

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

Fernando Cano Valle

B

Investigación

BREVIARIOS
DE SEGURIDAD
SOCIAL



DERECHO
A LA PROTECCIÓN
A LA SALUD EN
AMÉRICA LATINA

Breviarios de seguridad social

Comité editorial internacional Colección Breviarios de seguridad social

Elvin Bailey (St. Christopher & Nevis)

Alejandro Bonilla García (OIT)

Rosangela Elias (Brasil)

Adolfo Jiménez Fernández (OISS)

Patricia Kurczyn Villalobos (México)

Sephlin Lawrence (St. Christopher & Nevis)

Luis José Martínez Villalba (Uruguay)

María Antonieta Martín Granados (México)

Guido Miranda Gutiérrez (Costa Rica)

Martha Peláez Valdés (OPS)

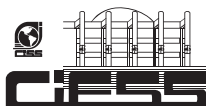
Orlando Peñate Rivero (Cuba)

Helmut Schwarzer (Brasil)

DERECHO
A LA PROTECCIÓN
A LA SALUD EN
AMÉRICA LATINA



Fernando Cano Valle



Primera edición

México 2010



Primera edición, 2010

ISBN: En trámite

El contenido de esta obra es responsabilidad exclusiva de su autor y no refleja necesariamente la posición del CIESS.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna, ni por ningún medio, ya sea electrónico, químico, óptico, de grabación o fotocopia con fines lucrativos sin permiso previo del editor.

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
San Ramón s/n esquina San Jerónimo, San Jerónimo Lídice,
C. P. 10100 México, D. F. Registro 3079

© Derechos reservados, 2010. CIESS

Índice

Introducción	1
Derecho a la protección a la salud como un derecho social	1
Salud: un derecho humano	4
Organización de los sistemas de salud	5
Evaluemos los resultados, no midamos la pobreza	6
Cobertura universal	9
Más de 30 años perdidos, ¿por la crisis?	12
Reforma de los sistemas de la salud	15
Atención primaria de salud y equidad	16
Eficiencia o volver a Hobbes	18
Las universidades	20
Revitalizado Alma Ata	24
Casalud, una propuesta innovadora	26
Bioética como factor de equilibrio	30
Estados Unidos y la Bioética	31
Bioética de intervención	34
Investigación en América Latina	36
Doble estándar	40
Comités de Bioética	41
Rigor científico	42
Conclusión	45
Anexos	46
Bibliografía	60

Introducción

El derecho a la protección de la salud se perfila desde la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, que en su Artículo 25 dispone que:

“Todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida que le permita a él mismo y a su familia gozar de salud y bienestar que incluyan la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias ajenas a su voluntad”.

● **Derecho a la protección de la salud como un derecho social**

El derecho a la protección de la salud está vinculado, por su origen, al derecho asistencial y al de la seguridad social. Al incluirse en los textos constitucionales el derecho a la protección de la salud adquiere autonomía, incorporándose a la cada vez más larga lista de los derechos sociales.¹

¹ Cano Valle, Fernando. *Percepciones acerca de la Medicina y el Derecho*. Inst. Inv. Jurídicas, UNAM, Serie Doctrina Jurídica, núm. 49, 2001.

Ruth Roemer (1989) explica que, por lo general, la función principal de las disposiciones constitucionales que establecen el derecho a la atención de la salud es simbólica; denotan solo la intención del gobierno de proteger la salud de los ciudadanos. “La mera declaración de una política nacional no basta por sí sola para garantizar el derecho a la atención de la salud, sino que este derecho debe traducirse en leyes, programas y servicios específicos”. Sin embargo, la mención del derecho a la atención de la salud en la Constitución sirve para dar a conocer al individuo que su protección forma parte de la política del gobierno y se refleja en las leyes fundamentales de la Nación.²

En el análisis de “Derecho Comparado de once países de América Latina y España”, como un referente elaborado por Garbiñe Saruwatari, se incorpora el derecho a la protección de la salud bajo los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, extensión, descentralización, igualdad, libre elección del subsistema, eficiencia, solidaridad, obligatorio, continuidad, carácter estatal y social de la Medicina, gratuidad, participación intersectorial, centralización normativa, calidad, y descentralización ejecutiva, disponibilidad, integración, coordinación, participación social (ver anexo).

