entre FONASA e ISAPRE, puesto que en el primero el pago es diferenciado según el grupo al cual pertenece el afiliado, mientras que para el segundo, se establece un copago del 20% de las prestaciones según el arancel de referencia.

Existen procedimientos de resolución de conflictos ante el incumplimiento de protección financiera, a saber:

- Superintendencia de Salud resuelve los reclamos administrativamente, en forma sumaria.
- Esta entidad, a través del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales, resolverá las controversias mediante un arbitraje. El fallo del árbitro puede apelarse ante el Superintendente de Salud.
- Las partes podrán someterse a un procedimiento de mediación con mediadores registrados ante la Superintendencia de Salud.

Ahora, si consideramos el total de cuentas AUGE, la mayor parte de ellas presentan un copago igual a cero, como es posible apreciar en el siguiente cuadro:

TABLA 3

CUENTAS COPAGOS AUGE	NÚMERO DE CUENTAS	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN	MONTO TOTAL DE COPAGO
Copago igual a cero	208.404	82,41%	0
Copago mayor que cero	44.482	17,59%	563.496.349
Total	252.886	100%	563.496.349

Fuente: Boletín Estadístico AUGE. Primera edición

Entendiendo que la protección financiera es parte de las garantías explícitas, pero mientras no existan problemas de las garantías anteriores, es posible solucionarlo con algún tiempo de desfase. Dentro de este contexto, es importante destacar la capacidad de respuesta y resolución de reclamos, que no obstante haber presentado un aumento significativo en los últimos años y en el 2007 sobretodo³, mantiene una capacidad de respuesta y resolución de los mismos por sobre el 95%.

Discusión y propuestas

En el plan AUGE, las Patologías de alto costo, tienen mayor probabilidad de ser solicitadas por quienes acceden a los seguros privados.

Por tanto, desde el enfoque de la salud privada, es un tema importante, pues en base al perfil de los pacientes, será posible estimar la demanda y por tanto, optimizar la atención.

³ El aumento mencionado fue de 9.299 reclamos en el 2006 a 15.432 en el año 2007.

Otras problemáticas del sector privado están relacionadas con cláusulas de exclusión, transparencia en sus decisiones y en políticas abusivas con respecto a, por ejemplo, los aumentos unilaterales de planes.

Por tanto, es fundamental ahondar en los derechos de quienes pertenezcan al sector privado, con normativa que apoye o simplifique el trabajo de la Superintendencia de Salud.

Ahora bien, desde el punto de vista de la salud pública, la problemática radica en la falta de recursos y las soluciones primeras en cuanto al acceso radicarían en el desafío de enfocar el aumento de recursos y las mejoras de gestión pertinentes a incrementar las patologías que debiesen estar garantizados.

Por otro lado, tenemos que otros estudios han señalado claramente que se ha producido un aumento de los tiempos de espera de los pacientes que requieren atención a una patología tipificada como NO AUGE, lo que sería un efecto colateral de esta reforma y que afectaría ahora directamente a los más desposeídos. Dichas patologías pudiesen ser cubiertas mediante una ampliación del seguro catastrófico. Considerando, como se dijo antes, que el tiempo de espera de estas patologías ha aumentado considerablemente.

Otra problemática relevante del sector público, es el déficit de especialistas tanto en regiones como en los consultorios municipalizados.

Así, dos medidas que permitirían enfrentar el problema sería aumentar la cantidad de especialistas, pues resulta paradójico que las Universidades decidan la oferta, pero bajo lo requerido por el país, cuando en otro tipo de postgrados como MBA se intenta matricular a la mayor cantidad posible hasta incluso saturar el mercado.

Por otro lado, considerando la ausencia de especialistas en diversos centros asistenciales de la red de salud, es necesario dirigir a los egresados recientes a estos prestadores perjudicados nombrados en el párrafo anterior. A favor a ellos se propone un sistema de incentivos potente en esta línea.

Es fundamental destacar cómo, buscando la mayor cobertura de un grupo de patologías de relevancia a nivel país, se dio el primer paso en la consecución de los derechos sociales y en función de ello, de la potencial consolidación de la red de protección social del gobierno de Bachelet.

Existe un claro enfoque de derechos sociales en las políticas del sector salud, de hecho, ya que en este sistema, el Estado de Chile garantiza el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera para un número de patologías explícitas, estaríamos en condición de referirnos por vez primera a la consagración del enfoque de derechos sociales. Lo anterior, sobretodo considerando que las garantías explícitas son derechos para los beneficiarios y son exigibles ante FONASA y las respectivas ISAPRE. No obstante, el aumento de las patologías incluidas, está en función de los recursos del Estado y aún no cumple con estándares internacionales en lo que a la correcta garantía de los derechos sociales trata, pues simplemente es una vía administrativa y no judicial.

Bibliografía

Aedo C, Sapelli C. El Sistema de Salud en Chile: Readecuar el Mandato y Reformar el Sistema de Seguros. *Estudios Públicos* 75 (Invierno), 1999.

Anónimo. Evaluación: Directores de hospitales hacen buen balance de mini AUGE. *El Mercurio*. Cuerpo C, 15 de enero de 2003.

Anónimo. Evaluación: Directores de hospitales hacen buen balance de mini AUGE. *El Mercurio*. Cuerpo C, 15 de enero de 2003.

Beltrán Mena, Badía J, Neira M, Ríos A. *Telemedicine in Chile*. Escuela de Medicina de la Universidad Católica.

Beteta E. Crecimiento del gasto en salud en Chile: ¿Estamos ante un problema? *Expansiva*, serie en foco N° 13, ISSN 0717-9987.

Concha M. Innovación tecnológica en salud. *Expansiva*, serie en foco N° 14, ISSN 0717-9987.

Espinoza C. Herramientas legales para mantener los costos en salud. *Expansiva*, serie en foco N° 15, ISSN 0717-9987.

Fernández Montt R. ¿GES o No GES? Esa es la cuestión. *Revista Española de Economía de la Salud*; 2006.

Filmer D, Hammer JS, Pritchett L. A Prescription for Health Policy in Poor Countries. *World Bank Research Observer*, 17 (1):47-66, 2002.

Filmer D, Hammer JS, Pritchett L. Weak Links in the Chain: A Diagnosis of Health Policy in Poor Countries. *World Bank Research Observer* 15 (2):199-224, 2000.

FONASA: "Primer Boletín Estadístico AUGE"

FONASA: "Segundo Boletín Estadístico AUGE"

Folland S, Goodman AC, Stano M. Cap. 18: Comparative Health Care Systems. *The Economics of Health and Health Care*. Prentice-Hall, 1993.

Gaynor M, Haas-Wilson D. Change, Consolidation, and Competition in Health Care Markets. *Journal of Economic Perspectives* 13 (1): 141-64, 1999.

González F. Implementación del plan AUGE en pacientes con IRC. *Rev. méd. Chile*, mayo 2003, vol.131, no.5, p.545-551. ISSN 0034-9887.

Kalisch DW, Aman T, Buchele LA. Social and Health Policies in OECD Countries: A Survey of Current Programmes and Recent Developments. Manuscrito, Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs, OECD, Julio 1998.

Larrañaga O. Health Sector Reforms in Chile. En Leipziger D, Perry G. (Eds.): *op. cit.*, 1999.

Manual para la aplicación del sistema AUGE en las Redes de Atención del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Gobierno de Chile. Santiago, julio de 2002.

Manual para la aplicación del sistema AUGE en las Redes de Atención del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Gobierno de Chile. Santiago, julio de 2002.

Musgrove P. Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns. *World Bank Discussion Paper* 339, The World Bank.

Oyarzo C. Vergara M. Reforma de la salud en Chile: lo logrado y lo pendiente. *Expansiva*, serie en foco N° 42, ISSN 0717-9987.

Oxley H. Macfarlan M. Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency. *OECD Working Paper* 149, OECD.

Scott D. The Regulation and Supervision of Domestic Financial Conglomerates. *Policy Research Working Paper* 1994, 1329. The World Bank.

Sundararajan V. Regulation of Financial Conglomerates: is unification of financial sector supervision the answer. Presentation in IMF. *Finanza*; 2001.

The World Bank: World Development Report 1993: Investing in Health. The World Bank, 1993. Overview y Cap. 1.

Zweifel P, Breyer F. *Health Economics*. Oxford: Oxford University Press; 1997: Caps. 5 y 6.

Integración regional, cooperación y políticas de salud en Venezuela (1999-2009)

Gustavo Alcántara Moreno

Profesor del Departamento de Ciencias de la Conducta,
Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela

Introducción

La presente ponencia tiene el propósito de establecer la relación entre determinados procesos de integración regional y cooperación internacional en salud con respecto a la formulación de políticas públicas de salud en Venezuela, en un escenario de globalización. La investigación es de carácter documental, desde la perspectiva del nuevo institucionalismo en el sentido que se estudian instituciones de salud a nivel internacional, regional, multilateral y bilateral, estableciendo su correspondencia con las políticas de salud en Venezuela (1999-2009). Se concluye que, desde el punto de vista formal existen políticas convergentes con la agenda internacional de salud, tales como la Atención Primaria en Salud (APS), pero que sin embargo aun no cuentan con una institucionalidad sólida en el sistema de salud venezolano.

1. Venezuela y la integración en salud.

Los Estados buscan su integración con otras naciones con el fin de encontrar soluciones conjuntas. Los efectos de esta tendencia quizás se observen mejor en el plano económico, donde se ha visto que en un escenario globalizado una economía cerrada es relativamente poco eficiente. En tiempos de globalización los Estados se ven sometidos al denominado efecto tamaño: “demasiado pequeño no puede ejercer influencia alguna en las negociaciones a escala mundial, lo cual explica la inevitable tendencia a las agrupaciones regionales” (Brunsvick y Danzin, 1999, p. 71). Este principio es valedero para las diversas dimensiones y áreas de competencias de los Estados, entre las que se encuentra la salubridad pública, entre otras (Alcántara Moreno, 2005).

Así pues, en relación a la integración latinoamericana en materia de salud, se han creado diversas instituciones tales como: el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU), el Subgrupo de Salud del Mercosur, el Sistema de Vigilancia en Salud Ambiental en la Región Amazónica (SVSARA) y, más recientemente, el UNASUR Salud. El

instrumento principal de integración en salud en la región andina es el ORAS CONHU (Agudelo, 2001). Es un convenio de cooperación en salud, creado en 1971 con la participación de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. El Convenio fue adscrito al Sistema Andino de Integración en 1998. Del mismo modo, el objetivo general de UNASUR-salud es consolidar Suramérica como un espacio de integración en salud que contribuya a la Salud para Todos y al desarrollo, incorporando e integrando los esfuerzos y logros subregionales del MERCOSUR, ORAS CONHU y SVSARA (UNASUR, 2008).

Por otra parte, a escala global, han surgido instrumentos cuyo cometido es garantizar la solución de problemas y riesgos de salud a nivel mundial. Esto se explica porque, dentro de la dinámica de la globalización, existe un aporte en la orientación y creación de políticas públicas para el mundo. Entre dichos instrumentos se pueden mencionar: el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), la Agenda Mundial de Salud derivada de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS y la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017 de la OPS.

En relación a los instrumentos globales de salud, en particular la 4ta. Cumbre de las Américas de Mar del Plata (2005), con la asesoría de la Oficina Sanitaria Panamericana, destacó los principales desafíos en materia de salud para la región de las Américas. En tal sentido se hizo énfasis en los siguientes logros: la importancia de la salud y seguridad ocupacional; la ratificación del nuevo RSI; la prevención y control de ciertas enfermedades transmisibles de alta prevalencia en la Región como son la Tuberculosis, la Malaria y el Dengue (Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres, 2009).

Del mismo modo, la 5ta. Cumbre de las Américas en Trinidad y Tobago (2009), estableció el compromiso de mejorar los niveles de salud de toda la población mediante el impulso de sistemas de salud basados en Atención Primaria de Salud (APS). Además, se reiteró el compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, donde se reconocen los problemas y desafíos que representa el alcanzar las metas de salud referidas a la salud materna e infantil, el hambre y la desnutrición y el VIH/SIDA.

2. La cooperación internacional en salud

Las instituciones internacionales de salud, a escala global y regional, tienen entre sus políticas a la cooperación internacional en salud. La misma puede ser técnica y/o financiera. En América Latina la cooperación puede ser horizontal, es decir, entre los países de la región, o norte-sur, esto es, con otros países y organismos internacionales (Bronfman y Díaz Polanco, 2003). Además,

dependiendo del número de Estados, organizaciones internacionales, ONG y fundaciones privadas involucrados, la cooperación sería bilateral, multilateral o privada.

2.1. Cooperación técnica

Según la OPS (2006a), el objetivo último de la cooperación técnica de las agencias que conforman el Sistema de Naciones Unidas, es la construcción de capacidad institucional nacional para encontrar soluciones a los problemas que enfrentan los países, en consonancia con sus valores, aspiraciones y necesidades especiales. Esta sería un tipo de cooperación vertical.

Entre las prioridades para la agenda de cooperación entre la OPS y Venezuela contenidas en el documento *Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010* (2006b), se estableció apoyar la construcción del Sistema Público Nacional de Salud en los siguientes aspectos:

- Aportar diseños alternativos de integración de los prestadores (MS, IVSS, IPASME, PDVSA y otros);
- Aportar diseños alternativos de integración de redes de servicios de salud (Barrio Adentro con sistema convencional y otros prestadores) conforme al nuevo Modelo de Atención y prioridades sanitarias nacionales.
- Apoyar la sistematización y documentación de la transformación del sistema nacional de salud.
- Sin embargo, la realidad muestra que la integración de los prestadores está lejos de concretarse. Según la Ley Orgánica de Seguridad Social (2002), actuando en base a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) en sus artículos 84 y 165, la Ley Orgánica de Salud de 1998 tenía que haberse derogado en 2004, con la promulgación de una nueva Ley que regulara el subsistema de salud, creando el Sistema Público Nacional de Salud. Sin embargo, esto no sucedió hasta la actualidad, lo que coloca al sistema de salud venezolano en un vacío jurídico-institucional, debido a intereses políticos del gobierno nacional, que pretende recentralizar la salud en el país.

Esta situación se evidencia por la inclusión en la *Memoria 2008* del Ministerio del Poder Popular para la Salud, de la centralización como política del gobierno, al señalar que en cuanto a la consolidación de la red asistencial del Sistema Público Nacional de Salud, se impulsó “la creación de redes para revertir la descentralización hospitalaria en concordancia con las políticas del Ejecutivo Nacional” (2008, p. 43). Esta situación entra en contradicción con la C RBV (art. 84), que plantea que el Sistema Público Nacional de Salud es de carácter descentralizado.

Por otra parte, hablar de la integración de redes de servicios de salud, esto es, la Misión Barrio Adentro (MBA) con el sistema convencional y otros prestadores, implica referirse al Convenio Integral de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela (2000). Esta sería una cooperación de tipo bilateral, con la que el gobierno venezolano se planteó retomar la estrategia “Salud para Todos en el año 2000”, fijada en Alma Atá, con la formulación de la Atención Primaria en Salud (APS), como política concreta (Alcántara Moreno, s. f.). Si bien esta doctrina fue fijada en 1978 y asimilada, al menos desde el punto de vista formal, por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social venezolano en la década de 1980, con la CRBV y la puesta en marcha de la MBA, se dio un renovado relanzamiento de la APS.

Tal y como lo afirma Mirta Roses (2006), Directora de la OPS, MBA “es en esencia Atención Primaria en Salud... es una estrategia de estructuración y transformación de todo el sistema de salud, es la APS como lo entiende gente como Halfdan Mahler y David Tejada, grandes responsables de la Conferencia de Alma Ata. Barrio Adentro se inicia exactamente al cumplirse los 25 años de esa reunión trascendental”. Queda entonces la tarea de establecer, desde el punto de vista institucional, los nexos entre la APS, como política de salud, y la aplicación de MBA en Venezuela.

Se tiene así que, posteriormente, de la MBA I, dirigida a la APS, se pasó a las fases de MBA II, III y IV, para contar con servicios en diagnóstico, especialidades médicas, emergencias, cirugía y hospitalización. Esta situación tiene un claro trasfondo político, pues la MBA, conjuntamente con las demás misiones del gobierno, creó un paralelismo administrativo concretado en una estructura de atención “separada de los sistemas públicos existentes, que llegó a visualizarse como un sistema integrado en sí mismo para atender el conjunto de las necesidades de los sectores excluidos y consolidar en su interior los valores y símbolos de la revolución” (D’Elia y Cabezas, 2008, p. 6). Dicho paralelismo, lejos de integrar las redes de servicios de salud, profundiza su otrora fragmentación.

Entre los puntos débiles de MBA destaca que, durante los años 2003 y 2004 el financiamiento del programa era manejado fuera del Ministerio de Salud y por diferentes órganos, lo que denota una débil rectoría del Ministerio de Salud. Así, “la característica extra-institucional del programa, entendiéndolo por ello que éste responde a una estructura de mandos, recursos y procesos distinta y separada de los organismos nacionales, restringe enormemente las posibilidades de obtener información” (D’Elia, 2006, p. 40).

Además, en general la información no es reportada ni sistematizada regularmente por los organismos rectores. Los órganos gubernamentales locales no manejan estos datos, solamente el

Ministerio de Salud cuando la coordinación cubana los suministra y/o coordinadores competentes de salud en el gobierno nacional (*Ibid.*).

Adicionalmente, el presidente de la República reconoció que MBA estaba en crisis, al declarar a mediados de 2009 que contabilizaron “dos mil módulos de Barrio Adentro abandonados”, por lo cual apuntó que “En lo social tenemos una emergencia: la salud. Declarémonos en emergencia todos” (Theis, 2009). Se planteó así el “relanzamiento” de MBA. De manera que, en un primer instante el Convenio con Cuba significó una acción enmarcada en la cooperación internacional en materia de salud, lo cual obviamente se relaciona con la globalización. Sin embargo, la politización de la MBA, y sus debilidades institucionales, le restan méritos a dicha política.

3. La agenda pública global y la formulación de políticas de salud

La cooperación internacional con respecto al área de la salud debe ser prioritaria en la conformación de una agenda pública global. Fue así como surgió la Agenda Mundial de Salud, como producto de los ODM, relacionados específicamente con el mejoramiento de la salud infantil y materna, además de la lucha contra el VIH-SIDA, la malaria y otras enfermedades infectocontagiosas.

En tal sentido, la política de salud venezolana para la prevención y control de la mortalidad infantil comprende el Programa Nacional de Salud del Niño, Niña y Adolescente, el cual se plantea superar el déficit de atención combatiendo inequidades por grupo social, género y etnias a través de respuestas regulares, equitativas, oportunas y coordinadas entre los diferentes entes del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

En lo que respecta a los datos, la tasa de mortalidad infantil, entre 1990 y 2015 bajó 25,8% a 13,9%, más de las dos terceras partes que se acordó en el marco de la ONU, lo cual es satisfactorio y demuestra la eficacia de las políticas aplicadas (República Bolivariana de Venezuela, 2010). Con respecto al control y prevención de la mortalidad materna los principales planes y programas son: la MBA; el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; el Plan Nacional para la Prevención y Control de la Mortalidad Materno Infantil; la Promoción de Atención en Salud Sexual y Reproductiva; el Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva; y la Capacitación Nacional en Salud Sexual y Reproductiva. En tal sentido, en Venezuela según el informe *Cumpliendo las Metas del Milenio 2010*, el Instituto Nacional de Estadística destaca que la promesa de reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna no ha sido posible por los momentos y, de hecho, está en niveles elevados. En 1990 la tasa se situaba en 58,9% y en 2007 (último dato disponible) apenas había bajado a 56,8%.

En lo relativo a la meta de haber detenido y comenzado a reducir la incidencia del dengue para 2015, las actividades de control y prevención del dengue están coordinadas en la Comisión Nacional de Lucha contra el Dengue, proponiendo entre sus principales objetivos el de mantener la tasa de incidencia nacional por debajo de 50,0 casos por 100.000 habitantes un período de cinco años. Sin embargo, la cantidad de casos de dengue ha aumentado dramáticamente. En 1990 se registraron 10.962 casos, mientras que al cierre del año 2009 se contaron por 65.869 los casos de esta enfermedad (República Bolivariana de Venezuela, 2010). Actualmente, la epidemia de dengue parece descontrolada. En 2010, y hasta el 5 de junio, se han reportado 41.573 casos de dengue en Venezuela, más del doble que en 2009 (Chiappe, 2010).

Según Díaz Polanco (2010), los resultados negativos en materia de salud se deben a que “Las misiones gubernamentales no son políticas de Estado, son operativos improvisados y dirigidos a los más pobres como dádivas del Gobierno central. Una política social debe estar dirigida a todos los ciudadanos y ser interpretada como un derecho”.

De hecho, MBA fue concebido en un clima previo al referéndum revocatorio presidencial de agosto de 2004, situación que conllevó una deformación en la aplicación de tan fundamental programa. Hay que advertir que es lógico que cualquier Gobierno legitime su gestión mediante políticas sociales, eso es lo que espera el pueblo de él. Entonces, “MBA es una política social con un trasfondo clientelar, pues no se trata de una verdadera política de Estado, con visión a largo plazo, sino que a lo sumo es una política de desgobierno (en virtud de su clara manipulación a los desposeídos)” (Alcántara Moreno, 2006).

4. Conclusión

Desde el punto de vista formal existen en Venezuela políticas convergentes con la agenda internacional de salud, estructuradas con base a principios de integración y cooperación internacional, tales como la Atención Primaria en Salud (APS). Sin embargo, aun no cuentan con una institucionalidad sólida en el sistema de salud, lo que se evidencia en una clara contradicción entre la estrategia centralista del gobierno y la descentralización constitucionalmente establecida en dicha materia.

Lo anterior se explica principalmente por el trasfondo político de las políticas nacionales de salud, las cuales devienen en fuentes clientelares de legitimidad antes que en políticas de Estado. Se disipa así el éxito de las instituciones y las políticas promovidas desde los ámbitos de integración y cooperación internacional en salud, impulsados por la globalización.

Referencias bibliográficas

- Agudelo C. Integración regional andina en salud. *Cad. Saúde Pública* 2007; 27 (2), 267-272.
- Alcántara Moreno G. (en imprenta). La formulación de políticas de salud en la globalización desde el enfoque del nuevo institucionalismo. *Revista Venezolana de Ciencia Política*.
- Alcántara Moreno G. Barrio Adentro y la reforma del sistema de salud ¿Política social o clientelismo? *Analítica.com* (27 Noviembre 2006). [Publicación en línea]. Disponible: <http://www.analitica.com/va/politica/opinion/7179188.asp> [Consulta: 2010, Julio 21].
- Alcántara Moreno G. *La globalización y sus implicaciones para el proceso salud-enfermedad en el siglo XXI*. Tesis de maestría no publicada. Venezuela: Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad de Los Andes, Mérida; 2005.
- Bronfman M, Díaz Polanco J. La cooperación técnica internacional y las políticas de salud. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8(1), 227-241.
- Brunsvick Y, Danzin A. *Nacimiento de una civilización*. Vendome, Francia: UNESCO; 1999.
- Chiappe G. El dengue está en toda Venezuela. *El Universal* 22 Junio 2010. [Periódico en línea]. Disponible:http://calidaddevida.eluniversal.com/2010/06/22/ten_art_el-dengue-estaento_1946563.shtml [Consulta: 2010, Julio 10].
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5453 (Extraordinario) Marzo 24, 2000.
- D'Elia Y, Cabezas L. *Las misiones sociales en Venezuela*. Caracas: ILDIS; 2008.
- D'Elia Y. Las misiones sociales en Venezuela: una aproximación a su comprensión y análisis. Caracas: ILDIS; 2006.
- Díaz Polanco J. Barrio Adentro es el peor fraude que se le ha hecho al país. *El Universal* 7 Marzo 2010. [Periódico en línea]. Disponible: http://caracas.eluniversal.com/2010/03/07/ccs_art_barrio-adentro-es-e_1786329.shtml [Consulta: 2010, Julio 10].
- Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres. *Logros de las Cumbres de las Américas: desde Mar del Plata a Puerto España*. Washington: Organización de Estados Americanos; 2009.
- Ley Orgánica de Seguridad Social. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 37600, Diciembre 30, 2002.
- Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36579, Noviembre 11, 1998.
- OMS. *Reglamento Sanitario Internacional (2005)*. 2da. Edición. Ginebra: 2008.
- OPS. *OPS en el siglo XXI: liderazgo y cooperación en salud pública*. Washington: 2006.
- OPS. *Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010*. [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ven_es.pdf [Consulta: 2010, marzo 12].
- República Bolivariana de Venezuela. *Cumpliendo las metas del milenio (2010)*. Caracas: Instituto Nacional de Estadística; 2010.

Roses M. Presentación, en Organización Panamericana de la Salud, *Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. Caracas: OPS; 2006.

Theis R. Chávez declaró en emergencia la salud en Venezuela. *El Universal* 20 Septiembre 2009. [Periódico en línea]. Disponible: http://www.eluniversal.com/2009/09/20/pol_art_chavez-declaro-en-em_1574464.shtml [Consulta: 2010, marzo 7].

UNASUR. Propuesta Consejo Suramericano de Salud. 2008. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.orasconhu.org/documentos/UNASURsaludPPT.pdf> [Consulta: 2010, febrero 11].

El Seguro Popular como política social de salud en México para resolver el problema de justicia en la protección de la salud de la población vulnerable*

Julieta Ivone Castro Romero

Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética *Biomédica y Psicosocial*

Universidad de Chile e Instituto Nacional de Salud Pública; Cuernavaca, Morelos, México

Introducción

La cobertura de atención para la salud en México dependiente del Estado se lleva a cabo desde hace varias décadas a través de diferentes sistemas de salud tales como, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Salud al Servicio del Estado (ISSSTE), red de hospitales pertenecientes a la Coordinación Nacional de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (C.C.I.N.S.H.A.E.) y la Red de Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y algunos hospitales regionales estatales. La cobertura de atención de cada uno de ellos está dirigida a diferentes sectores de la población mexicana, tal y como se muestra en la siguiente tabla (Tabla 1).

Tabla 1. Sistemas de Atención para la Salud en México pertenecientes al Estado Mexicano

Sistema de Salud	Beneficiarios	Cobertura
IMSS	Trabajadores asegurados por las empresas privadas.	Nacional
ISSSTE	Trabajadores al servicio del estado	Nacional
C.C.I.N.S.H.A.E.	Población general no asegurada el IMSS ó ISSSTE	Nacional
Red de Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal	Población General	Nacional

Hasta el año 2000, antes de la reforma a la Ley General de Salud implementada para mejorar el servicio de salud, el IMSS atendía a todos los trabajadores asalariados del sector privado y a sus

* Este trabajo fue apoyado por la Beca Forgyat. Grant: 5 R25 TW006056-07, al cual agradezco su apoyo.

familias, que representaban aproximadamente 40% de los casi 100 millones de habitantes de México; el ISSSTE atendía a 7%, y los seguros privados cubrían de 3 a 4% de la población. En consecuencia, aproximadamente 50% de la población no tenía acceso a ningún tipo de seguro médico pre-pagado. Esto incluía a alrededor de 2.5 millones de familias de los segmentos más pobres que recibían únicamente intervenciones de salud comunitarias y preventivas muy básicas incluidas en el programa de combate a la pobreza denominado *Oportunidades*.¹

En el caso de los C.C.I.N.S.H.A.E y la Red de Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal las cuotas por atención hospitalaria son cubiertos por el Estado y por el usuario, siendo los montos son fijados de acuerdo al estatus socioeconómico de la familia. Esta situación claramente demostraba la existencia de la desigualdad social mediante la garantía del ejercicio universal del derecho a los servicios de salud en la población mexicana, ya que no se estaba cubriendo a toda la población y se estaba discriminando a un sector importante de la población, en su mayoría de bajos recursos económicos, mujeres cabezas de familia e inmigrantes, constituyendo esto el marco ético primordial en el cual se presentó la reforma a la Ley General de Salud.

Así, el 15 de mayo de 2003 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación, las reformas y adiciones a la Ley General de Salud,² que, entre otras, adicionaron el Título Tercero Bis: De la Protección Social en Salud. Con esta reforma se crea el Sistema de Protección Social en salud (SPSS), cuyas disposiciones entraron en vigor al inicio de 2004, y que establece: “Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social. La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención. [...]”. Esta acción dio paso a una importante estrategia para subsanar la carencia de una política de

¹ Frenk J. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. *Salud Pública Mex* 2007; 49 supl 1:S14-S22. Frenk J, Eduardo GP, Octavio GD. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública Mex* 2007; 49 supl 1:S23-S36.

² Ley General de Salud <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.Pdf>; http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref45_30dic09.pdf

atención a las necesidades y condiciones de salud de la población sin acceso a los servicios a cargo de las instituciones de seguridad social.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mejor conocido como “Seguro Popular”, fue creado en México con el objetivo de hacer efectivo el derecho a la salud a más del 50% de la población mexicana que no era derechohabiente de alguna de las instituciones públicas de seguridad social³ y dar cumplimiento con ello a lo señalado en el Artículo 4º Constitucional que establece que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.⁴

La estrategia para la implementación del Seguro Popular consistió en conjuntar el esfuerzo de los tres niveles de gobierno con el de los afiliados para proveer el financiamiento de los servicios. De acuerdo al ordenamiento jurídico, se definió un esquema tripartito de financiamiento, en el que se establece una cuota financiada por los gobiernos federal y estatal por cada familia afiliada, que le otorga solidaridad y subsidiariedad al esquema, y una cuota a cargo de las familias que, en principio, la obligación o no de aportarla se determina en función de sus condiciones socioeconómicas y posibilidades de pago.

Por otro lado, para lograr un buen resultado en la implementación de este seguro fue necesario atender en forma paralela otros problemas relacionados con la justicia y equidad en el financiamiento en salud y en la cobertura universal, tales como: i) el bajo nivel de inversión en salud, ii) el alto nivel de gasto de bolsillo en salud, iii) la distribución no equitativa de recursos entre instituciones y entre áreas geográficas. iv) la falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno, y v) el creciente destino del gasto público hacia la nómina.

Avances del programa hasta el año 2009

De acuerdo al último informe realizado por el Sistema de Protección Social en Salud en el año 2009⁵ y a cinco años de la entrada en vigor del Seguro Popular, se dieron pasos importantes para la consolidación de éste seguro a nivel nacional, así como en la meta de cobertura universal en salud. Esto se logró a través de dos acciones: 1) el cambio de financiamiento de la cápita por familia a cápita por persona que ha permitido una mayor equidad en la distribución de los recursos entre las Entidades Federativas y la ampliación de la afiliación a un mayor número de personas, y 2), la firma del convenio de Colaboración Específico en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica (Convenio de Portabilidad “32 por 32”) entre las

³ Programa de Acción Específico Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012 http://www.seguropopular.salud.gob.mx/images/contenidos/Normateca/Spss/programa_accion_especifica_ssp.pdf

⁴ Constitución de los Estados Unidos Mexicanos. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>.

⁵ Informe de resultados del Seguro Popular, 2009. www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option

32 entidades federativas, con el cual se garantiza la atención médica de todos los afiliados en el territorio nacional independientemente de su lugar de residencia.

Las principales beneficiadas con esta medida hasta ahora han sido las mujeres embarazadas, ya que el 45.8% de las solicitudes de atención en una entidad diferente a la de su residencia están relacionadas con la emergencia obstétrica (atención al parto y puerperio, atención al recién nacido y atención prenatal en embarazo normoevolutivo).

Así mismo para dar cobertura en salud a la población, el Seguro Popular utiliza diversos mecanismos los cuales se describen a continuación:

- a. Los servicios y acciones específicas establecidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que incluye 266 intervenciones que cubren el 95% de los principales padecimientos, diagnóstico y terapéuticos reportados como egresos hospitalarios y el 100% de los padecimientos tratados en el primer nivel de atención médica.
- b. La atención de enfermedades consideradas como catastróficas incluidas en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) que cubre 49 intervenciones de un grupo de 8 enfermedades: cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, cáncer de niños y adolescentes, trasplante de médula ósea, cuidados intensivos neonatales, trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos, cataratas y VIH/SIDA.
- c. El Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, que cubre a los niños menores de 5 años nacidos a partir del primero de diciembre de 2006 con 116 enfermedades infantiles, adicionales a las cubiertas por el CAUSES y por el FPGC.
- d. El Programa Desarrollo Humano Oportunidades, componente en salud, con acciones en materia de capacitación para la salud y provisión de complementos alimenticios a niños y mujeres embarazadas y en lactancia, dirigido a la población atendida por dicho programa.
- e. La Estrategia Embarazo Saludable da prioridad de afiliación y atención a mujeres embarazadas que no cuentan con seguridad social en salud.
- f. El Programa de Cirugía Extramuros, que pone al alcance de las familias con mayores rezagos, servicios de cirugía general, oftalmología, ortopedia y cirugía reconstructiva, entre otros, cerca de su lugar de residencia para evitar el desplazamiento que causan altos costos y otorgar una atención más cercana al contexto que viven estos pacientes.

Análisis ético del programa

Como se puede ver a lo largo del escrito, el acceso a los servicios de salud no ha sido cumplido cabalmente con lo estipulado en la Constitución Mexicana en 1917, ya que existe hasta la

actualidad una gran fragmentación entre las instituciones que brindan este servicio a toda la población. Esto ha llevado a una desigualdad en la calidad de la atención médica, ya que por un lado, instituciones como el IMSS, ISSSTE y la Red de hospitales de Alta Especialidad cuentan un sistema económico que les permite tener acceso a una infraestructura más moderna, existen otros con pocos recursos y por ende carentes de infraestructura adecuada.

Por otro lado, mientras los empleados asegurados (IMSS, ISSSTE) cuentan con un mejor servicio —extensivo a sus padres, cónyuge e hijos del trabajador— la población no derechohabiente no cuenta con ese beneficio lo cual ha dejado desprotegido a una gran proporción de la población, cuyos gastos de bolsillo para su atención médica y la de su familia son muy altos, si consideramos además los gastos catastróficos por enfermedad.

Otro aspecto importante que representa un problema de inequidad en los servicios de salud en México es la desigualdad en la distribución de los recursos económicos del Federales para la salud entre los diferentes Estados que conforman la República Mexicana y los recursos que éstos invierten en este rubro, siendo los más afectados los estados en los cuales existen los mayores índices de pobreza y marginación.

La implementación del “Seguro Popular” toma como premisa dar cumplimiento a un mandato constitucional a través de un mecanismo que garantice el acceso oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilizarlo y sin discriminación a los servicios médicos, farmacéuticos y hospitalarios, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad en adherencia a normas ética profesionales y aceptabilidad social. Con esto se pretende dar cumplimiento al principio ético de Justicia y Equidad en el acceso a la salud del 50% de la población no derechohabiente.

El concepto de *justicia sanitaria* conjuntamente con los de *beneficiencia*, *no maleficiencia* y *autonomía* constituye uno de los principios básicos de la Bioética. Según la clasificación de los conceptos clásicos de justicia —conmutativa, legal y distributiva—, la justicia sanitaria es “la aplicación del concepto de *justicia distributiva* en el ámbito de la salud (y como tal) se encarga de la distribución proporcionada o proporcional a cargos y cargas, méritos y beneficios. La relación proporcional es determinada por el criterio de equidad” (Montt 1995: 6). Desde esta perspectiva, la justicia sanitaria implica un sistema de salud solidario que considere la *solidaridad* como principio a partir del cual se garantice el acceso de todos los ciudadanos a las prestaciones médicas que se requieran según las circunstancias particulares de cada caso. Por consiguiente, para que un sistema de salud sea consecuente con el concepto de justicia sanitaria

debe ser *equitativo* y *justo* en lo que se refiere a prestaciones en las áreas de prevención y curación de enfermedades.⁶

De acuerdo a esta definición, la implementación del llamado “Seguro Popular” es congruente con el concepto de *justicia distributiva* en el ámbito de la salud, ya que pretende ser equitativo y justo en el acceso a los servicios de salud y a la distribución de los recursos económicos para todos y cada uno de los diferentes Estados de la República Mexicana. Sin embargo, desde la perspectiva de la distribución de los servicios este programa señala que “Como **mínimo** se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría...”. Pero como señala Claudia de la Sierra⁷ respecto a la tesis de los mínimos,

¿Cómo medimos los mínimos de salud? no es posible distinguir entre una salud básica y otra superior. Y por otro lado, ¿cuál sería el mínimo a distribuir si nuestras necesidades sanitarias son cambiantes y perentorias? En el caso de que se trate de un sistema que cubra algunos servicios básicos el problema será entonces las inequidades que provocará entre quienes puedan pagar por encima de los servicios mínimos prestados y quienes no.

Otro aspecto que merece ser analizado desde la perspectiva ética es el hecho de si realmente este programa cumple con lo que los responsables del programa llaman “cobertura universal”. En términos generales se considera como cobertura el número de habitantes que tienen acceso a un cierto servicio de salud. Sin embargo, el acceso no garantiza por sí mismo la calidad en los servicios. Desde esta definición pareciera que solo se trata de dar acceso al servicio de salud, sin tomar en cuenta la calidad del mismo, el acceso a medicamentos y a los niveles de atención.

Hasta el momento, los resultados del último informe publicado en el año 2009 son promisorios, ya que se señala una afiliación de aproximadamente 30 millones de mexicanos no derechohabientes a este seguro, siendo las poblaciones más marginadas y pobres los más beneficiados, entre ellos las mujeres. Pero aún es necesario que se realicen los estudios necesarios para evaluar si la calidad del servicio es adecuado, ya que de nada servirá la cobertura

⁶ Leda Berardi Drudi. El concepto de justicia sanitaria en el discurso gubernamental y del Colegio Médico de Chile <http://www.portaled.com/home/files/70Leda.pdf>

⁷ Claudia de la Sierra. Un panorama sobre la discusión actual en justicia sanitaria. Revista ACTIO n° 9 (noviembre de 2007) <http://www.fhuce.edu.uy/ActioSite09/Textos/9/DelaSierra9.pdf>.

“En economías empobrecidas como la de los países tercermundistas, los jóvenes y niños fundamentalmente son quienes tienen mayores chances de nacer en hogares pobres y sufrir las desventajas sociales y culturales que eso implica. En el aspecto sanitario estas personas verán reducidas sus posibilidades de desarrollo, calidad de vida y también de atención de la salud”. “En las sociedades democráticas debemos hacernos cargo de ciertas acciones, decisiones y políticas que tendrán consecuencias para algunas personas. Por lo tanto, de las inequidades en materia de salud, fundamentalmente cuando éstas son ocasionadas por desventajas en el orden social que contribuyen perder la calidad de la salud o de la atención que se tendría si no se viviera expuesto a malas condiciones de alimentación, cuidados, prevención, asistencia, etc., generan la obligación de repararlas través del Estado”.

si los recursos humanos, económicos y de infraestructura no crecen de manera paralela con el número de afiliados.

Por último es importante señalar que si bien este programa es muy joven desde su implementación, pareciera que va por buen camino; sin embargo debe de ser alimentado y apoyado con otras acciones paralelas para su éxito. Tal es el caso de la resolución de problemas tales como la pobreza, la alimentación, la marginación, infraestructura en salud, etc.

Reforma de la Salud en la República Oriental del Uruguay*

Verónica Nieto V.

Médico Pediatra Hematóloga, Diplomada en Bioética,

Postgrado Bioética en Investigación CIEB Universidad de Chile.

Miembro Responsable Alternativo de la Comisión de Bioética, Sindicato Médico del Uruguay

La República Oriental del Uruguay a partir del año 2005 inicia un proceso de reforma social, económica, y política que tiene como prioridad la educación y la salud. En el presente trabajo se intenta realizar un análisis de dicha reforma desde la perspectiva bioética.

La República Oriental del Uruguay tiene una superficie de 176.000 km² y una población de 3.334.052¹ habitantes. Se asienta en el escudo basáltico de América del Sur y su paisaje es el de semiplanicie con algunas cuchillas que la recorren siendo la altura mayor 504 mts en el Cerro Campanario. Su capital, situada al sur, es Montevideo y tiene 1.500.000 habitantes aproximadamente. Posee un sistema republicano democrático. Desde su independencia en 1830 ha sido gobernado por el Partido Colorado, salvo dos períodos, en que alternó en el siglo XX con el único partido en ese momento de oposición, el Partido Nacional.

El Uruguay sufrió una dictadura cívico-militar, que abarcó desde 1973 hasta 1985, coincidiendo con la que padecían otros países latinoamericanos. Reinstaurada la democracia han sucedido dos gobiernos colorados uno del partido Nacional y nuevamente el partido Colorado. En 2005, gana las elecciones nacionales el Frente Amplio, partido progresista, lo que conlleva un cambio en la línea política. Se inicia un proceso de reformas sociales y económicas con las que se intenta igualar las oportunidades de la población especialmente en salud y educación. Trataremos aquí particularmente la reforma de la salud. El nuevo gobierno instala los cambios siguiendo los lineamientos del Programa del Frente Amplio que se le planteó a la ciudadanía y por el cual ganó las elecciones por vez primera, hecho histórico, dado que este partido de coalición, con más de 30 años de existencia, vence a los partidos tradicionales del país. Seguidamente

* El presente trabajo se ha realizado en el marco del Programa de Postgrado de Bioética de la Investigación del CIEB, Universidad de Chile. Grant de Fogarty Foundation del NHI 5 R25 TW006056-07.

¹ INE, 2008.

enumeraremos los mismos.² A nivel social se realiza un relevamiento en la población en busca de los indocumentados y se insiste e incentiva la obtención de documentación (Cédula de Identidad) de miles de ciudadanos que no la tenían. Este simple hecho da acceso a estos ciudadanos a beneficios sociales y laborales que hasta ese momento carecían.

Se instrumentan sucesivos programas de política pública: se inicia con el Plan de Emergencia. Este plan consistía en aportar ayuda económica y alimentaria a quienes una vez evaluados sean considerados en un nivel de pobreza extrema. Al cabo del año de implementado, este plan, logró disminuir el número de personas en nivel de pobreza extrema. Posteriormente se incentiva el Plan de Equidad que está dirigido a mejorar las oportunidades de la población más desprotegida aportando diferentes instrumentos, educativos, informativos, de modo de disminuir la brecha de oportunidades entre los ciudadanos. Se inicia el Programa Trabajo por Uruguay en el que se da formación y trabajo zafra. Se promueve el trabajo formal aumentando la cifra de inscriptos a nivel del sistema previsional. Como consecuencia estos trabajadores obtienen el beneficio de acceder al sistema de salud privado si así lo desean.

A nivel de educación destacamos la instalación del Plan CEIBAL (Conectividad Educativa de Informática Básica para el Aprendizaje en Línea) que consiste en la entrega de una computadora a cada niño de la enseñanza pública, a nivel de los 6 años de escolaridad iniciales o sea de escuela primaria, así como la creación de la infraestructura necesaria para su funcionamiento, esto es colocación de antenas en los edificios escolares tanto a nivel urbano como rural para el acceso a Internet, se adecuan los programas de educación para que incluyan esta herramienta en el proceso de aprendizaje. Actualmente se extiende este programa de enseñanza de manejo de la informática a nivel enseñanza secundaria. En el área de salud se aprueban una serie de leyes que permiten iniciar el proceso de reforma del modelo de salud centrado en 3 ejes: Atención, Gestión y Financiamiento. Para comprender en que consiste la misma expondremos brevemente el sistema existente en nuestro país hasta ese momento.

El sistema sanitario se divide en público y privado. El primero cuenta con el Ministerio de Salud Pública (MSP) Hospitales y Centros de Salud en la capital y el interior, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Hospital de Clínicas (Universidad de la República), el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, el Servicio de Sanidad Policial, los Servicios de Salud de las Intendencias Municipales, el Banco de Previsión Social, los Servicios Médicos de Entes Autónomos y Servicios Descentralizados. El sistema privado cuenta con Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), Sanatorios Privados, Seguros Parciales, Institutos de

² Borgia F. La salud en Uruguay: avances y desafíos por el derecho a la salud a tres años del primer gobierno progresista. *Medicina Social*; vol. 3 No 2, 130 -147. Marzo 2008. www.medicinasocial.inf

Medicina Altamente Especializada, Empresas de Diagnóstico y Tratamiento, atención estrictamente privada. Esta estructura tiene un franco predominio del sistema privado sobre el público con cooperativas y empresas de gremios y asociaciones de grupos por nacionalidades (española, británica) y religiones (católica, evangélica). Por otra parte el sistema público atiende de acuerdo al mandato constitucional (Art. 44)³ gratuitamente a la población indigente.

El estado tiene un rol benefactor. La atención de salud está orientada fundamentalmente al tercer nivel en ambos sistemas tanto a nivel público como privado, así como existe una clara preferencia por las especialidades y subespecialidades en el área institucional como personal. El análisis desde la perspectiva bioética, del sistema existente hasta ese momento, nos muestra una falta de universalidad, individualismo, una medicina diferente para ricos y pobres, exclusión de poblaciones vulnerables en suma gran inequidad.⁴

A partir de 2005 se aprueban en forma sucesiva distintas leyes que permiten en su conjunto iniciar la reforma del sistema de salud. La ley 18.211⁵ crea el Sistema Nacional Integrado de Salud y el Seguro Nacional de Salud (SNS) que junto con el Fondo Nacional de Salud (FONASA) creado en la ley 18.131⁶, dan el marco normativo del nuevo sistema de salud que integra los sistemas existentes y regulan el ingreso de usuarios al nuevo sistema.

Por otra parte la ley 18.355⁷ de Derechos de los Usuarios retoma algunas normas ya existentes y agrega otras que aseguran la participación del usuario en el proceso de toma de decisiones, tanto en lo personal individual como a nivel institucional. Hay otras normas como la Ley de Voluntades Anticipadas⁸ 18.473, que introducen la autonomía del usuario como un elemento a ser considerado en la atención de la salud. El Código de Ética Médica⁹ del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y Federación Médica del Interior (FEMI) aprobados en el año 1995 propugnan el derecho a la participación del paciente en la decisiones.

El Seguro Nacional de Salud integró inicialmente a los trabajadores y posteriormente incorpora en forma progresiva al sistema diferentes grupos de la población. Desde enero 2008 incluye a los hijos de los trabajadores, próximamente a las parejas de los mismos, en enero 2011. Los pasivos que se jubilan actualmente tienen derecho al seguro y se intenta en el futuro poder dar cobertura a un mayor número de los jubilados.

³ Constitución de la República-

⁴ Kliksberg B. La inequidad en el campo de la Salud Pública en Latinoamérica, una cuestión crucial". Biblioteca Digital de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo - www.iadb.org/ética.

⁵ LEY 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud.

⁶ LEY 18.131 Fondo Nacional de Salud.

⁷ LEY 18.355 Derechos de los Pacientes.

⁸ LEY 18.473 Voluntades Anticipadas.

⁹ Código de Ética Médica SMU/FEMI 1995.

Por otra parte los aportes económicos que debe realizar la población se determina de acuerdo a los ingresos de los ciudadanos, siendo un porcentaje de estos, mientras que las cápitas se calculan según el nivel de riesgo en salud. Se destaca que todos los que tienen estos derechos, poseen igualdad en el acceso a los servicios.

Los usuarios, tienen libertad de elección en cuanto al sistema al que se han de afiliarse, ya sea público o privado y dentro de éste a que institución. En el nuevo sistema el Ministerio de Salud Pública deja de ser un prestador de servicios y mantiene sus funciones como rector y regulador de las políticas de salud en todo el país. Se verifica un cambio importante en el modelo de atención de salud el que ahora prioriza la Atención en el Primer Nivel, donde la Prevención y Educación en Salud de la población cobra gran relevancia. Se establece el Plan Integral de Atención de Salud (PIAS) con programas sanitarios que los prestadores públicos y privados deberán cumplir apuntando a equiparar los niveles de atención en cantidad y calidad en todos los servicios.

Con respecto a la accesibilidad se establecen prestaciones que serán gratuitas (sin cobro de tickets) control de embarazo, control pediátrico, diabéticos y otros, los que padecen enfermedades crónicas como hipertensión, que tendrán tickets de costo mínimo. El elemento más novedoso quizás sea la participación de los usuarios en los estratos de decisión, se integran así representantes del público en las comisiones tanto a nivel ministerial, la Junta Nacional de Salud y las direcciones de diferentes organismos con capacidad decisoria, haciendo efectiva la autonomía de los usuarios.¹⁰ Se crean e instrumentan las Oficinas de Atención al Usuario que deberán recibir, analizar y dar respuesta a las sugerencias y quejas de los mismos.

Desde el punto de vista de la sustentabilidad de estos programas la misma se debe en especial a las reformas en el sistema económico, que han permitido la instrumentación de estas políticas solidarias, lo que permite a su vez un acceso real a los servicios de salud de igual calidad para todos e incluyendo a la mayor parte de la población, en especial a aquellos que, hasta ahora, estaban excluidos del sistema por diferentes razones. Estas reformas apuntan a que el estado beneficentista del siglo XX dé paso a un estado regulador, y normatizador de las instituciones y prestaciones. Por su parte cada ciudadano ejerce su autonomía y a su vez coopera con sus aportes para que puedan ejecutarse programas que lleven a la equidad en la distribución de los bienes sociales. Las reformas descritas han provocado múltiples discusiones en los distintos ámbitos de la comunidad, y en especial promueven en todos los ciudadanos la asunción de la responsabilidad social.

¹⁰ Un balance de la Reforma de la Salud, 2008. Ministerio de Salud Pública.

La puesta en marcha del nuevo sistema de salud conlleva, entre otros efectos, una redistribución de los usuarios y con ello nuevos requerimientos a las instituciones privadas tanto en las plantas físicas como de personal técnico y no técnico que se acompase con el movimiento que se genera al aumentar en varias veces el número de usuarios y por tanto de consultas. A la inversa el sistema público ve disminuir el número de usuarios y consultas y con ello la disminución de la presión asistencial. Para que este proceso sea una realidad ha tenido, como es lógico suponer, una serie de eventos negativos que deberán corregirse progresivamente hasta llegar a un equilibrio.

Desde la perspectiva de los usuarios se destaca que la información fue dada en forma parcial o en términos que no fueron suficientemente claros para los usuarios por lo que el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones para elección del prestador se vio dificultado. Los usuarios se afiliaron a instituciones privadas y al hacer uso de los servicios ofrecidos vieron que los mismos requerían el pago de tickets, por ejemplo, haciendo que no fuera posible mantenerse en ellos, por lo que hubo que implementar períodos de desafiliación.

Las instituciones prestadoras de salud, que aumentaron el número de sus afiliados en cifras a veces inesperadas, reciben por ello las cápitas correspondientes, lo que en muchos casos permitió salvar las economías de muchas de ellas, que estaban al borde de la quiebra. Sin embargo no han invertido en la adecuación de las plantas físicas para la nueva población a ser atendida; tampoco se ha aumentado proporcionalmente la plantilla de funcionarios para acompañarla con la nueva situación de prestaciones. Existe además una puja entre prestadores por los potenciales usuarios quienes son atraídos a una u otra institución con ofertas, de tecnologías por ejemplo, que en los hechos deben ser abonadas aparte en caso de requerirse, siendo de esta forma una práctica desleal y manipuladora de los usuarios que una vez afiliados quedan “rehenes” de esa situación dado que sólo pueden desafiliarse en los períodos abiertos por las autoridades ministeriales a tales efectos.

Existen todavía múltiples casos de “doble cobertura”, es decir pacientes que eran usuarios del sistema público por una patología crónica o congénita por ejemplo y que al afiliarse a una institución privada deben pagar tickets para ser atendidos con la frecuencia que requiera su enfermedad, por lo que el costo se hace imposible de sostener así que vuelven a su servicio público anterior que, como en muchas ocasiones no cuenta con sistemas informáticos que le permitan acceder a la información o simplemente por no dejar al paciente sin atención lo atienden. Este hecho genera a nivel general, que la institución privada reciba la cápita por el paciente y el estado pague por la atención del mismo paciente en el sistema público, generándose de esta forma una duplicación de los “beneficios” y una inequidad porque quien

recibe los pagos para atender a estos pacientes no es quien corre con los gastos. Estas situaciones deberán ser corregidas progresivamente.

Como hemos visto la Salud en nuestro país, y como lo discute el Profesor Cassinelli Muñoz,¹¹ ha pasado de ser un “deber de medios” como lo presenta la Constitución de la República a considerarse un Derecho¹² tal como lo presenta la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹³ y los pactos que de ella se desprenden, que nuestro país ha suscrito, transformándola en una norma vinculante. Este concepto, además, se amplía agregándose el Derecho al Acceso a la Atención Sanitaria Universal que ha sido tomado como uno de los ejes de la presente reforma. El otro hecho fundamental es que el concepto de salud ha evolucionado siendo más global e incluyendo otras áreas de la vida humana como la educación y la alimentación según se declara en el artículo 14 de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos del 2005¹⁴ lo que se ha tenido en cuenta en las políticas públicas instrumentadas por el presente programa de gobierno. Las mismas tienen la equidad como criterio de justicia, entendiendo como tal aquella que tiende a disminuir la brecha entre los miembros de la sociedad brindando igualdad de oportunidades y empoderando a los más vulnerables para que puedan ejercer su autonomía con plenitud, participando a nivel personal e institucional, de la toma de decisiones que los afectan. Se deberá seguir trabajando para hacer que estos cambios se profundicen y tengamos una sociedad más justa con ciudadanos solidarios y responsables que en ejercicio de su autonomía participen de los procesos de decisión.¹⁵

¹¹ Cassinelli Muñoz H. La salud como derecho humano. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, UNESCO. 2008.

¹² Acuña MC. Exclusión, protección social y el derecho a la salud. Unidad de políticas y sistemas de salud. OPS-OMS, marzo 2005.

¹³ Declaración Universal de los Derechos Humanos, ONU 1948.

¹⁴ Declaración Universal de Bioética y Derechos humanos. UNESCO; 2005.

¹⁵ Grau Pérez C, Lazarov L. y col. Innovaciones en el sector Salud en el Uruguay; Loureiro S, Equidad y derecho a la salud, un imperativo continental. *X Congreso Latinoamericano de Medicina Social*, 17 de julio.

Justicia sanitaria en el Perú

Carmen Isolina Ayala Jara

Farmacéutica. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Chile.

Universidad Nacional de Trujillo. La Libertad, Perú

La salud es uno de los componentes esenciales para el progreso socioeconómico de todo país, considerado un elemento clave que se rige por el principio ético de equidad, enfocado en la prevención y tratamiento de las enfermedades, todo ser humano tiene derecho a un servicio de salud básico. El concepto de **justicia sanitaria**, conjuntamente con los de beneficencia, no maleficencia y autonomía constituye uno de los principios básicos de la Bioética.

Según la clasificación de los conceptos clásicos de justicia conmutativa, legal y distributiva, la **justicia sanitaria** es la aplicación del concepto de justicia distributiva en el ámbito de la salud, y se encarga de la distribución proporcional a cargos y cargas, méritos y beneficios. La relación proporcional es determinada por el criterio de equidad.¹ Entre las variables importantes que identifica el concepto de equidad se encuentra, la calidad de atención en salud. Todo ciudadano en su carácter de individuo bio-sico-social, tiene derecho a ser atendido de manera integral.

Diagnóstico de salud en Perú

La situación sanitaria en el Perú es precaria, así lo demuestran los indicadores básicos de mortalidad, desnutrición, anemia y la persistencia de enfermedades infecto contagiosas que ya fueron erradicadas en otros países. Los indicadores de salud en el Perú varían sustantivamente dependiendo de la ubicación geográfica, la situación económica, los niveles de urbanización o la pertenencia a grupos étnico-culturales. En el Perú existen 64 grupos étnicos, ser indígena aumenta las probabilidades de ser pobre de un 13% a 30%. Los indicadores de salud, son peores entre los indígenas (Mortalidad Materna, Mortalidad infantil, desnutrición; cobertura partos hospitalarios, vacunas etc). La mitad de las muertes ocurren antes de los 42 años, veinte años menos de vida en relación al promedio nacional.

En la sierra y la selva, nacer con salud y en buenas condiciones es un derecho aún por alcanzar. A pesar de ello, se ha determinado una caída ostensible de la tasa nacional de mortalidad

¹ Montt J. Justicia Sanitaria. Análisis del modelo chileno. Curso Taller OPS/OMSCIESS, *Legislación en salud*. México: 1995.

infantil, que de 96 se redujo a 21 por cada 1000 nacidos vivos, y luego a 20 el año 2008.² Si se compara la tasa de la ENDES.³ Continua 2004-2006 con la de la ENDES 2000, se observa que la mortalidad infantil ha descendido en el área rural de 60 a 36 por 1000 nacidos vivos, mientras que en la zona urbana solo disminuyó de 28 a 21 por 1000. Por regiones geográficas, los niños que nacen en la selva y la sierra tienen un mayor riesgo de mortalidad, 38 y 33 por 1000 respectivamente, frente a los de Lima Metropolitana la capital del Perú, cuya tasa de mortalidad es de 14 por 1000 nacidos vivos. Asimismo, existe una mayor mortalidad entre los hijos de madres sin educación o con estudios de primaria (34 y 38 por 1000) frente a los hijos cuyas madres cuentan con un mayor nivel educativo, específicamente con estudios superiores (17 por 1000). En América Latina, el informe de UNICEF sobre el estado mundial de la infancia registra una marcada disminución de la tasa de mortalidad en el Perú, lo que ha mejorado significativamente nuestra posición con relación a los países de la región.

Las principales causas de la aún elevada mortalidad infantil en el Perú son la falta de acceso a servicios de salud con facilidades obstétricas y la escasa adaptación cultural al parto atendido por profesionales entrenados. Según el INEI, al año 2008 el 68,1% de los partos en la sierra y el 69,8% de los partos en la selva fueron atendidos en establecimientos de salud públicos o privados, mientras en las zonas rurales solo lo fueron el 56,2% de los partos.⁴

El nivel relativamente bajo de atención del embarazo en establecimientos de salud, la reducida capacidad de resolución de estos, así como el inicio tardío en las atenciones prenatales, explican en su mayor parte la mortalidad materna. Cada año fallecen un poco más de quinientas mujeres por alguna complicación relacionada con su embarazo, y la mayor cantidad de estas madres pertenecen a las zonas rurales y de pobreza y pobreza extrema. Asimismo, las muertes ocurren principalmente debido a complicaciones obstétricas, como hemorragias durante el embarazo y el parto, toxemia (causada sobre todo por preeclampsia severa), infecciones, así como los abortos.⁵

En el ámbito de América del Sur, la mortalidad materna en el Perú es la segunda mayor después de Bolivia, y la tercera de América Latina después de Haití.⁶ El promedio latinoamericano es de 130 por cada 100 000 nacidos vivos.⁷ En las enfermedades infecciosas críticas emergentes o reemergentes, se observa una disminución en su incidencia, 50 958 casos. En tuberculosis (TBC), se observa similar tendencia decreciente desde el año 1992. En el país se ha producido una

² INEI. *Indicadores de resultados identificados en los programas estratégicos*. Junio 2009.

³ ENDES. *Encuesta demográfica y de salud familiar*.

⁴ INEI. *Indicadores de resultados identificados en los programas estratégicos*. Julio 2009: p. 60.

⁵ MINSA. *Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015*. p. 26.

⁶ OPS. *La salud en las Américas*. Edición de 2002.

⁷ UNICEF. *Estado mundial de la infancia 2009: Salud materna y neonatal*. Nueva York: UNICEF; 2008: p. 8, gráfico 1.3. Dato del año 2005.

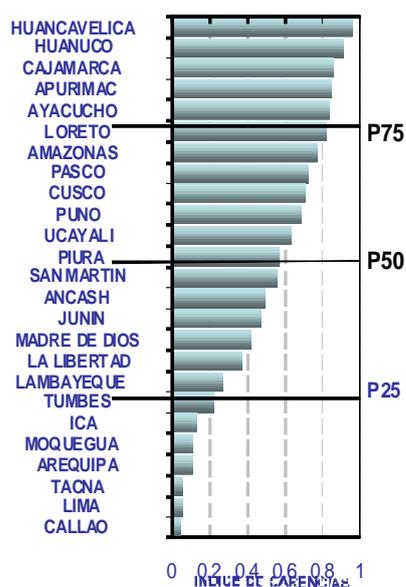
disminución en la incidencia de enfermedades infecciosas críticas emergentes o reemergentes, el pico más alto de casos de malaria (247 229) se registró en 1998; mientras que en el 2007 solo se registraron 50 958 casos; en la tuberculosis (TBC), se observa similar tendencia decreciente desde el año 1992.

La esperanza de vida al nacer nos indica la edad promedio a la que una población aspira vivir. Para el periodo 2005-2010 se tiene una esperanza de vida de 71 años, sin embargo se observan brechas al interior del país, en donde los departamentos del trapecio andino y la selva tienen esperanza de vida entre 61 y 68 años. Existen 11 departamentos con esperanzas de vida superiores al valor nacional. Los departamentos con mayores expectativas de vida son Lima (incluyendo Callao), Ica, Tacna, Moquegua, Arequipa. Elevada morbilidad por Enfermedades transmitidas que afecta el normal desarrollo de actividades económicas de los departamentos del País (año 2007), la malaria 50 mil casos anuales, el dengue 40,000 casos en los últimos 5 años y más de 4 mil casos anuales de Bartonelosis afectando a los distritos más pobres del Perú.⁸

Las regiones más pobres en el país son: Huancavelica, Huánuco, Cajamarca, Apurímac, Ayacucho, Loreto, Amazonas y Pasco, donde habitan más de 5 millones de peruanos. La mayor parte de la población rural de estos departamentos tienen serias carencias de servicios: 54% no tiene electricidad, 43% no cuenta con agua, 36% no tiene desagüe y el 45% sufre de desnutrición. El segundo grupo de pobres se encuentra en Cusco, Puno, Ucayali, Piura y San Martín con 5 millones 120 mil 201, aquí se registra una desnutrición del 34% y sin servicios básicos de agua 41%, desagüe 30% y electricidad 40%.

Del mismo modo, Ancash, Junín, Madre de Dios, La Libertad, Lambayeque, Tumbes e Ica forman una tercera categoría de pobres con 5 millones 711 mil 672, no cuentan con agua un 24%, desagüe 20% y electricidad 26%. Mientras que su tasa de desnutrición es de 29%. Le siguen Moquegua, Arequipa y Tacna con 1 millón 574 mil 612 personas, sin servicios de agua 15%, desagüe 10%, electricidad 13% y una desnutrición del 14%. En tanto, los menos pobres son 8 millones 630 mil 004 ubicados en Lima y Callao donde se registra 14%, 5% y 6% sin agua, desagüe y electricidad respectivamente, arrojando un 11% de desnutrición.

⁸ Sistema de Vigilancia Epidemiológica DGE - MINSA.



Este instrumento clasifica al país en cinco categorías (quintiles), cada una concentra aproximadamente al 20% de la población y va desde los más pobres a los menos pobres y se mide de acuerdo a sus carencias y vulnerabilidad.⁹ Uno de los problemas del acceso a la salud es el alcance de los seguros de salud, el cual es relativamente limitado, incluso para personas con empleo. Según la información del Cuadro N.1, se considera el porcentaje de la población censada de 14 y más años de edad, solo el 20,8% de la Población Económicamente Activa (PEA), tendría acceso al seguro de EsSalud, mientras que el 65% carece de seguro. El total de la PEA ocupada, solo 35% cuenta con seguro de salud. Este 35% se distribuye en un 20% que tiene únicamente el seguro de EsSalud; 7,1% es beneficiario del Seguro Integral de Salud (SIS), en

⁹ FONCODES 2006. Método de pobreza.

tanto que, el 7,1% está afiliado a otro tipo de seguro que puede ser privado, de las Fuerzas Armadas, PNP, universitario, escolar privado o de una entidad prestadora de salud (EPS).

Cuadro N°1

Población Económicamente Activa ocupada por tipo de seguro de salud en el Perú 2007

PEA ocupada sin seguro de salud	PEA ocupada con seguro de salud	Tipo de seguro de salud de la PEA ocupada			
		Únicamente SIS	Únicamente EsSalud	Únicamente otro seguro de salud 1/	Con EsSalud y otro tipo de seguro
65%	35%	7,1	20,0	7,1	0,8

* Incluye: seguro privado, seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, seguro universitario, EPS y seguro escolar privado.

Nota: En el cuadro fuente los tipos de seguro no suman 35%.

Fuente: INEI, *Perfil Sociodemográfico del Perú*. Lima: INEI, agosto 2008, p. 160.

Promoción de Salud

Esta es un área que ha sido tradicionalmente poco atendida por las políticas de salud, a pesar de su primordial importancia. La promoción de la salud abarca numerosos temas, de los cuales se da prioridad a cuatro, en concordancia con los acuerdos de la II Conferencia Nacional de Salud. En primer lugar, es conocido el impacto que tiene el agua potable en las enfermedades diarreicas y otras enfermedades transmisibles. Según el Censo Nacional del año 2007, la cobertura nacional de agua potable alcanzó al 68,6% de la población y la de alcantarillado al 53,3%. La cobertura de agua potable no ha cambiado desde el año 2003 y la de alcantarillado solo se ha incrementado en 3,9%.¹⁰ Sin embargo, en los años 2008 y 2009 los programas para la construcción de redes de agua y alcantarillado habrían permitido el acceso a estos servicios a una población de dos millones de personas.

En el marco de los Objetivos del Milenio, el Perú se ha comprometido a reducir a la mitad la población sin acceso a los servicios de agua para el año 2015. El cumplimiento de este compromiso representa un reto inmenso para nuestro país, ya que, según el Plan Nacional de Saneamiento 2006-2015 del Ministerio de Vivienda, 14 se requieren 4042 millones de dólares americanos entre los años 2006 y 2015 para atender las necesidades de agua potable, alcantarillado y tratamiento de aguas servidas.

¹⁰ INEI, Perú. *Compendio Estadístico*. 2008: p. 162 y 176.

Por razones de género, las mujeres son las principales responsables del trabajo doméstico, por lo que en los hogares que no tienen conexión domiciliaria de agua, son ellas quienes deben dedicar media o una hora diaria al pesado trabajo de acarrearla.

Con respecto a la desnutrición crónica, que aún afecta a un importante porcentaje de los niños menores de 5 años. En 1991 el 36,5% de los niños menores de 5 años sufría de desnutrición, cifra que se redujo a 21,5% en el año 2008. Es preciso señalar que la desnutrición crónica está conectada con la educación y el nivel de ingreso familiar. En ese sentido, los menos afectados por este mal son los niños de madres que pertenecen al quintil superior de ingresos, de los cuales solo 5,4% sufre retardo en su crecimiento, mientras los más afectados son los niños de madres en el quintil inferior, con una tasa del 45% de desnutrición crónica.¹¹ A pesar que la desnutrición crónica ha venido disminuyendo en el país, el Perú aún se mantiene en un nivel alto en la región.

En cuanto a la educación sanitaria: si bien en los últimos años los programas de salud y la Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria han venido realizando esfuerzos para que la educación sanitaria llegue a más personas, lo que se hace todavía es muy insuficiente. El enfoque debiera estar orientado a la prevención. Por otro lado, el plan de estudios de educación básica trata de forma débil y desarticulada la educación en salud.

Asimismo se existe el problema de contaminación del medio ambiente, con la expansión de las actividades económicas y el crecimiento de las ciudades, los problemas ambientales del aire, el agua, los residuos sólidos y otros se han incrementado. La contaminación del aire es uno de los mayores problemas ambientales en el Perú. Su principal fuente son las emisiones vehiculares, pero también existen casos concretos de contaminación por emisiones industriales. El incremento desmedido del parque automotor con vehículos usados y el caótico sistema de transporte público imperante son las causas fundamentales de la contaminación del aire en las ciudades. Lamentablemente, el desarrollo del transporte urbano ha ocurrido de manera desordenada y sin control, debido en gran parte a la libre importación de vehículos usados a partir de 1992, en su mayoría impulsados con diesel. La liberación de rutas y de los requisitos para establecer líneas de transporte urbano ha determinado que este se conforme en su mayoría por vehículos de poca capacidad (12 pasajeros), contribuyendo al caos vehicular en las principales ciudades. En adición, el uso generalizado del diesel con alto contenido de azufre, agudiza los problemas de contaminación del aire en las ciudades. La introducción reciente del gas natural vehicular, sin embargo, ha mejorado la situación.

¹¹ INEI. *Indicadores de resultados identificados en los programas estratégicos* (ENDES 2000, 2005, 2007 y 2008).

Existen alternativas para solucionar el problema de la promoción en salud, una de ellas es enfrentarlo de forma decidida y prioritaria, priorizar solo algunas de estas áreas o mantener el status quo. Si se enfrentara el problema de una manera decidida y prioritaria, la promoción de la salud se convertiría en una de las primeras prioridades del sector, convirtiéndose en una de las actividades principales de la alta dirección del Minsa, con expertos capaces de proponer y dialogar respecto de políticas de agua, nutrición, educación y medio ambiente, reforzando la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA). El ministro del ramo dedicaría buena parte de su agenda y buena parte de su fuerza política al diálogo intersectorial e interinstitucional, posiblemente estableciéndose un organismo multisectorial para este tema.

La promoción de la salud pasaría a desempeñar un papel central en las relaciones de los gobiernos regionales y se incluiría en los acuerdos de gestión. Al respecto, se promovería una acción intersectorial en el nivel regional y el fortalecimiento de las direcciones regionales de salud ambiental. Habría una política única entre quienes hoy son el Minsa, EsSalud y las sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía, y habría iniciativas fuertes para que el sistema de salud promueva la salud en todo el país.

Esta alternativa demanda un alto esfuerzo en el nivel de la dirigencia y un fuerte liderazgo; implica cambiar el rostro a la política de salud e incorporar a la dirección sectorial otras habilidades y perfiles profesionales. Sin duda, es una alternativa que tendrá altibajos en sus resultados, con grandes avances en algunas áreas y menores logros en otras, como corresponde a un proceso de aprendizaje. Su impacto en los niveles de salud, en particular de los más pobres, sería significativo.

Líneas Políticas propuestas en Salud y Seguridad social

El estado peruano actualmente dentro de sus líneas políticas se propone:

1. Garantizar el financiamiento desde los diferentes niveles de gobierno para el aseguramiento universal en salud.
2. Descentralizar los servicios de salud y garantizar el acceso universal a la atención de salud y la seguridad social y a los servicios de agua potable y saneamiento básico, priorizando a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad y adoptando un enfoque de interculturalidad.
3. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y priorizar las acciones para reducir la mortalidad materna y de niños entre 0 a 5 años.
4. Fomentar el enfoque preventivo y controlar las enfermedades transmisibles, crónico degenerativas, mentales y de drogadicción.
5. Establecer la normativa para proteger la salud ambiental y fiscalizar su cumplimiento.

Conclusiones

- Actualmente en el Perú es evidente el alto grado de inequidad social existente derivado de una economía de mercado que produce condiciones sociales, en las que muchos sectores tienen carencias educacionales y de capacitación, deficiencias de salud y alimentación, y que debido a sus condiciones de vida, en general, les impiden una incorporación positiva a los procesos de desarrollo y crecimiento, aunque este tenga lugar.
- La JUSTICIA SANITARIA implica un sistema de salud solidario que considere la solidaridad como principio a partir del cual se garantice el acceso de todos los ciudadanos a las prestaciones médicas que se requieran según las circunstancias particulares de cada caso.
- Por consiguiente, para que en un país, el sistema de salud sea consecuente con el concepto de justicia sanitaria debe ser **equitativo** y **justo** en lo que se refiere a prestaciones en las áreas de prevención y curación de enfermedades.

Agradecimiento: Al Centro Interdisciplinario de Estudios En Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile (Programa de Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial, Fogarty Internacional Center, Grant R25 TW006056, 2010).

Sistema de salud en Colombia*

Martha Lucia Rodríguez Paz

CIEB - Universidad de Chile, Universidad del Valle, Pontificia Universidad Javeriana. Colombia

El Sistema de Salud en Colombia se rige por la **Ley 100** expedida en 1993, “por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud”, basado en los principios generales de eficacia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Su concepción está orientado en 3 direcciones: desmonopolización de la seguridad social en salud para los asalariados, obteniéndose la oportunidad de elegir la Entidad prestadora de Servicios de Salud (EPS); presencia del Sector Privado como opción adicional al ISS (Instituto de Seguros Sociales) y la aparición de un sector subsidiado a través del FOSYGA, Fondo de Solidaridad y Garantía, que brinda aseguramiento a la población de escasos recursos del país.

La Ley en su filosofía busca ampliar la cobertura para todos los habitantes, con beneficio especial a las familias de escasos recursos, estratos 1 y 2 de la población nacional, brindando un aseguramiento que no existía antes a través del Sisben, Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, que a su vez se nutre con una contribución de la cotización de los trabajadores del régimen contributivo que ganen más de cuatro salarios mínimos y de aportes de la nación. El sistema está compuesto básicamente por tres entes: **El Estado**, quien realiza la coordinación, dirección y control (Ministerio de Protección Social); **Los aseguradores**, entidades públicas o privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos (EPS), las administradoras de fondos de pensiones (AFP) y las aseguradoras de riesgos profesionales (ARP); **Los prestadores**: quienes son finalmente las instituciones que prestan el servicio de salud (IPS).

Existen dos formas de afiliación al sistema, mediante el régimen contributivo y el subsidiado. En el **Régimen Contributivo** la responsabilidad de la afiliación del empleado es del empleador y la del pensionado corresponde al Fondo de Pensiones. El empleado, escoge la EPS que prefiere y se lo comunica al empleador junto con los datos de su familia. El aporte a salud debe ser el 12.5% del salario base de cotización, porcentaje que asumen en su totalidad los trabajadores independientes y en caso de ser empleado éste asume el 4% y el empleador el 8.5%. Mediante el

* Programa de Bioética de la Investigación Biomédica y Psicosocial. Programa Avanzado 2010-2011. Grant de Fogarty: 5 R25 TW006056-07.

Régimen subsidiado se acoge a la población pobre y vulnerable que no cuenta con un ingreso económico que le permita cotizar al sistema; quienes ingresan a él reciben subsidios totales o parciales, los cuales se financian con dos recursos fundamentales: las transferencias de la nación a los departamentos y municipios y el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA.

La política sanitaria desarrollada por el gobierno colombiano desde la década de los 90, tiene como objetivo mejorar la equidad y extender la cobertura, facilitando el acceso a la atención médica y el desarrollo de mecanismos para atender a los pobres.¹ Estos nobles propósitos de justicia social se ven afectados por diversos factores que al no ir en concordancia con el desarrollo de la política de salud planteada en la Ley 100 de 1993 entorpecen y dificultan su implementación. Estas circunstancias, de tipo geográfico, de acceso a un empleo estable, a vías de comunicación transitables y operativas y a una educación básica como mínimo, son obstáculos que se repiten en los países latinoamericanos donde la asistencia social se ve restringida de manera similar por factores económicos geográficos, políticos y culturales.

El Sistema de Salud anterior a la reforma del mismo,

se apoyó en el Estado para ampliar la cobertura de los servicios médicos para pobres y poblaciones rurales e indígenas mediante subsidios a la oferta a través de programas de asistencia pública, el estímulo al desarrollo de un modelo Bismarckiano de seguridad social para trabajadores asalariados, la producción y entrega directa por parte del gobierno de servicios de salud a la población y la aplicación de medidas de salud pública, la promoción del desarrollo de servicios de atención médica de carácter privado, y la administración del conjunto del sistema de salud a través de un procedimiento centralista y sistémico en manos del Estado.²

En el nuevo modelo se pasa de un sistema de transferencia de recursos a uno de financiación por medio de la venta de servicios, profundizando de esta manera, la competencia entre el sector público y el privado con el Estado como regulador. Para la implementación, se parte de los supuestos de un crecimiento promedio anual del PIB colombiano de 5.0% cifra que a finales del año 2009 tan solo alcanza el 3,46% (según el DANE³ y Cuentas nacionales) y de otro relacionado con el mercado laboral donde se espera que el empleo formal -trabajadores cotizantes al sistema- supere el empleo informal (3,0% vs 2,1%), aspecto que no se concreta, por el contrario, según el DANE -informe 2010- el empleo informal se dispara superando las cifras proyectadas (2,11% vs 3,47%).

¹ Gómez RD. Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. *Rev Debates*, 2005 (41).

² Vega Romero R. *Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social*. <http://revmed.unal.edu.co/revistas/v3n2/vol3n2i.htm>.

³ DANE: Departamento Nacional de Estadísticas.

Es preciso anotar que el cubrimiento planeado por la Ley 100 para el Régimen Contributivo según cifras del Ministerio de Protección Social del 66,7% al 2009 tan solo alcanza al 39,2% con un aumento significativo del Régimen Subsidiado del 31,1% a 53,1%, lo cual propicio un desequilibrio financiero que aunado a la disminución de aportes de la Nación por el desvío de los mismos al gasto militar. Llevó al colapso de la prestación de servicios de salud y a la declaración de Emergencia Social por medio del Decreto 4975 de diciembre del año 2009.

Para el 2009, se encuentran afiliados al Sistema 43 millones de Colombianos, de los cuales 24 millones pertenecen al régimen subsidiado y reciben el 58% de los recursos del Régimen Contributivo; en el Régimen Contributivo se encuentran 17 millones de afiliados, desde donde se reciben los aportes de 6 millones de asalariados, 1,2 millones de pensionados y de 800 mil trabajadores independientes, dando como resultado que tan solo 8 millones, entre trabajadores “formales” y pensionados, financian el Sistema de Salud. Según el Observatorio de Protección Social-CID de la Universidad Nacional, entre el 2006 y 2009, el gobierno recortó el flujo de recursos a los entes territoriales en US\$10 billones, correspondientes a transferencias del GNC a los territorios como proporción de los ingresos corrientes⁴ generando el déficit que trajo consigo el deterioro de la Red Hospitalaria y el consecuente cierre de hospitales, se desarticularon programas de Promoción y prevención pues con el sistema de aseguramiento para ninguna EPS es rentable trabajar estos temas para la población general

La Ley 100 crea planes de beneficios diferenciales para las personas afiliadas a los dos regímenes; en el caso del régimen contributivo incluye la protección integral familiar, la no aplicación de preexistencias a los afiliados restringiendo la atención de eventos de alto costo al cumplimiento de periodos mínimos de cotización (no mayor a 100 semanas)⁵ y la atención inicial de urgencias la cual debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas, independiente de la capacidad de pago. Para el régimen subsidiado, la asignación del subsidio confiere beneficios individuales a cada persona subsidiada.

Para los cotizantes del POS contributivo el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS contempla un conjunto de beneficios superior al de los afiliados al régimen subsidiado, diferencia que se considera transitoria en la medida en que se amplíe la cobertura. La gran contradicción de este lineamiento radica en su profunda inequidad, pues siendo precisamente

⁴ Contacto: obsprosoc_cid@unal.edu.co

⁵ Chavez P, Navarro L. Análisis del funcionamiento del regimen contributivo del SGSSS. CES-UNAB, 2007.

los más pobres quienes mayor necesidad requieren, reciben un paquete más restringido (Gómez R, 2005).⁶

En uno de los estudios realizado entre 1985 y 1997 se encontró que aunque el gasto de bolsillo para la salud aumentó en todos los estratos sociales después de la reforma, el gasto subió en 90% en la población más pobre, mientras que en los tres décimos de mayores ingresos el aumento fue de 70%.⁷ Sin embargo, tal vez el cambio más importante fue el deterioro de la red hospitalaria pública y de los programas de salud pública. La deuda de las empresas aseguradoras con los hospitales públicos ha llevado al cierre de ocho hospitales universitarios en los años de aplicación de la reforma.⁸

Igualmente se desarticuló la mayor parte de los programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, por lo que aumentó la incidencia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación. La cobertura de la vacunación infantil contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, la tuberculosis, la poliomielitis y el sarampión se redujo de 68% en 1990 a 66% en 1995 y a 52% en 2000.⁹

El ex ministro de salud, Dr. Jaime Arias Ramírez presenta así, el resumen de la situación en su artículo del diario El TIEMPO: **Por una nueva Ley 100:**

Los problemas que aquejan al sistema son múltiples y algunos apremiantes, como el inminente desbalance financiero en ambos regímenes (contributivo y subsidiado), las dificultades en flujos financieros de las EPS a IPS y de la Nación a entes territoriales, las debilidades en la rectoría del sistema, las fallas en la cadena de información, los deficientes controles por parte de la Supersalud, la corrupción, las barreras en el acceso a los servicios, las demoras injustificadas, la falta de garantía en la calidad y la oportunidad de la atención, la insatisfacción justificada de médicos y otros actores, el déficit en la oferta de especialistas y de algunos servicios hospitalarios.

Propone la implementación de un nuevo sistema que regrese el manejo sanitario al Ministerio de Salud, fortaleciendo su presencia en todo el territorio, estableciendo medidas contra la corrupción y el abuso financiero, con un registro de información unificado de las bases de datos de Usuarios, Aportes y Registro de Actividades.

⁶ Acosta G, J. Ramírez, Andrés A. Implicaciones éticas de las decisiones médicas en ambientes controlados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* [en línea], 2009, vol. 27 no. 1.

⁷ Castaño RA, Arbeláez JJ, Giedon U, Morales LG. Equitable financing out of pocket payments and the role of health care reform in Colombia. *Health Policy Plan* 2002, 17 (90001):5-11. Hallado en: http://heapol.oupjournals.org/cgi/content/abstract/17/suppl_1/5.

⁸ Paredes N. La salud pública: entierro definitivo. En Borrero C. (Ed.). *Reelección: el embrujo continúa*. Santa Fe de Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 2004: p. 109-118.

⁹ Profamilia. *Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta nacional de demografía y salud 2000*. Santa Fe de Bogotá: Profamilia; 2000.

Para terminar, el Doctor Rubén Darío Gómez en la revista *Debates*, de la Universidad de Antioquia se refiere a un asunto, ciertamente intangible y que no figura explícitamente en la ley, pero que en su opinión refleja un cambio crucial en la política sanitaria; es la reinterpretación de los valores y principios que inspiran la comprensión y atención de la salud. El énfasis de la política sanitaria en el modelo de competencia ha impuesto un cambio en los patrones éticos del sistema, donde la rentabilidad económica de los inversionistas, la competencia por los recursos y el afán por sobrevivir en el mercado se consideran más valiosos que la solidaridad, la equidad y el derecho a la vida. Esto según su modo de ver, es el núcleo del cambio que ha experimentado la política nacional en salud. La actual política sanitaria de Colombia impone a la respuesta social una racionalidad perversa que en lugar de contribuir a amortiguar las enfermedades y defunciones y controlar sus determinantes, supedita el beneficio público al beneficio de los inversionistas. Los intereses del mercado se han impuesto también a la ética social y quieren hacernos creer que el pretendido derecho de los inversionistas a la rentabilidad predomina sobre el interés de la gente por sobrevivir.¹⁰

¹⁰ Gómez RD. Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. *Revista Debates*, 2005 (41).

3

Prestación de servicios de salud, exclusión y desigualdad

Políticas públicas de saúde: um desafio para o controle social

Elizabeth Machado do Nascimento

Mestranda em História Social da Universidade Severino Sombra. Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil

Introdução

Na tentativa de dar visibilidade às questões acerca da Política Pública de Saúde no Brasil, é que se configuraram as ações como “uma busca pela participação social em canais institucionais onde a pressão do movimento popular pudesse se refugiar e ter seu curso perene garantido...” (Sobrinho, 2006). Diversos segmentos sociais têm na expressão controle social o sinônimo de participação social. O processo de redemocratização nos anos 1980 surge no momento em que a sociedade brasileira experimentava um processo de democratização política, após o fim do regime militar instaurado em 1964. A organização do Movimento de Reforma Sanitária¹ iniciado no final da década de 1970 reuniu grupos representados por intelectuais, partidos de esquerda, movimentos sociais diversificados que articulados contra o modelo médico-assistencial privatista² buscavam uma política de saúde pública e de qualidade.

No foco dessa discussão sobre controle social da saúde se encontra a proposta desse estudo que objetiva identificar os atores sociais envolvidos na criação do Conselho Municipal de Saúde de Valença; analisar os processos políticos dos segmentos representados no período de 1990 a 2000 para implementação do respectivo conselho e estudar a conformação do movimento social na cidade, bem como suas demandas na busca de apontar continuidades e rupturas.

A opção pela cidade de Valença justifica-se pela ausência de estudos sobre o tema de políticas públicas e de abordagens que descrevam o cenário de contradições e crises, a luta das mais diversas representações sociais ocorridas nas cidades do interior. A maioria das análises que abordam a dinâmica dos movimentos sociais pró-saúde centra-se na realidade das grandes capitais. Assim, pretende-se evidenciar as peculiaridades dos movimentos sociais em prol da

¹ O Movimento de Reforma Sanitária tornou-se uma experiência rica no campo das políticas públicas e das suas implicações para o relacionamento Estado-Sociedade.

² Modelo de saúde implementado durante a década de 70. Termo utilizado por Mendes EV. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2da. Ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1994.

instalação dos conselhos, com ênfase no processo ocorrido em Valença por meio de uma análise historiográfica acerca do tema, tendo como principais fontes: documentos e história oral.

A escolha por Valença

A historiografia brasileira do século XX é enriquecida por um considerável número de fontes. O período proposto para a pesquisa agrega no campo da saúde um significativo acervo. Entretanto, na busca de informações sobre esse mesmo período em cidades do interior, nesse caso, em Valença-RJ encontramos uma realidade bem distinta.

A cidade de Valença antes da colonização era habitada pelos índios coroados. O então vice-rei Luiz de Vasconcelos e Souza ordenou que fosse realizado o aldeamento e as catequeses ao capitão Ignácio de Souza Werneck, ao proprietário da fazenda Ubá, José Rodrigues da Cruz e ao padre Manoel Gomes Leal que construíram uma estrada e uma capela. Essas foram às primeiras iniciativas para a futura cidade.

Em 1807 a localidade recebe o título de Freguesia pelo governo e em 1823 é emancipada, tornando-se Vila. Após desmembramento das Vilas de Resende e São João do Príncipe, seu território é definido em 12 de novembro de 1826. No ano de 1857 a Vila recebe em 29 de setembro o título de Cidade, coincidindo com a cidade de Vassouras que também recebe o mesmo título e são geograficamente vizinhas. Ambas eram conhecidas por suas grandes fazendas de café, alavancando economicamente a região. Entretanto, com a Lei Áurea em 1888, perdem sua mão de obra escrava e já no final do século XIX inicia o processo de decadência na produção cafeeira. Assim, gradativamente a pecuária e a agricultura substituíram a antiga cultura.

Valença também era conhecida como a “Princesinha da Serra”, assim chamada por D. Pedro II ao conhecê-la ainda no século XIX quando usufruía de seu apogeu econômico com a produção cafeeira. Já em 1906, por intermédio do Comendador José Siqueira Silva da Fonseca, o Coronel Benjamim Ferreira Guimarães instalou a primeira fábrica de tecidos de algodão, além da montagem de uma usina produtora de energia elétrica. Outras indústrias têxteis se instalaram na cidade sendo as principais empregadoras. Porém, no início da década de 1990 esse quadro começa a mudar com a abertura do mercado internacional e a mundialização do capital, facilitando a importação de produtos a preços que comprometeriam significativamente o mercado interno. Valença não ficou excluída desse processo.

Conforme Furtado destaca:

A atrofia dos mecanismos de comando dos sistemas econômicos nacionais não é outra coisa senão a prevalência de estruturas de decisões transnacionais, voltadas para a planetarização dos circuitos de decisões. A questão maior que se coloca diz respeito ao futuro das áreas em que o processo de formação do estado nacional se interrompe precocemente, isto é, quando ainda não se há realizado a homogeneização nos níveis de produtividade e nas técnicas produtivas que caracteriza as regiões desenvolvidas. (1992: 24)

É nesse contexto que se encontra a cidade no período de criação dos Conselhos de Saúde.³ Um importante instrumento de controle social foi a criação das Leis Orgânica da Saúde nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 e da 1.609/92 que constitui o Conselho Municipal de Saúde de Valença. Todavia, apenas em janeiro de 1996 os Conselheiros de Saúde tomam posse e iniciam seus trabalhos.

Entre 1990 e 1992, há registros por meio de relatos sobre a existência de movimentos sociais que lutavam por várias questões sociais na cidade, a exemplo do Conselho Municipal das Associações de Moradores de Valença-COMAM-VA. É possível que as estratégias de enfrentamento na ocasião não tenham impactado a opinião pública e outros sujeitos sociais em virtude da forte crise de desemprego que naquele momento ocupava boa parte das discussões na cidade. Outra possibilidade seria a falta de interesse do poder público na criação do Conselho, visto nesse caso, as políticas de saúde e outras ações tornarem-se expostas à sociedade e a participação social ser efetivada. É possível que nesses quatro anos entre a criação e a efetivação do CMS⁴, diversos atores sociais tenham se articulado, lutado pela concretização do direito de participar, de fiscalizar e de garantir um serviço de saúde pública de qualidade, sem, no entanto, obterem êxito. Acreditamos que o entendimento deste período será capital para a análise do processo de criação deste órgão, na medida em que sua configuração inicial reflete este momento de aglutinação de forças. De um lado a exigência legal e de outro as demandas internas. O resultado desta confrontação de forças estará, ou não, aglutinado no CMS.

Assim, acreditamos existir diferenças expressivas entre o processo de organização do Conselho Municipal de Saúde no interior, daqueles já amplamente analisados acerca desta experiência nos grandes centros urbanos. Nesse sentido, questões ligadas à mobilização social em Valença entre

³ “Conselho de Saúde é um espaço de lutas entre interesses contraditórios pela diversidade de segmentos da sociedade nele representados. Desta forma, constitui-se em espaço contraditório em que, de um lado, pode formar consenso contrarrestando os conflitos imanentes ao processo de acumulação do capital e, de outro, pode possibilitar aos segmentos organizados na sociedade civil que representam as classes subalternas, defenderem seus interesses em torno da política de saúde” (Correia, p. 127: 2008).

⁴ CMS - Conselho Municipal de Saúde.

1990 e 2000; bem como a identificação de suas principais lideranças e bandeiras de luta serão necessárias para o alcance dos objetivos aqui propostos.

1970 - Ampliação da conjuntura política

A década de 1970 em termos de História do Brasil é muito marcante: é o tempo de maior repressão política, do milagre econômico (ou *boom econômico*), da conquista do tricampeonato de futebol, da derrocada econômica e da distensão política. A política de saúde pública não passa alheia a este movimento. Vale ressaltar que o final da década anterior viu a transformação do modelo de saúde que vinha sendo adotado desde os anos de 1930 –de um lado, a saúde previdenciária ligada às categorias profissionais como, por exemplo: marítimos, ferroviários, comerciários, entre outros; enquanto a saúde pública, por outro lado, atendia aqueles que não estavam formalmente no mercado de trabalho. As ações estavam voltadas para a interiorização dos serviços, implantação de estrutura básica de saúde pública e uma discreta ampliação de sua cobertura. As duas perspectivas foram unificadas em 1967 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que absorveu os hospitais mantidos pelas entidades profissionais e deu amplo acesso a todos.

Nesse período a saúde enfrentou sérias tensões para poder ampliar seus serviços e obter recursos financeiros, atender aos interesses burocráticos entre setores do Estado e do empresariado médico, bem como uma efetiva ação do movimento sanitário. Ainda assim, as ações em saúde eram curativas comandadas pelo setor privado.

Pode-se afirmar que essa crise da política de saúde foi um significativo marco nesse tempo em função do esgotamento da capacidade de financiamento do modelo de assistência que prevalecia, de alto custo e baixa efetividade. A insatisfação dos usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde também contribuíram para o agravamento desse processo. A partir desse contexto, novas propostas foram construídas para a oferta dos serviços de saúde, com destaque para a ampliação da assistência pública em detrimento da compra por serviços privados. Esses cresciam de forma autônoma, embora recebessem subsídios governamentais.

Esse período também foi marcado pelos altos índices de corrupção e gastos para a Previdência Social. Tais acontecimentos promoveram a constituição de um movimento político —ideológico, como afirma Menicucci (2007) que buscava um processo de reforma de maior impacto— o movimento sanitário. Inicialmente representava apenas ações isoladas que tomaram forma e ganharam sustentação política na década seguinte. Era a expressão de múltiplos interesses que convergiam nos aspectos da: universalização e da publicização da assistência à saúde.

Década de 1980 - o impacto das transições

Essa década representou inicialmente uma derrota para a classe trabalhadora no campo econômico, entretanto, no campo político o quadro foi outro. Houve uma expressiva ampliação da organização das classes subalternas com a formação do novo sindicalismo político e com diversos movimentos reivindicatórios. Esse processo segundo Gramsci, pode ser concebido como: “A consciência de fazer parte de uma determinada força hegemônica (isto é, a consciência política) é a primeira fase de uma ulterior e progressiva autoconsciência, na qual teoria e prática finalmente se unificam” (Gramsci, 1986: 21).

A grave crise econômica que se instaurou no período, repercutiu no aumento da recessão, inflação e desemprego, agravado pela sujeição do Brasil ao mercado internacional. Ainda assim, os trabalhadores mesmo diante das contradições advindas da relação entre capital e trabalho, foram os principais sujeitos nas lutas políticas, na luta por um regime democrático e pela elaboração de uma nova Constituição.

A Reforma Sanitária envolveu um número expressivo de sujeitos sociais, representações sociais na luta por políticas públicas, encontrando na figura do sanitarista Sergio Arouca —presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) — um de seus maiores líderes. Essas representações assumem a luta pelo exercício de cidadania, expressando a estratégia de universalização do direito à uma saúde de qualidade.

O espaço de debate aberto pelo Conselho Nacional de Administração de Saúde Pública (Conasp) para discussão e decisões sobre as políticas de saúde foi essencial para a promoção de transferência financeira do governo federal para os demais estados, garantindo o princípio de universalização do direito à saúde. De acordo com Carvalho (1995), ainda que emerso da lógica do Estado, houve uma abertura aos princípios do movimento sanitário. Com a multiplicação das comissões pelo país, aumenta o número de sujeitos políticos participando da discussão.

Um grande evento que permeou as discussões sobre saúde e do próprio movimento sanitário teve seu início em 17 de março de 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde-8º CNS que agregou o número de 5.000 participantes, representando os sujeitos sociais e as políticas para a saúde da sociedade civil organizada. De acordo com Carvalho (1995):

A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programa de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima

representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais.

A partir de um longo processo de luta pelos diversificados movimentos sociais em todo o país, a Constituição de 1988 atendeu a maioria das reivindicações desses segmentos. Para Teixeira (1989:50-51) os principais aspectos foram:

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerado de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá se complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Todas essas ações culminam com a criação do Sistema Único de Saúde-SUS, regulamentado pelos artigos 196 ao artigo 200 da Constituição de 1988. Assim, nos anos de 1990, o Estado assume os ideais liberais inaugurando com o governo Collor (1990-1992) um intervencionismo estatal, desregulamentando toda a economia.

Essa hegemonia neoliberal contribuiu para uma conjuntura hiperinflacionária como aponta Bravo (1999). Tais medidas de ajuste econômico agravaram a situação de emprego no país, reduzindo os direitos sociais e trabalhistas; precarizando o trabalho, causando o desmonte da previdência pública com o sucateamento da saúde e educação nos espaços representativos do coletivo, tornando o controle social fragilizado.

Considerações Finais

Acreditamos que o desenvolvimento da pesquisa proporcionará uma série de respostas ainda não respondidas sobre o processo de formação do Conselho Municipal de Saúde em Valença e promoverá um número ainda maior de questionamentos. Visto que o processo de conhecimento não será encerrado no fim do período proposto, porém se renova na busca de caminhos antes

desconhecidos e que receberão apenas as contribuições para serem desbravados por novas perspectivas historiográficas.

Referências bibliográficas

- Brasil. Constituição da República Federativa. Publicada no DOU n. 191-A de 05 de outubro de 1998.
- Bravo MIS. Política de Saúde no Brasil. Mota AE. et al. *Serviço Social e Saúde*. 3era. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília >DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.
- Campos EB, Maciel CAB. Conselhos Paritários: o enigma da participação e da construção democrática. *Revista Quadrimestral de Serviço Social*. Ano XVIII - n° 55, p.148. São Paulo - SP: Cortez, novembro de 1997.
- Cardoso FH. Quatro discursos de FHC. *Cadernos do PSDB*, Brasília, v 1, n. 1, abr., 1996.
- Carvalho AI. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.
- Correia MVC. Controle Social na Saúde. Mota AE. et al. *Serviço Social e Saúde*. 3era. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília >DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.
- Draibe S. Políticas sociais nos anos 90. Baumann R. (Org.). *Brasil: Uma Década em Transição*. Rio: Campus, 2000.
- Faleiros VP. Estado e massas na atual conjuntura. *Sociedade e Estado*: revista do Departamento de Sociologia da UnB, Brasília, v. 1, n. 1, 1986.
- Faleiros VP. A reforma do estado no período FHC e as propostas do governo Lula. Faleiros, Vicente de Paula et al. *A era FHC e o governo Lula: transição?* Brasília: Inesc; 2004.
- Forman S. *Camponeses: sua participação no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1984.
- Furtado C. Brasil (a construção interrompida). São Paulo: Paz e Terra; 1992: p.24. En: Ianni O. *A era do globalismo* 9ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2007.
- Gramsci A. *Concepção dialética da história*. 6ª. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1986.
- Gershman S. Sobre a formulação de políticas sociais. En: Teixeira S. et al. *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. 3ª Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em saúde Coletiva, 2006.
- Ianni O. *A era do globalismo*. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2007.
- Martins JS. *Os camponeses e a política no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 1986.
- Marx K. *Sociologia*. Ianni O. (Org.) 4ª Ed. São Paulo: Ática; 1984.
- Matos MC. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. En: Mota AE. et al. *Serviço Social e Saúde*. 3ª Ed. São Paulo: Cortez; Brasília >DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.
- Menezes AM. *Momento brasileiro: do fim do regime militar à eleição de Lula*. Rio de Janeiro: Gryphus; 2006.

Mendonça SR, Fontes VM. *História do Brasil recente 1964-1992*. 4ª Ed. São Paulo: Ática; 1996.

Menicucci TMG. Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processo e trajetória. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.

Minayo MC (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 6ª Ed. Petrópolis RJ: Vozes; 1994.

Mota AE. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. En: Mota AE. et al. *Serviço Social e Saúde*. 3ª Ed. São Paulo: Cortez; Brasília >DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

Netto JP. *Ditadura e serviço social: uma análise o serviço social no Brasil pós-64*. São Paulo: Cortez; 1991.

Rodrigues M. *A década de 50 populismo e metas desenvolvimentistas no Brasil*. São Paulo: Ática; 1999.

Sposati A, Lobo E. Controle Social e Políticas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p. 366-378, out, /dez., 1992. SOBRINHO, E. J. M. A. in Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo participativo. Brasília, 2006.

Tjader RS. *Uma Pequena História de Valença*. Valença, RJ: Ed. Valença; 2003.

Teixeira SF. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In Reforma Sanitária em busca de uma teoria. Teixeira. S. F. (org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

El Principio de Justicia y la salud en Chile

Claudio Lavados Montes ^I

Alejandra Gajardo Ugás ^{II}

^I Licenciado y Magíster en Teología y Magíster en Bioética.

Profesor Permanente Universidad Católica Cardenal Silva Henríquez, Chile*

^{II} Licenciada en Enfermería y Magíster en Bioética. Directora Escuela de Enfermería,
Universidad Santo Tomás, Chile**

Introducción

En el último siglo la salud ha dejado de ser una cuestión que los individuos gestionan privadamente, para convertirse en problema público y político. Por eso los términos 'sanidad' y 'política', en principios ajenos entre sí, han llegado a unirse indisolublemente en la expresión 'política sanitaria'. Hoy es difícil encontrar algún aspecto de la salud de las personas completamente desligado del inmenso aparato burocrático de la política sanitaria. Muchos consideran excesiva esta injerencia de la política en sanidad, en tanto que para otros resulta todavía insuficiente. Pero todos justifican sus puntos de vista apelando al concepto de justicia distributiva. No puede extrañar, por ello, que uno de los capítulos más vivos y polémicos de la bioética actual sea el de la justicia sanitaria. ¿Cuándo debe considerarse justo o injusto un servicio de salud? ¿Qué recursos es preciso asignarle para cumplir con el deber de justicia? ¿Cómo proceder cuando los recursos disponibles son menores de los teóricamente necesarios? ¿Cómo distribuir justamente los recursos insuficientes? He aquí algunas de las preguntas que se hacen diariamente los políticos, los gestores sanitarios y el público en general.¹

I. Justicia: definición y perspectiva bioética

1. Intento de definición de justicia

No ha sido posible responder de manera definitiva a la pregunta ¿qué es la justicia? La palabra se emplea de diversas maneras, todas ellas legítimas. Sin embargo, es posible identificar los principales significados del concepto: en primer lugar, como retribución o castigo y, segundo, como equidad y, en particular, como distribución equitativa.

* Contacto: clavados@ucsh.cl

** Contacto: agajardo@santotomas.cl

¹ D. Gracia. *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Bogotá: Editorial El Búho, 2002.

El primero es más pertinente en discusiones sobre leyes que sobre salud, ya que se relaciona con el hecho de que las personas que hacen algo incorrecto deben responder por sus actos ante la justicia. Aquí el castigo o la retribución se consideran como algo “justo” porque su objetivo es corregir el error que se cometió.

El segundo sentido es el de equidad. En ocasiones se lo describe como la distribución justa de un bien a todos los individuos, en porciones iguales. ¿Cómo podemos interpretar esto? Existe, en cambio, otra interpretación más amplia y significativa del concepto: “a cada cual según sus derechos”, la cual se deriva de la idea de que la equidad es un tipo de igualdad. En este caso, el concepto implica que cada individuo tiene los mismos derechos a recibir atención de salud. Empero, la igualdad en derechos no concede automáticamente igualdad en retribuciones. En salud esto quiere decir que, a pesar de que todos tienen el mismo derecho a recibir atención, ello no asegura de manera automática una distribución equitativa.

2. Asignación de recursos

Con frecuencia escuchamos que se cuenta con recursos limitados, pero la demanda es ilimitada. Por tanto, es poco realista esperar que se puedan cubrir todas las demandas en su totalidad. Si comenzamos desde esta posición, entonces es inevitable que exista cierto grado de injusticia, porque no se cubrirán las necesidades de algunas personas y sí se cubrirán las de otras. Pareciera ser que la salud nunca podrá cubrirse de manera total, a menos que se cuente con recursos ilimitados. De hecho, sería preciso contar con más recursos para la probable demanda y de esta forma asegurar una justicia absoluta. El principio de justicia comprende el uso racional de recursos disponibles que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud, lo que apunta no sólo a los ciudadanos, salvaguardando su dignidad de personas, sino a las obligaciones del Estado de asegurar, responsablemente, el mínimo de los mínimos.

Justiniano caracterizó la justicia como el deseo constante y perenne de entregarle a cada uno lo que le es debido. La dificultad estriba en establecer qué se debe a quién y por qué. El principio de justicia exige una distribución “equitativa” de los recursos en la procura del bien “salud”. A lo largo de un par de décadas ha ido discurriendo la bioética sobre el significado y el peso de cada uno de estos principios para lograr una buena práctica asistencial y de la investigación. Temas tan centrales y sensibles para la vida humana en situación de enfermedad, como el consentimiento informado, las directrices anticipadas o la confidencialidad, han ido viendo la luz, pero las cuestiones referentes al principio de justicia son las que reclaman una especial atención, porque se encuentra en una situación poco entendida y comprendida, como también de “alto riesgo”. Las acusaciones de ineficiencia y despilfarro de que está siendo objeto el sistema

de salud pública reclaman, sin duda, reformas que apuesten por una mayor eficiencia y eficacia en la gestión de los recursos.

La gestión sanitaria sólo será verdaderamente eficiente si se encuadra dentro de un marco de justicia social que se comprometa a cumplir al menos dos requisitos: cubrir unos mínimos universales de justicia sanitaria a los que no puede renunciar una sociedad que se pretenda justa, y percatarse de que para satisfacerlos no bastan las reformas del sistema sanitario en sentido estricto, sino que es necesario que la sociedad en su conjunto apueste por nuevas formas de vida. Por eso el discurso de la eficiencia, verdaderamente ineludible en salud, debe cobrar todo su sentido en un marco de justicia que reclama la satisfacción de unos mínimos irrenunciables y la transformación de la vida social. En efecto, recordemos cómo fue el nacimiento de los estados de bienestar, el que trajo de la mano la convicción de que la asistencia sanitaria es un asunto de justicia social, un asunto público y de prioridad del Estado y no una cuestión privada. Razones diversas abonaron una convicción semejante, desde las puramente economicistas hasta el reconocimiento de dos hechos morales: la salud es un bien tan básico que la atención sanitaria no puede quedar al arbitrio del mercado y, a mayor abundamiento, su financiamiento privado aumenta las desigualdades. La atención sanitaria se reconoce como un derecho humano al menos desde 1948, y el estado social de derecho se juega su legitimidad, entre otras cosas, en procurar atención salud a todos sus miembros.

3. Teoría de la justicia aplicada en bioética

John Rawls (*A Theory of Justice*, 1971) construye dos principios sobre los cuales basar la noción de justicia social. A partir de una “posición original”, equivalente al contrato social de los filósofos políticos clásicos, sostiene que, en términos generales, la idea básica de la justicia es la ausencia de desigualdades arbitrarias. ¿Cuáles serían éstas en el campo de la salud colectiva? Un modo efectivo de distinguirlas podría ser detectarlas en función del desarrollo de cada sociedad, en la distribución de recursos y en el acceso a la salud —en el amplio espectro comprendido en la definición de la Organización Mundial de la Salud.

De las variables utilizadas por Rawls para definir la justicia, una está referida al ámbito del derecho privado, incluyendo la temática de las libertades. Para ello aplica el principio según el cual “todas las personas tienen el mismo derecho a la libertad básica más amplia que sea compatible con la libertad similar de los demás” (se refiere a las libertades de expresión, de asociación, la libertad de conciencia y de pensamiento, derecho a elegir y ser elegido, derecho a la propiedad privada, a no padecer embargo o detención arbitraria, derecho de asociación). La segunda abarca las desigualdades sociales y económicas, base de la estratificación social tanto para teorías sociológicas monistas como pluralistas, e incluye dos principios: a) el de diferencia,

según el cual esas diferencias y desigualdades sociales estarán organizadas de modo tal que puedan suponerse, con criterio de realidad, que redundarán en beneficio de todos, y b) el de igualdad de oportunidades, que supone que, ajustadas armoniosamente, dichas diferencias se correspondan con posiciones y cargos accesibles a todos.

4. Justicia sanitaria

En materia de salud, ha sido Norman Daniels quien ha intentado aplicar la teoría rawlsiana de la justicia. En su opinión, la igualdad de oportunidades tiene otro bien primario de carácter subsidiario que es el derecho a la asistencia sanitaria. En tal caso podría hablarse de derecho a la justicia sanitaria, entendiendo por tal una “asistencia médica justa” que a su vez requiere la definición clara y precisa de “necesidades de asistencia”. Daniels las define desde el “funcionamiento típico de la especie”, que serían “todas aquellas desviaciones de la organización funcional natural de un miembro de la especie”, pero no todas.

Otro bioeticista que retoma la idea de salud como bien social primario es Ronald Green, quien no sólo la limita a la generación actual sino que la vincula con el deber de preservación de la calidad de vida de las generaciones futuras, a tono con el auge de las teorías medioambientalistas. En este orden de ideas, Diego Gracia cree que este enfoque puede ser la base fundamental de discusión para la toma de decisiones en materia de justicia sanitaria en el futuro.

II. Salud en Chile, ¿principio de justicia?

La Constitución de la República de Chile declara que la salud es un derecho básico reconocido para todos los ciudadanos. En las propuestas de reforma de la atención de salud que se han gestado en el país se la considera como un bien social. La igualdad de oportunidades en la atención de salud es la expresión más clara de cómo se manifiestan y reclaman los derechos de las personas. Por eso se considera que la equidad en salud, así como el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, debe constituir un derecho esencial de todas las personas, y un imperativo ético en las políticas de salud.

En lo que se refiere a indicadores de salud, el progreso que ha presentado Chile en las últimas décadas, respecto de la mortalidad infantil, materna y general, es notable, llegando a cifras comparables con las de países desarrollados. Estos importantes logros no han beneficiado de la misma forma a toda la población, existiendo en la actualidad una gran variabilidad de estos

indicadores al desagregarlos en los distintos niveles de organización geopolítica, la cual representa la desigualdad del estado de salud de la población chilena.²

El estudio de las inequidades en salud se ha planteado tanto en el ámbito económico como sanitario. Autores nacionales expresan que la equidad en el nivel de salud de la población representa el indicador central del impacto de la intervención social, el cual tiene un profundo significado ético, filosófico, económico y de justicia social. Margaret Whitehead (OMS) define funcionalmente: “Por inequidad en salud se entienden las diferencias sistemáticas que son innecesarias y evitables, además de injustas”.³

Inequidad se define como justicia natural en oposición a la letra de la ley positiva. El concepto de inequidad se refiere a la insuficiencia de justicia distributiva —en el concepto aristotélico de igualdad entre iguales— y a la desigualdad de oportunidades de acceso proporcional a determinados servicios o prestaciones —en el concepto de Rawls. Esta última teoría de la justicia considera además que las inevitables desigualdades sociales y económicas no deben recaer en los más desfavorecidos.

Equidad en salud implica el ideal que cada persona tenga la misma oportunidad de obtener su máximo potencial en salud y, más pragmáticamente, que nadie esté en desventaja para alcanzar este potencial si esto puede ser evitable. La expresión activa de la equidad significa promover la disminución de las brechas en los indicadores de salud que diferencian a los grupos sociales mediante la acción sobre determinantes sociales, económicos, tecnológicos y culturales que afectan a los grupos más desfavorecidos. La estrategia es identificar las brechas de equidad en salud y analizar sus causas, y para ello debemos tener presente que equidad implica crear igualdad de oportunidades en salud y llevar las diferencias en salud al nivel más bajo posible. La equidad en el acceso a la atención de salud, eficacia en las intervenciones destinadas a promover, preservar y recuperar la salud, y eficiencia en el uso de los recursos disponibles son los objetivos centrales de la reforma de nuestro actual Sistema de Salud.

Dentro de la reforma de salud se encuentra el Plan Auge que plantea como objetivo central garantizar el acceso a atención médica, dentro de plazos estrictos predefinidos,⁴ a todos los pacientes que cumplan con determinados criterios de inclusión, consistentes en la confirmación diagnóstica y tratamientos estandarizados para un conjunto de enfermedades priorizadas por su

² Montoya C, Barilari E, Madrid S, Ramírez M. Medición de la inequidad en la situación y atención de salud. El ejemplo de Chile, 1992. *Rev Chil Salud Pública* 1998, 2: 122-128.

³ Whitehead M. *The Concept and Principles of Equity and Health*. Copenhagen: OMS; 1990.

⁴ MINSAL. Piloto AUGE 2004. Documento para la aplicación del sistema AUGE en las redes de atención del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Versión 1.1. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2004.

alto impacto sanitario y social. Para las prestaciones asociadas se definen, además, garantías explícitas y exigibles de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera.⁵

El desafío radica en que el sistema público de salud pueda cumplir con los plazos establecidos por el Plan AUGE sin menoscabar la atención que se brinda al resto de los usuarios. Este punto ha sido objeto de gran polémica en la sociedad chilena, puesto que existen posiciones antagónicas entre sus actores más importantes, que van desde afirmar que las atenciones prioritarias de potenciales beneficiarios del Plan AUGE no causarían detrimentos en el acceso a atenciones médicas de pacientes con otras patologías, hasta señalar que la implementación del Plan significará crear un sistema discriminatorio.⁶

Sin embargo, al implementar acciones para satisfacer determinadas exigencias, como el acceso, no hay modelo que pueda sustraerse de hacer discriminaciones que susciten reparos sobre su justicia o transparencia. La causa no es otra que la lógica limitación de recursos ante demandas sanitarias que exceden las disponibilidades,⁷ por lo que la determinación de prioridades en los servicios de atención de salud resulta inevitable. Ello sucede en todos los países del mundo, independiente de que sus sistemas de atención de salud tengan un carácter principalmente público o privado, del monto de recursos con que se cuente o de la orientación de las políticas sociales.

La priorización en el Plan AUGE fue realizada sobre la base de análisis sanitarios y financieros. Las garantías son determinadas por el Ministerio de Salud, con base en estudios epidemiológicos que identifican un listado de prioridades y de intervenciones que consideran la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo-efectividad. Sobre esta base se definió un listado de enfermedades y sus prestaciones asociadas.

El AUGE prioriza soluciones costo-efectivas (la mayor efectividad posible para resolver un problema de salud al menor costo), expresadas a través de protocolos los que, en teoría, deben considerar para enfrentar cada patología aquellas soluciones que tienen la mejor relación efecto-coste. Además, garantiza derechos a la gente (para el grupo de patologías priorizadas) lo que representa un gran avance en el ámbito de los derechos ciudadanos. Sin embargo, este proyecto incluido en la reforma de salud provoca una serie de cuestionamientos que tienen relación con la situación de incertidumbre o restricciones en que quedarían las personas que fueron excluidas

⁵ González F. Implementación del plan AUGE en pacientes con IRC. *Rev Médica de Chile* 2003; 131(5): 545-551.

⁶ González F. Implementación del plan AUGE en pacientes con IRC. *Rev Médica de Chile* 2003; 131(5): 545-551.

⁷ Rosselot E. Aspectos Bioéticos en la Reforma de la Atención de Salud en Chile. II, Discriminación, libre elección y consentimiento informado. *Rev Médica de Chile* 2003 131(11): 1329-1336.

en esta priorización y no tendrían acceso a exigir garantía alguna. Es evidente que una de las debilidades que presenta el Plan AUGE es justamente la priorización por patologías, ya que esta es una forma común de discriminación en la atención de salud, dejando una sensación de injusticia o marginación por parte de quienes queden fuera de esa lista favorecida por “garantías explícitas”. Ante lo expuesto, queda de manifiesto que, frente a una sociedad que presenta desigualdades en su nivel de salud, se requiere de principios éticos que rijan la asignación de los recursos.

Como principio ético se considera fundamental el principio de justicia como lo plantea John Rawls en su libro *Teoría de la Justicia*, en el que establece tres grandes principios orientados a la búsqueda de la equidad en la distribución de los valores sociales:

Todos los valores sociales —libertad, oportunidad e ingreso y riqueza—, así como las bases sociales y el respeto a sí mismo, habrán de ser distribuidas igualitariamente, a menos que una distribución desigual redunde en una ventaja para todos.

Todos los valores sociales —libertad, y oportunidad y ingreso y riqueza—, así como las bases sociales y el respeto a sí mismo, habrán de ser distribuidas igualitariamente, a menos que una distribución desigual redunde en beneficio de los menos aventajados. Las desigualdades económicas y sociales han de ser estructuradas de manera que sean de mayor beneficio de los menos aventajados, de acuerdo a un principio de ahorro justo. Unido a que los cargos y las funciones sean accesibles a todos, bajo condiciones de justa igualdad.

Esta concepción de justicia, basada en el modelo de Rawls, es aplicable a la salud en la medida en que se establezcan cuáles son las necesidades en salud que deben considerarse como bienes primarios y, por lo tanto, que deban ser garantizados para todos por igual. La justicia se entiende así como principio ético básico en un área donde las necesidades son múltiples y se cuenta con recursos escasos para poder garantizar un nivel mínimo de salud que abarque toda la sociedad, independiente de la patología que lo afecte.

Conclusión

Ante la necesidad de una distribución equitativa de recursos que mejoren el nivel de salud de la población, se considera la salud como un bien, ya que nos permite un desarrollo integral individual y como sociedad. Por lo tanto, para el logro de equidad en salud es necesario comprender la importancia de garantizar una justa distribución de los recursos, que evite las restricciones o privilegios a los que arbitrariamente pueden estar sometidas las personas en la atención de salud. Aun cuando los derechos económicos, sociales y culturales están condicionados en su aplicación a los recursos que el Estado disponga, son derechos exigibles en justicia y, por tanto, obligaciones perfectas y no caridad.

Un sistema de atención médica justo requiere de un diseño de normativas deontológicas que definan el marco de acción en términos de los derechos de la sociedad, las responsabilidades del Estado con los ciudadanos, las responsabilidades individuales y la forma en que se distribuirán las riquezas del Estado. Será necesario entonces que se cumpla con la dimensión teleológica que garantice una eficiente administración de los recursos disponibles, para lo cual será indispensable: a) que el sistema sanitario sea eficaz, es decir, que garantice que los métodos diagnósticos y terapéuticos sean de utilidad científica demostrada, b) que el sistema sea eficiente, esto es, que los procedimientos de diagnóstico y tratamiento sean analizados de acuerdo con criterios de costo-beneficio.

Sistema universal de saúde e desigualdades territoriais no Brasil

Fabíola Lana Iozzi ^I

Mariana Vercesi de Albuquerque ^{II}

Ana Luiza d'Ávila Viana ^{III}

^I Doutoranda e pesquisadora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DM/FM/USP). Mestre em Geografia Humana pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

^{II} Doutoranda e pesquisadora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DM/FM/USP). Mestre em Geografia Humana pela Universidade de São Paulo (USP)

^{III} Doutora em Economia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DM/FM/USP)

Introdução

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição brasileira de 1988, baseado na diretriz de universalidade e inserido em uma lógica abrangente de Seguridade Social, representou um inflexão importante na trajetória histórica da proteção social em saúde no Brasil. Apesar dos avanços concretos em termos políticos-institucionais e de expansão do acesso da população às ações e serviços de saúde, o sistema de saúde brasileiro, duas décadas após a Constituição, ainda apresenta problemas sérios, incoerentes com os preceitos da Seguridade e do SUS.

A expressão última dessas distorções é a persistência de graves desigualdades em saúde, registradas sob várias perspectivas de análise —gasto social, acesso aos serviços, resultados sanitários, entre outras— o que requer a consideração dos fatores histórico-estruturais e conjunturais que influenciam a situação atual da política pública de saúde no país, muitos dos quais extrapolam os limites setoriais. Isso significa que as desigualdades da universalização da saúde refletem a desigualdade inerente aos usos do território brasileiro.

Ao longo da sua história, a formação sócio-espacial brasileira passou por distintos períodos de modernização —urbanização, expansão do agronegócio, criação de grandes redes de circulação e comunicação, crescimento do mercado interno, internacionalização da economia e avanços no sistema de proteção social—, cujos vetores criaram grandes diferenciações regionais de usos do território (Santos e Silveira, 2001). Essas modernizações, entretanto, deixaram como herança uma profunda desigualdade no território, expressa pela extrema concentração populacional, de renda, de tecnologia e de informação; a grave deficiência de infra-estruturas; a grande dificuldade de acesso a serviços básicos para o bem-estar dos cidadãos, como educação, saúde e cultura; a centralização do poder político e econômico de comando dos projetos de modernização; a urbanização desigual, com intensas disparidades na qualidade de vida da população; os enormes e constantes fluxos de migração interna em função de novas oportunidades de trabalho; e projetos de modernização abandonados.

Atualmente, a dinâmica territorial apresenta um leque complexo de situações que vão dos usos mais luminosos, isto é, mais ligados aos vetores contemporâneos da modernização, aos mais opacos, e resulta da combinação entre características estruturais e conjunturais da formação sócio-espacial brasileira. É nesse contexto que as políticas de proteção social em saúde buscam efetivar a implantação do Sistema Único de Saúde.

Os sistemas universais de proteção social em saúde foram historicamente pensados e implantados em países com pouco desigualdade. Nesse sentido, o Brasil é um caso peculiar, pois apresenta um sistema de saúde universal em um território marcado por históricas desigualdades. O Brasil, portanto, tem um duplo desafio: 1) efetivar seu sistema de proteção social em saúde; e 2) produzir teorias e métodos que avancem na compreensão sobre como a desigualdade sócio-espacial implica em desafios para a efetivação do sistema e, ao mesmo tempo, enfrentem esses desafios, considerando essas desigualdades.

O presente trabalho objetiva analisar um desses desafios: a criação de estratégias mais coerentes de regionalização, isto é, introduzir no sistema de planejamento público da saúde a compreensão dos usos desiguais do território brasileiro e suas implicações para a efetivação do SUS. A compreensão da totalidade do território usado, isto é, da relação dos seus diversos conteúdos com o funcionamento do sistema de saúde, ajuda a desvendar possibilidades e obstáculos para construir um sistema mais cooperativo e fortalecido.

Universalização da saúde em um contexto de desigualdade territorial

O recorte regional é de fundamental importância para as políticas públicas de saúde, pois parte do reconhecimento de que os lugares e regiões oferecem diferentes respostas ao projeto de

universalização da saúde no Brasil. A compreensão dessas respostas possibilita a formulação de políticas públicas mais coerentes e conectadas com a realidade das dinâmicas regionais. Entretanto, não há tradição de formulação de políticas regionais de saúde no Brasil. A própria estratégia da regionalização da organização do sistema não acompanhou a trajetória de descentralização.

Desde que o SUS foi instituído no Brasil, a estratégia privilegiada para a implantação do sistema foi a da descentralização, notadamente a responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde. Somente mais recentemente é que a estratégia da regionalização apareceu com força nos documentos oficiais e teve início um processo mais efetivo de criação de instrumentos propícios à criação de regiões de saúde e de pactos intergovernamentais, visando o estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade.

O privilegio da estratégia de descentralização se explica pelo próprio momento de constituição do SUS, quando a descentralização de recursos, competências e responsabilidades para as esferas subnacionais foi identificada, nos discursos contra o regime militar e o autoritarismo, com a ampliação da democracia e maior eficiência governamental (ALMEIDA, 1995). Aqui, o ideário da descentralização, longe de representar um recurso para o desmantelamento do Estado, ou ser apenas peça da reforma do Estado na perspectiva liberal, teve o significado de unificar o discurso de diferentes atores políticos interessados em ampliar sua participação nas arenas decisórias, principalmente governamentais, e no bolo tributário.

No entanto, a instituição de um sistema nacional de saúde, ou sistema único, não é decorrente do simples processo de descentralização, pois como afirma Viana (1994, p.18):

o que é relevante, no caso da saúde, não é apenas o processo de descentralização, mas o da tentativa de formação do sistema nacional de saúde, o que impõe mudanças de peso no papel, nas funções e nas competências dos três níveis de governo e produz, simultaneamente, um tipo específico de relacionamento entre as esferas, de forma a ocorrer integração, articulação e regionalização entre os serviços, instituições e níveis de governo. [...] o sistema possui uma materialidade física, pois compõe-se de diferentes tipos de serviços, pertencentes a diferentes instituições, de diferentes níveis de governo em um tipo específico de integração e articulação. O sistema é composto pelas instancias de governo e seus serviços, organizados de forma integrada e complementar, obedecendo a uma lógica espacial.

Viana assinala, no mesmo trabalho supracitado, que as características da instância municipal no federalismo brasileiro —de alta autonomia— tornam crescentes as tensões entre o tipo de descentralização pretendido e a idéia de sistema proposta. Recentemente Wagner (2006), ressalta

essa contradição, observando que a lógica da descentralização tem sentido contrário à lógica de sistema. Segundo o autor, a descentralização tende a produzir uma autonomia para os entes federados, rompendo no limite o tênue liame que os mantém unidos em uma rede de compromissos, responsabilidades e obediência hierárquica. O conceito de sistema, ao contrário, pressupõe a lógica de rede, de ligação entre os pólos, de funcionamento harmônico das distintas partes em função de objetivos sistêmicos, em geral considerados gerais ou coletivos, ou seja, de interesse público” (Wagner, 2006, p.426).

Por outro lado, trabalhos recentes alertam que nas duas décadas que se seguiram à promulgação da Carta de 1988, as estruturas estatais e as relações intergovernamentais que se conformaram na democracia não seguiram exatamente os ideais descentralizadores que inspiraram os constituintes. O processo crescente de centralização financeira do Estado, ao lado do exercício continuado de regulação fiscal sobre os entes federativos, e um papel decisivo na formulação de políticas produziram uma combinação de centralização estatal federal com políticas setoriais descentralizadoras, que no caso da saúde estiveram sempre na dependência da indução federal. Cabe lembrar que a capacidade normativa do governo federal se afirmou sobre as esferas subnacionais no processo de ajuste fiscal e renegociação das dívidas dos estados e mais fortemente quando da instituição da Lei de Responsabilidade Fiscal, o que produziu um enfraquecimento da esfera estadual, com repercussões sobre a capacidade dos estados de formular políticas públicas de natureza mais autônoma e de recorte supramunicipal.

Por isso mesmo, é no bojo ainda do governo federal que emerge um novo ciclo de políticas visando à regionalização. Essa nova política tem início na década de 2000, com a edição de novas normas pelo Ministério da Saúde, e se fortalece em 2006, com o lançamento do Pacto da Saúde, que elegeu a regionalização um dos seus pilares fundamentais.

A regionalização da saúde está prevista desde a Constituição Federal de 1988 e, também, na Lei Orgânica da Saúde de 1990. Estes dois documentos fazem referência à regionalização como um instrumento da descentralização político-administrativa do SUS e da organização das ações e serviços de forma regionalizada e hierarquizada no território. Entretanto, a definição de região de saúde só vai aparecer nos anos 2000, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS, nas versões 01/2001 e 01/2002), cujo principal objetivo era estabelecer efetivamente o processo de regionalização do sistema. Após críticas contundentes sobre o peso excessivo do caráter normativo e técnico da regionalização proposta pela NOAS, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2006, o Pacto pela Saúde, que trouxe um novo conceito de região de saúde, conhecida como *região viva*, com o objetivo de avançar no processo de regionalização de forma mais coerente com a realidade dos lugares.

Dessa forma, com o lançamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), novas diretrizes são, preconizadas para a regionalização do sistema de saúde, baseadas em um fortalecimento da pactuação política entre os entes federados, sobretudo no âmbito municipal, e na diversidade econômica, cultural e social das regiões do país para a redefinição das “regiões de saúde”.¹

Pode-se presumir que o Pacto pela Saúde inicia um novo ciclo de descentralização do SUS ao procurar garantir a função da regionalização de trazer os conteúdos do território para dentro das lógicas de sistema e de descentralização, como forma de pensar e buscar maior coerência e aproximação entre essas duas lógicas.

Novas perspectivas para a regionalização na saúde²

As reflexões aqui expostas surgem da seguinte questão: de que maneira a ênfase na questão da regionalização proporciona melhorias na descentralização e na democratização, além de maior sensibilidade política e analítica diante das desigualdades do território brasileiro?

Para responder essa questão o arcabouço teórico-metodológico da Geografia traz importantes contribuições. Com o objetivo de perseguir uma interpretação da história do presente e as possibilidades do futuro, Milton Santos, desde a década de 1970, empenhou a proposta de que o espaço geográfico seja compreendido como ente dinamizador da sociedade, e não simplesmente receptáculo ou palco onde se dão as relações sociais, tampouco materialidade inerte às relações que nele se dão.

Essa perspectiva nos conduz a idéia de que o espaço é banal, pois de todos os homens, não importa suas diferenças, todas as instituições, não importa sua força, todas as empresas, não importa seu poder (SANTOS, 1996b). Entendendo-o tanto como resultado do processo histórico, quanto a base material e social das novas ações humanas, o espaço geográfico é definido em seu papel ativo, papel motor.

Nesse sentido, busca-se a compreensão não puramente do território, herança de conceitos da modernidade, utilizada por homens da ciência política, por juristas, antropólogos, mas sim do

¹ “São recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde. As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando dessa forma o desenvolvimento de uma ‘regionalização viva’ “ (BRASIL, 2006b, p.23).

² Para maior detalhamento ver: Viana A. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *Revista São Paulo em Perspectiva*, v. 22, n. 1, jan/jun. 2008. pp. 92-106.

território usado (SANTOS, 1994; 1996a; 1999), híbrido de materialidade e ações, entre trabalho morto e trabalho vivo, entre forma e conteúdo, entre o meio construído e o movimento da sociedade. O território usado é, portanto, conteúdo e não simples continente, onde se pode recuperar um enfoque totalizador³, imbuído do comprometimento com um saber que dê conta da realidade concreta. Desse modo, ao nosso olhar, este conceito se mostra como importante fundamento para outra perspectiva sobre regionalização.

Dizemos que a regionalização é uma delimitação do território usado, feita a partir de critérios técnicos e políticos que buscam coerência nas diferenciações espaciais e que têm por objetivo a instrumentalização política da dinâmica territorial. Porém, no Brasil, as divisões regionais produzidas —em regra geral, solicitadas pelo Estado para servirem à formulação e implementação de políticas públicas— subsidiam cada recorte com uma variedade de critérios que, pontuados para satisfazer a razão estratégica do interesse requerido pela divisão, terminam por prejudicar a efetividade das políticas propostas e acirrar desigualdades sócio-territoriais (SOUZA, 1993). Nesse sentido, é de grande contribuição a definição feita por Ribeiro (2004b) de duas concepções principais que permeiam as práticas de regionalização e de proposição de planos regionais. Trata-se da *regionalização como fato e como ferramenta*.

A regionalização como fato:

Independe da ação hegemônica⁴ do presente. [...] depende da reconstrução histórica dos múltiplos processos que movimentaram e limitaram a ação hegemônica. Desta maneira, a regionalização como fato encontra-se vinculada aos jogos dinâmicos da disputa de poder, inscritos nas diferentes formas de apropriação (construção e uso) do território”. (Ribeiro, 2004b, p. 194-195)

Já a regionalização como ferramenta refere-se a sua instrumentalidade vinculada a essa ação hegemônica da atual conjuntura. Não raro, então, a região assim concebida pressupõe objetividade/fim/instrumentalidade, articulando-se com ideologias e recursos político-administrativos (Ribeiro, 2004b). A regionalização, nesse sentido, aparece menos como um fato e mais como uma classificação de áreas e locais. A multiplicidade de elementos que caracterizam a existência da regionalização como fato cede lugar a um conjunto de variáveis estabelecidas, segundo a finalidade a se alcançar, e acompanha a transformação da eficácia em meta política e a imposição do agir instrumental e estratégico (Ribeiro, 2004b, p. 197). A regionalização constituiria, assim, uma *ferramenta* nos dizeres de Ribeiro (2004b), haja vista que regionalizar,

³ Segundo Karel Kosik (2002), “a totalidade não significa todos os fatos. Totalidade significa realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classe de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido”. (Kosik, 1963, p. 43).

⁴ “Convém esclarecer, ainda, que entendemos por ação hegemônica aquela conduzida pelas forças econômicas e políticas que dominam o território brasileiro, expressivas da aliança entre agentes externos e condutora de numerosas e difusas ações subalternas ou subalternizadas”. (Ribeiro, 2004b, p. 194).

segundo a autora, compreende a institucionalização de fronteiras e limites na busca de implementar uma ação específica: analítica, política, econômica, social (Ribeiro, 2004b, p. 200). A regionalização como ferramenta sempre sustentou a ação hegemônica. [...] Nos movimentos do presente, a região como ferramenta é disputada pelo Estado, pelas corporações e pelos movimentos sociais, sendo também contestada nos conflitos territoriais, relacionados à afirmação, em diferentes escalas, de novos sujeitos e novas redes sociais [...] (Ribeiro, 2004b, p. 196-197).

Vainer (1996) também nos traz importantes reflexões para pensar o processo de regionalização, nos alertando para a relevância de identificar os agentes que definem os recortes regionais, isto é, identificar quem fala pela região: “quem se propõe a dizer: a região quer, a região luta por, a região reivindica, a região necessita de?”, além da importância de identificar que recortes estão em confronto⁵ (VAINER, 1996, p.20). O autor continua afirmando que, se nenhum sujeito histórico político assume a região como recorte relevante nas suas estratégias políticas, econômicas, simbólicas, uma regionalização proposta pode nunca existir, pode ser um projeto de região não instaurado socialmente, concretamente, historicamente (VAINER, 1996, p.20).

Dessa maneira, é importante compreender quais os projetos territoriais propostos pelos atuais governos para poder, entre outras coisas, relacioná-los com os anseios e pressupostos das políticas públicas de saúde que enfocam a questão regional como principal estratégia para avanços na descentralização do Sistema Único de Saúde e na universalização da saúde.

Apontamentos finais

A descentralização e sua face regionalizadora são de suma importância para o processo de planejamento do território nacional. A imensidão do Brasil e suas históricas desigualdades requerem políticas públicas de fôlego para a diminuição das iniquidades atrelada a um projeto nacional de desenvolvimento. E para que essas políticas sejam efetivas e coerentes com a realidade de cada lugar, a regionalização se mostra um instrumento imprescindível para o planejamento. As desigualdades não devem ser vistas como um empecilho para a regionalização do SUS, pelo contrário, é por conta delas que se faz cada vez mais urgente uma regionalização de fato do sistema e da política.

A regionalização da saúde permanece muito vinculada à organização do sistema (acesso, infraestrutura, financiamento, programas, etc.), o que leva a uma visão setorial da situação de saúde, restrita a parâmetros epidemiológicos e de assistência. Uma regionalização fundamentada em outra concepção teórica contribuiria para ampliar o debate sobre a relação entre saúde e

⁵ “É, enfim, romper com o fetichismo que toma a região como inscrita, por si, no território” (Vainer, 1996, p.20).

território, superando a visão estática, estatística e setorial dessa relação. Assim, um planejamento territorial não significa um somatório de políticas setoriais e sim uma articulação de políticas em torno de um projeto nacional embasado pelo território usado: suas desigualdades e possibilidades.

Assim, a regionalização deve ser encarada como um processo de pactuação política no âmbito de planejamento territorial e nacional entre entes federados - não necessariamente contíguos territorialmente, porém solidários organizacionalmente pelos usos do território (fixos e fluxos dinamizados por racionalidades diversas). A regionalização não resulta, obrigatoriamente, na delimitação, nomeação e hierarquização de áreas no território, mas, sim, em acordos políticos embasados por informações coerentes com a dinâmica de uso do território.

Referências bibliográficas

- Almeida CM. *As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 1995.
- Almeida EP. *Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional*. Tese (Doutorado em Geografia Humana). São Paulo: Departamento de Geografia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Pacto pela Saúde*. Brasília: 2006a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: 2006b.
- Kosik K. *Dialética do concreto*. (1ª edição 1963). Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002 (7ª Ed.).
- Ribeiro ACT. Regionalização: fato e ferramenta. En: Limonad E, Haesbaert R, Moreira R (Org.). *Brasil, século XXI - por uma nova regionalização?* Agentes, processos e escalas. São Paulo: Max Limonad; 2004: p. 194-212.
- Santos M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cadernos IPPUR*, Rio de Janeiro. Ano XII, n.2, p.15-25, 1999.
- Santos M. *A natureza do espaço: razão e emoção, técnica e tempo*. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Santos M. Por uma geografia cidadã: por uma epistemologia da existência. *Boletim Gaúcho de Geografia*, Porto Alegre, n. 21, 1996b.
- Santos M. O Retorno do Território. En: Santos M, Souza MA, Silveira ML (Org.) *Território: Globalização e Fragmentação*. São Paulo: Hucitec-ANPUR, 1994, p.15-20.
- Santos M, Silveira ML. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro e São Paulo: Record; 2001.
- Souza MAA. A explosão do território: falência da região? *Cadernos IPPUR*, Rio de Janeiro, Ano VII, n.1, abril 1993.

Vainer CB. Interdisciplinaridade e estudos regionais. En: Melo JG. *Região, cidade e poder*. Presidente Prudente: GAsPERR; 1996. p. 11-32.

Viana AL et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2: S117- S131, 2007.

Viana AL, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto- lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

Viana AL Sistema e descentralização: a política de saúde no estado de São Paulo nos anos 80. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

Wagner G Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. En: Fleury S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV; 2006: p. 417-442.

Saúde e religião: as religiões afrobrasileiras e a promoção da saúde da população negra

Sônia Regina C. Lages

Professora. Adjunta do Departamento de Psicologia da UFMG
Doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social

1. Introdução

Estudos quantitativos documentam os impactos da iniquidade na saúde de determinados segmentos da população, onde classe sócio-econômica, gênero, raça/etnia e idade se apresentam como determinantes da saúde e da doença. No caso da população negra brasileira, sabe-se que esta sofre um acúmulo de desigualdades —socioeconômicas e raciais—, reforçadas pelo racismo institucional,¹ o que afeta muitas das dimensões de sua existência, provocando situações de opressão, exclusão, discriminação sócio-econômica, o que a coloca numa situação de maior vulnerabilidade diante à uma série de agravos que contribuem para com o comprometimento da saúde. Essas desigualdades se refletem nos dados epidemiológicos que evidenciam diminuição da qualidade e da expectativa de vida da população negra, tanto pelas altas taxas de morte materna e infantil, mortalidade por causas externas, diabetes, câncer no colo do útero, dentre outras. (Ministério da Saúde Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, 2007).

No entanto, se hoje as formas de adoecer e morrer retratam as condições materiais e sociais como local da moradia, condições de trabalho, ocupação e renda, acesso a escolas, qualidade de atenção por parte dos serviços e profissionais de saúde (Oliveira, 2002) a que está submetida a população afrodescendente no Brasil, a história da saúde e das doenças da população negra mostram que essa configuração é decorrente do processo histórico de escravidão que ocorreu no Brasil.

Naquele momento, as práticas cotidianas para tratamento da saúde e que portavam uma determinada concepção de doença e de corpo se confrontavam com o descaso e a ineficiência

¹ A necessidade de combater o racismo institucional foi oficialmente reconhecido pelo Ministério da Saúde quando da realização do II Seminário Nacional de Saúde da População Negra. (Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça. Figueroa (2004, p.28) define o racismo institucional como o “fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço profissional e adequado às pessoas com certos marcadores grupais de cor, cultura origem étnica ou regional. O que caracteriza esse tipo de racismo é que ele extrapola as relações interpessoais e ocorre à revelia das boas intenções individuais, implicando o comprometimento dos resultados de planos e metas de instituições, gestões administrativas e de governo.

dos tratamentos da medicina da época, tendo destaque a dimensão religiosa, o apelo aos santos, às orações, às simpatias e o conhecimento a respeito do uso medicinal das plantas. Isto levava a população a procurar outros meios de tratamento de saúde permeados pelas crenças nos orixás africanos, nos espíritos de antepassados, nos rituais de possessão, no uso das plantas e amuletos. Tais crenças e práticas estão ainda hoje presentes no campo das religiões afrodescendentes, que recebe diferentes denominações conforme sua localização geográfica: Candomblé e Umbanda (presentes em todos os estados brasileiros), Tambor de Mina (Maranhão), Pajelança (Amazônia), Terecô (Maranhão), Encantaria (Piauí e Maranhão), Batuque (Rio Grande do Sul), Omoloko (Rio de Janeiro, Minas e São Paulo), dentre outros.

Na tradição africana, o processo saúde-enfermidade é concebido a partir de uma visão holística alicerçada em uma cosmovisão mítica e religiosa que sacraliza a relação dos seres humanos com a natureza. (Montero, 1985; Guimarães, 1990; Augras, 2003; Ferretti, 2003, Marmo, 2007, dentre outros). No entanto, no Brasil, apesar dessa arte de cuidar e promover a saúde serem centenárias, ela não recebe a atenção devida do sistema de saúde. Mas uma proposta de atenção à saúde afrodescendente no Brasil,

[...] passa, necessariamente, pelo resgate, desestigmatização e valorização dos saberes médicos de matriz africana, urgindo potencializar tais espaços enquanto pólos de difusão dos conhecimentos sobre saúde da população negra e de suas respectivas práticas preventivas, pois são locais que gozam da confiança da população negra, portanto podem ser alavancados à condição de centros de educação popular em saúde, já que tradicionalmente são locais de prevenção e cura das doenças. (*Ibid.*, 2001:200).

Se a atenção à saúde no sistema público ainda está longe de, na prática, valorizar tais espaços como sendo de saberes, esta necessidade está registrada nos documentos: (1) A saúde da População Negra e o SUS-Ações afirmativas para avançar na equidade (Ministério da Saúde, 2005). (2) Política Nacional de Humanização do SUS-PNHSUS. (3) Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” (OMS, 2002) e (4) Estratégias de Municípios e Comunidades Saudáveis - MCS.

A partir desse contexto, e considerando a Saúde da População Negra como um conjunto de estudos pesquisas e propostas de atenção à saúde (Oliveira: 2001:13) é que o presente trabalho, destacando o campo religioso da Umbanda, objetiva apontar elementos viabilizadores de um canal de interlocução entre as lideranças umbandistas e os gestores e profissionais de saúde, com a finalidade de constituição de novas redes de apoio e cuidados à saúde, possibilitando a otimização de recursos humanos e a potencialização dos equipamentos sociais. Para tanto, busca zonas de contato entre a concepção das lideranças umbandistas sobre a concepção do processo saúde-doença e as terapêuticas utilizadas pelos terreiros e os objetivos do SUS quanto à integralidade em saúde. Esse diálogo se justifica pela necessidade do SUS ampliar sua atuação

em prol da promoção da saúde e prevenção de doenças, e os terreiros das religiões afro-brasileiras são espaços em potencial para o desenvolvimento de informações sobre uma série de agravos que acometem a saúde da população negra e pessoas pobres, e de forma mais específica aquelas doenças a que a população negra é mais vulnerável como a anemia falciforme, DSTs, a hanseníase, tuberculose, e hepatite viral.

2. Os Terreiros de Umbanda como Territórios Promotores de Saúde

2.1. Diferentes olhares: o saber da ciência médica e o saber popular sobre a saúde e a doença

O conceito moderno de doença guiado pelo modelo biomédico, desvincula o indivíduo das suas crenças e visões de mundo, de sua espiritualidade, da relação com a natureza, do seu sofrimento psicossocial frente à uma série de eventos cotidianos como o trabalho, o amor, o lazer, as relações sociais. O espaço privilegiado para atendimento a esse sujeito isolado de si mesmo e do mundo, torna-se o hospital que se torna o dispositivo essencial para a produção e transmissão do conhecimento da medicina. (Foucault, 1979).

A perspectiva médica oficial confisca do doente sua autonomia quanto à sua recuperação, uma vez que essa responsabilidade é colocada nas mãos do médico e da próspera indústria farmacêutica. A intervenção médica tradicional fornece ao indivíduo uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios para controlá-los. Assim, existe um constante esforço para estabelecer uma ligação entre um complexo patológico - o doente ou o órgão, e um complexo terapêutico - o tratamento adequado que deve ser prescrito (Laplatine, 2004).

As doenças físicas são tratadas através de terapias que agridem outros órgãos do corpo e muitas vezes se traduzem em intervenções brutais, provocadoras de efeitos colaterais, podendo se tornar, às vezes, mais graves que a própria doença que se procurava tratar. Esse modelo, assentado, fundamentalmente, no reducionismo biologista ocasionou uma hiperespecialização e uma medicalização da sociedade, incapacitando-o de tratar a pessoa incluindo suas relações sociais. A negação do social e do humano, aspectos que estão compreendidos nos sinais e sintomas, faz com que o médico possa explicar o “como”, mas não o “porquê”. E é justamente o “porquê” que faz parte da demanda do doente, ele é uma exigência de explicação totalizante e subjetivante da pessoa em questão.

A procura, por parte do indivíduo, sobre o “porquê” de seu adoecimento, faz com que ele busque outros espaços que veiculam diferentes concepções de doença, saúde, corpo e tratamento e que se configuram numa série de práticas cotidianas e populares que apresentam uma forma própria de interpretar o adoecimento. Tais práticas, acabam se reproduzindo no interior dos grupos sociais, ou de forma mais organizada em outros espaços, constituídos por um conjunto de

conhecimentos sobre o corpo, que são disponibilizados para a comunidade, como é o caso da religião. Essas crenças e práticas conferem sentido ao adoecimento, ele possui um significado que se relaciona com as relações entre os indivíduos, a sociedade e o divino. Podem significar a expiação por uma culpa individual ou social, uma missão a cumprir a uma provação de Deus. Essa forma de perceber a doença trás consequências psicológicas que promovem uma reordenação da vida, hábitos cotidianos e relações, eleva a auto-estima, acalma, confere qualidade de vida e leva a pessoa a aceitação da morte de forma mais pacífica.

Dentre esses espaços, destaca-se a religião da Umbanda, que através de várias denominações —Tambor de Mina, Tambor de Caboclo, Umbanda, Candomblé, Jurema, Batuque, Encantaria, etc.—, espalham-se por diferentes regiões do país, atuando como núcleos de resistência da cultura negra, realizando seus rituais no denominado terreiro.

E é justo nesse espaço sagrado que a presença de espíritos ancestrais, através da possessão, que pode ser compreendida como a memória da história de opressão que marcou corpos, subjetividades e identidades de uma grande parcela da população brasileira, possui novamente essa história e a reconta de maneira diferente, inaugurando um outro saber.

Walter Mignolo denominou estes saberes de pensamento liminar, sistemas marginais de pensamento que foram construídos no espaço colonial e que apesar das tentativas de exterminá-los pelas estratégias dos poderes vigentes, conseguiram ser produtores de uma outra lógica que valoriza outros tipos de conhecimento, reivindicando legitimidade aos mesmos e o lugar de onde são enunciados. Na Umbanda, a entidade do Preto-velho e da Preta-velha, são por excelência, os portadores desses saberes, que são repassados para todo o público que a eles vêm em busca de auxílio para suas aflições.

2.2. A tradução cultural de saberes: possíveis diálogos entre os campos de saberes afrobrasileiros e o do SUS

O conceito de integralidade do SUS, está presentes nos seguintes documentos Estratégia da Organização Mundial de Saúde sobre Medicina Tradicional 2002-2005 (2002), Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (2006) e Políticas de Humanização do SUS/Cadernos HumanizaSUS Formação e Intervenção (2010).

A integralidade é uma expressão que possui muitos sentidos, mas converge quanto à contraposição ao reducionismo, a fragmentação e objetivação dos sujeitos. O princípio da integralidade compreende que as necessidades das pessoas e dos grupos populacionais devem ser atendidas de uma maneira ampliada, o que ainda não é uma realidade. Pensar a integralidade é perceber o ser humano com suas especificidades em relação à cultura. (Mattos, 2010). Isto significa que o atendimento deve ser voltado para sua saúde e não apenas para sua

doença, o órgão afetado, ou seja, deve ser considerado o entorno do indivíduo, seus hábitos de vida.

Pode-se afirmar que preocupações semelhantes com relação à saúde, estão presentes no campo religioso da Umbanda e no campo do SUS. O conceito de integralidade do SUS, tem muito o que aprender com a visão holística da Umbanda sobre a saúde e com o acolhimento feito médium através da entidade do Preto-velho no terreiro, o que aponta para a possibilidade de uma cooperação entre os referidos campos, como será visto no decorrer deste trabalho. A partir disto, e considerando o conceito de tradução cultural (Santos, 2008)², a integralidade buscada pelo SUS tem a possibilidade de participar de um diálogo com as práticas realizadas nos terreiros em prol da saúde e prevenção das doenças a partir de elementos viabilizadores desse possível encontro, e que serão apresentados a seguir.

2.2.1. A concepção do processo saúde-doença na cosmovisão umbandista

A concepção de saúde e doença, veiculada no discurso das lideranças umbandistas, está assentada numa visão de cosmologia que integra o mundo dos vivos e o mundo dos mortos, a partir de um intenso e contínuo trânsito dos espíritos que retornam seja para ajudar e trazer saúde, alegria e paz às pessoas, seja para atormentá-las causando-lhes o adoecimento. Esses espíritos, denominados de obsessores podem afetar o corpo do indivíduo, levando-o a sofrerem de problemas emocionais, como a depressão, a melancolia.

Outras dimensões são acrescentadas e se referem às doenças como tendo causas sociais: a falta de moradia, a falta de alimento, o desemprego. Não cabe ao terreiro resolver tais questões, mas cabe a orientação para que a pessoa busque soluções preparando-as psicologicamente para enfrentar situações de desânimo, redimensionando os problemas, colocando-os em um patamar em que o medo das situações não imobilize o indivíduo. Os comportamentos e estilos de vida, são também causadores de doenças psíquicas, o stress, a depressão, e acabam por adoecer o corpo físico, assim como questões subjetivas pois é considerado o sofrimento que é causado pelos relacionamentos afetivos, os conflitos e as perdas.

² A colonialidade do poder fez com que as novas identidades fossem silenciadas e não ouvidas na produção mundial do conhecimento, provocando o epistemicídio, que desqualificou as epistemes provenientes das ancestralidades indígena e africana. A superação desse silêncio, passa pela reinvenção da emancipação social, proposta por Boaventura Santos (2008), pela sociologia das ausências, que explicita as experiências que foram invisibilizadas e desperdiçadas pelas monoculturas que, por diferentes modos, produziram a não-existência. A sociologia das ausências denuncia, pois, as lógicas de produção do não-existente, através da metodologia do *trabalho de tradução cultural*. *A tradução cultural é procedimento que pressupõe encontros e confrontos na busca pela identificação de preocupações comuns entre diferentes grupos culturais e nas respostas que esses grupos oferecem à sociedade. No caso da saúde, e derivado da colonialidade do poder, existe a pretensão da ciência médica em se colocar como detentora de um saber que considerado como o verdadeiro, é o único capaz de construir realidades, tornando menos legítimas outras realidades. Nesse caso, o discurso fica localizado em lugares específicos, o que o autor denomina de topoi, e que são considerados como evidentes e verdadeiros por todos os que participam desse círculo.*

2.2.2. Os procedimentos terapêuticos no terreiro de Umbanda

Uma série de procedimentos terapêuticos são utilizados nos terreiros como o uso de chás, banhos, da água fluidificada. Mas esses procedimentos só fazem sentido dentro de um contexto maior que é o do acolhimento, o do atendimento individualizado através de uma escuta atenciosa para com todas as áreas da vida do indivíduo, e das orientações dadas a partir do diálogo que a entidade tem com o consulente. O tratamento espiritual, as orientações e o uso do chá é compreendido como sendo uma complementação do tratamento que é feito com os médicos.

No entanto, não existe um bom resultado no tratamento sem o comprometimento da própria pessoa com a mudança no estilo de vida, no comportamento causador da doença. A entidade espiritual do Preto-velho é figura central para o tratamento, ele é, por excelência, o acolhedor. Acolhimento, escuta, fraternidade estão presentes e são imprescindíveis para a promoção da saúde e tratamento das doenças.

Os procedimentos terapêuticos abrangem recursos ligados à natureza, as ervas, os chás, os banhos, a água, mas nada disto alcança eficácia se não houver o comprometimento do próprio indivíduo para com o tratamento, ele tem que se responsabilizar por si mesmo, pois os milagres não são fáceis de acontecer.

Por outro lado, a incompletude dos procedimentos terapêuticos realizados no terreiro, está presente nas falas das lideranças quando reconhecem os limites de tratamento no terreiro, pois, dependendo da doença, os filhos de fé são encaminhados para o tratamento médico. Mas as terapias realizadas no terreiro auxiliam o médico em seus procedimentos, o auxilia fazendo que consiga melhores resultados no tratamento que prescreve.

A concepção de saúde e doença veiculadas pelos terreiros, assim como suas práticas possuem zonas de contato com o documento da OMS (2002), “Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005”, que representou a primeira estratégia global para integração da Medicina Tradicional - MT, nos sistemas de saúde nacionais. As terapias da MT são aquelas amplas e sistematicamente fundadas por anos de experiência e repassadas através da difusão oral de conhecimentos e práticas, podendo se embasar em sintomas físicos ou percebido pela atuação de forças sobrenaturais. A Estratégia da OMS reconhece a incompletude dos saberes e práticas da medicina hegemônica apontando que outras formas de prevenção, promoção e tratamento da saúde podem ser encontradas em outros campos culturais, campos esses mais elásticos que abrangem diversos aspectos do processo saúde-doença. O acolhimento também é

ênfatisado pelo Programa HumanizaSUS, que o define como: A recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva, e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. (Ministério da Saúde. HumanizaSUS, 2006:36)

Esses objetivos e definições e que se referem ao acolhimento, à escuta atenciosa, à promoção do auto-cuidado, à integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, à visão ampliada do processo saúde-doença que considera o físico, o mental e o espiritual, são marcas dos procedimentos terapêuticos já realizados no terreiro de Umbanda e presente nas falas acima destacadas das lideranças umbandistas. É necessário ênfatisar as lideranças entrevistadas estão cientes dos limites dos procedimentos realizados no terreiro: sabem até onde vai a intervenção espiritual, psicológica e fitoterápica, e onde que começa o tratamento pela medicina oficial, mas isto não se dá de forma excludente, esses procedimentos podem andar juntos e de forma colaborativa. Os discursos das lideranças entrevistadas apontam, pois, para uma outra forma de pensar a saúde e a doença, o que contribui para situar a Umbanda num lugar de referência cultural que legitima os saberes miscigenados, descoloniza os saberes hegemônicos, e constroi um *topoi* não etnocida.

Considerações Finais

A Umbanda retoma questões coletivas relacionadas à opressão racial atuando como foco de resistência cultural e centro de difusão e troca de saberes. O corpo na Umbanda possui um lugar especial, pois ele é o elo de ligação com os espíritos ancestrais, é através do corpo dos médiuns que os espíritos passam suas mensagens para os seres humanos. Essa concepção faz com que o corpo receba uma atenção especial o que se desdobra na compreensão da saúde, sempre compreendida de uma forma holística, global. A saúde compreende diferentes dimensões, todas integradas, e se referem à saúde mental, espiritual e física. Qualquer desequilíbrio em um desses campos, provoca enfermidades. Essa visão viabiliza uma possível zona de contato entre a Umbanda e o princípio de integralidade em saúde do SUS quanto à necessidade de compreender o processo saúde-doença como tendo causas sociais e culturais, indo além da visão especializada da biomedicina.

A atenção do Preto-velho aos consulentes, a escuta, sua paciência e compreensão dos problemas humanos, suas orientações quanto aos tratamentos e mudanças no estilo de vida, atuam no sentido do que o HumanizaSUS tanto anseia, e aqui uma outra possibilidade de diálogo se configura, oportunidade em que, de forma simbólica, a entidade teria muito o que ensinar aos médicos e equipes de saúde do SUS. Dessa forma, os procedimentos terapêuticos utilizados nos

terreiros - os chás, as ervas, a água, a crença em entidades sobrenaturais, a escuta das entidades, o acolhimento dos médiuns e cambones, a visão integralizada da saúde, condizem com o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde, conforme documentos apresentados.

Considera-se, pois, com o presente estudo, que os terreiros de Umbanda são espaços potenciais de informação e educação em saúde, e por integrarem em sua grande maioria, a população negra, se tornam importantes centros de enfrentamento das doenças que atingem essa população. O desafio, pois, é buscar esse diálogo, entre as lideranças umbandistas e as equipes de saúde, para troca de conhecimento e expansão dos espaços de promoção de saúde.

Bibliografia

OMS. Estratégias da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. 2002.

Figueroa A. Contextualização conceitual e histórica. In: Seminário Nacional de Saúde da População Negra. *Caderno de textos básicos*. Brasília: Seppir, Ministério da Saúde.

Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

Laplantine F. Os Sistemas de Representações da Doença e da Saúde na Umbanda em Fortaleza. In *Comunicações do Iser* (Nº 30). Rio de Janeiro: ISER, 1988.

Mattos R. In: Lappis. *Entrevista Boletim Integralidade em Saúde*.

Mignolo W. *Histórias locais/projetos globais. Colonialidade, saberes subalternos e pensamento liminar*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2003.

Ministerio da Saúde. *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, DF: 2007.

Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS*, vol 1, Formação e Intervenção, 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. 3a. Edição. Série B Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Editora MS; 2006.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Atitude de Ampliação de Acesso. Brasília: DF; 2006.

Ministério da Saúde. A saúde da população negra e o SUS. Ações afirmativas para avançar na equidade. *Série B Textos Básicos em Saúde*. Brasília: MS; 2005.

Oliveira F. *Saúde da população negra*. Brasília: OPAS; 2002.

Organización Mundial de la Salud. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra; 2002.

Santos S. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez; 2008.

Una exploración del entorno del mercado de Tijuana - San Diego y frontera de mercado del Servicio de Salud en Tijuana

Jose G. Vargas-Hernández^I

Mohammad Reza Noruzi^{II}

^I M.B.A. Ph.D. University Center for Economic and Administrative Sciences
at the University of Guadalajara*

^{II} E.M.B.A Islamic Azad University, Bonab, Iran**

1. Antecedentes

En las últimas dos décadas la globalización ha afectado a todos los sectores directa o indirectamente. Debido en parte a los avances tecnológicos y las convulsiones políticas y económicas, los procesos de globalización han llegado al surgimiento de nuevas formas de oportunidad, procesos y organizaciones de negocios. El sector de salud es una de las áreas que han sido afectadas significativamente por la globalización económica a pesar de su buena naturaleza pública, no comercial. El cuidado de la salud del sector de servicios está entre los sectores de más rápido crecimiento en la economía global, que se estima en alrededor de US\$ 3 billones anualmente, sólo en los países de la OECD se espera que aumente a 4 trillones en el 2005.

La globalización de los servicios de salud se refleja en el surgimiento de nuevas formas de organización para el cuidado de la salud en la última década y una mayor entrega de a través de la frontera de servicios de salud mediante el movimiento de bienes y servicios. Una reestructuración global en el sector de salud debido a los altos costos de los servicios médicos, particularmente en países desarrollados ha resultado en la creación de un mercado internacional del cuidado y cuidado de la salud.

* Contacto: jvargas2006@gmail.com

** Contacto: mr.noruzi@yahoo.com

El comercio internacional es una actividad económica que beneficia los países involucrados en las diferentes condiciones de producción que se encuentran en diferentes regiones y países permitiendo centrarse la producción de los bienes y servicios donde tienen ventajas comparativas y ventajas competitivas en términos de recursos naturales, mano de obra, capital, tecnología, etc. Los costos de producción se reducen logrando economías de escala. Finalmente, el comercio internacional ofrece acceso a productos que satisface una amplia gama de gustos. No obstante estos factores, el apoyo al gobierno internacional originado de un principio más profundo, y de ventaja comparativa de acuerdo a la cual cada país tiende a especializarse en la producción y exportación de estos productos y servicios que se pueden producir de manera relativamente barata. Las áreas de libre comercio permiten la realización de actividades adicionales dentro de sus fronteras y que refuerzan las ventajas comparativas de los países involucrados.

El comercio internacional de servicios de salud en países en desarrollo ha aparecido en la escena o sólo como un medio de complementar sus ingresos, pero también como una forma de reforzar y aumentar los servicios de salud nacional. El alto contenido de mano de obra, capital y habilidades en los servicios de salud ofrece una oportunidad para los países en desarrollo, considerando que puede mantener las normas de calidad necesarias.

El término exportación de servicios de salud se refiere al movimiento de información de diagnóstico, como los resultados de pruebas de laboratorio o interpretación de biopsias, electrocardiograma, rayos X, escaneos TAC y otros, o información terapéutica, por ejemplo, tratamiento recomendado posterior a la revisión de registros médicos del paciente entre profesionales e instituciones de salud en diferentes países. Como se mencionara anteriormente, esta exportación puede ocurrir electrónicamente, por satélite, correo o transporte (Gomez-Dantes, Frenk and Cruz, 1007). Excepto en ciertas regiones fronterizas es aún raro, y su desarrollo requiere una infraestructura de comunicación adecuada y compartida por proveedores ubicados en varios países también involucrados en patrones estandarizados de derivación de pacientes para asegurar confiabilidad y la información enviada.

La globalización de los servicios de salud es impulsada por dos factores. Primero, la reducción en el gasto de servicios de salud en el sector público y por otro lado, mayor participación del sector privado en el cuidado de la salud en muchos países, liberalización de sectores relacionados como seguros y telecomunicaciones, que aumentan la movilidad de los consumidores y proveedores de servicios de salud debido a la reducción de los costos de viajes y mayor facilidad del viaje, los avances tecnológicos que permiten una gran entrega de servicios de salud a través de la frontera.

El movimiento de consumidores internacionales en los servicios de salud involucra el cruce de al menos una frontera internacional, de un país a otro con el fin de obtener servicios de salud. El balance de pagos de cuentas nacionales de Estados Unidos en el servicio y exportación de servicios médicos en lo que se define como ingresos generados por los pacientes hospitalarios viajando por el país para recibir alguna forma de tratamiento médico (Organization for Economic Cooperation and Development (1992)). Afortunadamente para el sector de la industria de servicios médicos debido a su conocimiento básico universal y a pesar de las diferencias de procedimientos de certificación y licencias, la calidad de servicios médicos se haciendo similar en caso todos los países, donde los costos son la mayor diferencia.

La diferencias en costo, disponibilidad y calidad del cuidado médico y cuidado de salud entre los dos países, México y Estados Unidos son abismales. El surgimiento de oportunidades de inversión en el sector del cuidado de salud con los procesos de liberalización y desregulación en la inversión, y el aumento general en la demanda de servicios de salud que se originan de aumentos en los niveles de ingresos y edad de los individuos, son también factores que han contribuido a la globalizaron de los servicios de salud. Los mejores hospitales públicos y privados han establecido conexiones con otros hospitales, laboratorios y universales en el extranjero. Grandes compañías y corporaciones transnacionales operando en las áreas de hospitales, seguros de salud pueden abusar el poder el mercado y aprovechar la carencia de regulaciones.

Aunque el comercio en los servicios de salud es importante en la actualidad dado el rápido crecimiento del sector general de la salud en la industria y el retiro de algunas barreras regulatorias a dicho comercio a niveles regionales, el comercio multilateral y nacional en los servicios de salud tendrá más relevancia en el futuro cercano. No obstante debiera considerarse el asegurar que los crecientes procesos sean una competencia justa y abierta en el mercado y se llevan a cabo de la manera más eficiente; el Estado debiera considerar la opción de tener un rol más crucial como proveedor de servicios de salud y como fuente de financiamiento, mientras que expande su rol como regulador.

El movimiento internacional de proveedores de servicios de salud involucra al menos un cruce de la frontera internacional trasladándose de un país a otro con el fin de ofrecer servicios de salud. Este tipo de interacción ofrece una oportunidad para mejorar el acceso a los servicios de salud que pocos en el área servida son capaces de usar por diferentes razones económicas y culturales, incluyendo la falta de recursos y familiaridad con el idioma. Además, el movimiento de proveedores tiende a servir como una fuente significativa para transferencia e intercambio internacional de procedimientos y conocimiento clínico entre doctores y hospitales. Para

maximizar la efectividad de este tipo de interacción, los criterios usados para licenciar y certificar la brutalidad de los proveedores de cuidado de salud en los diferentes países involucraba la necesidad de estandarizarse.

El comercio en los servicios de salud mediante el consumo externo tiene también algunas implicancias. En el lado positivo, se puede permitir a los países exportadores hacer algunas mejoras en el sistema de salud nacional mediante la generación o utilidades de tasa de cambio y recursos adicionales para la inversión en este sector / también puede ayudar en mejorar su infraestructura y cuidado de la salud, conocimiento de la salud y habilidades médicas, habilidades médicas, en el servicio nacional de salud, etc. Para países con servicios de cuidado de salud mediante consumo externo, puede ser un medio importante para resolver limitaciones de recursos humanos y físicos, particularmente para servicios especializados en salud pública. La disponibilidad de buena calidad, la adquisición potencial de tratamientos en proximidad geográfica es con frecuencia un criterio importante en dichos casos. Los países en desarrollo consumen un estimado de 25% de medicamentos en el mundo. A pesar del débil mercado, los países en desarrollo se someten a poderosas prácticas de comercialización de compañías multinacionales.

De acuerdo a tendencias pasadas, existe una necesidad de entender las implicancias de los servicios de salud para la concreción de metas de desarrollo social y el potencial para negociaciones entre estas y las consideraciones comerciales. Esta comprensión permitirá a los gobiernos equilibrar los problemas de la competencia.

El comercio de los servicios de salud tiene fuertes dimensiones regionales ya que se milita sólo al comercio entre países vecinos para la región de la frontera de San Diego-Tijuana, pero es también un aspecto importante del comercio dentro del bloque comercial del Libre Comercio de Norte América (NAFTA). Los cinco capítulos del NAFTA que se relacionan directamente al comercio en servicios de salud, XI, XII, XIV, XVI y XVII, respectivamente cubriendo inversiones, servicios entre fronteras, servicios financieros, ingreso temporal de gente de negocios y propiedad intelectual. El contenido de cada capítulo describe los tipos básicos de comercio en servicios de salud (Ministerio de Comercio e Industria, 1994).

Algunos países han hecho esfuerzos conjuntos para crear mercados regionales para el comercio en servicios de salud, incluso fuera de los acuerdos de comercio regional formales. En comercio en servicios de salud en diferentes materias como el reconocimiento, normas, portabilidad del seguro, etc. que se deben negociar en este comercio se han discutido en el contexto de acuerdos

del NAFTA como parte de iniciativas más extensas en la región para liberalizar el comercio en servicios de salud.

Los servicios de salud han sido un tema muy sensible dentro del NAFTA tomando en cuenta los diferentes sistemas de salud que existen en Estados Unidos, Canadá y México. Las necesidades, intereses y actitudes de los países miembros en este sector han sido muy diferentes. Mientras que Estados Unidos busca la armonización de los tres sistemas, este proceso ha sido resistido por Canadá y México (USITC, 1999). Esto ha resultado en una cantidad limitada de iniciativas para hacerse cargo de las medidas regulatorias relacionadas con el comercio en servicios médicos. No obstante, la evidencia sugiere que el comercio en los servicios de salud en sus diferentes formas ha sido estimulado mediante la formación del bloque regional. NAFTA ha ofrecido un movimiento temporal de los proveedores de servicios dentro de la región. Sin embargo, esto excluye el movimiento de profesionales de la atención y cuidado de salud. A los médicos y paramédicos se les permite ingresar de Estados Unidos a México en situaciones extremas y emergencias. El movimiento de personal médico y de enfermería no se permite libremente. El movimiento libre de médicos y paramédicos, principalmente de Estados Unidos a México se permite sólo por solicitud y en situaciones extremas como inundaciones, terremotos, etc. NAFTA no incluye entre los profesionales indicados en el acuerdo, el movimiento libre de los médicos. Según TLAN, los profesionales que deseen trabajar en el extranjero deberán cumplir los requisitos.

La movilidad de los proveedores en este sector sigue sujeta al país anfitrión donde los profesionales desean trabajar. Esto incluye licenciamiento y certificación requerida por el país anfitrión para ser elegible para trabajar. Estos procedimientos y requisitos son muy diferentes entre los tres países miembros y a hasta la fecha ha habido poco avance en armonizarlos.

En México la obtención de un permiso en equipos federales y nacionales permitió a profesionales ejercer en cualquier Estado en base a una licencia nacional, mientras que en Estados Unidos y Canadá, las regulaciones varían entre los estados y provincias, respectivamente, y las asociaciones profesionales desempeñan un importante rol en asegurar la calidad y estándares. Aunque los países del NAFTA han acordado continuar las regulaciones y disposiciones existentes en el licenciamiento y certificación de servicios de salud, en NAFTA se incluyeron disposiciones para incentivar la movilidad entre fronteras de proveedores de servicios de salud y facilitar las habilidades mutuas de reconocimiento y capacitación entre los países.

Por ejemplo, el anexo de NAFTA sobre la movilidad de los proveedores de servicios de salud requiere que las entidades profesionales de los países miembros para discutir los criterios relacionados con licenciamiento y certificación profesional de los proveedores de servicios de salud dirigidos en cierto modo posiblemente a la armonización regional en la entrega de cuidados y cuidados de salud. Estas disposiciones se encuentran en el Capítulo 12 del NAFTA conteniendo un artículo y un anexo sobre movilidad entre países miembros de los proveedores de servicios de salud. Además, en enero de 1996, se retiraron todos los requisitos de ciudadanía y residencia permanente para la Práctica Profesional de NAFTA aunque el reconocimiento aún no ha sido automático.

Los acuerdos permitieron a los proveedores de servicios de salud elegir libremente donde entregar sus servicios sin someterse a los requisitos de establecer una oficina o sucursal representativa. NAFTA también contiene disposiciones para facilitar el ingreso temporal de personas de negocios, incluyendo médicos sus asociados para fines de educación e investigación sujetos a límites de cuota especificados. Aún cuando la disposición no modifica las regulaciones de inmigración y del mercado laboral existentes, simplifica los procedimientos de ingreso al eliminar el ámbito de discreción de los funcionarios de fronteras para entregar visas a médicos. En el caso de enfermería, la iniciativa trilateral es un esfuerzo colaborativo entre el personal de enfermería dirigido para trabajar en pos de normas mutuamente aceptables para licenciamiento y certificación de enfermeras y armonización de normas, asegurando un tratamiento no discriminatorio al personal de enfermería y tener admisiones y requisitos de licencias claros, medibles y verificables.

NAFTA también contiene una disposición para facilitar FDI en el sector de servicios de salud dentro de la región. Se permite hasta 100% de inversión extranjera en hospitales y clínicas. Aunque no ha habido iniciativas específicas para promover la inserción directa en servicios de salud bajo NAFTA, la evidencia indica que el establecimiento entre fronteras de instalaciones de cuidado y cuidado de salud ha aumentado luego de la implementación de NAFTA. Hay un creciente interés entre las firmas de Estados Unidos para invertir en el sector público en México, particularmente en hospitales, clínicas y HMOs. Las firmas de Estados Unidos han establecido instalaciones para el cuidado de la salud en diferentes ciudades mejicanas. El directorio de empresas en el grupo de productos médicos confirma la presencia de 61 empresas y Baja California en el sector que representa 27 mil trabajos. El sector del cuidado de la salud en Baja California se compone de 451 clínicas y hospitales, 318 laboratorios especializados y distribuidores de drogas. (Elorduy Walter, 2003).

2. Delimitación del mercado de la frontera del Sur de California - Norte de México

En los años transcurridos desde el Tratado de Guadalupe en 1948, la frontera de México y Estados Unidos ha experimentado un constante flujo de personas y bienes. La región de la frontera de Tijuana-San Diego es una región geográfica que ha evolucionado como binacional y coexiste con áreas sociales y económicas integradas.

La frontera de California-Baja California alberga 40% del total de la población que vive en la frontera entre México y Estados Unidos. La región binacional de San Diego-Tijuana ha evolucionado con el tiempo. Un intenso desarrollo urbano y un flujo continuo de personas y productos han transformado las comunidades de esta frontera en una región con interacciones y relaciones sociales distintivas, y una economía política única. Estas características tienen un impacto en el desarrollo físico y social.

El clima político en la región de la frontera de San Diego-Tijuana es con frecuencia muy contencioso. Todos los días hay una gran concentración de peatones cruzando la frontera de Tijuana, que es hogar de muchas familias binacionales con miembros trabajando en Estados Unidos y viviendo en Tijuana por el costo más bajo de la vida y la mezcla de nacionalidades de sus familias. Junto a esta intensa migración diaria de sur a norte hay un flujo recíproco hacia el sur de de los nacionales mejicanos viviendo en el norte de la frontera y viajando a Baja California por alimentos y servicios además de mantener vínculos familiares, vecindad y amistad.

La región de San Diego-Tijuana cubre el noroeste de México y sur de California, donde hay desarrollos en telecomunicaciones, biotecnología, manufacturas, etc. La región de la frontera de Diego-Tijuana tiene uno de los climas ideales en Norteamérica. La calidad de vida de San Diego se considera como una de las mejores en le mundo y la más alta en Estados Unidos. Estos factores junto con las universidades e institutos de investigación de nivel mundial en San Diego, han atraído a las empresas de tecnología de biotecnología y telecomunicaciones en la región.

San Diego es un centro de innovación de alta tecnología, que ha incubado muchas crecientes empresas propias. A San Diego se le considera como el Silicon Valley de la biotecnología y las telecomunicaciones. La industria de la defensa también tiene un importante rol en la economía y manufactura por su gran contribución al producto doméstico bruto. San Diego es famoso por su clima y fabulosas playas. Tijuana es uno de los centros manufactureros más competitivos del mundo para negocios que ocupan mucha mano de obra, lo que ha atraído a muchas empresas europeas y asiáticas.

La de San Diego-Tijuana es la mayor en la frontera de Estados Unidos-México con una población combinada de más de 4 millones de personas. El puerto de ingreso a Estados Unidos, San Isidro y Tijuana es el de más actividad en el mundo, con más de 55 millones de cruces en el año 2000 (Informe Anual de Salud de la Frontera, 2000). El total de población hispana de San Diego-Tijuana es 2.520.835 y el total de hogares hispanos es de 610.720. El porcentaje de densidad hispana es de 56.1% o casi tres de cada cinco personas en la región son hispanas (San Diego Dialogue, 1999; Estimaciones de Tijuana DMA, 2002).

La población hispana en San Diego es de sólo 927.600 con 31% de densidad mayor a 1 de cada tres personas en el Condado de San Diego es hispana con un total de 204.200 hogares. El crecimiento de la población de hispanos en San Diego de 1990 a 2003 representaba 71.3%, y representa el grupo de consumidores que tiene más crecimiento. Para el año 2036, la población hispana en el Condado de San Diego representa el mayor segmento de la población (Nacimientos Vivos por Raza / Grupo Étnico de Madre, Condados de California y Departamentos de Salud de la Ciudad Seleccionada, California, 2002).

La población total de Tijuana es de 1,593,235 habitantes con un total de 370,520 hogares (Estimaciones DMA para Tijuana, 2002). La población se distribuye en 90% en Tijuana, Tecate 6%, 4% en Rosarito (Strategy Research Corporation, 2000). La ocupación se distribuye en 54% de empleados de oficina, obreros 36%, 7% desempleados y 3% otros (Hispanic Marketing Research Corporation, 1990 - Estudio de Mercado de Tijuana).

El ingreso por hogar medio en San Diego el año 1999 era de US\$ 54,438, comparado con el ingreso promedio de US\$ 33,433 de los hispanos en el condado. Las disparidades económicas son evidentes cuando se observan los niveles de pobreza. La tasa de pobreza en el condado es de 12% mientras que para los hispanos es 22% (Oficina de Censos de Estados Unidos, 2000).

A pesar de los avances económicos, las comunidades de San Juan y Tijuana siguen afectadas por crecientes problemas de desigualdades sociales y económicas entre los ricos y los pobres. El problema más crítico para los residentes de la región fronteriza de San Diego-Tijuana son los bajos estándares de salud identificados y baja condición socio-económica al compararse con el resto de California y Estados Unidos. La disponibilidad de costo más bajo de los servicios interfrontera es, de esta forma, percibido como una fuente económica alternativa viable de salud.

La disparidad económica entre los ricos y los pobres en San Diego y Tijuana se está expandiendo y creando grandes áreas de pobreza en ambas comunidades. Mientras que la naturaleza del

grado de pobreza es diferente entre San Diego y Tijuana, los pobres en ambas comunidades sufren de la falta de acceso y disponibilidad de servicios para tratar de satisfacer sus necesidades de salud. Otra preocupación creciente es la delincuencia que es exacerbada por los desafíos económicos de la pobreza urbana enfrentada por ambas comunidades.

La pobreza urbana y rural está creciendo en ambos lados de la frontera en comunidades seleccionadas de la Ciudad de San Diego, y Barrio Logan, San Ysidro, sudeste de San Diego, en el condado sur como National City, y condado norte, Vista, San Marcos, Fallbrook, Rainbow y Oceanside. Todas estas son comunidades con importantes cantidades de trabajadores que migran desde México y Centro América que están menos inclinados a regresar a sus lugares de origen con el reciente aumento en la vigilancia de la frontera desde la implantación de la Operación Gatekeeper.

De acuerdo con un reciente informe de la institución, San Diego ocupa hoy el sexto lugar entre las áreas metropolitanas que han tenido marcados aumentos en la pobreza de acuerdo a censos en sus respectivas regiones (Jargowky, 2003), Una revisión del Consulado Mexicano en el Condado de México revela una positiva correlación entre las áreas que experimentan una correlación positiva entre las áreas que experimentan aumentos de pobreza con las que poseen una alta concentración de trabajadores emigrantes mejicanos (Rungsted, 2003).

En Tijuana, la pobreza urbana está aumentando en proporciones alarmantes, con la mitad de los nuevos residentes viviendo en comunidades sin una infraestructura adecuada, con nulo o muy bajo abastecimiento de agua limpia, con agua contaminada que produce enfermedades infecciosas. Aunque la tasa de desempleo se mantiene baja en Tijuana, el costo de la vida es alto y el valor real del sueldo mínimo en México bajó substancial y continuamente en las últimas dos décadas en más de 60%. La distribución de ingresos en México es una de las más desiguales en el mundo, donde los más pobres ganan aproximadamente 3.5% del total del ingreso nacional (Centro de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (UN Hábitat), 2001).

La gran disparidad en el ingreso está presente en Tijuana y ayuda a explicar el crecimiento de la pobreza urbana y asentamientos informales en esta económicamente próspera ciudad de la frontera norte de México. A pesar de los crecientes desafíos de comunidades irregulares de Tijuana, un progreso medido se logra mediante los esfuerzos de un número selecto de organizaciones sin fines de lucro en las áreas de San Diego y Tijuana. No obstante, dada la complejidad de las necesidades de servicio humano en asentamientos ilegales en Tijuana, se necesitan asociaciones sin fines de lucro entre diferentes sectores. Desgraciadamente, como en

Tijuana, la disparidad económica entre los ricos y los pobres se está haciendo más pronunciada en San Diego.

Tijuana, al igual que San Diego, tiene estadísticas económicas impresionantes. De acuerdo a INEGI (2000), la ciudad tiene un ingreso per capita en paridad de poder de compra de US\$ 9,800 anual, mucho más que el promedio de US\$ 7,500. Aunque Tijuana ha perdido trabajos recientemente debido al cierre de numerosas maquiladoras debido a la competencia de China, la ciudad tiene una tasa de desempleo relativamente baja inferior a 2.5%. Tijuana ha podido atraer la empresa Toyota Motors para que establezca su presencia en la región. En relación a otros lugares de la Republica de México, Tijuana es aún una ciudad de oportunidades.

En ambos lados, el flujo de consumidores por la frontera se basa en la proximidad geográfica al mercado del país anfitrión y se concentra en pueblos y ciudades en ambos lados de la frontera entre México y Estados Unidos. No obstante, según Marv Shepherd (citada por Hawryluck, 2001) de un 25% a 40% de los residentes de Estados Unidos viajan a México para traer productos farmacéuticos de prescripción. En su encuesta se encontró que no sólo quienes viven cerca de la frontera con México, sino que venían de 37 estados incluyendo Washington, Maine, Minnesota y Massachusetts. Las personas viajan porque la mayoría de las drogas se venden sin receta en México. Curiosamente, debido a la proximidad, algunos de los problemas de los sistemas de salud de Estados Unidos están siendo cubiertos por los servicios de salud privada en México, que, de esta forma, está abriendo oportunidades para el comercio. Además la ventaja de la ubicación y proximidad geográfica, la región de la frontera también tiene un potencial de desarrollo para el comercio internacional en servicios de salud. El mercado hispano en San Diego-Tijuana tiene un poder de compra total de US\$ 15.1 billones de dólares anualmente, de los cuales US\$ 12.6 millones son para San Diego y US\$ 2.5 billones para Tijuana. Esto representa más de US\$ 41.4 millones de dólares de gastos en un día en San Diego (San Diego Dialogue, 1999, Synovate, 2004).

El mercado hispano es el tercero más grande en Estados Unidos. Los hispanos son también llamados Latinos, que son el grupo de minoría étnica de mayor crecimiento y el segundo más grande en Estados Unidos. In 2000, 11.4% de la población de Estados Unidos era hispana. La Oficina del Censo proyectó para el 2010 una población hispana de hasta 13.8% siendo de 20,050 para 24.5% contra una población de Afro-Americanos de 15.4% (Day, 1996).

El poder adquisitivo del mercado hispano en San Diego es de 12.6 billones de dólares anuales, representando un gasto superior a US\$ 34.6 billones (San Diego Dialogue, 1999). El ingreso promedio por hogar es de US\$ 57,038 anual (Global Insight, 2003). El mercado de San Diego es

considerado uno de los mercados económicamente más afluentes de todos los mercados hispanos. Sólo el mercado hispanico de San Diego, sin considerar a Tijuana, es la 11^o población más grande y el décimo en ventas al detalle en Estados Unidos (San Diego Dialogue, 1999).

El mercado de consumo de Tijuana tiene un poder adquisitivo total que excede US\$ 3.0 billones anuales en el Condado de San Diego. Este es una estimación de US\$ 5.5 millones de gasto mínimo diario de Tijuana (San Diego Dialogue, 1999). Tijuana representa 8% de todas las ventas al detalle en San Diego, generando millones de dólares en utilidades para las municipalidades locales (Estimaciones de DMA Tijuana, 2002).

A Tijuana se le considera como uno de los mercados más fuertes en todo México y es un mercado de consumo altamente móvil. El propósito del viaje de Tijuana a Estados Unidos se relaciona con compras en 42%, 24% trabaja en San Diego, 19% otros, 11% visitas sociales y 4% por turismo (San Diego Dialogue, 1994). Los productos adquiridos en San Diego constituyen hasta 79% de vestuario y calzado, alimentos 44%, 27% electrodomésticos, equipos eléctricos 10%, 3% repuestos de auto, muebles 3%, 3% cosmético y perfumes, 2% arriendo de películas y cintas, 2% equipo de oficina y regalos, 1% accesorios, joyas (Estudio SRC del Mercado Hispano de San Diego, 1989).

Referencias bibliográficas

California Office of Binational Border Health. *Annual Border Health Status Report*. 2000.

Day J. Population Projections of the United States by Age, Sex, Race, and Hispanic Origin: 1995 to 2050". *U.S. Bureau of the Census, Current Population Reports* 1996; P25-1130. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office. Available at <http://www.census.gov/prod/1/pop/p25-1130>.

Elorduy Walter E. *Tercer Informe de Gobierno*. Baja California; 2003.

Global Insight. *The Hispanic Consumer Market in 2002 & Forecasts to 2022*, May 2003.

Gómez-Dantés O, Frenk J, Cruz C. Commerce in Health Services in North America Within the Context of the North American Free Trade Agreement. *Rev. Panam Salud Pública*, 1997; Vol. 1 n. 6, Washington, June.

Hawryluck M. Drugs without borders: When prescription drugs go over the line. To ease drug price concerns, congressional lawmakers seek to legalize personal reimportation of prescriptions. But safety concerns persist. AMNews staff. Oct. 22/29, 2001.

Hispanic Marketing Research Corporation. *Tijuana Market Study*. 1990.

Jargowky. *Stunning Progress, Hidden Problems: The Dramatic Decline of Concentrated Poverty in the 1990s*, May 2003, Washington, D.C.: Brookings Institution; 2003: 101.

Live Births By Race/Ethnic Group* Of Mother. California Counties And Selected City Health Departments. California: 2002.

Organization for Economic Cooperation and Development (1992). *Services: Statistics on International Transactions 1970-1991*. Paris: OECD; 1992.

Rungsten D. The Origin of Mexican Migrants in San Diego County. 2003.

San Diego. Information from Mexican Matricula Consulars, Preliminary research findings presented at workshop "Ties that Bind Us: Mexican Migrants in San Diego," UCSD, Center for U.S.-México Studies, November 14, 2003.

San Diego Dialogue, (1994) "Who Crosses the Border" - *San Diego Dialogue* (1999) June 1999.
SRC San Diego Hispanic Market Study, 1989) - Crossborder Shopping 1989.

Strategy Research Corporation. Tijuana population estimates. Tijuana DMA: Tijuana, Tecate & Rosarito; 2000.

Strategy Research Corporation. U.S. Hispanic Market Blue Book. 2002.

Synovate. U.S. Hispanic Market Report. 2004.

Tijuana DMA Estimates. Tijuana, Tecate & Rosarito - Crossborder Business Associates - (619) 710-8120 (Considered a conservative estimate). 2002.

United Nations Centre for Human Settlements (UN Habitat) (2001), *Cities in a Globalizing World: Global Report on Human Settlements*. Pages 17-18.

U.S. Census Bureau, 2000. *Population of California*.

USITC. "Health Care Services" in *Recent Trends in US Services Trade*, Chapter 13, Washington DC, 1999, pp. 13-1-13-8.

Los medicamentos falsificados como un problema de equidad en los servicios de salud en Latinoamérica

María V. León
Sulimar Morales
Tamara Román
Lisabel Rodríguez
Daniel Useche

Candidatos al Doctorado en Farmacia, Escuela de Farmacia, Universidad de Puerto Rico*

Introducción

Según la Federación Internacional de Farmacia,¹ la falsificación de medicamentos consta de deliberadamente etiquetar de forma errónea y fraudulenta un medicamento para uso comercial o un ingrediente para la preparación de un medicamento. Un medicamento puede estar etiquetado de manera engañosa respecto a su identidad, composición y/u origen. La falsificación se puede dar tanto con los medicamentos de marca como con los genéricos y con los remedios tradicionales. Los medicamentos falsificados pueden tener los ingredientes correctos o incorrectos, poco o ningún ingrediente activo o envasado e información al paciente falsificado. Además, pueden contener impurezas, contaminantes, bacterias y microorganismos. Esta situación representa un dilema ético para la práctica de farmacia a nivel macro ya que no es específica para un farmacéutico sino que concierne a todos los farmacéuticos y a la sociedad en general.

El alza en la venta de medicamentos falsificados se debe a varias razones.² En primer lugar, los nuevos acuerdos comerciales globales, los acuerdos de libre comercio y las medidas de liberalización, junto con las ventas por Internet no reguladas de medicamentos relacionados a

* Contatos: ma.victoria8@gmail.com / sulimar.morales@upr.edu / tamaramrm@gmail.com / lisabel.rodriquez1@upr.edu / useche.daniel@gmail.com

¹ International Pharmaceutical Federation (FIP) (septiembre, 2003). *Declaración de FIP de política sobre medicamentos falsificados*. http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=167&table_id=. (Recuperado el noviembre de 2009).

² Op. Cit.

estilos de vida han cambiado radicalmente el mercado farmacéutico mundial dando como resultado la proliferación de medicamentos legítimos e ilegítimos. En algunos países, el limitado acceso a medicamentos crea un entorno que conduce a la distribución de productos falsificados, lo que perpetúa la desigualdad en la calidad de atención médica entre la población mundial. Ambas situaciones han favorecido las actividades fraudulentas y han hecho que los medicamentos falsificados sean difíciles de detectar. La tecnología también ha facilitado la fabricación de copias de envases y medicamentos que son prácticamente idénticos a los originales. Además, la falsificación es atractiva porque cantidades relativamente pequeñas de medicamentos falsificados pueden proporcionar enormes beneficios a los falsificadores y su comercialización es menos arriesgada que el tráfico de drogas ilegales.

La manufactura, distribución y venta de medicamentos falsificados supone un gran reto para la profesión de farmacia. Esto debido a que somos los farmacéuticos los encargados de proveerle al paciente una terapia farmacológica efectiva y segura. En muchos sino la mayoría de los escenarios en donde se realiza compra de medicamentos a nivel institucional, organizacional o empresarial (hospitales, centros de cuidado extendido, farmacias, etc.) se asume que los medicamentos que se van a recibir de la droguería o directo del fabricante son legítimos. Todos los compradores son vulnerables, y es probable que asuman que el producto es auténtico, sin tener la capacidad de determinar lo contrario. Al despachar estos productos a sabiendas o sin saberlo, el farmacéutico estaría poniendo en riesgo la salud del paciente. Es por tal razón que la lucha en contra de medicamentos falsificados debe ser una prioridad tanto para el profesional farmacéutico como para los demás proveedores de salud.

Esta ponencia pretende hacer un recuento de los esfuerzos que están haciendo varias organizaciones para luchar en contra de la falsificación de medicamentos. Se mencionará el impacto que esta actividad ilícita puede tener sobre la salud del paciente y la profesión de farmacia y se discutirá cuál debe ser el rol tanto del farmacéutico como del paciente en tratar de evitarla. Por último, se ofrecerán sugerencias para este problema de salud pública a nivel de Puerto Rico y América Latina.

Hallazgos

Aproximadamente el 10% de todos los medicamentos comercializados ha sufrido algún tipo de manipulación engañosa, según datos de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).³ De acuerdo con el director de Calidad y Seguridad de los Medicamentos de la Organización Mundial de la Salud, la presencia de medicamentos falsos es un problema de salud

³ U.S. Drug and Food Administration. (2009) *FDA Counterfeit Drug Task Force Reports*. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm169825.htm> (Recuperado en noviembre de 2009).

pública de primer orden, extremadamente difícil de resolver y una práctica que está en aumento.⁴

El problema de los medicamentos falsificados se abordó por primera vez a nivel internacional en 1985 en la Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de los Medicamentos en Nairobi, Kenia.⁵ La reunión recomendó que la Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con otras organizaciones internacionales y no gubernamentales, estudiara la posibilidad de establecer un centro coordinador para recopilar datos e informar a los gobiernos acerca de la naturaleza y el grado de la falsificación de los medicamentos. En 1988, la OMS estableció la resolución WHA 41.16 con el propósito de crear programas para la prevención y detección de preparaciones farmacéuticas indebidamente etiquetadas, adulteradas o que no se ajustaran a las normas de calidad exigidas.⁶ En los últimos años los mayores esfuerzos de la OMS han sido dirigidos a promover un compromiso de parte de todos los profesionales de la salud, incluyendo a farmacéuticos, para combatir el uso de fármacos adulterados y de esta manera garantizar a todos sus estados miembros que sus medicamentos son de buena calidad.

Uno de los problemas principales de los medicamentos falsificados es la amenaza que estos representan para la salud pública. Debido a los posibles ingredientes nocivos, estos pueden causar un daño grave a la salud o exacerbar las condiciones en tratamiento. De igual manera, el uso de antibióticos o vacunas que resultan ser ineficaces puede tener una gran repercusión en la salud de un pueblo. Así sucedió en 1995 durante una epidemia de meningitis en Níger, África donde se vacunaron a 60,000 personas con medicamentos falsos, lo que provocó 41,000 casos nuevos de meningitis.⁷ En el 2004 en Argentina tres mujeres fallecieron y más de treinta se vieron afectadas luego de haberles sido administrado un medicamento inyectable de hierro falso para su condición de anemia.⁸ En otro caso similar, en el 2006 en Panamá murieron más de 100 personas a causa de un medicamento manufacturado con glicerina falsa proveniente de China. Como consecuencia de tales efectos perjudiciales y hasta mortales, la confianza pública en los sistemas de atención de la salud, en los profesionales de la salud, en la industria farmacéutica y las autoridades reguladoras se ha visto negativamente afectada.

Informes recientes revelan que la falsificación de medicamentos no deja de aumentar a pesar de que se han intensificado las iniciativas para controlar este delito. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, hasta un 30% de los medicamentos utilizados en Latinoamérica son

⁴ Organización Mundial de la Salud. (1999) *Pautas para la formulación de medidas para combatir los medicamentos falsificados*. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2968s/2.1.html#Jh2968s.2.1> (Recuperado en noviembre 2009).

⁵ Op. Cit.

⁶ Op. Cit.

⁷ Loewy M. *Adulteraciones letales. Perspectivas de Salud*. Organización Panamericana de la Salud. 2007. http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero23_articulo3.htm (Recuperado en junio 2010).

⁸ Op. Cit.

medicamentos fraudulentos.⁹ En Sudamérica se ha detectado redes de tráfico de medicamentos falsificados dirigidos por grupos dedicados a la venta de armas y drogas.

En el 2009 fueron confiscados 170 toneladas de medicamentos falsificados en Brasil.¹⁰ En Perú, la venta de medicamentos falsificados aumentó a 66 millones de dólares en 2006, según datos de la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos.¹¹ En la República Dominicana, cerca de la mitad de todas las farmacias funcionan sin un permiso y 10% de los medicamentos importados en 2005 eran falsificados, según el Departamento de Salud Pública.¹² Esto es tan solo un breve recuento de lo que está ocurriendo en Latino América y el Caribe con respecto a la situación de medicamentos fraudulentos. Según la OMS⁵, los medicamentos más falsificados son antibióticos (28%), antihistamínicos (7%), hormonas (12%) y esteroides (10%). También se falsifican medicamentos para el VIH, tuberculosis y malaria, así como los parchos anticonceptivos.

Dada la gravedad del problema, diversas organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Farmacia y la Organización Panamericana de la Salud han puesto en marcha diferentes iniciativas para luchar contra las falsificaciones de medicamentos. Organizaciones de farmacéuticos a través de todo el mundo han unido sus esfuerzos con agencias gubernamentales y han logrado implementar políticas públicas en contra de los medicamentos adulterados. El Consejo de Europa fue una de las agencias internacionales que implementó en el año 2001 una resolución en la que busca controlar la entrada y el uso de medicamentos falsificados en Europa.¹³ Entre las medidas establecidas, se especifica que las autoridades deben instaurar sistemas de vigilancia que impliquen a los farmacéuticos en toda la cadena de distribución del medicamento; los fabricantes deben desarrollar materiales que dificulten la falsificación e informar a las autoridades en caso de ser víctimas de falsificación; los farmacéuticos deben tener el debido cuidado en la elección de sus proveedores exigiendo la certificación correspondiente; y los pacientes deben estar sensibilizados sobre los peligros inherentes a los medicamentos falsificados y utilizar los servicios de farmacia correctamente legalizados. De igual forma, la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) en los Estados Unidos, en respuesta a la creciente amenaza, fundó en el 2003 el “Counterfeit Drug Task Force” con el propósito de evitar la entrada de drogas falsificadas a ese país e imponer penalidades a los responsables de distribuirlos.¹⁴

⁹ Organización Mundial de la Salud. *Medicines: counterfeit medicines*. Enero 2010. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs275/en/index.html> (Recuperado en junio 2010).

¹⁰ “Decomisan en la zona fronteriza un cargamento de medicamentos falsificados”. *Drogería Sur*. Mayo 2010. <http://www.youblisher.com/p/26623-Revista-Mayo-2010> (Recuperado en agosto 2010).

¹¹ Loewy, M. Op. Cit.

¹² Op. Cit.

¹³ Domínguez-Gil Hurlé A. Falsificación de medicamentos. *Cuadernos de Farmacia en Red Farmacéutica*. 2005. http://www.redfarmaceutica.com/cuaderno/default.cfm?str_action=mostrarCuaderno&int_idCuaderno=168&int_idArticulo=1816&int_idSeccion=460 (Recuperado en agosto 2010).

¹⁴ U.S. Drug and Food Administration. Op. Cit.

La Federación Internacional de Farmacia está seriamente preocupada con el riesgo continuo y creciente que representan los medicamentos falsificados y cómo estos afectarían la calidad de la atención hacia el paciente. La misma entiende que para resolver el problema es necesario el mantenimiento de la integridad de los controles de calidad en todas las etapas del proceso de fabricación y distribución de los medicamentos. Por su parte, la Asociación Americana de Farmacia (AphA) emitió una declaración por medio de Susan C. Winckler, farmacéutica y abogada, en la que alerta de los crecientes peligros y amenaza para la salud pública de los medicamentos falsificados. También hace sugerencias y una invitación directa a tomar acciones que permitan un mayor control de esta práctica ilegal para la protección ciudadana.

En la venta de medicamentos falsificados, el farmacéutico dispensa un producto del cual desconoce su valor terapéutico. La política de FIP establece que los farmacéuticos son los responsables de verificar los medicamentos para evitar su falsificación. Es tarea del farmacéutico asegurarse de que el producto provenga de una manufacturera acreditada y conocer toda la información relacionada al mismo, tal como su ingrediente activo, excipientes, envase, envoltura y etiqueta original. La política de la FIP establece que se les informe a las personas sobre el serio riesgo que implica el utilizar medicamentos falsificados. El farmacéutico asume su posición de cuidador velando por la seguridad de la población mediante la comunicación, proveyendo así información veraz sobre el gran riesgo que implica el utilizar dichos medicamentos.

La política de la FIP declara que todo medicamento tiene que estar aprobado por las agencias reguladores pertinentes en cada país y ser aceptados solamente de proveedores acreditados. El pronunciamiento recalca que es el farmacéutico el responsable de brindarle al paciente toda la información de una manera clara y precisa sobre el medicamento a utilizar. Luego de que el paciente recibe la información, es este quien decide qué hacer en cuanto a la compra de sus medicamentos. El paciente es quien decide finalmente si acepta consumir el medicamento o no. Nuestra responsabilidad es informarle qué es lo mejor para mejorar su calidad de vida. Es por eso que en la política del FIP se menciona incluir el código de ética y normas de práctica profesional para los farmacéuticos como un requisito de cooperación con las autoridades gubernamentales y demás autoridades normativas, para detectar los medicamentos falsificados que están en circulación en el mercado y ser removidos con la mayor brevedad posible.

Por último, se presenta en este pronunciamiento el principio ético de justicia al distribuir justamente los costos y responsabilidades. Se plantea que los precios de los medicamentos deberían ser módicos y accesibles para todos, de manera que los pacientes no recurran a la compra de medicamentos más económicos en lugares que no son confiables que pueden poner

en riesgo su salud. Algunas de las recomendaciones de la Federación Internacional de Farmacias (FIP) lo son:

- Expresar y animar a los gobiernos nacionales a reconocer el serio riesgo que representan estos medicamentos a la salud pública y asegurarse de que las personas conozcan este riesgo.
- Promulgar la legislación exhaustiva sobre los medicamentos, incluyendo cláusulas que prohíban la fabricación, la importación y la venta con el objetivo de cumplir con esta legislación.
- Recomendar mecanismos de vigilancia para controlar y comprobar la amenaza de los medicamentos falsificados y evaluar el alcance del problema.
- Solicitar la documentación de todo el proceso de distribución, que va desde el proveedor original hasta la farmacia. Imponer graves multas por la falsificación de dicha documentación.
- Asegurar que los medicamentos fabricados para la exportación están regulados y controlados con las mismas normas que los fabricados para su uso en el país.
- Mantener márgenes razonables para los farmacéuticos y almacenistas con el fin de asegurar una práctica profesional y fiable.
- Incluir en su código de ética y normas de práctica profesional para los farmacéuticos un requisito de cooperación con las autoridades gubernamentales y demás autoridades normativas, así como los fabricantes farmacéuticos en la detección de la circulación de medicamentos falsificados y en las medidas designadas para evitar tal circulación.
- Comprar medicamentos solamente de proveedores acreditados.

La Asociación Americana de Farmacia (APhA)¹⁵ demanda un sistema de vigilancia reforzado para asegurarse que el paciente reciba medicamentos de calidad evitando así daños a la salud y mejorando su calidad de vida. Recalcan además que los farmacéuticos son los últimos con el cual el paciente tiene contacto, siendo una figura importante para proteger a los pacientes de los medicamentos falsificados y asegurar de que estos reciban medicamentos de calidad para tratar su condición. Es responsabilidad de los farmacéuticos brindar una buena orientación para que los pacientes sigan confiando en ellos y no vayan a perder su credibilidad. Los roles del farmacéutico que se enfatizan para evitar que los medicamentos falsificados sigan en todo su apogeo son: asegurarse de comprar los medicamentos en lugares confiables, educar a los pacientes y reportar posibles eventos de medicamentos falsificados. La forma adecuada de asegurarse que los medicamentos que adquieren son seguros es comprándolos en lugares que tengan una licencia legítima.

¹⁵ Winckler S, American Pharmacists Association. Pharmaceutical Supply Chain Security. 11 de julio de 2006. <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/dockets/06d0226/06D-0226-EC8-Attach-2.pdf>. (Recuperado en septiembre 2009).

Por otra parte la educación del paciente es sumamente importante llevarla a cabo porque por medio de esta el paciente va a estar al tanto de la situación y va a conocer la manera correcta de adquirir sus medicamentos. Además que los mismos pueden ayudar a identificar algún tipo de medicamento falsificado si se le da una buena educación sobre la forma, sabor y color del medicamento entre otras características.

Las recomendaciones que hace la APhA para dicho problema son las siguientes: acesar información, realizar un monitoreo más constante moviéndose a “Electronic Pedigree”, implementar un empaque específico anti-falsificación y distribuir los medicamentos justamente de acuerdo a sus costos. En el caso de acceso de información se refiere a mantenerse informados de lo que está sucediendo, por ejemplo, leyendo diferentes fuentes de información como la página de FDA que presentan los incidentes reportados de medicamentos falsificados en los Estados Unidos. Mientras el farmacéutico este al día de lo que está sucediendo ayuda a que el paciente no adquiera medicamentos falsificados.

Conclusión

La venta de medicamentos es un problema social que nos concierne a todos, en especial a los profesionales de la salud. Es nuestra responsabilidad velar por que cada persona reciba un cuidado de salud de calidad. Se debe educar a los pacientes sobre el riesgo de comprar medicamentos por Internet, por correo, o de fuentes no confiables.

Referencias

Domínguez-Gil Hurlé A. *Falsificación de Medicamentos*. Cuadernos de Farmacia en Red Farmacéutica. 2005. Recuperado en agosto 2010, de http://www.redfarmaceutica.com/cuaderno/default.cfm?str_action=mostrarCuaderno&int_idCuaderno=168&int_idArticulo=1816&int_idSeccion=460

Drogería Sur. *Decomisan en la Zona Fronteriza un Cargamento de Medicamentos Falsificados*. Mayo 2010. Recuperado en agosto 2010, de <http://www.youblisher.com/p/26623-Revista-Mayo-2010/>

Fábregas S. Curso FARM 7205 de Ética Farmacéutica. Escuela de Farmacia, Universidad de Puerto Rico, Año Académico 2009-2010.

International Pharmaceutical Federation (FIP) *Declaración de FIP de política sobre medicamentos falsificados*. Septiembre 2003. Recuperado el noviembre de 2009, de http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=167&table_id=

Loewy M. *Adulteraciones letales*. Perspectivas de Salud. Organización Panamericana de la Salud. 2007. Recuperado en junio 2010, de http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero23_articulo3.htm

Organización Mundial de la Salud. *Pautas para la formulación de medidas para combatir los medicamentos falsificados*. 1999. Recuperado en noviembre 2009, de <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2968s/2.1.html#Jh2968s.2.1>

Organización Mundial de la Salud. *Medicines: counterfeit medicines*. Enero 2010. Recuperado en junio 2010, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs275/en/index.html>

Winckler S, American Pharmacists Association. Pharmaceutical Supply Chain Security. (11 de julio de 2006). Recuperado en septiembre 2009, de <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/dockets/06d0226/06D-0226-EC8-Attach-2.pdf>

U.S. Drug and Food Administration. *FDA Counterfeit Drug Task Force Reports*. 2009. Recuperado en noviembre de 2009, de <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm169825.htm>

4

Inequidades y estigmas en la salud

Inequidades en la prestación de servicios de salud en Puerto Rico

Juan Carlos Zevallos

Médico, Profesor Asociado de Medicina y Salud Pública
Director Centro Dotal de Investigaciones de Servicios de Salud,
Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico

El conocimiento basado en evidencias constituye un elemento trascendental para la elaboración de políticas públicas de salud. Sin embargo, es importante definir qué es una evidencia y cuál es su aplicabilidad en el conocimiento de salud. En general, el conjunto de hechos válidos o información verdadera constituyen una evidencia.¹ En salud, la aplicación del método científico permite evaluar la fortaleza de las evidencias y por lo tanto el riesgo-beneficio de un tratamiento clínico o de una medida preventiva.² Por otro lado, la política pública, es decir aquella que interesa a la población en general, es la normativa legal aplicable a nivel nacional, regional o local.³ Este mismo concepto puede expandirse a políticas públicas a nivel internacional que usualmente se alcanzan a través de acuerdos multinacionales. Específicamente en el tema de inequidades de salud, las políticas públicas deben basarse en evidencias disponibles, actualizadas y válidas, que no solamente cuantifiquen la inequidad misma, sino que predigan, de la manera más certera, su corrección.

El Centro Dotal de Investigaciones de Salud de la Escuela de Medicina del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico tiene como objetivo mejorar el acceso y el uso de los servicios de salud de la población puertorriqueña a través de la reducción o anulación de las inequidades en este campo.⁴ Pero, ¿cómo alcanzar este objetivo y más aún, cómo elaborar políticas públicas de salud cuando no se ha cuantificado el problema?

¹ Timmermans S, Mauck A. The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Aff*(Millwood) 2005; 24 (1): 18-28.

² Eddy DM. Evidence-based medicine: a unified approach. *Health affairs* (Project Hope) 2005; 24 (1): 9-17; Gray JA. *Muir Evidence-based Health Care*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.

³ National Association of Public Health Policy: <http://www.naphp.org>.

⁴ Centro Dotal de Investigaciones de Servicios de Salud. Escuela de Medicina, Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico: <http://www.upr.edu>.

La cuantificación del problema deberá ser integral. Si bien la cuantificación de las inequidades debe iniciarse con la búsqueda y recolección de la información disponible proveniente de fuentes de información confiables, actualizadas y accesibles. Esta información ya disponible deberá complementarse con investigación dirigida a la recolección de hechos válidos que son imprescindibles para la elaboración de la política pública.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en la mayoría de países del mundo. En los Estados Unidos de Norteamérica, siete de cada diez muertes son causadas por enfermedades cardiovasculares.⁵ Entre éstas, las enfermedades isquémicas del corazón (infarto agudo del miocardio) y las cerebro-vasculares (apoplejía cerebral) son las más comunes.⁶ En América Latina y el Caribe, también la primera causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares. Y Puerto Rico no es la excepción. La primera causa de muerte, incapacidad y gasto médico en Puerto Rico se deben a las enfermedades cardiovasculares.⁷ Desafortunadamente, indicadores básicos e imprescindibles para la elaboración de una política pública, como son la incidencia (casos nuevos) o la prevalencia (porcentaje de individuos que en un momento dado padecen de una enfermedad) de infarto agudo del miocardio o apoplejía cerebral no están actualizados ni disponibles.

Por este motivo, el Centro Dotal de la Universidad de Puerto Rico estableció como prioridad la conducción de tres estudios a nivel poblacional para obtener, por primera vez, datos con diagnósticos validados, confiables y actualizados sobre la incidencia de 1) infarto agudo del miocardio, 2) fallo cardíaco y 3) apoplejía cerebral en la población puertorriqueña que reside en la Isla. Esta información complementa lo que ya se conoce sobre mortalidad. Hasta este momento, hemos terminado satisfactoriamente los estudios piloto en las tres áreas de interés previamente mencionadas.

En esta presentación, me concentraré en el Puerto Rico Heart Attack Study o Estudio de Infarto Agudo del Corazón en Puerto Rico. La metodología que empleamos es una adaptación de la que fuera desarrollada en la Universidad de Massachussets, Estados Unidos y que se ha utilizado ininterrumpidamente desde hace más de 25 años en el Worcester Heart Attack Study.⁸ Una vez validados los cuestionarios para Puerto Rico, un equipo de médicos y enfermeras entrenados para el efecto, procedió a abstraer la información de los expedientes médicos de pacientes que fueron hospitalizados por infarto agudo de miocardio (Código 410 de la 9ª. Edición de la

⁵ American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics - 2010 Update. Dallas, Texas: American Heart Association; 2010.

⁶ Op. Cit.

⁷ Puerto Rico Department of Health. <http://www.salud.gov.pr>.

⁸ KC Floyd, J Yarzebski, FA, Spencer, D Lessard, JE Dalen, JS Alpert, JM Gore, RJ Goldberg. A 30-Year Perspective (1975–2005) Into the Changing Landscape of Patients Hospitalized With Initial Acute Myocardial Infarction Worcester Heart Attack Study. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2009, 2: 88-95.

Clasificación Internacional de Enfermedades) en todos los hospitales del área metropolitana de San Juan, Puerto Rico desde el 1º de enero al 31 de diciembre del 2007. Cada caso fue validado de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud.⁹

Debido a que todos los hospitales que participaron en el estudio y que atienden emergencias se encuentran localizados en los nueve municipios que conforman el área definida como “San Juan Metro”, es posible conocer la población residente en la misma área, de acuerdo al último Censo Poblacional (2000). Esta población es el denominador que se utiliza para calcular la *tasa* de incidencia para el año 2007:

Número de casos nuevos de infarto agudo de miocardio

Población residente en San Juan Metro

Además de datos demográficos y cobertura de salud, el cuestionario obtiene vasta información sobre cada caso en la fase previa a la hospitalización, durante la hospitalización y una vez que el paciente es dado de alta. En la *fase previa a la hospitalización* se cuantifica, por ejemplo, el “delay time” que se define como el tiempo transcurrido desde que el paciente presenta los síntomas de infarto agudo del miocardio hasta el momento en que arriba a la sala de emergencia del hospital. También en esta fase pre-hospitalaria, se recoge información sobre el tipo de transportación hasta el hospital. En la *fase hospitalaria*, el cuestionario recaba, entre otros, información sobre mortalidad hospitalaria, incidencias de fallo cardíaco, ataque cerebral, choque cardiogénico y sobre el uso de terapias y guías clínicas basadas en evidencias, como por ejemplo el uso de aspirina en las primeras 24 horas. Ejemplos de datos que se obtienen de los expedientes clínicos al momento del alta son el uso de medicinas y prácticas médicas basadas en evidencias que buscan disminuir la recurrencia de hospitalización y la muerte post infarto. En la *fase post hospitalaria*, se obtiene información sobre re-hospitalizaciones y sobre mortalidad luego del alta en los primeros 30 días luego de ocurrido el infarto. Los datos de mortalidad se cotejan con el *National Death Index* que registra todas las muertes ocurridas en los Estados Unidos de Norteamérica y sus territorios, incluidos Puerto Rico.

Los resultados de la Tabla 1 muestran que a pesar de que la incidencia de infartos es mayor entre los hombres, la proporción de mujeres que mueren en el hospital por un infarto agudo de miocardio es significativamente mayor que la de los hombres. De la misma manera, se evidencia una significativa mayor proporción de mujeres sin plan médico. Esta inequidad entre hombres y mujeres se ha demostrado también en el *Puerto Rico Stroke Study*, o Estudio de Apoplejía

⁹ Alpert JS, Thygesen K, Antman E, et al. Myocardial infarction redefined—a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 36:959, 2000.

Cerebral en Puerto Rico que demostró que en el mismo año 2007, la proporción de mujeres sin seguro médico fue mayor que la de los hombres (20.1% vs. 16.0%).¹⁰

Tabla 1. Características demográficas

<u>Característica</u>	<u>Total</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>
N	1,415	778	637
Sexo (%)		55	45
Edad, años (mediana)	65	64	69
<u>Grupos de edad</u>			
< 55	21.3	26.1	15.4
55-74	50.3	51.6	48.7
≥75	28.5	22.4	36.0
Tasa de Incidencia x 100,000	163	198	134
Mortalidad hospitalaria*	3.4	3.1	3.7
Sin cobertura de salud*	10.8	8.6	13.0

* p <0.05

Como muestran los resultados de la Tabla 2, existe una disparidad estadísticamente significativa en el tratamiento recomendable. Desafortunadamente, la proporción de mujeres que reciben el tratamiento ideal es significativamente menor a la de los hombres.

Tabla 2. Inequidades de sexo en el Puerto Rico Heart Attack Study

<u>Característica</u>	<u>Todos</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>
Aspirina en las primeras 24 horas*	80.2	83.3	76.2
Inhibidor ECA al alta*	60.5	64.8	54.9
Hipolipemiente al alta*	55.0	57.3	53.3
Betabloqueador al alta	51.2	51.2	51.3
Aspirina al alta*	62.7	66.5	57.8
Recomendación para dejar de fumar (sólo fumadores actuales) *	5.5	7.4	3.2

* p <0.05

Estos resultados se basan en una metodología validada por más de 25 años y que ha sido exitosamente adaptada a la población puertorriqueña. Esta es la primera vez que se obtienen tasas

¹⁰ Zevallos JC, González J, Santiago F, Rodríguez R, Rivera A, García AM, Flecha F, Colón M, Yarzebski J. Pilot Study of the Characteristics of Acute Stroke Events in Patients Discharged from the Carolina University Hospital, Puerto Rico 2007. Bol Asoc Med P R. 2009 Jul-Sep, 101(3): 11-3.

de incidencia de infarto agudo de miocardio validado a nivel comunitario en Puerto Rico. De esta manera, hemos cuantificado el problema utilizando la evidencia disponible más próxima a la realidad. El siguiente paso es divulgar esta información y procurar la implementación de políticas públicas que corrijan las inequidades encontradas.

En el 2001, un reporte del Instituto de Medicina estableció que “entre el cuidado de salud que tenemos y el cuidado de salud que podríamos tener, no existe una brecha sino un abismo”. Efectivamente, se ha calculado que el lapso entre la publicación de estudios de investigación y la implementación de políticas de salud es de 17 años.¹¹ Hemos iniciado una estrategia para acortar el abismo e implementar una política de salud que responda a las evidencias encontradas a través de un plan de divulgación dirigido a tres audiencias: 1) científica o de pares, 2) tomadores de decisiones y 3) público en general. Esta ponencia en el II Congreso Ciencias, Tecnologías y Culturas “Inequidades en la Prestación de Servicios de Salud en Latinoamérica y el Caribe” es el primer paso destinado a divulgar los resultados.

Finalmente, hemos iniciado ya el proceso de discusión con autoridades gubernamentales y tomadores de decisiones para la implementación de políticas de salud que reviertan las inequidades encontradas en cuanto a cobertura de salud y calidad de tratamiento que recibe la mujer puertorriqueña hospitalizada por infarto agudo del miocardio.

¹¹ Citado por la organización para las políticas públicas de salud en <http://www.publichealthpolicy.org/>.

A formação em fisioterapia em um cenário estratégico para a redução das iniquidades em saúde: um relato de experiência

Aldira Guimarães Duarte Domínguez^I

Marcela Coelho Mihessen^{II}

^I Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB)

Fisioterapeuta pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)*

^{II} Mestre e Educadora Física pela Universidade Católica de Brasília

Fisioterapeuta pela Faculdade de Reabilitação do Planalto Central

Introdução

Nas duas últimas décadas a fisioterapia enquanto disciplina da área da saúde tem crescido bastante. Este crescimento tem sido favorecido pelos avanços científicos e tecnológicos que têm experimentado diferentes áreas do conhecimento e que têm impactado de maneira positiva no campo de ação profissional do fisioterapeuta (Domínguez, 2005). No entanto, percebe-se que prevalecem, na prática cotidiana deste profissional, as ações voltadas para a reabilitação e cura de seus participantes. Nota-se também que eles percebem o sistema público de saúde como um sistema pensado para atender somente as parcelas mais empobrecidas da população. Por trás desta concepção percebe-se a presença do estigma de que o público, o social e o gratuito são serviços pobres e sem a qualidade e eficiência necessárias para resolver os problemas e necessidades de saúde da população.

Reconhece aqui que a pobreza deste pensamento está na falta de concepção política do fisioterapeuta. O predomínio do modelo biomédico em saúde, dentro das Instituições de Ensino Superior, tem distanciado os fisioterapeutas das discussões geradas pelas disciplinas da área social e política. Segundo Schwingel (2002), estas disciplinas dentro das faculdades de fisioterapia têm representado apenas créditos a serem cumpridos e pouco significa para o acadêmico que não participa dos debates na área social não adquirido, portanto, capacitação para um fazer criativo e reflexivo da realidade social na qual está inserido. Nota-se que não é dada a valorização necessária a estas disciplinas na grade curricular dos cursos, o que pode explicar,

* Contacto: aldira@unb.br

mas, não justificar, a indiferença destes profissionais com os seus deveres sociais e éticos com as camadas mais empobrecidas da população usuária, sem opção de escolha, dos serviços oferecidos pelo SUS (Andrade; Barreto; Bezerra, 2006).

Foi, portanto, tentando romper com esta concepção negativa do sistema e procurando envolver a categoria dos fisioterapeutas na construção e edificação do atual sistema de saúde brasileiro, tornando-os atores do processo, comprometidos com a busca da qualidade e eficiência dos serviços oferecidos à população, que a autora deste estudo idealizou e implantou em 2003 a extensão do setor de Reabilitação Cardiovascular da Clínica Escola da faculdade onde trabalhava como docente, para uma comunidade carente do Distrito Federal: a cidade satélite de São Sebastião.

O trabalho de fisioterapia em São Sebastião: como tudo começou

São Sebastião constitui uma das 30 regiões administrativas do Distrito Federal e está localizada ao leste do Plano Piloto de Brasília. Possui hoje uma população estimada 69.469 habitantes, desse total quase 50% é constituído de adultos entre 20 e 49 anos (Anuário Estatístico do Distrito Federal, 2006).

O perfil epidemiológico de São Sebastião não foge às características de outras cidades brasileiras onde as condições sócio-econômicas, políticas e sanitárias são fortes influenciadores dos principais problemas de saúde que acometem a população.

Foi, portanto, visando ajudar a romper com o ciclo das iniquidades de acesso aos serviços de saúde em fisioterapia, mais precisamente na área da reabilitação cardiovascular, que se optou por se trabalhar na cidade satélite de São Sebastião. Considerou-se como referencial teórico o conceito de determinantes sociais em saúde, onde se reconhece que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde (Buss, 2007).

No âmbito da formação acadêmica tentou-se romper com o predomínio da visão curativa e reparadora, assim como, na busca por uma maior humanização, aproximação e sensibilização desses futuros fisioterapeutas para as complexas condições e necessidades de saúde das comunidades mais carentes do entorno do Distrito Federal. A necessidade da instituição de ensino de responder às exigências do Ministério da Educação às novas diretrizes curricular do curso de fisioterapia, de integração das práticas de fisioterapia à comunidade, assim como, a sensibilidade e percepção de que estava na hora de promover mudanças, foram determinantes para a implantação do projeto.

Optou-se por esta comunidade pelas condições socioeconômicas e de saúde da população que tinha em média 800 hipertensos e 300 diabéticos cadastrados no Centro de Saúde nº 1 e nenhum serviço de fisioterapia em reabilitação cardiovascular. O número expressivo de pessoas com estes quadros patológicos, que constituem fatores de risco coronarianos, legitimou ainda mais a implantação do projeto de extensão do setor de reabilitação cardíaca nesta localidade, favorecendo redução de iniquidades em saúde no acesso a esse tipo de procedimento.

As tramitações legais com as autoridades do Centro de Saúde nº 1, de São Sebastião para a implantação do projeto, também foram satisfatórias. As mesmas ficaram encarregadas da divulgação e encaminhamento dos participantes, assim como, de conceder o espaço físico para a realização das práticas do projeto. Com os tramites legais concluídos, partiu-se para a execução do projeto.

Da teoria a prática: em busca de uma nova práxis em fisioterapia

A extensão do setor de reabilitação cardíaca para a comunidade de São Sebastião tinha como propósito contribuir para a inserção do acadêmico de fisioterapia nas ações de atenção básica em saúde nos seios das comunidades, sensibilizando-os para a importância dos serviços de fisioterapia em comunidades na redução das iniquidades em saúde. Pretendia-se também aproximá-los dos debates concernentes ao campo interdisciplinar da saúde coletiva com o intuito de se aprimorar a qualidade política no fazer social destes futuros profissionais da área da saúde. Por qualidade política deve-se entender a possibilidade que o homem tem de conquistar sua emancipação, fazendo e refazendo história, intervindo criativamente no cotidiano através da participação (Demo, 1996).

Era intenção do projeto, sensibilizar por meio de vivências práticas, os futuros egressos de fisioterapia para as condições socioeconômicas e culturais em que vivem parte significativa da população, assim como pensar o impacto destas variáveis em suas condições de saúde. Foi pretensão do projeto também, romper, ainda no período de formação profissional destes estudantes, com a visão classista e elitista que tem prevalecido no atuar da categoria, despertando para compromissos sociais em saúde, principalmente com as parcelas da população que vivem nas zonas rurais e urbanas periféricas, portanto as que mais padecem das mazelas da exclusão social.

No Distrito Federal os serviços públicos de fisioterapia estão centralizados nos hospitais do Plano Piloto e de algumas das cidades satélites, esta forma de distribuição dos serviços de fisioterapia não tem respondido de maneira satisfatória à população do entorno, visto que o deslocamento de participantes acamados e em cadeiras de rodas para estes centros muitas vezes é inviável.

Objetivos do projeto:

Desde o ponto de vista técnico e patológico:

- Evitar ou retardar a evolução da hipertensão arterial e da diabetes assim como, seus agravos à saúde dos participantes do projeto; oferecer na comunidade, alternativas de tratamentos de qualidade e de baixo custo nos casos de hipertensão arterial e diabetes, assim como outras patologias associadas; melhorar a capacidade funcional do paciente através da prática de exercícios terapêuticos monitorados.

Desde o ponto de vista social e político:

- Redimensionar a prática fisioterapêutica, sensibilizando os estudantes de fisioterapia para a associação harmônica dos conhecimentos técnicos com o fazer social em saúde no seio de comunidades carentes; reduzir as iniquidades em saúde principalmente no campo da fisioterapia cardiovascular; aprimorar o que aqui chamamos de qualidade política em fisioterapia, por meio da aproximação dos estudantes de debates sobre temas de natureza ética, políticas públicas de saúde, equidade social, autonomia, controle social, dentre outros, capacitando-os para assumirem postos de lideranças e representação política; apresentar aos estudantes uma visão sistêmica da saúde, fazendo com que passem a ver o paciente de maneira integral; ao aplicar sua conduta de tratamento; estruturar uma identidade em fisioterapia no campo social e político; incentivar a produção científica neste campo de atuação.

Fundamentação teórico metodológico

O projeto de extensão do setor de reabilitação cardíaca se fundamentou teoricamente na noção de qualidade formal, domínios de conhecimentos técnicos, e qualidade política, domínios de conhecimentos técnicos mais éticos, e valores sociais (Demo, 1993). Fundamentou se também no campo interdisciplinar da saúde coletiva, cujo objeto de estudo concentra-se em estudar as necessidades sociais em saúde contemplando aspectos como: a) pesquisas sobre o estado sanitário da população; b) a natureza das políticas de saúde; c) equidade e justa igualdade de oportunidade; d) as relações entre os processos de trabalho e doença; e) as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária (Paim e Almeida Filho 1998).

Metodologia de trabalho: o projeto e sua prática

Nos primeiros contatos com a comunidade percebeu-se um clima de ansiedade e curiosidade, isso tanto por parte dos participantes que desconheciam completamente o que aqueles profissionais de nome tão diferente poderiam fazer por seus problemas de saúde, como também

pelos próprios estudantes, que teriam que aplicar seus conhecimentos técnicos agora, fora do contexto clínico acadêmico ao qual estavam acostumados. Eles eram obrigados a pensar criativamente o que fazer para seguir as etapas da reabilitação cardíaca (aquecimento, endurance, desaquecimento) longe da estrutura oferecida pela clínica escola. Deviam ir além das esteiras e bicicletas ergométricas para cumprir tais objetivos.

Considera-se que ter de pensar criativamente a conduta de tratamento a ser aplicada no grupo é a parte mais enriquecedora na formação profissional oferecida ao aluno no projeto. O mesmo tem que romper com a concepção tradicional de tratamento e elaborar condutas alternativas pensadas a partir das reais necessidades apresentadas pelo grupo, assim como de acordo com os recursos disponíveis (bolas, bastões, halteres, elásticos, cadeiras, colchonetes e aparelho de som).

Os atendimentos ao grupo acompanhado pelo projeto aconteceram nas terças e quintas feiras das 8:00 às 10:00 da manhã no próprio Centro de Saúde. Além do atendimento que era realizado de maneira coletiva, os estudantes também conferiam palestras que tinha como objetivo educar a população para o cuidado com a sua saúde. Nestas palestras eram abordados temas como: a importância do exercício físico, esclarecimento sobre a diabetes e a hipertensão, controle alimentar, esclarecimentos sobre fármacos, importância da respiração, entre outras.

Participavam do projeto os estudantes do sétimo semestre do curso de fisioterapia. A turma era dividida em 4 grupos de estágios sendo um deles o de Reabilitação cardiovascular. Os grupos contavam, portanto, com aproximadamente 10 a 12 estudantes, de modo que cada grupo permanecia em média um mês no setor onde era desenvolvido o projeto de extensão em São Sebastião. O trabalho realizado pelos estudantes era constantemente acompanhado e orientado pelas duas professoras coordenadoras do projeto, as quais procuravam constantemente enfatizar tanto nas práticas, quanto nas discussões em grupos, o caráter sociopolítico do projeto.

Leituras sobre o Sistema Único de Saúde e sua legislação, a promoção da saúde, prevenção de doenças, ações interdisciplinares no marco da saúde coletiva, (in)equidade social, vigilância epidemiológica, estratégia Saúde da Família e Programa de Agente Comunitário de Saúde, entre outras, eram realizadas juntamente com os estudantes, visando proporcionar um melhor entendimento sobre o atual sistema de saúde brasileiro. Objetivava-se com isso, redirecionar as práticas dos futuros fisioterapeutas também para o campo das políticas públicas sociais em saúde.

É importante esclarecer que, na execução prática do projeto, os conhecimentos técnicos adquiridos pelos estudantes ao longo da sua formação acadêmica eram veementemente

cobrados. Cobrava-se também uma visão crítica e participativa no processo de ruptura com estados de sujeição excludente a que podem encontrar-se submetidos os usuários dos serviços de fisioterapia oferecido pelo projeto, como também dos próprio estudantes, futuros fisioterapeutas, cujo cotidiano laboral implica, dentre outros aspectos, lutar pelas conquistas de espaços sociais ainda descobertos. É importante esclarecer que os estudantes que atuavam em São Sebastião atendiam também na clínica escola da faculdade só que em dias alternados, segundas, quartas e sextas; e nas terças e quintas em São Sebastião.

A seleção dos participantes do projeto consistia em passar por uma consulta detalhada do seu estado de saúde com a médica responsável pelo grupo de hipertensão arterial e diabetes do centro de saúde. Levava-se em consideração suas condições físicas e funcionais. Se o quadro clínico apresentado fosse favorável a prática de atividade física terapêutica, este era encaminhado para a fisioterapia.

Nas atividades terapêuticas os participantes eram novamente consultados, só que pelos estudantes. Estes procuravam colher informações detalhadas sobre a história clínica do participante, assim como, fechar o diagnóstico terapêutico funcional. Com o diagnóstico terapêutico funcional em mãos, e com o consentimento e interesse do usuário em participar do projeto, ele passava a integrar o grupo constituído por, no máximo, trinta participantes. Mesmo considerando essa quantidade de pessoas pequena para os ideais do projeto, optou-se por esse número, por se considerar o espaço físico cedido para as atividades práticas. A participação dos hipertensos e diabéticos no projeto tinha como objetivo o ganho de condicionamento físico e uma maior aptidão cardiopulmonar, sem falar dos próprios benefícios do exercício físico na prevenção dos agravos coronarianos provocados pela hipertensão arterial e pela diabetes.

O programa de condicionamento físico, ao contrário do que era feito na faculdade, não contava com o uso de esteiras e bicicletas ergométricas e acontecia de forma coletiva. Consistia na realização de atividade física aeróbia controlada e monitorada antes, e depois dos exercícios. Dependendo do quadro e do estado de saúde apresentado pelo participante, este podia receber assistência também durante a realização do atendimento. Vale ressaltar que realização dos exercícios de forma coletiva apontava para uma série de aspectos positivos para todos os participantes do projeto: participantes, estudantes e professores todos eles relacionados com a socialização e integração que este tipo de prática proporciona.

A monitorização consistia na aferição da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória. De acordo com os valores da monitorização apresentados pelos participantes, eles eram identificados com fitas verde (paciente dentro da normalidade), amarela (paciente requer

observação) e vermelha (paciente que requer um acompanhamento individualizado). As atividades físicas aeróbias seguiam as etapas dos protocolos de condicionamento: alongamento, aquecimento, endurance, desaceleração, alongamento final e relaxamento. A forma de se trabalhar nestas etapas foram todas pensadas e elaboradas pelos estudantes e variavam desde atividades em circuitos com várias estações, até o trabalho com dança, recreação e técnicas de relaxamento.

Como já se mencionou anteriormente, no projeto, os estudantes eram contemplados com a real possibilidade de atuarem criativamente, pensando e elaborando as suas práticas. A cada semana dois estudantes eram selecionados para traçar as dinâmicas terapêuticas que eram realizadas com os participantes. Procurou-se despertar a necessidade de se pensar essas dinâmicas tanto do ponto de vista técnicos com também em cima das percepções que os mesmos observavam na convivência com o grupo, principalmente no que diz respeito aos aspectos biopsicosocial que envolve a natureza humana. Tudo isso, com o intuito de se propagar entre os futuros fisioterapeutas uma visão sistêmica da saúde.

Considerações finais: A fisioterapia como prática sociopolítica/principais oportunidades e limitações

Nas avaliações realizadas pelos acadêmicos observa-se que existiam duas concepções sobre a atuação dentro do enfoque apresentado: a primeira concepção é formada pelos que realmente conseguiram perceber a grandeza social enfocada no projeto. Estes estudantes foram os que, ao saírem para o mercado de trabalho, levaram consigo uma real possibilidade de mudanças e transformação da práxis em fisioterapia. Eram estes discentes que nas discussões levantavam questionamentos sobre a postura assumida pelo fisioterapeuta frente aos desafios próprios da profissão, foram também eles que mais contribuíram para o crescimento e implementação do projeto. Vale ressaltar que estes estudantes eram maioria.

A segunda concepção era formada por um grupo de acadêmicos que não reconheciam as atividades desenvolvidas no projeto como um fazer profissional do fisioterapeuta. Para eles, as atividades desenvolvidas no projeto deveriam ser realizadas por um profissional de educação físico, ou por outros membros da equipe de saúde, equipe no qual, ele não se considerava membro. O perfil do estudante que assumiu essa postura se caracterizava por supervalorizar os conhecimentos técnicos em detrimento dos de promoção da saúde e prevenção de agravos como os desenvolvidos no projeto. Esses discentes comumente questionavam o porquê de não estarem dentro de um hospital vivenciando procedimentos pós-cirúrgico de cirurgia cardíaca, ao invés de estarem em uma comunidade, cujo quadro clínico das pessoas não passava para eles as riquezas de conhecimento técnico esperados. Como se pode perceber, a visão clínica, curativa e reparadora, predominava nesse grupo de estudantes.

Sensibilizar e despertar os discentes mais tradicionalistas para a necessidade de se trabalhar a saúde a partir da atenção básica constitui um desafio inadiável no fazer fisioterapêutico. Com certeza estes estudantes não atuariam profissionalmente nas práticas de atenção básica em saúde, nem são obrigados a isso, mas precisam ampliar seu campo de visão sobre a importância, necessidade e o impacto destas práticas na saúde da população, principalmente daquela que, por questões socioeconômicas, encontram-se à margem do mercado.

Reconhece-se aqui que para uma melhor redefinição do papel social e político deste projeto é necessário que o enfoque dado nas disciplinas da área social deve ser repensado e redimensionado, preparando realmente o estudante para o que ele irá encontrar nos trabalhos comprometidos com as necessidades sociais em saúde.

De maneira mais ampla, a aproximação dos acadêmicos com a comunidade consiste em uma estratégia para se impulsionar uma nova práxis em fisioterapia voltada para o saber pensar e o saber fazer. Neste sentido, compartilha-se, com a idéia de Demo (1993) que é categórico ao afirmar que escutar, decorar, copiar, responder provas é muito pouco para a formação de um profissional chamado a participar de um processo histórico social com competências e habilidades desafiadoras. Dentre as principais oportunidades e vantagens apresentadas pelo projeto podemos destacar:

- Reduz o número de internações e consultas nos hospitais, devido a se alcançar com os exercícios e as palestras educativas um maior compromisso dos membros do grupo com o cuidado com sua saúde.
- As práticas de atividade física controlada e monitorizada têm ajudado na redução das dosagens dos remédios dos participantes.
- Percebe-se uma melhora significativa na auto-estima dos participantes. Associa-se esta condição, à socialização proporcionada pela realização das atividades de maneira coletiva, o que também favorece a integração estudante, professores e comunidades já que todos terminam participando das práticas.
- Estudantes e comunidade desenvolvem a concepção de que se pode trabalhar dentro dos centros de saúde de maneira a romper com a concepção tradicional de atendimento. Neste caso, o papel do Centro de Saúde na comunidade é ampliado, passando a ser visto pela população como um aliado na busca das soluções para os problemas de saúde das pessoas.
- Apresenta ao acadêmico de fisioterapia outra dimensão na forma de se fazer saúde, ampliando seu horizonte laboral, assim como, sensibilizando-os para a necessidade de se assumir maiores compromissos com os cuidados de saúde das pessoas que padecem das mazelas da exclusão social.

- Possibilita ao estudante desenvolver seu potencial intelectual criativo

Limitações

A formação profissional oferecida pelas faculdades de fisioterapia do Distrito Federal não é pensada e voltada para o atendimento nas comunidades. Apesar de existirem projetos de extensão realizados pelas faculdades nas comunidades mais empobrecidas e necessitadas do DF, a racionalidade que prevalece na execução dos mesmos, é a racionalidade técnica. Isso se explica pelo predomínio histórico do modelo biomédico em saúde na hora de se capacitar e formar estes profissionais.

Percebe-se em alguns estudantes uma forte resistência em se romper com as formas tradicionais de atendimento em fisioterapia. Comumente, questionamentos sobre a sensação de não se estar fazendo o papel do fisioterapeuta no projeto foram levantados pelos estudantes. Eles não reconheciam a metodologia aplicada como campo de atuação do fisioterapeuta. Em outras palavras não se percebem como agente de saúde que podem atuar no âmbito da: promoção da saúde; prevenção das doenças; assim como, na realização do trabalho de forma coletiva e além das esteiras e bicicletas ergométricas como propunha este projeto.

Referência Bibliográficas

Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. En: Campos GWS. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006: p. 783-836.

Anuário Estatístico do Distrito Federal 2006. Secretaria de Estado de Planejamento, Coordenação e Parcerias do Distrito Federal.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2007,17(1):77-93.

Demo P. *Combate a Pobreza*. Campinas: Autores Associados; 1996.

Demo P. *Cidadania menor: Algumas indicações quantitativas de nossa pobreza política*. Petrópolis: Vozes; 1993.

Domínguez AGD. *Fisioterapia com qualidade política: repensando o papel social do fisioterapeuta do Distrito Federal*. 157 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

Paim JS, Almeida FN. Saúde coletiva: uma 'nova saúde pública' ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32 (4), 1998, pp. 299-316.

Schwengel G. A fisioterapia na saúde pública: um agir técnico, político e transformador. En Barros FBM. (Org.): *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2002: p. 227-237.

Estigma da cor: os negros no sistema de saúde brasileiro

Wagner Solano de Arandas^I

Eduardo Sergio Soares Sousa^{II}

^I Investigador Acadêmico do Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos da Universidade Federal da Paraíba - Brasil, Mestre em Ciências Jurídicas*

^{II} Médico e Professor da Universidade Federal da Paraíba – Brasil
Doutor em Ciências da Saúde e em Sociologia**

Na formação social do Brasil os negros ocuparam o papel de escravos, eram vistos como bens de seus senhores, subjugados aos castigos físicos para produzirem riquezas as quais não desfrutariam de seu produto. Com o fim da escravidão, e a permanência da economia brasileira fundamentada no setor primário de produção, os postos de trabalho anteriormente ocupados pelos negros passaram a ser exercidos por imigrantes europeus. Este incentivo à presença de europeus no país correspondia ao plano de higienismo social, e branqueamento do povo brasileiro.

Nestas perspectivas predominavam duas correntes, uma que via a miscigenação como uma prática de conseqüências catastróficas, portanto, dever-se-ia construir uma nova sociedade sem o cruzamento de indivíduos. E outra que defendia o branqueamento progressivo do povo brasileiro com o cruzamento de mestiços com os brancos. Contudo, estas visões começariam a ser superadas com o Movimento Modernista e com a obra de Gilberto Freyre,¹ responsáveis pela valorização da força da sociedade em sua mistura única.

O racismo duro da Escola de Medicina da Bahia e da Escola de Direito do Recife, entrincheirado nos estudos de medicina legal, da criminalidade e das deficiências físicas e mentais, evoluiu, principalmente no Rio de Janeiro e em São Paulo, em direção a doutrinas menos pessimistas que desaguararam em diferentes versões do “embranquecimento”, subsidiando desde as políticas de imigração, que pretendiam a substituição pura e simples da mão-de-obra negra por imigrantes europeus (Guimarães, 2004:11)

* Contacto: wagnerarandas@yahoo.com.br

** Contacto: esergiosousa@uol.com.br

¹ A citar as obras: Casa-Grande e Senzala (Freyre, 1933); 3 Sobrados e Mucambos (Freyre, 1936).

Assim o desenvolvimento do racismo no Brasil ocorreu de forma dissimulada, diferente de modelos, como o dos Estados Unidos e África do Sul. Fato que chegou a transmitir a idéia de que seria o Brasil uma “democracia racial”, uma vez que não haviam ações ostensivas do poder estatal de forma clara contra os negros, assim como alguns poucos conseguiam ascender economicamente. Apesar de “não se pode afirmar, objetivamente, que eles compartilhem, coletivamente, das correntes de mobilidade social vertical vinculadas à estrutura, ao funcionamento e ao desenvolvimento da sociedade de classes” (Fernandes, 2007:67).

No Brasil, a qualidade de vida dos negros ocupa o patamar de “Índice de Desenvolvimento Humano similar ao de países como a Argélia e o Vietnã” (RIOS, 2004:465), chegando inclusive a situações mais críticas nas regiões mais pobres do país. Reflexo de barreiras sociais e da ausência de algumas políticas públicas inclusivas para os negros, não apenas de cotas, mas também na valorização da identidade cultural, e no atendimento de necessidades específicas. Pois, “a desigualdade racial é uma das principais conseqüências do racismo e da discriminação racial” (BRYM; *et al*, 2006:239).

Ações afirmativas são entendidas como políticas públicas que pretendem corrigir desigualdades socioeconômicas procedentes de discriminação, atual ou histórica, sofrida por alguns grupos de pessoas. Para tanto, concedem-se vantagens competitivas para membros de certos grupos que vivenciam uma situação de inferioridade a fim de que, num futuro estipulado, esta situação seja revertida. Assim, as políticas de ações afirmativas buscam, por meio de um tratamento temporariamente diferenciado, promover a equidade entre os grupos que compõem a sociedade (Bernardino, 257-256).

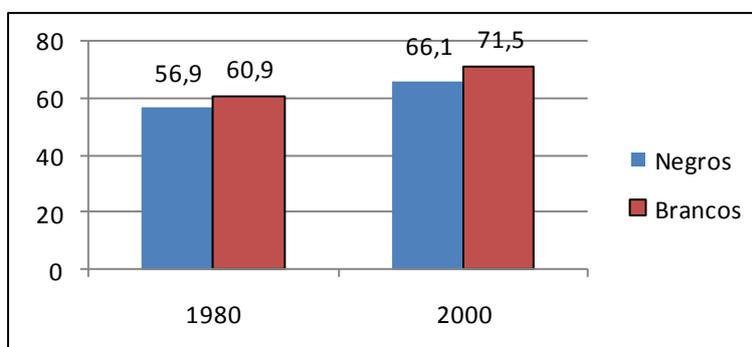
Os espaços de maior prestígio da sociedade não são vistos pelos racistas como lugar para os negros, neste ponto semelhante aos *outsiders* apresentados por Norbert Elias, “a exclusão e a estigmatização dos *outsiders* pelo grupo estabelecido eram armas poderosas para que este último preservasse sua identidade e afirmasse sua superioridade, mantendo os outros firmemente em seu lugar” (Elias; Scotson, 2000:22).

Assim, interpreta-se que o racismo está para além das relações de poder, seja econômico, político ou de qualquer natureza. O preconceito está no “reconhecimento do outro” e na “delimitação de espaços”. O pensamento racista trabalha a representação dos negros como indivíduos inferiores. Teorias do “Racismo Científico” acreditavam que os Europeus do leste eram os seres humanos mais desenvolvidos na escala das espécies, “uma hierarquia das raças tomando por base capacidades intelectuais, físicas e até beleza” (Brym; *et al*, 2006:214).

Um exemplo desse pensamento encontra-se na obra de Raymundo Nina Rodrigues (1862-1906). Médico, formado pela Faculdade de Medicina da Bahia, Nina Rodrigues dedicou-se ao estudo das culturas afro-brasileiras. Para ele, a razão do atraso e dos desequilíbrios da sociedade brasileira encontrava-se nas misturas raciais e culturais aqui existentes. Ao contrário do que teria ocorrido nos Estados Unidos, onde a “direção suprema da Raça Branca” foi uma garantia de civilização, nossa inferioridade persistiria por um longo tempo. Para ele, a raça negra no Brasil seria sempre “um dos fatos da nossa inferioridade” e a intensidade da mestiçagem existente no país [...] Desse modo, ele deixava claro que o fator biológico era o principal responsável pela nossa inferioridade (Brym; et al, 2006:216).

Em relação a expectativa de vida o podemos ver as primeiras distinções relacionadas à índices de qualidade entre negros e brancos no Brasil. Neste caso, em 1980 a diferença neste índice correspondia a 4 anos a mais na média de vida para os brancos, todavia em 2000, esta diferença subiu para 5,4 anos a mais de vida para os brancos. O índice de expectativa de vida é extremamente importante², pois ele reflete diversas outras ações de qualidade de vida, como acesso ao sistema de saúde, medicamentos, alimentação de qualidade, carga de trabalho menos exaustiva entre diversas outras.

EXPECTATIVA DE VIDA ENTRE OS ANOS DE 1980 E 2000



Fonte: Atlas Racial Brasileiro, 2004.

Conforme a PNAD³ de 2004 cerca de 66,67% dos brasileiros pobres eram negros, enquanto a representação destes na população foi de 47,80%. Em relação ao IDH, os brancos em 1991 tiveram o índice de 0,763, enquanto os negros só alcançaram 0,753 no IDH de 2005, momento em que o índice entre os brancos atingiu 0,838. A qualidade de vida dos brancos em 1991 é superior à dos negros em 2005, em Brasília em 2005 o IDH dos brancos foi de 0,910, o maior

² Assim como a média de anos de estudo e salário médio, a expectativa de vida também compõe os elementos calculados para se chegar ao IDH e GINI, os mais importantes índices de desenvolvimento.

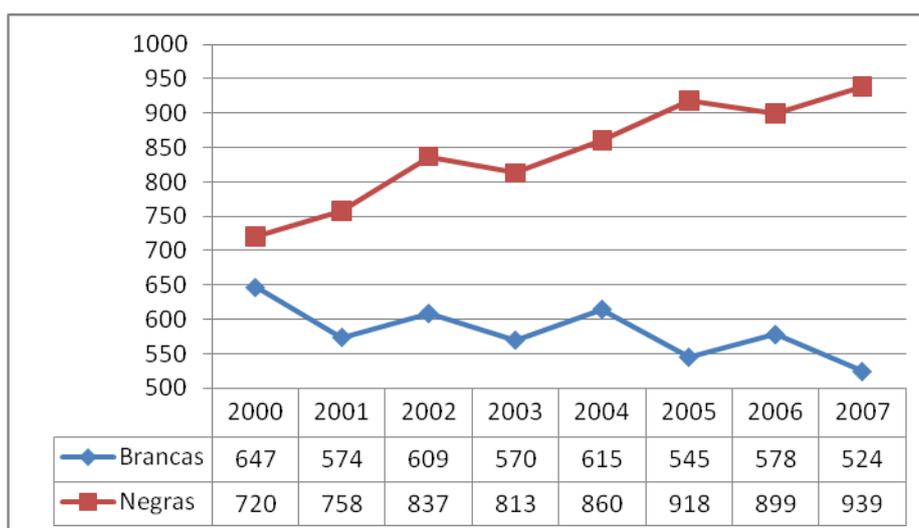
³ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. População total: 182mi; pobres 57mi; brancos pobres 19mi; pretos pobres 4mi; pardos pobres 34mi.

índice apresentado. Já na outra ponta encontram-se os negros de Alagoas com 0,639, inferior ao da Namíbia (0,650) e Guiné Equatorial (0,642).

O racismo contamina as instituições sociais de dentro para fora, “algo que mantém os negros em uma situação de inferioridade por mecanismos não percebidos socialmente” (Wieviorka, 2007:30). No atendimento público de saúde, por exemplo, não é possível afirmar que uma pessoa deixe de ser atendida por ser negra, mas ela pode ser negligenciada através de remarcação de consultas, maior tempo de espera, atendimentos médicos mais curtos e incompletos. O relatório anual das desigualdades no Brasil apresenta alguns dados preocupantes em relação ao atendimento médico destinados aos negros: “a taxa de mortalidade por 100 mil habitantes de pretos e pardos sem que se soubesse o motivo devido à ausência de um profissional de saúde que prestasse assistência foi de 32,45, entre homens, e de 24,01, entre as mulheres” (Paixão; Carvano, 2008:59).

Conforme o Geledés, entre os anos de 2000 e 2007, houve um aumento de 30% no número de óbitos maternos de mulheres negras, enquanto este mesmo índice apresentou um decréscimo de 19% para as mulheres brancas. Neste lapso temporal o ano de 2000 representou o piso dos casos das mulheres negras e o teto das brancas, respectivamente 720 e 647, significando uma diferença de 11,29%. Em 2007 as disparidades entre as duas categorias era de 79,2%, a maior no período avaliado.

NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS EM MULHERES NEGRAS E BRANCAS NO BRASIL (2000-2007)



Fonte: Geledés

Muitas destas mortes poderiam ser evitadas através de um pré-natal mais atencioso, como no acompanhando o nível da pressão arterial das gestantes, mais freqüente entre mulheres negras,

infecções, abortos e parto obstaculizado. A OMS⁴ recomenda que sejam feitas pelo menos seis consultas de pré-natal,

enquanto 55% das mulheres brancas superaram o mínimo recomendado, essa percentagem era de 34% ao se tratar das mulheres negras” (FUNASA, 2005:228), e entre as mulheres que não realizaram nenhuma consulta 64% delas eram negras. Estas questões também influem sobre a mortalidade neonatal, “a mortalidade neonatal é mais acentuada entre os negros, mantendo-se a diferença, mesmo que num nível menor, nos riscos relativos de mortalidade pós-neonatal entre estes e os brancos. (Funasa, 2005:210).

A associação entre raça e mortalidade infantil é bastante estudada em países como os Estados Unidos da América, cujas taxas elevadas de mortalidade neonatal entre os recém-nascidos negros resultam de excesso de nascimentos prematuros e restrição de crescimento fetal. Em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, estudo realizado com puérperas constatou que as desvantagens observadas para as mulheres pretas e pardas extrapolam os indicadores socioeconômicos, estendendo-se para a assistência a sua saúde e do recém-nascido. As desigualdades entre mães brancas e negras expressam-se tanto no acesso à atenção pré-natal adequada quanto no momento do parto, sendo a situação desigual enfrentada pela mãe negra, provavelmente, relacionada a uma maior frequência de desfechos negativos entre seus bebês (Carvalho et al., 2007:192).

Segundo dados do SIM/DATASUS de 2000, os óbitos de crianças negras com menos de 1 ano ocorreram em: 45,3% entre neonatais precoces, 13,6% para neonatais tardios, e 41,1% em pós-natais. Dentre estes 84% dos casos foram por causas evitáveis. Entre outros males da saúde da população negra encontra-se o traço falciforme, uma característica genética, que influi sobre a forma das hemoglobinas dos indivíduos, principalmente entre os negros. Portanto nesta perspectiva é incorreto classificar a formação deste traço como uma doença, sendo controverso este posicionamento, uma vez que ela pode apresentar sinais como: crises dolorosas, palidez, cansaço, úlceras e maior tendência a infecções. Contudo, o consenso defende que a presença deste traço não impede os seus portadores de desempenharem suas atividades cotidianas normalmente.

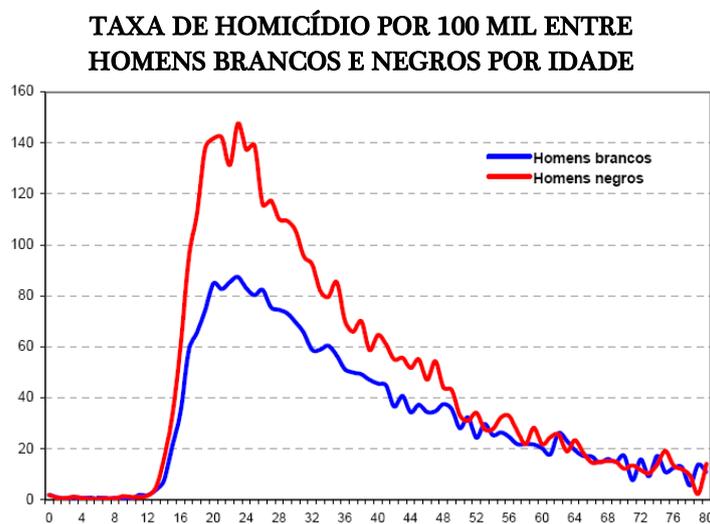
Durante um processo destinado a escolher a Seleção Brasileira Infante-Juvenil que representaria o país no Campeonato Sul-Americano de Vôlei, em 2004. Na época que o caso aconteceu, a atleta tinha 16 anos de idade, era oriunda de uma família pobre e vinculada a um time estadual de vôlei. A carreira no clube estadual começou aos 11 anos de idade e, desde então, a atleta já havia

⁴ Organização Mundial da Saúde.

⁵ A mortalidade neonatal pode ser compreendida como precoce, ocorrendo com recém nascidos de até 6 dias, e tardia quando a criança tem de 7 a 27 dias. Por sua vez, óbitos pós-neonatais são os que incidem sobre crianças entre 28 e 364 dias.

disputado diversos campeonatos regionais e nacionais, sendo campeã estadual e brasileira. Foi considerada como uma das melhores jogadoras brasileiras de vôlei na categoria juvenil, quando iniciou a carreira profissional. Em 2004, a atleta recebeu uma convocação para disputar uma vaga na seleção que representaria o Brasil em campeonato internacional e, nessa ocasião, foi identificado que ela era portadora do traço falciforme. Ao serem convocados a disputar as eliminatórias que antecedem a escolha de uma seleção, os atletas são submetidos a testes físicos e exames laboratoriais. O resultado mostrou que a atleta era portadora da “hemoglobina do tipo AS” ou traço falciforme. A jogadora afirmou que desconhecia a presença desse traço no sangue e foi surpreendida ao receber o resultado do exame e o conseqüente afastamento da seleção (Guedes; Diniz, 2007:506-507). O diagnóstico da anemia falciforme deve cumprir com a prevenção dos sintomas, e com a qualidade de vida de seus portadores e não como um elemento de estigma de seus indivíduos, “os benefícios da identificação neonatal em termos de reduzir a morbidade e a mortalidade de crianças portadoras de hemoglobinopatias” (Daudt, 2002:835).

Relacionado aos homicídios constata-se uma situação alarmante, pois 25,7% dos homicídios são contra jovens negros. Ou seja, a cada 4 pessoas assassinadas 1 delas é do sexo masculino, possui de 15 a 24 anos⁶ de idade, e é negra. Os dados do SIM/DATASUS de 2004 apontaram que no Brasil houve 44.844 homicídios, destes 11.526 foram contra jovens negros, representando que 31,49 jovens negros foram mortos por dia.



Fonte: SIM/DATASUS, 2004

O distanciamento dos serviços básicos como hospitais, escolas, mercado de trabalho, entre outros, configura mais uma modalidade de exclusão. A Inglaterra em suas colônias africanas “obrigou a mão-de-obra local a morar em barracos precários à margem de cidades segregadas e

⁶ Definição das Nações Unidas, pois a Secretaria Nacional de Juventude considera jovens o estrato etário compreendido entre 15 a 29 anos de idade.

restritas” (Davis, 2006:61). Muitos clubes também restringem o acesso aos negros até hoje, quando só permitem a associação por indicação de membros antigos, e a aceitação deste novo membro deve ser aceita pelos demais.

Assim, observa-se que o racismo no Brasil não apresenta em sua predominância valores biológicos ou étnicos. Porém é evidente que a cor da pele ainda é um parâmetro fundamental para a discriminação, apesar de não ser o fator isolado.

O corpo negro leva para os hospitais, muito mais do que um indivíduo precisando de atendimento. Ele também carrega consigo o estigma, a visão do negro como um indivíduo perigoso, as taxas de mortalidade de jovens envolvidos com a criminalidade, e até mesmo a herança das teorias atávicas, como as defendidas por Lombroso e Gobineau.

Apesar do SUS⁷ sustentar-se nas diretrizes da universalidade, equidade e integralidade, pouco se observa em relação a promoção da saúde dos negros. Seu sistema precário não consegue atender a todos os indivíduos, como se esperava em sua universalidade. As diferenças também não são complementadas pelo sistema de saúde, onde muitas vezes a falta de especialização de seus profissionais impedem um atendimento mais direcionado a casos específicos, como no exemplo da anemia falciforme. Por fim, a integralidade, este princípio é inexecutável diante da estrutura de atendimento, as enfermidades são tratadas em isolamento, não existindo comunicação entre os setores internos.

Existem algumas políticas públicas voltadas à atenção dos negros, das mulheres, sobretudo com o avançar do Estatuto da Igualdade Racial. Contudo, muitas vezes estas medidas em sua efetividade não passam de folders e cartazes nos hospitais. Poucos profissionais na área da saúde escolhem se especializar em determinadas enfermidades, devido ao baixo retorno econômico, e mesmo quando estas qualificações são fornecidas, geralmente em nível de capacitações, os profissionais não dispõem do tempo e dedicação necessária para esta formação, tendo o desinteresse como um dos maiores entraves.

Referências bibliográficas

Brym RJ. *Sociologia: sua bússola para um novo mundo*. São Paulo: Thompson; 2006.

Carvalho P. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. *Epidemiologia e Serviços Saúde*. Brasília, v.16, n.3., pp. 185-194, 2007.

Daudt L. et al. Triagem neonatal para hemoglobinopatias: um estudo piloto em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.18, n.3, pp. 833-841, 2002.

DAVIS, Mike. *Planeta favela*. São Paulo: Boitempo, 2006.

⁷ Sistema Único de Saúde.

Elias N, Scotson JL. Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder em uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Zahar; 2000.

Fernandes F. *O negro no mundo dos brancos*. 2ª Ed. São Paulo: Global; 2007.

Funasa. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2005.

Geledés. Número de óbitos maternos em mulheres negras e brancas, Brasil, 2000 a 2007. <http://www.geledes.org.br/afrobrasileiros-suas-lutas/numero-de-obitos-maternos-em-mulheres-negras-e-brancas-brasil-2000-a-2007.html>

Guedes C, Diniz D. Um caso de discriminação genética: o traço falciforme no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v.17, n.3, pp.501-520, 2007.

Guimarães A. Preconceito de cor e racismo no Brasil. *Revista de Antropologia*. São Paulo: v.47, n.1, pp. 9-43, 2004.

Paixão M, Carvano L. (Orgs.). *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil: 2007-2008*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária; 2008.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas racial brasileiro. PNUD, 2004. http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas_racial/atlas_racial.zip

Rios RR. Relações raciais no Brasil: desafios ideológicos à efetividade do princípio jurídico da igualdade e ao reconhecimento da realidade social discriminatória entre negros e brancos. En: Baldi CA. (Org.). *Direitos humanos na sociedade cosmopolita*. Rio de Janeiro: Renovar; 2004.

Wieviorka M. *O racismo, uma introdução*. São Paulo: Perspectiva; 2007.

Resiliencia vs. inequidades: recursos y sevricios que impactan el bienestar de las familias en Puerto Rico

Wanda I. Figueroa Fuentes Ph.D^I

Annette López de Méndez Ed.D.^I

Cándida R. Barrios Torres^{II}

^I Profesoras, Facultad de Educación, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

^{II} Estudiante graduada, Facultad de Educación, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

Introducción

Identificar, conocer y destacar las herramientas que cada persona posee y utiliza para sobrellevar y aprender de las situaciones difíciles que enfrenta, es el eje de esta investigación. Este estudio tiene como propósito identificar los factores que representan riesgos (inequidad) así como los que propician balance en un grupo de familias con niños de edad preescolar cuyo nivel socio económico está enmarcado en el nivel de pobreza. Los resultados obtenidos contribuyen a identificar los recursos formales e informales que propician un estado de bienestar para la familia desde el contexto del hogar, la escuela, comunidad y agencias gubernamentales. Se espera promover el desarrollo de procesos que incorporen política pública que atienda las necesidades e intereses de la población más necesitada.

Revisión de literatura

La pobreza representa inequidad en el aspecto económico, político y social en la vida de los individuos que viven en una sociedad (Colón Reyes, 2006). Por tanto, la pobreza no se considera un problema individual sino social (Seccombe, 2002) que representa un riesgo para el desarrollo de un sentido de bienestar en las familias y niños. La pobreza presenta efectos directos e indirectos. Algunos de los efectos directos de la pobreza incluyen la calidad de alimentos, albergue, servicios de salud, educación, transportación y la ausencia de ambientes seguros los cuales la familia está imposibilitada de ofrecer a sus niños (Fraser, 2004; World Bank Organization, 2010). De forma indirecta, la pobreza también implica que no se toma en

consideración la opinión de los ciudadanos, coartando así su capacidad y oportunidades para mejorar su estado de vida (World Bank Organization, 2010).

De acuerdo con los datos censales del 2006-2000, en Puerto Rico se ha identificado que un 41.1% de las familias viven bajo el nivel de pobreza (US Census, 2010). De las familias cuyo ingreso en los pasados doce (12) meses está bajo el nivel de pobreza, se indica que un 58.8% son madres jefas de familia (no cónyuge presente). De estas madres jefas de familia, el 67.6% tienen niños menores de cinco años. Estos niños que viven en la pobreza son más propensos a morir en la infancia, nacer bajo peso, no tener servicios de salud, vivienda y alimento adecuado y demuestran puntuaciones bajas en las destrezas de lectura y matemática (Children's Defense Fund, 2005). Estudios demuestran que los niños que viven en el nivel de pobreza también manifiestan un alto riesgo para desarrollar adecuadamente sus destrezas cognitivas, sociales y emocionales. Las familias que viven en situaciones económicas precarias debido a la pobreza, pueden influenciar de forma negativa el bienestar de sus niños (Mistry, Vandewater, Huston & McLoyd, 2002). El estado precario de la situación económica se transforma en una cadena de elementos de riesgo entre los miembros de la familia.

Pese a las circunstancias difíciles que enfrentan las personas, existen características innatas y aprendidas que ayudan al individuo a adaptarse, sobrellevar y aprender de las mismas. El concepto de *resiliencia* postula que las fortalezas internas que posee la persona así como los recursos que existen en su entorno propician un sentido de seguridad y apoderamiento para sobrellevar situaciones difíciles (Berk, 2000; Butler, 1997; Luthar & Zigler, 1991; Rutter, 1987). Cada situación difícil que la persona enfrenta y trata de superar promueve la reorganización de nuevos esquemas que contribuyen a fortalecer sus características resilientes. Por tanto, la resiliencia se considera como un proceso dinámico, complejo e interactivo (Rutter, 1987; Zimmerman & Arunkumar, 1994) en el cual la persona interactúa y es influenciado por los eventos y circunstancias que ocurren en su entorno.

En este trabajo investigativo, la teoría ecológica del psicólogo Urie Bronfenbrenner nos ayuda a entender cómo la persona está influenciada por los factores que le rodean (familia, comunidad, agencias de servicios, cultura y las leyes establecidas) pero a su vez su respuesta influye su entorno. La teoría ecológica enfatiza que este proceso bidireccional fortalece la creación de interacciones saludables entre la niñez, la familia, escuela y comunidad y es crucial para el desarrollo adecuado del auto-concepto y de un sentido de bienestar (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Además, nos ayuda a entender cómo los servicios de salud, comunidad, familia y escuela (mesosistema); Departamento de Salud (exosistema), política pública y cultura (macrosistema)

influyen en las decisiones y acceso a los servicios entre las familias que viven en el nivel de pobreza.

Metodología

Participantes: Un total de veinte (20) familias bajo el nivel de pobreza cuyos niños asisten al programa educativo Head Start del Municipio de San Juan participaron en esta investigación. Las familias fueron seleccionadas de acuerdo a dos criterios: (1) región geográfica (un centro educativo del área urbana y uno del área rural) y (2) características resilientes que posee el adulto.

Instrumentos utilizados: El equipo de investigación diseñó y validó los dos instrumentos utilizados para esta primera fase de la investigación. Cada instrumento destaca lo siguiente:

- 1) *Protocolo 1:* Se utilizó para recopilar información demográfica de la familia participante, los recursos formales e informales que ha utilizado y su opinión con respecto a la calidad de los mismos.
- 2) *Protocolo 2:* Se utilizó para determinar las características resilientes de las madres participantes a través de su respuesta a una serie de narraciones y al compartir alguna experiencia difícil en su vida.

Las familias fueron citadas para entrevista individual. Los protocolos fueron administrados por separado, en días diferentes. Cada protocolo tomó un aproximado de hora y media para su administración.

Resultados

Características demográficas de las familias

Todas las familias están clasificadas en el nivel de pobreza, de acuerdo a los criterios de la Agencia Municipal. Todas las participantes (100%) son las madres biológicas y sus niños (3 años de edad) participan en el Programa Head Start. La media de edad de las madres es de 27 años. Un 90% de las madres son nacidas en Puerto Rico, un 5% en la República Dominicana, y un 5% en Estados Unidos.

El 55% de las madres son jefas de familia y el 45% viven con su cónyuge. Estos datos concuerdan con los del Censo del 2006-2008. El 60% de las familias llevan viviendo en la misma residencia de 1 a 10 años. Un 25% han vivido en la misma residencia por más de 10 años y algunas toda la vida, demostrando estabilidad geográfica y sentido de comunidad. El 15% de las familias participantes lleva menos de un año viviendo en la residencia. El 60% de las familias vive en una residencia que no es de su propiedad. Estos datos resaltan la tendencia y en algunos casos, la

limitación a vivir en el mismo lugar, independientemente si es un ambiente seguro o no para su familia.

En cuanto al nivel de educación, el 35% de las madres participantes alcanzaron estudios a nivel superior (9no a 12mo grado). Esto contrasta con un 25% que alcanzaron entre uno y tres años de educación a nivel universitario. Un 10% llegaron a nivel de bachillerato; 10% llegaron a un grado asociado; 10% llegaron a escuela elemental (1ro a 5to grado); un 5% llegó a escuela intermedia (6to a 8vo grado); y un último 5% completó un diploma de superior o nivel secundario. En resumen, sólo un 45% de las madres alcanzaron estudios universitarios. Un 55% de las madres alcanzó estudios a nivel primario y secundario. La razón más frecuente para dejar los estudios fue el estar embarazada (30%).

Las características resilientes de las madres participantes en este estudio destacan su interés al tener metas concretas y alcanzables. Un 75% de las madres entrevistadas tienen planes de estudiar. Estas madres expresaron interés en estudiar una carrera técnica (53.3%) como por ejemplo: técnica de arreglo de uñas; repostería y estilista. Entre las razones para esta decisión, las madres comentaron que son carreras cortas que les permite comenzar a trabajar rápido. Un 25% de las madres entrevistadas están actualmente estudiando y el 60% de éstas estudian para culminar su bachillerato.

Perfil de las familias participantes

Las familias resilientes son aquellas que demuestran características particulares que les permiten seguir creciendo aún cuando existen situaciones de adversidad. Estas familias utilizan un estilo de crianza autoritativo; las reglas del hogar son consistentes; establecen límites; tienen expectativas altas de sus hijos pero manteniendo metas claras y realistas; y promueven un sentido de autonomía. Son familias que se sienten comprometidas a satisfacer las necesidades y el desarrollo de cada una de las personas que componen la unidad familiar. En este estudio se utilizaron las vivencias expresadas por las madres participantes para construir su perfil de resiliencia en las siguientes categorías: (1) factores externos: comunidad, recursos de apoyo, clima del hogar, crianza; y (2) factores internos: adaptación, características sociales, temperamento/personalidad, habilidades cognitivas.

El análisis de las experiencias narradas por las madres participantes revela que estas familias valoran por encima de otras características o condición la ayuda que proviene de la **comunidad**. Para ellas su sostén mayor proviene de familiares, amigos, compañeros de trabajo o personas en su comunidad. Es decir, que establecen enlaces de apoyo que las sostienen en momentos difíciles. La **espiritualidad**, la **esperanza** y la **confianza** para superar los obstáculos que enfrentan

en la vida son apoyadas por un grupo de personas presentes dentro de su círculo social. Así lo afirma la madre #13 que frente a una larga enfermedad y pérdida de su madre expresó que “básicamente”, lo que hacía era “apoyarme en mis creencias religiosas, apoyarme en los familiares más cercanos que tenía y tratar de ser lo más objetiva y racional posible.”

La segunda característica en el perfil de las madres es su temperamento/ personalidad. Las madres participantes reconocen tener un temperamento o personalidad que refleja un sentido de esperanza y **propósito en la vida**, una **percepción positiva de sí mismas y de su vida**, **necesidad de lograr lo que se proponen**, que tienen un **sentido de autonomía e independencia**, entre otras. La madre #8 explica su actitud y disposición frente a la adversidad: “Carmen aprendió que la vida no es nada, que había que superar muchas metas. Carmen se graduó de cuarto año porque quiso, porque ella quería hacer algo, quería graduarse, quería hacer algo en la vida. Carmen tiene familia porque quiso, porque ella tuvo la opción de abortar a su hijo y no quiso...”

Como tercera característica resiliente de las familias participantes se observa cómo estas madres valoran la **búsqueda de recursos de apoyo** y se toman el tiempo para buscar y acceder servicios o recursos formales que aporten al bienestar de la familia. Según una de las madres (#1) frente a la adversidad que ella u otros enfrenten se debe pensar que “Si tengo los recursos los ayudaría, si no pues le daría algunos sitios donde pudieran ir a donde los ayuden, o también haría una red de apoyo con otras personas... les ayudaría a buscar alternativas”.

Otras características que sobresalieron en las madres participantes, pero observadas en menor grado fueron: las **habilidades cognitivas** (utilizan lo aprendido para resolver problemas y tomar decisiones), el **aspecto social** (demuestran empatía), la **adaptación** (aceptan las situaciones difíciles y trabajan para superarlas; se adapta a nuevos roles) y el **clima del hogar** (son madres comprometidas con el bienestar de sus hijos).

En el análisis del perfil de estas familias se desea resaltar que las familias resilientes valoran, buscan y utilizan los recursos de apoyo en la comunidad para lograr conseguir el bienestar de todos. Poseen características que le facilitan enfrentar, evaluar, adaptarse y utilizar los recursos necesarios superando así las influencias de inequidad social. Es importante destacar en el perfil de estas familias, cómo se reafirma la necesidad de que los gobiernos y la opinión pública entienda, fortalezca y haga accesible los recursos de salud en las comunidades para fomentar y promover el bienestar en las familias. Más adelante se examinará los recursos de salud que las madres participantes acceden y su opinión con respecto a la calidad del servicio que se les ofrece.

Los recursos de apoyo que utilizan las madres

Los recursos de apoyo son las primeras opciones a considerar cuando enfrentan momentos difíciles, entre ellos se encuentra la familia, su espiritualidad, los vecinos, amistades, la iglesia, colegas, servicios de salud, transporte público, Departamento de la Policía, Programa de Asistencia Nutricional. Utilizamos el modelo ecológico de Bronfenbrenner para destacar la importancia de los recursos. El modelo representa los cuatro niveles principales que ejercen un efecto de filtro en las relaciones bidireccionales entre las madres y los recursos que ellas determinan más importantes pues promueven su bienestar y el de su familia.

En el *microsistema* se encuentra la madre participante junto a su núcleo familiar. En momentos difíciles (experiencia de inequidad) un 47% de las madres participantes recurren a **la familia cercana** (mesosistema) como eje de apoyo. La familia #22 relata su experiencia cuando los servicios de asistencia nutricional que estaba recibiendo en los Estados Unidos se interrumpieron al mudarse a Puerto Rico, “Yo entiendo que la persona que va a un sitio a pedir una ayuda es porque lo necesita. Una persona que tiene dinero no tiene esa necesidad. Aquí fueron tres meses los que tuve que esperar para que me dieran para hacer compra. Bueno, y gracias a Dios que yo pude esperar porque yo podía decirle a mi mamá o a mi tía para que me dieran comida”.

El segundo recurso de apoyo más importante para las madres lo fue el concepto de **la espiritualidad** (microsistema). Un 31% de las madres identificaron la espiritualidad como fuente de fortaleza, confianza y esperanza en momentos difíciles. La espiritualidad se distingue del recurso iglesia porque la experiencia espiritual de la persona es un proceso interno y único. La experiencia de la madre #18 destaca la fortaleza desarrollada tras haber sido abusada sexualmente por un familiar cuando era niña y cómo ahora en su adultez recurre a su espiritualidad como fuente de balance y como principio que destaca su rol de madre al criar a sus hijos,

con mentes, con un corazón conforme al de Cristo para que mis hijos tengan misericordia, amor y bondad. Porque por algo Dios me dio tres hijos varones, porque Dios tiene un plan perfecto. Me dio tres hijos varones para enseñarme y para que yo sienta que no todos los hombres son iguales, que no todos los hombres vienen a este mundo a hacer daño, que no todos los hombres vienen a maltratar a las mujeres, a hacerles daño y a abusar de ellas. Yo sé que mis hijos, en mi fe en Dios van a ser buenos hombres en el mañana...

Otros recursos de apoyo para las madres incluye la iglesia, los vecinos, las amistades. Entre los recursos de apoyo formal los más utilizados son los relacionados con la salud (52%). Entre estos se encuentran los servicios hospitalarios, Reforma de Salud, profesionales de la salud y psicólogos.

Uso y percepción de la calidad de los servicios de salud

En Puerto Rico, el sistema de salud tiene entre sus responsabilidades el promover, preparar y preservar condiciones apropiadas de salud que contribuyan al bienestar físico, emocional y social del pueblo de Puerto Rico. Para cumplir con esta responsabilidad auspicia una serie de programas, algunos subvencionados con fondos federales y dirigidos a servir la población bajo el nivel de pobreza. Por esta razón, en este estudio se examinó los recursos de salud que las madres utilizan y se auscultó la opinión que éstas tienen con respecto al servicio.

En primera instancia, las madres (100%) demuestran que han utilizado el servicio de WIC, un programa que ofrece vales para que las familias compren alimentos y suplementen su nutrición. Este servicio va dirigido a las madres embarazadas, primerizas y niños menores de cinco años. No debe sorprender el que las madres utilicen este servicio y lo valoricen, pues el mismo llena una necesidad básica nutricional que fortalece y promueve el bienestar de la familia. Un 63% de las madres clasifica como *bueno* este recurso. En segunda instancia, la mayoría de las madres indicaron que utilizan los servicios del Plan de Salud del Gobierno, que incluye: programa de vacunación (89.4%), servicios hospitalarios (84.2%), Plan médico-dental (73.6%), Centros Más Salud (36.8%) y Servicios de Salud Mental (21%). En todos los casos, el servicio fue clasificado mayormente como *bueno*.

Aunque el nivel de satisfacción de los servicios de salud fue bueno, cabe señalar que las madres consideran que hay aspectos de calidad que se deben atender para lograr la equidad. Entre estos está la falta de compromiso profesional y poca diligencia al atender a los pacientes. Por ejemplo, una madre expresó que “los doctores a veces parecen que no quieren atenderte pero, te atienden”. No obstante, la mayoría de las familias se resigna a acudir a los servicios médico-hospitalarios que tienen disponibles al no tener otras opciones que puedan costear.

Conclusiones

La resiliencia son características que pueden ser fortalecidas para encauzar un balance o bienestar integral en las personas. Podemos destacar que entre las características resilientes de estas madres resalta su habilidad de iniciar y mantener conexión con los recursos formales e informales que aportan a su bienestar. La inequidad podría ser superada si se establecen programas comunitarios que propicien el desarrollo de destrezas dirigidas hacia la auto-gestión y autonomía; que motiven el aprendizaje, la curiosidad y la exploración; la auto-estima, auto-concepto y auto-regulación. Estas destrezas deben estar enmarcadas en los valores, tradiciones e idiosincrasia de la cultura.

Debemos recordar que la salud es el estado de completo bienestar, físico, mental, espiritual, emocional y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1946). Al

hablar de equidad en la prestación de servicios de salud es importante que las agencias y las políticas públicas enfoquen parte de sus esfuerzos a orientar a sus empleados a ser más sensibles y empáticos con las personas de escasos recursos. En fin, la prestación de servicios debe ir dirigida a valorar, ante todo, la dignidad humana.

Referencias bibliográficas

- Berk LE. *Child Development*. 2000. Needham Heights MA (Ed.). Pearson Educational Company.
- Bronfenbrenner U, Morris PA. The Ecology of Developmental Processes. En Lerner RM. (Ed.). *Handbook of Child Psychology Theoretical Models of Human Development*. 5ª Ed. New York: Wiley; 1998.
- Butler K. Bouncing Back. The Anatomy of Resilience. *The Family Therapy Networker* 1998; March/April, 22-31.
- Children's Defense Fund. (2005). Obtenido de www.childrensdefense.org
- Colón Reyes L. *Pobreza en Puerto Rico: Radiografía del Proyecto Americano*. 5ª Ed. San Juan, P.R.: Editorial Luna Nueva; 2006.
- Fraser MW. The Ecology of Childhood: A Multisystem Perspective. En Fraser MW. (Ed.). *Risk and Resilience in Childhood: An Ecological Perspective*. 2 Ed. Washington, DC: NASW Press; 2004.
- Luthar SS, Zigler E. Vulnerability and Competence: A review of research and resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry* 1991; 6, 6-22.
- Mistry RS, Vanderwater EA, Huston AC. *Child Development* 2002; 73(3), p. 935.
- Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946*. Obtenido de http://saludintegral.grilk.com/definicion_salud.htm
- Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry* 1987; 57, 316-331.
- Secombe K. "Beating the Odds" Versus "Changing the Odds": Poverty, Resilience, and Family Policy. *Journal of Marriage and Family* 2002; 64, 384-394.
- US Census Bureau 2006-2008. Obtenido de <http://factfinder.census.gov>
- World Bank Organization. Poverty and inequality analysis. 2010. Obtenido de <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY>
- Zimmerman MA, Arunkumar R. Resiliency Research: Implications for Schools and Policy. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development* 1994; 4, 13-35.

Exclusión social y mortalidad materna en México

Guillermo Julián González Pérez

María Guadalupe Vega López

Carlos Cabrera Pivaral

Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, Universidad de Guadalajara, México

Introducción

Aunque México ha alcanzado importantes logros en materia de salud en años recientes, reflejados en el incremento de la esperanza de vida al nacer y la disminución de la tasa de mortalidad infantil, existen todavía indudables contrastes entre los distintos estados del país, e igualmente, grandes diferencias al interior de cada uno de ellos, en lo concerniente a su situación sanitaria. Estas disparidades antes mencionadas responden, en gran medida, a las notables desigualdades sociales y económicas que subyacen en el país, y a la notoria inequidad en la prestación de servicios de salud que esto lleva implícito.

En particular, la mortalidad materna es uno de los indicadores de salud en los que menos avances se han observado en las últimas décadas en México. La Organización Mundial de la Salud (2010), a partir de estimaciones realizadas por la propia institución, señala que entre 1990 y 2008, la tasa del país se ha reducido apenas un 8%, un progreso a todas luces insuficiente, mas si se tiene en cuenta que la tasa estimada para 2008 (85 por 100,000 nacidos vivos) sextuplica la de los países desarrollados en promedio, y es prácticamente 17 veces mayor a la estimada para países como Japón, España o Italia en el mismo año.

Indudablemente, el hecho de que un embarazo termine en la muerte de la mujer pone de manifiesto los problemas estructurales existentes en el país, tanto en lo referido a las condiciones de vida y el bienestar de la población, como a la insuficiente cobertura de los servicios sanitarios y por ende, las dificultades para tener acceso a una atención de salud satisfactoria. Así, la mortalidad materna es un indicador que refleja fehacientemente las condiciones de injusticia social, de inequidad sanitaria y de inequidad de género en que vive la mujer.

Una forma de estudiar la desigualdad social y su impacto en la salud —en especial, en este caso, la mortalidad materna— desde una perspectiva espacial es el análisis de la marginación. El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1993) ha definido la marginación como un fenómeno estructural múltiple que toma en cuenta dimensiones (educación, vivienda, ingresos monetarios y la distribución de la población), formas de exclusión y la intensidad de la exclusión en el proceso de desarrollo y el disfrute de sus beneficios. De tal modo, el índice de marginación calculado por CONAPO a partir de datos censales —tanto a nivel estatal como municipal— mide la intensidad global de la marginación socioeconómica en un área determinada, y por consiguiente, refleja en buena medida las condiciones de pobreza —y sobre todo— de exclusión social de cada área. En este contexto, el presente estudio pretende analizar el comportamiento de la mortalidad materna en México según grado de marginación social entre los años 1990 y 2008, así como los cambios acaecidos entre ambas fechas.

Aspectos metodológicos

La información sobre mortalidad materna utilizada en este estudio proviene de la base de datos de mortalidad disponible en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS, 2010) de la Secretaría de Salud; esta base, generada por este organismo a partir de los datos recolectados por el Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI) permite un análisis de esta naturaleza, dado su grado de desagregación por causa, lugar de residencia y grado de marginación.

En este trabajo se ha empleado la definición de muerte materna de la OMS (2007), que la enuncia como “...la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.” En tal sentido, todas las muertes registradas y codificadas como Complicaciones del embarazo, parto y puerperio (630-676) en la Novena Clasificación Internacional de Enfermedades —para el período 1990-1997— y en el capítulo XV —Embarazo, Parto y Puerperio— de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (O00-O99) —para el lapso 1998-2008— fueron consideradas como defunciones maternas.

En el estudio se calcularon tasas de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos) según grado de marginación entre los años 1990 y 2008, contando para los años estudiados con estimaciones de nacidos vivos según grado de marginación del Colegio de México (SINAIS, 2010). El grado de marginación (clasificado como: muy alta, alta, media, baja, muy baja) ha sido establecido por CONAPO (2007) a partir del índice de marginación municipal, y en este estudio, se utilizan los índices elaborados por dicha institución entre 1990 y 2005. Igualmente se calcularon tasas por

estado para 2008 —agrupándolas por cuartiles según grado de marginación estatal—, y para el trienio 2006-2008, con vistas a evitar posible variaciones aleatorias de la tasa. Además, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple (utilizando el método conocido como “paso a paso”) para identificar las variables socioeconómicas y demográficas que mejor pudieran explicar las variaciones interestatales observadas en el la tasa de mortalidad materna en el trienio 2006-2008.

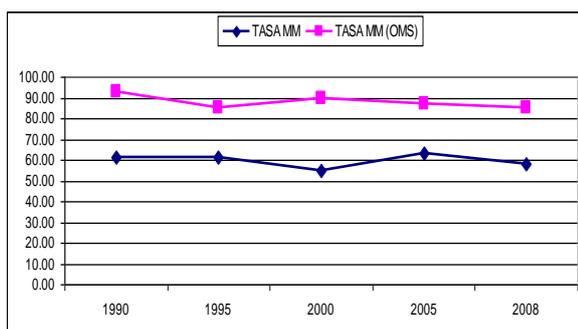
Las variables seleccionadas para el análisis reflejan condiciones socioeconómicas de cada estado alrededor de las fechas en que está centrado el estudio: Así, variables como el porcentaje de adultos sin instrucción primaria completa; porcentaje de viviendas con piso de tierra; y porcentaje de población en localidades menores de 5,000 habitantes están referidas al año 2005 —año en que se realizó el Censo de Población—; mientras, las variables Producto Interno Bruto per cápita, gasto público en salud per cápita, porcentaje de población sin acceso adecuado a servicios de salud, o a seguridad social, o con condiciones de vivienda adecuadas, y el número de gineco-obstétricas por 10,000 mujeres mayores de 15 años, están referidas al año 2007. La información sobre estas variables se obtuvo de diversas fuentes: CONEVAL (2010) así como del CONAPO (2007); para el procesamiento de la información y el análisis estadístico de los datos, se utilizaron los programas EPI-INFO 2006 y SPSS v17.

Resultados

En la Figura 1 se puede observar la evolución de la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2008. Aunque es evidente la diferencia existente entre las tasas calculadas a partir de los datos oficiales y las estimaciones de la OMS (las cuales exceden casi en un 30% a las tasas calculadas con los datos oficiales en casi todo el período), es un hecho cierto que prácticamente la tasa no se ha reducido en este lapso: apenas 8% según la OMS, 5% según la estadística oficial. Incluso según esta última, la tasa se incrementa en el primer lustro del nuevo siglo, aunque luego desciende ligeramente.

FIGURA 1

MÉXICO: TASAS DE MORTALIDAD MATERNA (por 100,000 nacidos vivos) SEGÚN FUENTES OFICIALES Y LA OMS 1990-2008

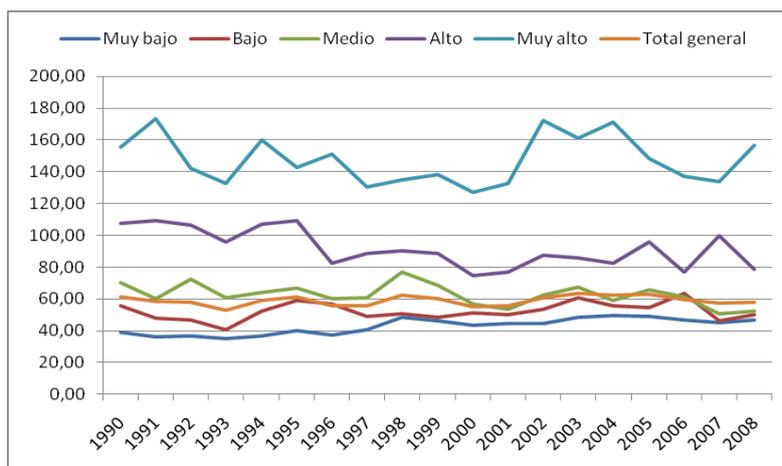


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SINAIS y OMS

La evolución de las tasas de mortalidad materna según grado de marginación se presenta en la Figura 2. En la misma se puede observar como las tasas de la categoría donde se agrupan los municipios con un grado de marginación muy alto son siempre –notoriamente– las más elevadas del país (con cifras superiores a 120 por 100,000 en cada año y cercanas a 160 en 2008) seguidas por los de alta marginación. Por el contrario, las tasas de los municipios con grado de marginación muy bajo son siempre las menores, aunque su tendencia ha sido al incremento, exhibiendo al final del período estudiado tasas más elevadas que a comienzos de los años 90's, aunque inferiores a las de cualquier otra categoría.

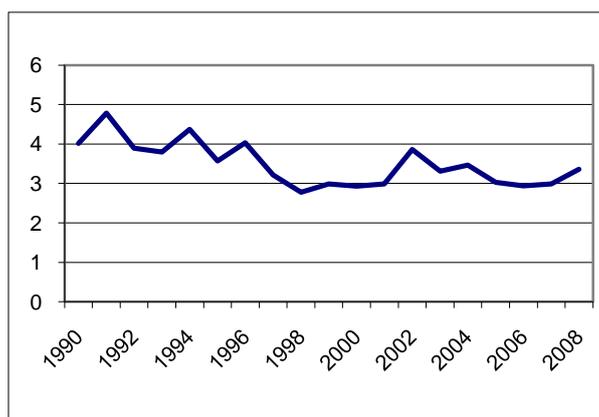
Lo anterior ha favorecido que la sobremortalidad materna existente en las áreas de muy alta marginación a fines del primer decenio del siglo XXI, comparada con las de muy baja marginación, haya disminuido ligeramente si se contrasta con el primer lustro de la década de los 90's, aunque sigue siendo alta e inclusive se ha incrementado paulatinamente desde 1998: actualmente, la tasa de los municipios de muy alta marginación más que triplica la tasa de los de muy baja marginación, cuando en 1998 la razón era 2.7 (Figura 3). Por otra parte, si se analiza la distribución por estados de la tasa de mortalidad materna en 2008 y se compara con el grado de marginación estatal (Figura 4), se puede apreciar que son los estados con mayor marginación (en rojo en el mapa) los que poseen las tasas más elevadas, en especial Oaxaca, Chiapas y Guerrero. Por el contrario, las tasas más bajas (en amarillo en el mapa) se encuentran en estados con los niveles de marginación más bajos, como Nuevo León, Sonora y Aguascalientes.

FIGURA 2. MÉXICO: TASAS DE MORTALIDAD MATERNA (por 100,000 nacidos vivos) SEGÚN GRADO DE MARGINACIÓN MUNICIPAL 1990-2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SINAIS

FIGURA 3. MÉXICO: RAZÓN ENTRE LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN MUNICIPIOS DE MUY ALTA MARGINACIÓN Y LOS DE MUY BAJA MARGINACIÓN 1990-2008

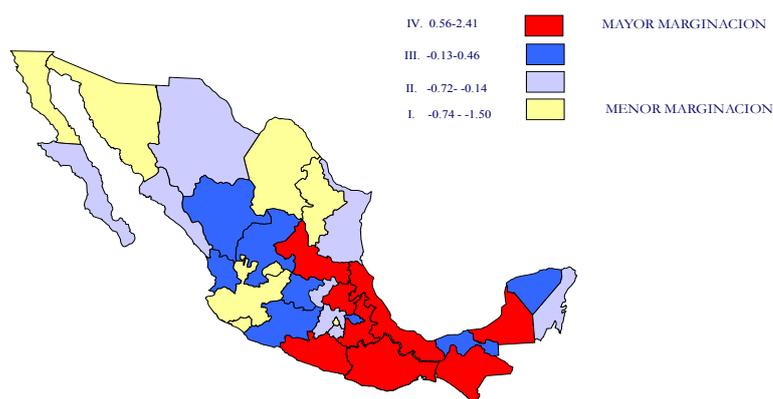


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SIN AIS

Una evaluación de algunas características socioeconómicas y de atención de los servicios de salud por estados –agrupados según cuartiles de acuerdo con su grado de marginación– pone de manifiesto que las condiciones de aquellos estados con mayor marginación son las peores, y obviamente, presentan la tasa de mortalidad materna más alta. (Cuadro 1).

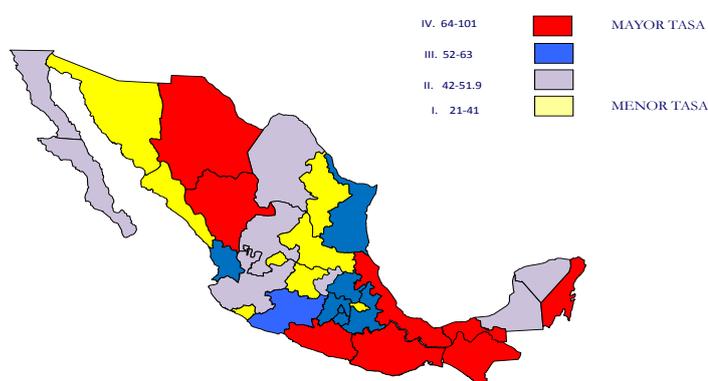
FIGURA 4. MÉXICO: MARGINACIÓN SOCIAL (2005) Y TASA DE MORTALIDAD MATERNA (2008) POR ESTADOS AGRUPADOS EN CUARTILES SEGÚN GRADO DE MARGINACIÓN Y TASA DE MORTALIDAD MATERNA, RESPECTIVAMENTE

MEXICO: INDICE DE MARGINACION SOCIAL POR ESTADOS, ORDENADOS EN CUARTILES. 2005



Fuente: CONAPO 2006

MEXICO: TASA DE MORTALIDAD MATERNA (por 100,000 nv) POR ESTADOS (32), ORDENADOS EN CUARTILES. 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SINAIS y CONAPO

CUADRO 1. MÉXICO: MORTALIDAD MATERNA E INDICADORES SOCIOECONÓMICOS POR ESTADOS, ORDENADOS EN CUARTILES SEGÚN MARGINACIÓN SOCIAL (IV MAYOR/ I MENOR MARGINACION) ALREDEDOR DE 2008

Cuartil	tasa mort.materna (2008)	% pob en viv. con piso de tierra (2005)	% pob sin acceso adecuado a los servicios de salud (2007)	gasto público en salud percápita en MXN(2007)	ginecoobst. por 10,000mujeres >14 años (2007)
IV	73.7	24.5	50	1,952.22	1.7
III	51.2	10	40.2	2,245.65	2.0
II	58.5	6.9	38.5	2,049.28	2.1
I	46.1	3.6	34	4,036.78	2.5
Razón IV/I	1.6	6.8	1.5	0.48	0.67

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SINAIS, CONAPO y CONEVAL

Por último, los resultados del análisis multivariado se presentan en el Cuadro 2. Este análisis sugiere que son factores sociales ligados a pobreza y exclusión social, así como aspectos relacionados con la prestación de servicios de salud los que mejor explican las variaciones de la mortalidad materna entre los estados del país: el modelo conformado por estas tres variables explica alrededor del 70% de las variaciones interestatales de las tasas.

CUADRO 2. ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS SELECCIONADAS Y LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA, POR ESTADOS. RESULTADO DEL ANÁLISIS DE REGRESION LINEAL MULTIPLE, MÉTODO PASO A PASO. MÉXICO, 2006-2008

VARIABLE EN ECUACIÓN	COEF. REGRESIÓN ESTANDARIZADO	PROB.	COEF. CORR. PARCIAL
% población sin atención adecuada de los servicios de salud	0.270	0.050	0.229
Gasto público en salud percapita	0.294	0.013	0.496
% población en viviendas con piso de tierra	0.744	0.000	0.583

Constante: 4.226

Modelo: $g1 = 3 f = 25.21 \text{ sig}=0.000$

Coefficiente de determinacion ajustado (r^2 ajustado): 0.701

Coefficiente de determinacion: 0.730

Coefficiente de correlacion multiple: 0.854

Discusión

La tasa de mortalidad materna, sin dudas, ejemplifica el papel que desempeñan las condiciones sociales en los niveles de salud materna y en especial, en la posibilidad de evitar una muerte por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, pues es evidente que la falta de acceso a servicios sanitarios y de una atención prenatal oportuna, aunado a la deficiente calidad de vida de las mujeres residentes en los municipios con alta y muy alta marginación, pone a la población femenina en evidente desventaja y conlleva que las tasas en estos estratos se eleven considerablemente. (Díaz, 2006)

Si las tasas observadas en el estrato de muy baja marginación ya son de por si elevadas en el contexto mundial (son, por ejemplo, nueve veces más altas que las de Italia en 2008), el exceso de mortalidad materna en el estrato de muy alta marginación –que más que triplica la tasa del estrato de muy baja marginación- indica la enorme distancia que separa a este indicador de los estándares internacionales: la tasa de este estrato en 2008 (156 por 100,000) es, por ejemplo, mayor a las de Argelia, Ecuador u Honduras en ese mismo año. (OMS, 2010)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) ha considerado que la mortalidad materna está asociada a la marginación, la pobreza de las mujeres y las deficiencias en las políticas enfocadas a la salud sexual y reproductiva. De igual modo, en el contexto mexicano –en el cual la mortalidad materna prácticamente no disminuye– la marginación social tiene una importancia clave para entender el comportamiento de esta problemática. A las dificultades geográficas para acceder a una atención médica apropiada durante el embarazo –algo común dado que las zonas de más alta marginación son esencialmente rurales–, se suman la casi inexistente seguridad social y las precarias condiciones socioeconómicas que impiden satisfacer adecuadamente las necesidades básicas de las mujeres en cuestiones claves como educación o nutrición, lo cual hace más difícil que las mujeres embarazadas reciban los cuidados necesarios, en especial en aquellos municipios más pobres y socialmente rezagados del país.

En tal sentido, los datos son irrefutables: la disparidad entre los estratos extremos en el riesgo de muerte materno se ha incrementado entre 1998 y 2008, la mortalidad materna no desciende y esto es resultado de una serie de eventos que reflejan la falta de acciones para atender la situación de exclusión y rezago en la que vive un importante segmento de las mujeres mexicanas por parte de las autoridades gubernamentales, de las instituciones de salud e incluso, del entorno social y familiar que las rodea.

Referencias bibliográficas

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2010). Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares 2008. [Internet] Disponible en:

http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/medicion_pobreza/HomeMedicionPobreza.jsp?categorias=MED_POBREZA,MED_POBREZA-med_multi Consultado Febrero 20, 2010

Consejo Nacional de Población (CONAPO). Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal, 1990. Primer informe técnico del proyecto Desigualdad regional y marginación municipal en México. México: Consejo Nacional de Población; 1993.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). Índices de Marginación a nivel localidad 2005. 2007. CONAPO, México DF. [Internet]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2005xloc.htm>

Díaz Echeverría DF. *Mortalidad Materna. Una tarea inconclusa*. México DF: Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C; 2006.

Sistema Nacional de Información en Salud de la Secretaría de Salud (SINAIS). (2010) Base de datos de Mortalidad 1979-2008, [Internet]. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/defunciones.html> (Consultado Abril 26, 2010).

World Health Organization, WHO. “International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007”. 2007. [Internet]. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> (Consultado Abril 28, 2010).

World Health Organization, WHO. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. Geneva: WHO; 2010.

Justiça e saúde pública: uma proposta de análise

Camila Gonçalves De Mario

Doutoranda em Ciências Sociais pelo Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Universidade Estadual de Campinas - SP, Brasil

O intuito deste artigo é propor uma análise de sistemas de saúde a partir da Teoria da Justiça de John Rawls. Para tal, apresentarei os princípios e ideias fundamentais da Justiça como Equidade, esta discussão será complementada pela proposta de Norman Daniels, focando diretamente a importância dos bens primários em uma sociedade democrática e em como pensar a saúde a partir da teoria rawlsiana. São fartos os dados e fontes que nos alertam para as iniquidades de atendimento e para a injustiça presente no sistema de saúde brasileiro. Considerando os limites deste artigo, dentre as várias injustiças denunciadas pelos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, destacarei como exemplo para a reflexão proposta *o critério de urgência/emergência* utilizado pela rede pública de saúde para decidir quem terá acesso ao atendimento dentre aqueles que o necessitam.

A Igualdade Equitativa de Oportunidades

A justiça como equidade constitui, segundo Rawls, uma base moral para as sociedades democráticas —democracia entendida como um sistema que tem como princípio central a igualdade fundamental de seus cidadãos. Importante para a compreensão desta noção de igualdade é o argumento da *arbitrariedade moral*, segundo o qual uma sociedade bem ordenada não pode permitir que as perspectivas de vida de seus membros sejam definidas pelo acaso social ou genético.

No contratualismo rawlsiano os princípios de justiça são acordados pelas partes na *posição original*, situação hipotética na qual membros da sociedade decidem, sob o *véu da ignorância*¹ os princípios que regularão a estrutura básica. Os princípios, tal como formulados em *Teoria da Justiça*, são dois:

¹ Estar sob o véu da ignorância significa que as partes não conhecem a sua própria situação e a dos outros na sociedade, o que impediria o favorecimento de determinados indivíduos ou grupos e, também, que concepções abrangentes do bem influenciem na escolha dos princípios de justiça.

1. Cada pessoa deve ter um direito igual ao sistema mais extenso de iguais liberdades fundamentais que seja compatível com um sistema similar de liberdades para as outras pessoas.
2. As desigualdades sociais e econômicas devem estar dispostas de tal modo que tanto (a) se possa razoavelmente esperar que se estabeleçam em benefício de todos como (b) estejam vinculadas a cargos e posições acessíveis a todos. (Rawls, 2008, p. 73)

A justificação da concepção de justiça dada por estes dois princípios se articula em torno de três componentes fundamentais: no primeiro princípio o componente das liberdades e direitos fundamentais; no segundo princípio temos dois componentes, o de Igualdade Equitativa de Oportunidades e, o Princípio da Diferença. (VITA, 2008)

O primeiro princípio tem prioridade léxica² sobre o segundo, e a parte (b) do segundo princípio tem prioridade sobre a parte (a), garantindo que condições de igualdade equitativa de oportunidades sejam asseguradas a todos.

Segundo o princípio da diferença somente deve-se admitir a desigualdade econômica que favorecer ao terço mais pobre da sociedade; enquanto o objetivo do princípio da Igualdade Equitativa de Oportunidades (IEO) é garantir as mesmas oportunidades para aqueles que têm os mesmos talentos e as mesmas expectativas quanto ao seu desenvolvimento. Para que pessoas com expectativas e talentos semelhantes tenham as mesmas oportunidades o princípio requer que uma acumulação excessiva de bens e riqueza não seja permitida e que a sociedade garanta a todos iguais oportunidades de educação.

O valor da Saúde

Por que pensar a saúde como questão de justiça? A primeira resposta apresentada a essa questão por Daniels (1996) é: porque a saúde é fundamental para garantir a plena participação das pessoas em sociedade e para que estas sejam capazes de realizar suas expectativas ao longo de suas vidas; portanto, uma sociedade que não garanta aos seus cidadãos condições de saúde, mais precisamente, de uma vida saudável, será invariavelmente injusta, pois não assegurará a todos as mesmas condições e oportunidades para realizarem de suas vidas algo valioso, e nem de desenvolverem as condições necessárias para se tornarem cidadãos plenos e cooperativos.

Saúde é aqui entendida como ausência de doença, incluindo deficiências provenientes de acidentes; doenças são desvios na *organização funcional normal* de um organismo típico de

² A ordenação léxica confere a cada constituinte da ordem um peso, sem torná-los mutuamente substituíveis, assim um bem não substituí o outro, um não pode ser preterido em favorecimento, ou para que outro seja exercido.

determinada espécie; funções que no caso dos seres humanos nos habilitam e permitem que realizemos nossos objetivos enquanto seres sociais, portanto, as variações cognitivas, emocionais, e doenças mentais devem ser consideradas.

Embora esta definição de saúde seja estreita, para atendê-la é necessária uma considerável gama de serviços sociais e de saúde, conforme assinala Daniels (1996) são eles: 1) nutrição e abrigo apropriados; 2) um lugar saudável, que atenda as exigências sanitárias e despoluído, para morar e trabalhar; 3) exercício físico, descanso, lazer; 4) serviços de saúde que trabalhem prevenção, cura e reabilitação e, 5) serviços pessoais e de saúde que dêem suporte aos serviços médicos.

Em *Just Health*, Daniels (2008) mantém a noção de saúde como o funcionamento normal de uma espécie, o que o autor acrescenta em sua argumentação, tornando a lista acima mais apropriada com a sua definição de saúde, é que esta definição não é incompatível com uma definição mais abrangente de saúde e que ela demanda uma série de bens e serviços (health needs) que são *necessários*³ para a manutenção de nosso funcionamento ao longo de nossas vidas.

Estes bens e serviços são necessários para manter não somente nosso funcionamento como também nosso Leque de Oportunidades (normal opportunities range), ou seja, as diferentes opções de planos de vida que pessoas razoáveis desejariam para si, o que também depende das características de uma sociedade, sua história, condições materiais de bem estar, seu desenvolvimento tecnológico e sua cultura; aspectos que são relevantes para considerações de saúde.

Por isso, uma política de saúde deve ser pensada de maneira intersetorial. Na lista apresentada acima Daniels (2008) acrescenta mais um item: 6) uma distribuição adequada de outros determinantes sociais da saúde. Sua justificativa reside no fato de que a intenção desta lista é tornar mais abrangente a forma de considerar a saúde, apontando para uma relação entre preservar a saúde —e manter um normal funcionamento— e os bens, serviços e instituições que influenciam na saúde e em sua distribuição.

Importante observação feita por Daniels (1996) é a de que não há em Rawls nenhuma teoria distributiva da saúde porque para ele ninguém está doente, a falta de condições de saúde não está dada por uma sociedade bem ordenada —pautada pelos princípios da justiça como

³ Daniels assinala que o termo necessidades é utilizado para ressaltar que o que importam não são as preferências individuais das pessoas acerca de sua saúde, ou sobre o que consideram importante para ter saúde, pois, sua teoria assim como a de Rawls não são abordagens welfaristas.

equidade. O autor observa que a teoria é idealizada para indivíduos normais, ativos e plenos durante o curso de suas vidas em sociedade.

Neste ponto é preciso retornar a John Rawls e notar que para garantir a justiça social, a *justiça como equidade* de Rawls tem como objeto principal a *estrutura básica da sociedade*, assim, seus *princípios* se aplicam às instituições que a constituem, mais precisamente, ao modo como estas “distribuem os direitos e os deveres fundamentais e determinam a divisão das vantagens decorrentes da cooperação social” (Rawls, 2008, p. 08). É a estrutura básica que distribui os *bens primários sociais*. Rawls (1999) esclarece que os bens primários são uma faceta das instituições ou, da situação dos cidadãos quando em relação com estas, instituições que são abertas ao acompanhamento e discussão pública.

O índice de bens deve ser usado como uma maneira de comparar a situação social dos cidadãos, ou seja, ele define uma base pública de comparação interpessoal, que não deve ser usada indiscriminadamente, mas somente em situações nas quais surgem questões de justiça que têm como referência a estrutura básica da sociedade.

Os bens primários são cinco: 1) liberdades básicas, como liberdades de pensamento e consciência; liberdade de associação; aquelas definidas pela liberdade e integridade do indivíduo, bem como as definidas por lei e, as liberdades políticas; 2) liberdade de movimento e de escolha de ocupação; 3) acesso a cargos de responsabilidade e seus respectivos poderes e prerrogativas, particularmente aqueles em instituições políticas e econômicas, 4) renda e riqueza; 5) as bases sociais do auto respeito. (Rawls, 2003, p. 82-83)

Considerando as reais condições de nossas sociedades a lista de bens primários de Rawls nos parece ser truncada, desde que assumamos que pessoas que possuem o mesmo índice de bens podem apresentar entre si diferenças que implicarão em desigualdade se uma destas não tiver plenas condições de saúde.

Daniels (1996) assinalou que este fato não se apresenta como razão para desqualificarmos a importância dos bens primários e que tratar serviços de saúde como um importante bem primário é uma maneira de abandonar a generalidade do índice, para o autor a extensão da lista de bens primários não significa uma violência à teoria de Rawls desde que movamos nosso foco da posição original para os estágios constitucional e legislativo⁴, momentos nos quais os bens primários podem ser debatidos e estendidos de diversas formas.

⁴ A aplicação dos princípios da justiça por equidade se dá segundo Rawls através de um procedimento ideal, ou seja, uma sequência de quatro estágios através dos quais o véu da ignorância é parcialmente retirado atendendo as exigências de

O autor ressalta que, é lógico, dessa forma corre-se o risco de criarmos uma lista de bens extremamente extensa se começarmos a incluir vários outros bens; entretanto, por outro lado, não é possível dizer que se garantirmos uma justa distribuição dos bens primários, tais como propostos por Rawls, isso será suficiente para que as pessoas possam usar sua parte para comprar bens seguros de saúde.

Some-se a isso o fato de que os bens primários de renda e riqueza não devem ser entendidos apenas como bens privados, a provisão de certos bens públicos, como condições de saneamento, ar limpo e água potável são de extrema importância para garantir condições de saúde à população, e pode ser contada como parte dos bens individuais, de cada cidadão. O mesmo pode ser feito, *ex ante*, com reivindicações individuais e coletivas por determinados serviços de saúde, e *ex post* com reivindicações por serviços dos quais uma pessoa de fato dependerá como decorrência de doenças ou acidentes. Mas não podemos interpretar essas reivindicações como mero suplemento aos bens e riquezas dos mais desfavorecidos.

Dessa forma, argumenta Daniels (1996), incluir instituições que garantam serviços de saúde, dentre as instituições básicas responsáveis por garantir iguais oportunidades a todos, é totalmente condizente com a principal preocupação de Rawls, de reduzir as arbitrariedades dadas pelo nascimento e pela posição de cada um na sociedade, arbitrariedades que são moralmente inaceitáveis. Para reduzir essas desvantagens dadas pela loteria natural várias providências podem ser tomadas, tais como as das políticas educacionais, cujo objetivo é restaurar a igualdade de oportunidades.

Assim, se é importante usar recursos para reduzir tais desigualdades, assegurando acesso à cargos e seus poderes, como coloca Rawls, então:

É igualmente importante usarmos recursos para medir as desvantagens naturais provocadas por doenças (e desde que a diferenciação social de classe seja considerada significativa para as causas das doenças, somos lembrados que doença não é somente um produto da loteria natural). Sistemas de saúde têm como objetivo a manutenção do nível normal de funcionamento, então, se concentram em uma específica classe de desvantagens óbvias e tentam eliminá-las. (Daniels, 1996, p. 193; tradução minha)

Para adequar a abordagem da saúde como um bem primário, à justiça como equidade, o autor assinala que para decidir sobre os princípios e normas dos sistemas de saúde é preciso que tenhamos conhecimento sobre fatos acerca da sociedade e dos indivíduos, ou seja, é preciso que

o véu da ignorância presente no primeiro estágio da justiça seja retirado, bem como essas decisões precisam ser tomadas não considerando os gostos e as preferências das pessoas, mas sim, como pontua Rawls, que o que se tem são pessoas livres para elaborar e revisar seus planos de vida. Conseqüentemente, essas pessoas têm interesse em que as condições para tais sejam garantidas e mantidas ao longo de suas vidas. Desse modo, as instituições de saúde devem ser submetidas ao princípio de igualdade equitativa de oportunidades, como maneira de manter esta noção o mais próximo possível da maneira como Rawls construiu sua teoria.

No livro *Just Health*, Daniels (2008) retoma esta questão ressaltando que sua extensão da teoria de Rawls recai sobre o princípio de Igualdade Equitativa de Oportunidades e que a integração da saúde à lista de bens primários deve ser feita a partir de uma modificação na concepção de oportunidade. Pois, adicionar outros itens à lista de bens primários para torná-la mais abrangente não é o melhor caminho, adicionando itens, principalmente itens específicos, corremos o risco de perder de vista nossa concepção política sobre quais itens/bens os cidadãos necessitam.

Outra razão para termos cuidado é que adicionando itens será cada vez mais difícil estabelecer um índice. Isto tornará mais difícil evitar problemas complexos de comparação interpessoal que enfrentam questões mais abrangentes de satisfação e bem estar. (Daniels, 2008, p. 56; tradução minha).

Por isso a conexão de necessidades em saúde com os bens primários se faz ampliando a noção de oportunidades de Rawls através da inclusão de instituições de saúde dentre as instituições da estrutura básica da sociedade responsáveis pela igualdade equitativa de oportunidades, esta também é uma maneira de manter a abordagem da saúde o mais próximo possível da idealização original de Rawls. Daniels (2008, p.56) ressalta que os bens primários referem-se a bens mais gerais e abstratos, portanto, saúde não é um bem primário, assim como comida, roupas, moradia, proteção e outras necessidades básicas não o são. *Mas, oportunidade, não serviços de saúde ou educação, refere-se aos bens primários.*

Sobre a métrica dos bens primários, pensando nas arbitrariedades advindas de problemas como os de saúde, Amartya Sen (2009) afirma que o foco da base informacional dos bens primários é erroneamente colocado nos meios, pois segundo Sen é substancial a diferença entre possuir meios para a liberdade, da capacidade de realização de fins. O que importa são as capacidades que as pessoas têm para a realização de seus fins.

Em *Just Health*, Daniels (2008, p.65) coloca que inicialmente Amartya Sen afirmava que é preciso assegurar às pessoas uma igual distribuição de capacidades, já em seus trabalhos mais

recentes este não fala em equidade de capacidades, mas sim foca em assegurar ao menos um leque adequado ou suficiente de capacidades, entretanto, não especifica o que tornaria este leque suficiente. Capacidades, assinala Daniels (2008), é uma ideia positiva de liberdade, que pode ser pensada como resultante de termos a liberdade de ser e fazer algo somada aos meios necessários para o exercício dessa liberdade. Então, o autor questiona: qual é a diferença entre a noção de capacidades e a de uma justa distribuição de bens? A resposta é simples, trata-se de uma questão de terminologia, de linguagem, pois,

As pessoas podem razoavelmente adotar um plano de vida se tiverem capacidade de desenvolvê-lo e serem aquilo para o quê seu plano está voltado. Eu acredito que este é o espaço definido por aquilo que Rawls e eu identificamos como leque de oportunidades, este é o espaço da capacidade que Sen define com outra terminologia. Para ver a conexão, pense em capacidades como uma oportunidade ou opção acessível ou realizável. (Daniels, 2008, p.66; tradução minha)

Norman Daniels (1996) também remete à argumentação de Rawls (2007) em *Liberalismo Político*, quando este afirma que os bens primários são justificados porque são bens que os cidadãos necessitam para o exercício de suas capacidades morais como cidadãos livres e iguais, capacidades que incluem a de desenvolver um senso de justiça e a de revisar suas concepções de bem, modelo que é central na tradição liberal. Para Daniels, entendidos desta maneira, os bens primários localizam-se no mesmo espaço que as preocupações com as capacidades: “a capacidade de os cidadãos manterem a normalidade de seus funcionamentos ao longo de suas vidas.” (Daniels, 1996, p. 217)

Considerações acerca do SUS Brasil

A saúde cumpre mais do que um papel distributivo, ela é um bem fundamental para garantir a igualdade entre as pessoas e até mesmo a realização da liberdade, pois, sua ausência incide diretamente sobre a possibilidade da realização das expectativas, de cada um de nós, ao longo de nossas vidas, seu valor está em garantir nossa vida em sociedade “as a fully functioning citizens”, como coloca Norman Daniels. A justiça dos sistemas de saúde deve ser pensada com relação aos princípios de justiça social colocados pela sociedade e, também, em relação às suas próprias normas e propostas de atuação.

O SUS - Sistema Único de Saúde (sistema brasileiro) tem sua definição pautada na saúde como um dever do Estado e direito universal, que deve ser garantido a todos, como diz o texto constitucional, art. 196: “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (Carvalho; Santos, 2006, p. 31)

A definição de saúde do sistema está contida no fato de que esta deve ser pensada mediante políticas sociais e econômicas, bem como, na afirmação de que a saúde tem como fatores determinantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o trabalho, a renda, o meio ambiente, a educação, o transporte, o lazer; trata-se de uma definição abrangente de saúde e que visa garantir a integralidade das capacidades das pessoas. (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 31)

Entretanto, sua prática está muito distante desse ideal. Como nos mostram os dados da Ouvidorias Geral do Município de Campinas - SP⁵, o atendimento público de saúde carece de médicos e dos demais profissionais da saúde; medicamentos; infra-estrutura para atendimento; verbas/orçamento adequado. Uma reclamação constante de seus usuários refere-se a demora para consulta com médicos especialistas e para a realização de exames, como não há médicos suficientes e equipamentos em condições de atendimento da demanda, em alguns casos a espera ultrapassa um ano.

Em razão das condições do sistema, são encaminhados com prioridade aqueles pacientes que foram identificados pelos médicos generalistas como urgência, o que significa que esses “passam” na frente de outros que estão esperando há muito tempo, porém, com um diagnóstico não caracterizado como urgência. Na prática são as pessoas que entram na fila como casos “não urgentes” que se tornam urgentes no decorrer da espera, já que com o tempo seus problemas de saúde se agravam, o que incide diretamente sobre suas capacidades e oportunidades e, ao mesmo tempo, onera a rede pública de saúde, pois neste ponto o tratamento será mais difícil e custoso.

O que temos aqui é uma clara injustiça, perante aos princípios do sistema, à definição de saúde e, ao ideal de pessoa contido no SUS e também em sociedades democráticas. Injustiça cujas consequências estão para além do sofrimento físico causado nas pessoas.

Pensar a saúde a partir da teoria da “justiça como equidade” e de seu princípio da “igualdade equitativa de oportunidades” a primeira vista pode parecer um critério exigente demais, entretanto, na realidade, ela nos permite refletir sobre o valor moral da saúde e dos demais bens primários para uma sociedade democrática, bem como, implica em analisar sistemas e políticas públicas de saúde a partir dos princípios fundantes da política e da sociedade para a qual esta se refere. É necessário articular questões normativas com questões afeitas diretamente à produção

⁵ As informações sobre o atendimento de saúde estão pautadas nos protocolos de reclamações da Ouvidoria e estudos realizados pelo órgão, a demora para encaminhamento para especialista e exames em 2007 representou 40% das reclamações sobre o atendimento de saúde no órgão, que representaram neste mesmo ano 30% do total das reclamações recebidas. Entre 2007-09/2010 as reclamações da saúde representaram 33% do total de reclamações recebidas, já especialidades/exames representaram 20% das reclamações contra a saúde neste período. Ver: <http://2009.campinas.sp.gov.br/ouvidoria/balanco/2009/>

da política, abarcando seu desenho (lei), implementação e legitimidade (expectativas e aprovação, ou não, de seus usuários).

A despeito de seus princípios o SUS tem se configurado como uma política para cidadãos de “segunda classe”, que desconhecem o significado destes princípios e não percebem o sistema como injusto, ao contrário, a injustiça emerge em seus relatos sobre o atendimento e os serviços prestados, mas são relatos que não a denominam como tal, mas sim, buscam saídas, e justificativas para questões que deveriam ser denunciadas como incoerências, ilegalidades e injustiças, ao invés de serem aceitas e suportadas.

Por isso, propõe-se aqui uma análise do SUS, e das políticas públicas de um modo geral, que para além da análise empírica de seus processos de elaboração e implementação leve em conta questões normativas, e que não negligencie o ideal de cidadão contido na política analisada, para que possamos responder sobre sua legitimidade e justiça.

É preciso lembrarmos que, até mesmo para que possamos sobreviver, temos a propensão de adequar nossas expectativas às nossas condições de vida, o que fazem os usuários do SUS, e que se condições e oportunidades iguais fossem garantidas essas expectativas se orientariam pelo nosso ideal moral de homem em uma sociedade justa.

Referências bibliográficas

Carvalho GI, Santos L. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde*. Campinas, SP: Ed. da UNICAMP; 2006.

Daniels N. *Justice and Justification. Reflective Equilibrium in Theory and Practice*. New York: Cambridge University Press; 1996.

Daniels N. *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*. New York: Cambridge University Press; 2008.

Rawls J. *Uma Teoria da Justiça*. São Paulo: Ed. Martins Fontes; 2008.

Rawls J. *Libéralisme Politique*. Paris: Presse Universitaires de France; 2007.

Rawls J. *Justiça como Equidade*. São Paulo: Ed. Martins Fontes; 2003.

Rawls J. Social Unity and Primary Goods. En *John Rawls Collected Papers*. Edited by Samuel Freeman. London: Havard University Press; 1999.

SEN A. *The Idea of Justice*. Massachusetts: Belknap Press of Havard Univerty Press; 2009.

Vita Á. Apresentação da Edição Brasileira. En *Uma Teoria da Justiça*. John Rawls. São Paulo: Ed. Martins Fontes; 2008.

Iniquidades e institucionalidades dos sistemas locais de saúde na linha da fronteira: perversas relações

Vera Maria Ribeiro Nogueira*

Helenara Fagundes**

Josiane Agustini***

^I Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal de Santa Catarina

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/Universidade Católica de Pelotas

Programa de Pós-Graduação em Política Social

^{II} Doutora em Serviço Social, Professora da Universidade Federal de Santa Catarina

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

^{III} Mestre em Serviço Social, Assistente Social do Instituto Tecnologia de Santa Catarina

Introdução

O direito à saúde nas regiões de fronteira é um tema com inserção recente nas esferas governamentais e não-governamentais, expressando uma variedade de sentidos de acordo com a postura ético-política e pragmática dos distintos sujeitos coletivos envolvidos com seu alcance, garantia e fruição. Constata-se, compreensivelmente, a centralidade do debate sobre os aspectos políticos inerentes à ampliação e garantia dos direitos, visto seu impacto direto sobre o ponto nodal das políticas públicas de corte social, ou seja, a universalidade da atenção nos diferentes níveis.

Estudos anteriores demonstram o alto grau de diversidade apresentado pelos sistemas locais em municípios lindeiros, podendo-se inferir que as orientações constitucionais e legais, jurídicas e administrativas não são seguidas *in totum* pelos gestores municipais de saúde (Guimarães; Giovanella, 2007). Tal diversidade é influenciada, além dos níveis de cultura política, por uma variedade de fatores, destacando-se as tradições nacionais e regionais, as estruturas políticas, o grau de desenvolvimento econômico, as ideologias, entre outros, impactando diretamente nas concepções sobre o direito à saúde e ações práticas relativas à sua efetivação. Em regiões fronteiriças essa diversidade reverbera não unicamente entre os brasileiros, mas especialmente

* Contacto: vera.nogueira@pq.cnpq.br

** Contacto: helenara.voy@terra.com.br

*** Contacto: josiagustini@yahoo.com.br

sobre os estrangeiros residentes, não residentes, naturalizados e turistas, potencializando desigualdades étnicas, além das econômicas, de gênero e de classe.

A revisão de literatura sinaliza para a existência de diferentes compreensões acerca do significado do direito à saúde em fronteiras, ocasionando perfis diferenciados de atenção às demandas por parte dos estrangeiros que vivem nesse espaço geopolítico. Tal constatação parece indicar dois fatores interligados: a) o primeiro, a inexistência de princípios ético-políticos comuns, decorrentes da política nacional de saúde; b) o segundo parece revelar níveis de institucionalidades frágeis, incapazes de absorver a demanda dos usuários não brasileiros protegidos pelo Estatuto do Estrangeiro (Nogueira, 2006).¹ Verificou-se também que os acordos e pactos bilaterais firmados entre os governos brasileiro, argentino e uruguaio garantindo o direito da atenção à saúde não têm tido, até o momento, conseqüências práticas. Em alguns casos há o completo desconhecimento sobre os mesmos, por parte dos gestores e profissionais.

Particularizando na área da saúde, entre a população estrangeira que acessa o sistema de saúde, observa-se a permanente incerteza quanto ao tipo de atendimento a ser recebido em caso de necessidade. No lado brasileiro inexistem padrões uniformes de atenção, favorecendo decisões pessoais dos gestores e dos profissionais de saúde, dificultando o planejamento de ações integradas entre os sistemas de saúde dos municípios brasileiros e de outros países (Nogueira, 2006).

As conseqüências de tais situações rebatem diretamente nas demandas colocadas aos assistentes sociais nos vários níveis de atenção à saúde. Na maior parte das vezes, os profissionais são acionados tanto pelos usuários como pelos gestores no sentido de encaminhar as solicitações, causando, em inúmeras ocasiões, conflitos éticos devidos à incompatibilidade entre os dispositivos legais e a possibilidade de atenção à saúde (Silva, 2006).

Considerando a situação acima, este artigo enfoca os padrões institucionais propostos pela atual Política Nacional de Saúde em uma faixa geopolítica peculiar, a faixa de fronteira. O objetivo foi identificar como e em que medida as inovações decorrentes das normas, regras e pactos, relativos ao princípio da descentralização, foram incorporadas na esfera municipal na região de fronteira com o MERCOSUL, conferindo padrões de institucionalidade passíveis de garantir ou não, o direito à saúde.

Destaca-se a concepção de institucionalidade aqui adotada, sendo relativa ao respeito às regras institucionais, democraticamente consensuadas, permitindo continuidades regulatórias nos

¹ No presente trabalho, os municípios estudados são os que estão na fronteira com os países Argentina, Uruguai e Paraguai.

processos de gestão dos sistemas de saúde e garantindo a efetividade de suas atribuições na transição entre o plano ético-político e o plano técnico-operativo. Entende-se, também, o processo de institucionalidade como uma das formas de exercício de poder através das políticas sociais e, no caso específico, das políticas de saúde.

Com base nesse enfoque teórico, foram avaliadas as possibilidades instituintes do SUS no plano organizativo, expressando a materialidade alcançada pelos sistemas locais de saúde no atendimento aos estrangeiros.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo se fundamentou nas percepções de atores políticos locais quanto às inovações relacionadas à diretriz da descentralização expressas na forma de organização do sistema e serviços locais de saúde, na gestão do sistema e seu financiamento. Abordou ainda as demandas nos serviços de saúde de localidades de fronteira e as estratégias de cooperação e acordos interfronteiriços transnacionais.

Em relação à construção metodológica, inicialmente foi necessário caracterizar as variáveis contextuais, relacionadas à natureza dos sistemas municipais de saúde em uma perspectiva de suas dinâmicas funcionais, dando conta de atender às suas funções precípua e concomitantemente modelar a atenção à saúde, definindo, em última análise, os destinatários dessa atenção. Trata-se, portanto, de aspectos correspondentes à organização político-administrativa, ao grau de centralização decisória, aos critérios de cobertura e às modalidades de ofertas de serviços.

Para a construção dos indicadores com vistas à obtenção dos dados empíricos e posterior análise, considerou-se o princípio/diretriz da descentralização do SUS, detalhada respectivamente na Constituição, na Lei nº. 8.080 e na Norma Operacional Assistência à Saúde (NOAS) 2002, sendo a última o dispositivo reorientador da implementação do SUS em seus variados níveis. Assim, foi possível o desdobramento dos indicadores em três grandes eixos - organização do sistema, gestão do sistema e financiamento.

Em relação ao primeiro eixo as informações privilegiaram: 1) Existência de protocolos e orientações relativos a aspectos administrativos e técnicos; 2) Existência de mecanismos de organização da demanda; 3) Sistemas de referências e contra-referências; 4) Autorização de Procedimentos de Alto Custo (exames, tratamentos, etc.); 5) Fornecimento de medicamentos básicos e de alto custo; 6) Forma de alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIAB); 7) Coordenação e controle das ações e dos serviços de saúde do município.

Foram sujeitos de estudo os sessenta e nove secretários municipais de saúde (SMS's) dos municípios fronteiriços brasileiros da Região Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), ou seja, os entrevistados nos dois projetos mencionados. Vale ressaltar que o universo da pesquisa foram os municípios localizados na linha de fronteira, os lindeiros, com três países participantes do MERCOSUL e que fazem parte do Arco Sul: Argentina, Paraguai e Uruguai.

RESULTADOS

Gestão do sistema e dos serviços - incorporação de novas regras

Na gestão do sistema e dos serviços ocorreram as maiores alterações e responsabilidades para os municípios. Nesse item constatou-se a flexibilidade quanto aos requisitos exigidos pela NOAS 2002 para habilitação dos municípios, que não vêm sendo seguidos plenamente. Verificou-se a habilitação de municípios sem condições de atender as especificações contidas na lei. Esse procedimento causa transtornos ainda maiores aos gestores com o incremento da demanda estrangeira.

Por um lado, falta clareza no tocante às responsabilidades municipais frente à organização do sistema local de saúde, assumindo os gestores a posição de “meros executores” das ações e serviços de saúde desenvolvidos pelas Secretarias Municipais de Saúde, não incorporando sua função programática prevista na legislação do SUS. Por outro lado são reduzidas as iniciativas inovadoras no campo sanitário.

Foi possível perceber que a maioria dos municípios brasileiros localizados na região de fronteira presta algum tipo de serviço a estrangeiros. Diante disso, tem se notado alguns transtornos aos municípios devido à falta de Autorização para Internação Hospitalares –AIH's e de controle epidemiológico, além de gastos com a contratação de profissionais, exames, medicamentos e transporte de pacientes. Observa-se, também, a inexistência de organização do atendimento aos usuários estrangeiros e a falta de mecanismos de controle eficazes frente à demanda.

Na atenção básica, os estrangeiros encontram maior facilidade para consultas médicas, medicamentos e imunizações. Isso se deve à inexistência de critérios intransigentes no atendimento, favorecendo a ocorrência tanto de fraudes de documentos como registros de atendimentos nem sempre exatos por parte dos responsáveis. A mesma situação não é encontrada nos encaminhamentos para a média e alta complexidade, em razão da rigorosa exigência de documentação (como, por exemplo, o Cartão SUS, comprovado pelo atestado de residência carimbado pelo Agente Comunitário de Saúde - ACS). Somente nos casos em que o usuário acessou o sistema através da emergência há possibilidade de referência para outros

níveis de hierarquização do sistema. Ou quando o município arca com as despesas decorrentes desse nível de atendimento.

Ressalta-se, ainda, que a referência aos demais níveis do sistema tem como fator determinante a compreensão dos profissionais e Secretários de Saúde no momento do atendimento. Dessa forma, grande parte dos encaminhamentos a outros níveis de complexidade são feitos por meio dos Tratamentos Fora de Domicílio (TFD's), pagos pelos municípios com recursos repassados pela esfera estadual. Os gestores utilizam esse mesmo procedimento, em alguns casos, para encaminhar também os não nacionais. Mas constatou-se não existir nenhuma garantia de continuidade do tratamento a estrangeiros que acessam o SUS nos municípios da região.

A inexistência de protocolos e orientações no atendimento da população estrangeira na atenção básica tem favorecido, de certa maneira, o tratamento igualitário e sem qualquer impedimento na maioria dos casos, causando transtornos aos usuários brasileiros. Isso vem se refletindo de maneira significativa em filas e listas de espera em alguns municípios, o que tem ocasionado sérias discussões entre usuários brasileiros e estrangeiros que disputam as vagas nos atendimentos. Esse fator está igualmente dificultando o planejamento das ações e serviços de saúde, pois os gestores não dão conta de atender as metas propostas, visto ser a demanda sempre maior que a oferta.

Foi possível notar, entre os SMS's, as constantes referências a "troca de favores" e "laços de fronteira", na tentativa de justificar o atendimento a estrangeiros. Desse modo, observa-se uma situação contraditória, já que o critério principal, formal, para o acesso aos serviços de saúde é o cartão SUS. Mas, devido à relação de laços de fronteira, abrem-se precedentes para estrangeiros acessarem os serviços sem qualquer exigência, como a apresentação do cartão ou quaisquer documentos. Tal fato sinaliza a existência de relações informais que conduzem a comportamentos potencialmente discricionários pelos atores envolvidos na política de saúde. A presença de mecanismos informais atuando simultaneamente à legislação já existente, na maioria das vezes, chega a ser considerada mais importante que as regulamentações já estabelecidas. Além disso, percebem-se, com frequência, as diferenças ou disputas políticas entre profissionais, secretários e prefeitos nas regiões de fronteira, dificultando o planejamento das ações e serviços de saúde de maneira efetiva.

Há fortes evidências, nos relatos dos SMS's, da não continuidade do tratamento quando os usuários estrangeiros retornam ao país de origem. Com isso, os profissionais não conseguem realizar o acompanhamento adequado aos pacientes que, na maioria das vezes, retornam com o mesmo problema de saúde ou com o quadro mórbido agravado. Sobre a questão, um SMS do

Paraná informa a falta de controle, referência e acompanhamento a estrangeiros tanto de um lado como de outro da fronteira: “O principal problema é que não há um prontuário com a história pregressa do usuário ao qual a equipe possa recorrer o que dificulta o atendimento”. Essa situação expõe as conseqüências relacionadas à inexistência de protocolos de atenção, ocorrendo, portanto, a dificuldade da troca de informações entre profissionais e a qualidade precária no atendimento.

Essa questão revela a insuficiência de mecanismos por parte do MS, como responsável pela articulação internacional, em criar dispositivos que facilitem o acesso a informações e o encaminhamento de pacientes entre os dois países. Tal fator tem se revelado um entrave aos municípios, uma vez que não existem, de forma sistemática, orientações e iniciativas coletivas, fazendo com que cada um desenvolva ações de maneira isolada e distinta para atender as novas exigências.

Assim, em relação aos protocolos e orientações para o atendimento a estrangeiros, é possível identificar duas situações. Constata-se, em alguns municípios a presença de mecanismos que orientam a demanda assistencial em saúde por parte dos estrangeiros, construídos à revelia do MS e por iniciativa de gestores dos municípios fronteiriços. Em outros há exigência rigorosa de documentação² tanto para usuários brasileiros como aos estrangeiros, caso contrário o serviço não é ofertado. Como cita o SMS de uma cidade gêmea do Rio Grande do Sul, “[...] só em caso de emergência. Até porque tudo é só com o cartão SUS agora. A farmácia, por exemplo, não fornece o atendimento se a pessoa não tem o cartão SUS”. Esses critérios vêm sendo cada vez mais utilizados como estratégias para controlar o acesso aos serviços de saúde por estrangeiros em alguns municípios da Região Sul.

Devido à inexistência, já reiterada anteriormente, de protocolos e orientações claros para o atendimento a essa população, os SMS's, quando consultados a respeito pelos profissionais, ficam com a responsabilidade de permitir ou não o atendimento. Ou seja, as situações são comunicadas às Secretarias Municipais, que autorizam ou não a realização dos procedimentos. Nesses casos, os municípios são obrigados a atender e pagar pelos procedimentos.

CONCLUSÕES

Verifica-se grande diversidade entre os municípios no atendimento das solicitações dos usuários, brasileiros e estrangeiros, remetendo a níveis de incorporação de institucionalidade bastante diversos entre si. Em alguns aspectos, há relação e proximidade entre os mesmos, mas, na maioria dos casos, cada município elabora individualmente as estratégias que considera mais

² Cartão SUS e carteira de identidade.

adequadas para sua situação particular. Portanto, o atendimento ou não aos usuários estrangeiros acontece a partir da compreensão dos profissionais acerca do direito à saúde no momento da procura, sejam esses, o agente comunitário de saúde, os enfermeiros, os médicos e auxiliares de enfermagem. Em raríssimos casos inclui-se o *staff* administrativo. Essa situação, aliada à falta de acompanhamento do paciente ao retornar ao país de origem e à insuficiência de ações preventivas nos países vizinhos, tem como consequência o retorno dos pacientes estrangeiros às unidades de saúde brasileiras com os quadros mórbidos agravados, devido à inexistência de continuidade no tratamento no país de origem.

A diversidade relatada de entendimento e de encaminhamento por parte dos Secretários Municipais frente à demanda estrangeira pode ser explicada pela inexistência de protocolos e orientações precisos sobre o atendimento, ocasionando uma incorporação caso a caso, inviabilizando a criação de rotinas administrativas mais consolidadas e permanentes ou iniciativas de articulação entre os países, atendendo a esse tipo de solicitação.

Um número expressivo dos gestores em municípios de pequeno porte não incorporou a função programática como prevê a legislação do SUS, situação que se explicita na falta de clareza quanto às responsabilidades municipais frente à organização do sistema local de saúde. Além disso, a esfera municipal parece esperar que uma “entidade suprema venha resolver os problemas”, quando, na verdade, é co-responsável pela organização, não agindo, entretanto, como tal. Verifica-se que, mesmo diante das orientações da Política Nacional, precisas em relação às responsabilidades, estas não estão sendo seguidas pela esfera municipal.

A inexistência de critérios efetivos para o atendimento ao estrangeiro tem se refletido na diversidade de interpretações a respeito do direito ao acesso aos serviços de saúde ofertados pelo SUS. O mais preocupante é a atribuição aos profissionais de saúde da seletividade do sistema em relação aos não nacionais. Considerando a diversidade cultural e ideológica tanto entre as diversas fronteiras como entre os grupos profissionais, assiste-se a constantes alterações nos critérios e até mesmo desavenças entre os profissionais e gestores, pois lhes são exigidos constantemente posicionamentos éticos que acabam sendo decididos caso à caso e da gravidade da situação.

As exigências derivadas da implantação do cartão SUS trouxeram um complicador para os gestores, expresso de duas formas. Os que entendem ser o atendimento ao estrangeiro um direito pautado na preservação da vida, e portanto os atendem independentemente de qualquer seleção, viram-se impedidos de continuar com essa prática. Ou, então, passam a utilizar-se de estratégias distanciadas da legalidade concernente ao setor público, como os subterfúgios de omissão da nacionalidade e outras artimanhas. Por sua vez, os gestores que entendem o direito à

saúde como restrito aos nacionais intensificaram os mecanismos de controle, impelindo os estrangeiros a usarem também de subterfúgios igualmente ilegais, como fraudes de documentos e endereços falsificados. As duas situações não se encaminham para soluções mais equitativas, éticas e politicamente negociadas, favorecendo mecanismos de cooperação transfronteiriças efetivos e duradouros.

As constantes referências dos gestores a “troca de favores” e “laços de fronteira”, na tentativa de justificar o atendimento a estrangeiros, podem ser decorrentes de práticas historicamente consagradas por um viés patrimonialista ou, contraditoriamente, ser o reconhecimento tácito do não limite fronteiriço, ou seja, como uma grande região sanitária, na oportuna expressão de um dos entrevistados. Observa-se nesse quadro uma situação conflituosa, já que o critério principal para o acesso aos serviços de saúde é o cartão SUS. Entretanto, devido aos laços de fronteira, abrem-se precedentes para estrangeiros acessarem os serviços sem qualquer restrição. Tal fato pode ainda sinalizar a existência de relações informais conduzindo a comportamentos potencialmente discricionários pelos atores envolvidos na política de saúde. Há a presença de mecanismos informais atuando simultaneamente à legislação já existente e que, na maioria das vezes, chegam a ser considerados mais importantes que as regulamentações consensuadas. Ademais, expressa as diferenças ou disputas políticas entre profissionais, secretários e prefeitos nas regiões de fronteira, dificultando o planejamento das ações e serviços de saúde de maneira efetiva.

Quanto ao financiamento do SUS, a localização dos municípios favorece a procura por serviços no lado brasileiro, ampliando os gastos no campo da saúde. Isso se deve à freqüente utilização de insumos para internações, medicamentos, exames, transporte, entre outros procedimentos, para atender a população estrangeira, financiados pela esfera municipal. Como os não nacionais, via de regra, não são incluídos como usuários do sistema SIA/SUS, não são contabilizados para a base de cálculo dos repasses financeiros do Fundo Nacional da Saúde ao Fundo Municipal. Identifica-se uma preocupação freqüente dos SMS's em estabelecer mecanismos de cooperação financeira entre os países para atender essa demanda, pois a maioria das ações realizadas no período estudado ocorreu apenas no lado brasileiro da fronteira.

Conclui-se que, mesmo diante das iniciativas de cooperação e integração, a área social não foi contemplada de forma efetiva na construção do MERCOSUL. Os primeiros passos estão sendo dados, embora não sejam, até o momento, suficientes para dar conta das expressões de uma região tão particular como a fronteiriça. Diante de tais constatações, a leitura que se faz é que as discussões sobre os direitos sociais e o direito à saúde, na região de fronteira, ainda estão no

plano discursivo e formal. As garantias legais (sejam leis, acordos, pactos, normas, etc.), já existentes, quanto à saúde não são suficientes para atender as demandas nas regiões fronteiriças.

REFERENCIAS

Giovanella L, Guimarães L. et al. Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública, Relatório Final, v. I, março de 2007.

Nogueira Vera MR. Fronteira MERCOSUL: “A Institucionalidade dos Sistemas Municipais de Saúde e o Direito à Saúde”. *Projeto de Pesquisa: CNPq/UFSC/CSE/DSS*. Florianópolis, 2006.

Frey K. “Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de Políticas Públicas no Brasil”. *Revista de Planejamento e Políticas Públicas*, local, n. 21, p. 211-259, jun de 2000.

Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá*

John Francisco Ariza Montoya

La pertenencia a un grupo étnico se ha considerado como uno de los principales determinantes en la configuración de desigualdades indeseables e injustas en salud.¹ Según datos del Censo 2005 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, en Colombia las etnias representan el 13,8 % de la población, mientras que en Bogotá representan el 1,7 %, con la siguiente distribución. Se define etnicidad como la pertenencia a un grupo étnico, entendido como un colectivo que ha mantenido y actualizado su identidad, refiere un origen y unas características que pueden estar o no presentes, como el idioma, gobierno propio, rasgos físicos y niveles comunes de acceso a servicios.² En Colombia, el concepto de raza ha sido acogido por el movimiento negro, para visibilizar la segregación histórica.³ En el presente estudio, la raza y la etnia se consideran productos históricos y culturales, sobre los cuales ha recaído una fuerte carga de violencia y discriminación. Solo hasta 2005 se incorporaron las variables de las cuatro etnias en un censo nacional en Colombia, y actualmente no se cuenta con información diferenciada en el sector salud. Bogotá es un receptor importante de grupos étnicos como consecuencia del desplazamiento forzado y el conflicto armado, así como por desastres naturales, falta de oportunidades de estudio y trabajo.

En la región de las Américas se han documentado diferencias socioeconómicas de los grupos étnicos respecto de la población general,⁴ menor acceso a servicios, menor ingreso, mayores

* Este trabajo fue posible gracias a la participación de la población indígena, afro descendiente y raizal, proveniente de las islas de San Andrés y Providencia, y específicamente a la Consultiva Distrital de Comunidades Negras, al Proceso Organizativo del Pueblo Rrom (PRORROM), Organización de Población Raizal que vive fuera de las islas (ORFA), Cabildos indígenas del Pueblo Muisca, Kichwa, Muisca, población indígena no perteneciente a los cabildos y aquellos en situación de desplazamiento forzado por la violencia.

¹ Organización Panamericana de la Salud. "Equidad en salud desde la perspectiva de la etnicidad". Disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/ethnicity.htm> (Consultado febrero de 2007); London Health Observatory. "Health of Ethnic Minority Groups". Disponible en http://www.lho.org.uk/health_inequalities/ehip.aspx (Consultado marzo de 2007).

² Gros C. *Políticas de la etnicidad: identidad, Estado y modernidad*. Bogotá: ICANH, Instituto Colombiano de Antropología e Historia, diciembre de 2000; F. Bustos, C. Travassos. *Raca e saúde pública. Os dilemas da ciência e da prática contemporânea*. En De Souza Minayo MC, Coimbra C (orgs.). *Críticas e atuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, pp. 461-471.

³ Reales L. *Racismo y políticas públicas en Colombia*. Disponible en http://www.eip-cifedhop.org/eipcolombia/2005/afro_colombiens/racismo.pdf (Consultado noviembre de 2007).

⁴ Flórez C, Medina C, Urrea F. "Los costos de la exclusión social por raza o etnia en América Latina y el Caribe". *Coyuntura Social* 29 (2003): 45-72; G. Psacharopoulos, HG Padrinos. "Los pueblos indígenas y la pobreza en América Latina: un análisis empírico". *Estudios sociodemográficos en pueblos indígenas*, Serie E, No. 40 (LC/DEM/G.146), Santiago de Chile, División de Población, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE); 1994.

niveles de morbilidad y mortalidad.⁵ En este estudio se entiende que tales diferencias dependen de la construcción de la etnicidad y de la posición social derivada de ella. Varios estudios de equidad en salud han incorporado las variables de etnia y raza⁶ y han demostrado que los grupos étnicos mantienen de manera sistemática diferencias en el acceso a los servicios de salud, aún después de controlar otras variables.⁷ Las explicaciones están relacionadas con los patrones sociales, culturales y de discriminación, y no tanto con la susceptibilidad genética. La discriminación se entiende como la distribución desigual del poder social, económico y político, que determina que grupos poblacionales específicos estén explotados y marginados de la posibilidad de construir un desarrollo propio y un nivel satisfactorio de autonomía y ejercicio de sus derechos.

La inequidad en salud se entiende en este estudio⁸ como la presencia de desigualdades en salud, enfermedad y muerte, derivada de una desventaja sistemática de un grupo social respecto de otros como resultado de su posición social. Tal posición resulta de las diferencias de poder, riqueza o prestigio, definidas por su lugar en la estructura laboral o socioeconómica, de género, de raza, de etnia o del ciclo vital en que se encuentra. Un referente inmediato para valorar una desigualdad como inequidad es la falta sistemática de garantía de derechos humanos interdependientes, en especial a la salud, definidos en el pacto constitucional y en los pactos internacionales de derechos humanos.

También existe una inequidad en el acceso a los servicios de salud cuando éstos no reconocen las diferencias o no responden a diferenciales de necesidad. Se adopta la postura de Fraser,⁹ en relación a que la equidad debe incorporar políticas de redistribución frente a desigualdades injustas, tanto como de reconocimiento, frente a las diferencias derivadas de la identidad. La exclusión derivada de la etnia se asocia con frecuencia a otras exclusiones. De allí que la equidad de etnia en salud está dirigida a que los grupos étnicos tengan las mismas oportunidades que el resto de la población para acceder y utilizar los servicios. Pero también, los servicios de salud deben reconocer las necesidades y potencialidades diferentes de los grupos étnicos, derivadas de sus propios conceptos de salud.¹⁰ Se entiende en este trabajo el acceso a servicios de salud como

⁵ Krieger N. "Does Racism Harm Health? Did Child Abuse Exist Before 1962? On Explicit Questions, Critical Science, and Current Controversies: An Ecosocial Perspective". *Am. J. Public Health*. 93(2) (2003): 194-199.

⁶ London Health Observatory. "Health of Ethnic Minority Groups..."; Bustos, Travassos, *Raça e saúde pública...*; McPherson KM, Harwood M, McNaughton HK. "Ethnicity, Equity, and Quality: Lessons from New Zealand". *BMJ*. 327 (7412) (2003): 443-444.

⁷ Mendoza R. "Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados". *Cad Saúde Pública*. 17(4) (2001): 819-832.

⁸ Hernández M. "El pasado y el futuro del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá". En D. Restrepo (ed.). *Equidad y salud. Debates para la acción*. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia; Secretaría Distrital de Salud, 2007. pp. 173-194.

⁹ Fraser N. *Lustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"*. Universidad de los Andes, Facultad de Derecho. Santa Fe de Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 1997.

¹⁰ Anand S. "The Concern for Equity in Health". En S. Anand, F. Peter, AK Sen. *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press, 2004, pp. 15-20.

el “proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente”.¹¹ Al respecto, se reconoce la importancia del aseguramiento en salud, como uno de los determinantes del acceso a los servicios de salud, pero no el único. Al mismo tiempo, es clara la importancia de estudiar las diferencias culturales, considerando el acceso como un proceso más allá del contacto inicial con el sistema de salud y verificar los demás aspectos que intervienen en el uso real y efectivo de servicios.¹²

METODOLOGÍA

Siguiendo a Sen,¹³ en este estudio se intenta contrastar la percepción de la población con datos registrados en otras fuentes de información. Este ejercicio tiene mayor relevancia en la documentación de inequidades en los grupos étnicos, quienes plantean la existencia de prácticas de discriminación por parte de los servicios de salud que sólo son sentidas por quien las padece. El enfoque cualitativo permite entender cómo operan los factores que afectan el acceso y se desarrolló en este estudio a través de entrevistas a profundidad y grupos focales. Para el análisis se definieron las siguientes categorías: identidades étnicas; necesidades y potencialidades en salud; acceso a servicios; sugerencias de la población. Durante el año 2007, se realizaron 39 entrevistas a profundidad y seis grupos focales con integrantes de grupos étnicos y funcionarios. La información se sistematizó con la ayuda del software de análisis cualitativo NVIVO versión 7, que permite interpretar textos y contribuir a la formulación de teorías a través de la extracción del conocimiento conceptual de los documentos.¹⁴

Como parte de la visión cuantitativa se realizó el análisis de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del año 2003 y de una sección de la sistematización de la ficha de caracterización de la población incluida en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Esta población habita en los estratos socioeconómicos 1 y 2 de la ciudad y fue caracterizada en diferentes momentos entre el tercer trimestre de 2004 y el primer trimestre de 2007. Dentro de las opciones de medición de desigualdades en el acceso a los servicios de salud se realizó la comparación directa entre grupos diferenciados por la pertenencia étnica, incorporando covariables de comparación, como sexo, edad, ingreso, educación, empleo, tenencia de vivienda, calidad del agua, disponibilidad de alimentos y riesgos ambientales cercanos a la vivienda, con el fin de visibilizar la interacción entre estas variables y la importancia de la pertenencia étnica en la generación de las desigualdades. Esta investigación incluye dentro de su definición de accesibilidad, los

¹¹ Mendoza, “Utilización de los servicios de salud...”

¹² Andersen R, Aday LA. “Access to Medical Care in the U.S.: Realized and Potential”. *Med Care*. 16(7) (Jul 1978): 533-546; M. Bronfman, R. Castro, C. Miranda, J. Oviedo, E. Zúñiga. “Del ‘cuánto’ al ‘por qué’: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios”. *Salud Pública Mex* 39 (1997): 442-450.

¹³ Sen A. “Health Achievement and Equity: External and Internal Perspectives”. En S. Anand, F. Peter, AK Sen. *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press, 2004, pp. 263-268.

¹⁴ Jones R. “Why do Qualitative Research?” *BMJ* 311(6996) (1995): 2.

procesos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como componente del nivel de acceso potencial y el financiamiento de los servicios. Se realizó un análisis descriptivo estratificado por etnia con pruebas de significancia.

RESULTADOS

La proporción de las etnias en la población cambia de acuerdo a la fuente utilizada (Tabla 1). El auto-reconocimiento como principal herramienta para el registro estadístico, expresa el nivel de conciencia étnica. Los entrevistados asumen la etnicidad como una categoría de pertenencia a un grupo que se diferencia por tener usos y costumbres diferentes, y que puede o no incluir rasgos como el idioma, el vestido, mecanismos específicos de regulación social, rituales, entre otros. En el caso de la población gitana la etnicidad constituye un entorno poco permeable y los raizales isleños se diferencian de los negros continentales por su historia y su cultura.

“...ser gitano es de nacimiento...” (Entrevista hombre gitano de 54 años)

“...no se es negro por el color de piel... es por la militancia, por la defensa activa de los derechos...” (Entrevista mujer negra de 41 años)

“...somos de pueblos con mucha memoria... haber compartido hasta la misma teta, es compartir la historia, la memoria...” (Entrevista hombre negro de 21 años)

Tabla 1. Distribución de población según pertenencia étnica en Bogotá

Etnia	Censo poblacional 2005		Muestra ponderada de ECV 2003		Muestra real de SASH	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Indígena	15 032	0,22	3 623	0,05	2 004	0,18
Rrom o gitano	523	0,01	2 956	0,04	2 274	0,21
Raizal isleño	1 355	0,02	720	0,01	-	-
Negro (a)	96 530	1,42	75 410	1,1	3 330	0,31
Ninguno de los anteriores	6 450 329	95,2	6 744 646	98,8	1 085 035	99,3
No Informa	214 922	3,2	-	-	-	-
Total	6 778 691	100	6 819 637	100	1 092 743	100

Uno de los escenarios de reconocimiento de las etnias en la ciudad son los territorios simbólicos. Los indígenas están conformados en su mayoría por grupos ancestrales Muisca, pero otros grupos han inmigrado a la ciudad desde varias regiones del país.

“...con el origen, con la historia y la palabra...” (Grupo focal población indígena)

“...los negros comparten un territorio simbólico... hay sitios en donde están los negros, donde se unen, donde se encuentran...” (Entrevista hombre negro de 53 años)

Tabla 2. Comparación de algunos indicadores socioeconómicos (%) entre los grupos étnicos y la población sin pertenencia étnica en Bogotá. ECV-2003 Fuente: ECV 2003. Cálculos propios

Indicador (Proporción %)	Población					
	Negra	Indígena	Gitana	Raizal	Sin pertenencia étnica	Valor de P
Población que se percibe como pobre.	54,73	53,51	72,97	68,5	48,03	0
Población pobre según línea de pobreza	36,89	40,73	35,32	54,66	35	0,001
Población en niveles 1 y 2 del SISBEN	45,54	41,10	54,42	28,76	39,30	0,001
Población sin ningún nivel educativo	2,93	6,15	5,24	0	2,34	<0,00
Población con analfabetismo	3,24	5,52	5,24	0	3,89	<0,00
Población con nivel universitario	9,02	9,92	10,83	8,53	14,10	<0,00
Población que está buscando trabajo	5,31	5,52	2,06	0	5,07	<0,00
Población que reporta ser jornalero o peón.	2,41	0	0	0	0,13	<0,00
Población que reporta ser patrón.	2,26	1,82	0	0	3,75	<0,00
Población que no tiene contrato de trabajo (informalidad).	35,52	27,73	94,65	47,35	34,68	<0,00
Hogares con riesgos cercanos a la vivienda	30,49	38,7	41,17	24,86	33,12	<0,00
Hogares con mala calidad del agua	9,19	16,7	3,72	5,42	14,66	<0,00
Hogares que ha dejado de consumir las tres comidas al día por falta de dinero.	5,54	9,72	14,28	0	8,73	<0,00

En la población sin pertenencia étnica los hombres representan el 53,2 %, mientras que en las etnias el grupo mayoritario son las mujeres, con una frecuencia de 50,5 % en negros, 53,6 % en indígenas, 61 % en gitanos y 66,1 % en raizales. Las etnias tienen menor proporción de población en los grupos más jóvenes y mayor en el grupo de 45 a 60 años, que la población general.

Algunas condiciones socioeconómicas percibidas y objetivas de los grupos aparecen en la Tabla 2. Estos grupos perciben y viven una concentración de factores de vulnerabilidad que configura una posición social de desventaja.

“... En la ciudad todo cambió...porque es que no tenemos un salario, no es de nuestra cultura, un ingreso fijo...” (Entrevista hombre gitano de 37 años)

“... uno no puede llegar muy tarde, es peligroso... no podemos mandar a los niños a estudiar porque les queda muy lejos... a la mujer la manosean... ya esa muchacha está con eso del vicio...” (Grupo focal población indígena)

“... aguantamos hambre... teníamos comida allá en la tierra... acá no se puede trabajar, apenas algo de artesanías...” (Grupo focal con población indígena)

El desplazamiento por el conflicto armado es una de las causas de las precarias condiciones. Según el gobierno nacional, en Bogotá se encuentran 7.724 negros y 5.474 indígenas en situación de desplazamiento que corresponden al 3,9 % y 2,8 % respectivamente de este grupo en el distrito. Esta cifra contrasta con los hallazgos de una investigación realizada por la Secretaria Distrital de Salud y la Universidad Javeriana que reportó un 6,3 % de negros y 4,5 % de indígenas del total de desplazados en Bogotá.

“... ahora ya no se puede estar en nuestra casa, en la maloca [...] es mucha violencia, nos han matado a nuestros líderes...” (Entrevista hombre Kankuamo de 42 años)

Se evidencia la permanencia del racismo, expresado en prejuicios cotidianos y marginación de instancias de poder. Los gitanos se han estigmatizado como ladrones, embusteros, ladrones, portadores de enfermedades y brujería. Negros e indígenas se asocian injustamente con mínimas capacidades mentales, con el bullicio y la falta de higiene.

“...a nosotras nos tratan muy mal, cuando nos ven en la calle a veces nos gritan cosas feas, así que brujas, mentirosas...” (Grupo focal con población gitana)

“... el tipo tuvo que renunciar [...] por lo menos dos veces por semana se lo llevaban al calabozo solo por ser negro...” (Grupo focal con población negra)

Los grupos conciben los servicios de salud como una opción secundaria para la atención de enfermedades. Para la población negra la salud está relacionada a las capacidades que permiten estar alegre, participar en las actividades colectivas. La enfermedad se oculta porque se considera que no se debe socializar con extraños ni darle importancia.

“... la etnia vive feliz, porque vive sonriendo y por esa alegría la gente no se enferma...”

(Grupo focal con población negra)

La concepción del equilibrio natural que implica la construcción de relaciones con los seres espirituales expresa la concepción de salud para la población indígena y determinan múltiples restricciones y prohibiciones. La salud está relacionada con la alimentación y con los buenos hábitos en la dieta.

“...lo más importante es una relación espiritual con la madre tierra...” (Grupo focal con población Muisca)

“...Ahora no podemos comer pescado de cuero y tampoco carne de res ni marrano, porque necesito completar mi dieta [...] cuando tiene menstruación no puede salir mucho ni ver enfermo ni nada, y tampoco puede bañar en el río...” (Grupo focal con indígenas Tugus y Huitotos)

“... Acá uno se enferma fácil, por cualquier cosa, que la comida, que el viento, todo lo enferma a uno...” (Entrevista hombre Huitoto de 38 años)

La población raizal que vive en Bogotá relaciona la salud con la posibilidad de acceder a los servicios, pues la mayoría viene a estudiar, y con la capacidad de realizar sus actividades culturales y religiosas.

“... nosotros no tenemos la medicina tradicional [...] la salud es estar sano, sin enfermedades, y nosotros casi todos como que tenemos el seguro, aunque no se ha realizado un estudio específico [...] la salud también es estar alegre, tranquilos, unidos y poder estar en paz espiritual en la iglesia...” (Entrevista mujer raizal de 38 años)

La población gitana refiere un bajo nivel de auto percepción de necesidades en salud, lo cual se explica por mecanismos tradicionales de prevención.

Nosotros tenemos el marimé como un conjunto de elementos para mantener sanos, como de prevención, para no mezclarnos [...] es como un aseo, una higiene con todas las cosas... (Entrevista mujer gitana de 34 años)

La población indígena y gitana reporta con mayor frecuencia la presencia de enfermedad crónica, necesidad sentida en el último mes y un mal estado de salud, con respecto a la población sin pertenencia étnica. De igual manera, los cuatro grupos étnicos refieren con mayor frecuencia tener diagnóstico de bajo peso, hipertensión arterial y presencia de alguna limitación

(Tabla 3). La importancia asignada por los grupos étnicos a los servicios de salud y al aseguramiento varía en función de la presencia de necesidades en salud, de la condición socio-económica, de la fortaleza de la cultura tradicional y de las experiencias anteriores de la población con los servicios de salud. Se tiene la percepción de que los servicios de salud asumen una función restrictiva e impositiva.

“...cuando los sabedores no pueden, se complementan [...] confían más en las enseñanzas y las prácticas médicas tradicionales que en el médico occidental...”

(Entrevista hombre y líder Muisca de 36 años)

“... a la gente no le gusta ir donde el médico...” (Entrevista hombre gitano de 37 años)

A diferencia de negros y raizales, los indígenas y gitanos sí son considerados como poblaciones especiales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo cual les otorga algunos beneficios, tales como la prioridad en la afiliación al Régimen Subsidiado y la exención en el pago de copagos y cuotas de recuperación para indígenas y gitanos. El SGSSS ha incorporado un “régimen especial” para la población indígena, con acciones específicas como la adecuación sociocultural de los servicios, el ajuste de los planes de beneficios para incluir las medicinas tradicionales, el pago de sobrecostos hasta del 50% en el valor de la prima para el asegurador por cada afiliado indígena, la posibilidad de que las organizaciones indígenas conformen sus propias Empresas Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), entre otros. A pesar de estas acciones afirmativas, la población indígena entrevistada considera que el aseguramiento es una burla y una imposición que no ha traído buenos resultados.

“...como somos indígenas les dan más plata y por eso corren a meternos en una lista, pero eso es puro negocio, después se pierden y cumplen nada y atienden mal y uno coloca quejas y no pasa nada, nos cogen es de bobos...” (Entrevista hombre Muisca de 32 años)

Tabla 3. Comparación de indicadores de necesidades sentida en salud entre los grupos étnicos y la población sin pertenencia étnica

Indicador (Proporción %)	Población					
	Negra	Indígena	Gitana	Raizal	Sin pertenencia étnica	Valor de P
Población que reporta su estado de salud como malo.	15,25	34,09	40,61	35,05	20,96	0

Población con necesidad sentida en salud en el último mes.	9,3	11,57	33,36	2,09	9,24	<0,000
Población que refiere tener diagnóstico de enfermedad crónica.	10,14	26,28	41,04	10,28	13,98	<0,000
Población que refiere tener una enfermedad grave.	5,59	12,18	5,41	7,51	10,67	0,001
Población con necesidad sentida en salud (SASH)	22,3	21,5	10,6	ND	17,3	<0,000*
Población que refiere tener diagnóstico de bajo peso (SASH)	3,1	3,5	3,5	ND	1,9	0,009*
Población que refiere tener diagnóstico de diabetes (SASH)	1,8	3,19	1,5	ND	1,46	<0,000*
Población que refiere tener diagnóstico de hipertensión arterial (SASH)	5,8	5,9	5,6	ND	5,1	<0,000*
Población que refiere tener limitación (SASH)	2,3	3,2	1,8	ND	1,4	<0,000*

Fuente: ECV 2003 y Ficha de caracterización de SASH. Cálculos propios; * La significancia aplica para las diferencias entre etnias y no con la población sin pertenencia étnica, con la cual no fue posible hacer el procesamiento estadístico.

La población negra es la etnia con menor cobertura del seguro de salud, aunque percibe más necesidades en salud que las demás poblaciones (Tabla 4). Las poblaciones indígenas y gitanas tienen mayor cobertura en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), pero refieren barreras para acceder a los servicios en caso de necesitarlos y se presenta discriminación en los servicios con acciones de burla, violencia, negación y aplazamiento de la atención. Los procesos administrativos presentan trámites excesivos que producen rechazo. En la consulta médica la población siente que se le presume culpable de su enfermedad, que no existen procesos de adecuación de los servicios y que se rechazan sus concepciones de salud y enfermedad. La discriminación se expresa en el bajo número de personas de los grupos que son contratadas por los aseguradores y prestadores en la ausencia de sistemas específicos de información. La ausencia de dinero es otra barrera frecuente.

“... la apariencia genera rechazo y burla...” (Entrevista mujer gitana de 34 años)

“... a uno le hablan con agresividad, le hablan duro y como con asco, a veces se aguanta y a veces no...” (Entrevista hombre negro de 33 años)

“... a uno lo discriminan cuando los médicos se burlan de uno, por sus apellidos, porque uno le dice que es indígena...” (Entrevista mujer Muisca de 37 años)

“... suelen decirle a uno es que a ustedes los negros les da esta enfermedad [...] no se cuidan [...] es que ustedes todos tienen anemia...” (Entrevista mujer negra de 41 años)

“... uno a veces no tiene esa plata, para hacerse los exámenes, medicamentos [...] no hay con quien dejar a los niños [...] el transporte...” (Grupo focal con población negra)

Existen cuatro grupos con diferentes posibilidades económicas para acceder a los servicios: 1) Cabildos indígenas y Kumpania gitana registrada. 2) Desplazados que están registrados en el registro de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional “Acción Social”. 3) Desplazados que no están registrados. 4) Otros (Integrantes de grupos étnicos no reconocidos por el Estado, migrantes, estudiantes). Sólo los dos primeros grupos son catalogados como población especial dentro del SGSSS, lo que implica afiliación al Régimen Subsidiado y no tener que pagar copagos ni cuotas de recuperación.

A pesar de tener mayor cobertura del seguro de salud, la etnia indígena tiene menor acceso a los servicios de salud y consulta preventiva en comparación con la población sin pertenencia étnica. Los indígenas refieren, en una mayor proporción que los demás grupos, que las razones para no acceder a los servicios de salud son la falta de dinero y el antecedente de que no le hubieran resuelto su problema en una atención previa (Tabla 4).

La pertenencia étnica, a excepción de la población negra, disminuye la probabilidad de tener buena percepción del estado de salud. Con respecto a la afiliación al seguro, la probabilidad aumenta para la población indígena y gitana, lo cual puede estar relacionado con los programas de priorización. La población indígena y la población negra tienen menor probabilidad de acceder a los servicios institucionales de salud con respecto a la población sin pertenencia étnica, en caso de tener un problema de salud. La utilización de servicios curativos y preventivos de salud es menor en las etnias que en la población general. En caso de necesitarlos, la población sin pertenencia étnica recibió en una mayor proporción todos los medicamentos con respecto a la población indígena, gitana y negra, como se observa en la tabla 4.

Tabla 4. Comparación de los indicadores de acceso a servicios de salud entre la población negra y la población sin pertenencia étnica en Bogotá. ECV-2003.

Indicador (Proporción %)	Población					
	Negra	Indígena	Gitana	Raizal	Sin pertenencia étnica	Valor de P
Población que accede al seguro de salud.	73,77	84,73	89,1	100	75,58	<0,000

Población que accede a la seguridad social como fuente de pago de la última atención en salud.	14,47	29,43	9,83	0	29,13	0,005
Población que accede a consulta preventiva.	68	63,38	74,76	47,50	75,02	<0,000
Población que accede a servicios institucionales de salud.	62,15	65	83,77	100	73,34	<0,000
Población que recibe todos los medicamentos formulados.	30,47	2,49	7,26	100	40,70	<0,000
Población que accede al seguro de salud (SASH).	63,4	65,4	76,8	ND	75,58	<0,000*
Población que accede a servicios institucionales de salud (SASH).	87,7	88,6	97,8	ND	68,7	0,002*
Población con acceso a consulta médica general en el último año (SASH).	44,9	46,5	66,1	ND	57,8	<0,000*
Población con acceso a consulta odontológica general en el último año (SASH).	27,4	28,3	50,2	ND	35,5	<0,000*

Fuente: ECV 2003 y Ficha de caracterización de SASH. Cálculos propios; * La significancia aplica para las diferencias entre etnias y no con la población sin pertenencia étnica, con la cual no fue posible hacer el procesamiento estadístico.

Existen muy pocos estudios sobre equidad de etnia en Colombia y menos aún en Bogotá, y esto hace difícil contrastar los resultados de este estudio con esfuerzos previos. Se documentaron diferencias en el acceso a los servicios que no responden al reconocimiento de diferentes necesidades. Por el contrario, ellas expresan la ausencia de reconocimiento cultural. Como lo han mostrado otros estudios,¹⁵ la etnia es una categoría amplia, con diversos procesos organizativos que se agrupan con mayor precisión alrededor del concepto de “grupos étnicos”. En vez de reconocer la especificidad étnica, parece confirmarse una discriminación excluyente en los servicios de salud, como se ha encontrado en otras investigaciones.¹⁶ La cuantificación de la discriminación depende de las características de las preguntas, del contexto y la carga emocional, por lo que los hallazgos de esta investigación demandan profundización y un seguimiento mayor. Según las organizaciones étnicas entrevistadas, estas diferencias se explican

¹⁵ Rodríguez N, Jiménez N. *Estado del arte de la investigación sobre las comunidades de afrodescendientes y raizales en Bogotá D.C.* Bogotá. Alcaldía Mayor de Bogotá. Instituto Distrital de Cultura y Turismo, noviembre de 2006.

¹⁶ Universidad Nacional de Colombia. Centro de Estudios Sociales (CES). *Mi gente en Bogotá. Estudio socioeconómico y cultural de los afrodescendientes que residen en Bogotá.* Bogotá. Alcaldía Mayor de Bogotá, enero de 2002; Research Network on Socioeconomic Status and Health Internet. Disponible en <http://www.macses.ucsf.edu/Research/Psychosocial/notebook/discrimination.html#top> (Consultado en marzo de 2008); R. Bernal y M. Cárdenas. *Race and Ethnic Inequality in Health and Health Care in Colombia.* Working Paper Series No. 003413. Bogotá: FEDESARROLLO, 2005.

por la violación de sus derechos colectivos, tales como la territorialidad, la autonomía y la identidad.

Las medicinas tradicionales son la primera opción terapéutica, aunque ese hallazgo no se ve reflejado en los resultados cuantitativos. Esto se podría explicar por el direccionamiento que hace la población para la pregunta de acceso a servicios institucionales, solamente a los problemas que no ha podido resolver. La mayor prevalencia de diabetes e hipertensión en población indígena y negra con respecto a población sin pertenencia étnica puede estar relacionada con los efectos combinados de la migración y la asimilación, la adopción de nuevos patrones de alimentación y la ausencia de factores protectores para el desenvolvimiento en el contexto urbano.¹⁷ Hay indicios, tanto en el ejercicio cuantitativo como en el cualitativo de esta investigación, de que el aseguramiento no es suficiente para garantizar la utilización de los servicios.¹⁸ Al igual que otros estudios,¹⁹ los hallazgos de este trabajo sugieren una interacción y potenciación entre diferentes procesos de exclusión, tales como las barreras socioeconómicas, la discriminación por razones étnicas, el racismo explícito e implícito, la falta de reconocimiento cultural, la migración forzada y el género.

¹⁷ Monteiro S, Maio S. "Etnicidade, Raca y Saúde No Brasil: Questões e desafios". Em MC. De Souza Minayo, C. Coimbra (orgs.). *Críticas e atuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, pp. 473-485; Alvarado-Osuna C, Milian-Suazo F, Valles-Sánchez V. Prevalencia de diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes. *Salud Pública Mex* 43 (2001): 459-463.

¹⁸ Gálvez A. *El mañana que ya entró. La fecundidad en los pueblos indígenas de Antioquia*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.

¹⁹ Breihl J. *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.

Propuesta Final

1. Por cuanto, en Latinoamérica y el Caribe persisten serias inequidades en la prestación de servicios de salud como producto de las desigualdades y disparidades en el bien social.
2. Por cuanto, la historia nos enseña que la salud se ha manejado desde diversas modalidades y sistemas de curación y sanación.
3. Por cuanto, tener más tecnología y mayores avances médicos no ha redundado en una mejor salud para todos, especialmente en Latinoamérica y el Caribe.
4. Por cuanto, cada día que pasa hay mayores necesidades de salud de los distintos segmentos poblacionales, especialmente en la tercera edad, discapacitados psíquicos, madres y niños, cardíacos, diversidad étnica y situación de género.
5. Por cuanto, los profesionales de la salud, enfrentan cada día mayores desafíos que afectan la calidad de la prestación de servicios de salud, especialmente en aspectos gerenciales, culturales y sociales.
6. Por cuanto se observa en la práctica un modelo biomédico que prevalece sobre un modelo biosicosocial en la prestación de servicios de salud, que en más de las veces agudiza los problemas de inequidad.
7. Por cuanto, los modelos de análisis de la bioética han permitido incorporar diversos puntos de vista para atender la problemática de las inequidades en la prestación de servicios de salud.
8. Por cuanto, los gobiernos no han demostrado capacidad suficiente para intervenir con las necesidades de los segmentos poblacionales más vulnerables, a modo de ejemplo: las discapacidades psíquicas y los envejecientes.
9. Por cuanto, la problemática de la inequidad no es un problema económico.

Resuélvase:

Difundir los resultados de este Simposio a los gobiernos, universidades, asociaciones no gubernamentales, gremios profesionales e investigadores en el tema a un corto plazo.

Continuar como línea de investigación en el tema dentro de la Red de Historiadores en las Ciencias de la Salud así como dentro de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética en la que se identifiquen historias de éxito o modelos que estén atendiendo efectivamente las inequidades en las poblaciones más vulnerables con énfasis en las poblaciones identificadas en este Simposio-discapacitados psíquicos y envejecientes.

*Participantes y Coordinadores
1 de noviembre de 2010
Universidad de Santiago
Santiago de Chile*

Perfiles biográficos de los Coordinadores

Sandra M. Fábregas Troche

Licenciada en Farmacia (Universidad de Puerto Rico, 1977); Maestra en Ciencias de la Comunicación (Universidad de Puerto Rico, 1987); Maestra en Bioética (Universidad de Chile, 1997); Doctora en Filosofía y Letras con especialidad en Historia (Universidad de Sevilla, España, 2001). Ha tenido experiencias post doctorales en Bioética (Universidad de Creighton, 2005) y en Historia de la Farmacia (Universidad de Wisconsin, 2006). En el 2009, fue incorporada a la Junta de Directores de la Federación Latino Americana de Instituciones de Bioética (FELAIBE) y, desde 2011, coordina la Comisión de Ética y Farmacia de dicho organismo. Desde el 2012 es Profesora Visitante de Bioética y Humanidades Médicas de la Escuela de Medicina de San Juan Bautista (Puerto Rico). Sus investigaciones y presentaciones en los últimos años se han centrado en temas relacionados al ámbito de la ética organizacional en los escenarios de salud con énfasis en Comisiones de Ética Institucional así también sobre la institucionalización de los servicios de salud en Puerto Rico con énfasis en farmacia.

Miriam del C. Lugo Colón

Doctora en Filosofía y Letras con especialidad en Historia (Universidad de Puerto Rico, 2006) Se desempeña en el Centro de Investigaciones Históricas de la Universidad de Puerto Rico y ofrece cursos en el Departamento de Historia de la misma institución. También dicta cursos graduados en el Centro de Estudios Avanzados de Puerto Rico y el Caribe. Sus investigaciones y presentaciones se centran en la conceptualización histórica de la salud y enfermedad, historia de las instituciones de salud y la salud pública. Contacto: miriam.lugo1@upr.edu

Francisco Javier León Correa

Doctor en Filosofía y Letras, por la Universidad de Valladolid, España, 1985. Magíster en Bioética por la Universidad de Santiago de Compostela, 1997. Desde el 2002, en Chile, es Profesor Asociado Adjunto del Centro de Bioética de la Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Presidente desde 2005 de la Sociedad Chilena de Bioética, y desde 2009 de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAIBE). Como autor, en estos últimos años, *Bioética razonada y razonable* (2009), *Temas de Bioética social* (2011). Como coordinador, *Comisiones Nacionales de Bioética* (2008), *Comités de ética* (2009), *Bioética General y Clínica* (2009), *Introducción a la Bioética* (2010), *Cuidados al final de la vida: Bioética*

y Enfermería (2010), Bioética y justicia sanitaria en situaciones de catástrofes (2011). Información y consentimiento informado (2011).

Rossie G. Lugo Colón

Maestra en Epidemiología y Salud Pública (Universidad de Puerto Rico, 1994). Se desempeña en el Centro de Estudios Epidemilógicos sobre el VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual de Cataluña, España. Sus investigaciones y presentaciones se centran en la epidemiología de las infecciones de transmisión sexual (ITS/VIH) en poblaciones vulnerables y la salud pública. Contacto: rossielugo123@gmail.com