Panamá incorpora la Bioética y la constitución española en su jurisprudencia; pero interpreta que no es un auténtico derecho fundamental.

En el marco jurídico internacional, y en el de cada país de América Latina, se estructuran los artículos de las diversas constituciones nacionales las cuales mencionan el derecho a la protección de la salud; las Cortes de la mayor parte de los países han sentado jurisprudencia y el Estado propone mecanismos para proteger el derecho a la protección de la salud.

² Fuenzalida Hernán, Scholle L. Susan. *El Derecho a la salud en las Américas*, Estudio Constitucional Comparado, OPS; Publicidad científica 59.

Hasta el momento, nos hemos dado cuenta claramente que existen sólidas opiniones acerca de la importancia de considerar los derechos humanos como un derecho moral aplicable a todo ser humano; sin embargo, otras tendencias muestran algunas reservas para considerar a la salud como un derecho humano, argumentando lo siguiente:

Primero. La salud o el cuidado de la salud, es difícil de definir, aunque es claro que se acepta cuáles medidas de salud pública, como inmunizaciones, promoción de la salud, tratamiento médico y quirúrgico en el caso de enfermedad, son un derecho; también se debe comprender el acceso al agua potable, a una alimentación adecuada, el derecho a obtener un órgano trasplantable, a cirugía cosmética, a tratamientos de infertilidad o a salas de terapia intensiva. ¿Es posible sostener u ofrecer esto a toda la población?

Todos los derechos poseen una obligación individual sobre la parte de otros

Segundo. Todos los derechos poseen una obligación individual sobre la parte de otros. De esta manera el derecho a la justicia impone la obligación a la autoridad a ser equitativa, en este caso, a proveer los servicios de salud a todos los ciudadanos. Será así obligación de todos los médicos, de los hospitales o de los gobiernos, al margen del presupuesto. ¿Esto es posible?

Tercero. Las bases filosóficas de los derechos humanos siempre son inestables. El liberalismo y el humanismo son las filosofías dominantes en las democracias de occidente y estas requieren derechos humanos. En este sentido, muchas personas piensan que es ventajoso mantener el concepto de derechos civiles y políticos aun cuando las bases racionales sean muy endeble para la atención de la salud de toda la población.³

³ Cano Valle, Fernando. *Óp.Cit.*

Muchos consideran que la salud para todos no es posible ya que los esfuerzos, la estrategia, el presupuesto, no la hacen alcanzable.

● Salud: un derecho humano

Desde el punto de vista de la Bioética y de los derechos humanos, la salud es un acervo que poseen las personas, es la capacidad que cada quien tiene para desarrollar su potencial físico y cognitivo a lo largo de la vida, por ello debe considerarse un derecho fundamental de los ciudadanos. Además de tener un valor intrínseco, pues estar sano es una de las principales fuentes de bienestar, la salud tiene un valor instrumental por ser uno de los determinantes fundamentales del crecimiento económico.⁴

Al respecto, las fuentes internacionales destacan los siguientes puntos:

- La salud es vista como un derecho humano fundamental ligado al desarrollo histórico social de las sociedades.
- La salud solo es posible de satisfacer en la medida en que se pueda resolver el problema de la pobreza y el subdesarrollo.
- Existe o debe existir una corresponsabilidad entre los países pobres y ricos para lograr el desarrollo, la paz mundial y un trato más equitativo entre las naciones. Esto es, lograr un nuevo orden económico internacional.
- La salud no es un inconveniente que un país pueda resolver por sí mismo, existe una gran preocupación porque se trata de un problema y de una meta por alcanzar en forma regional y, en forma más ambiciosa, en el nivel mundial. La salud es, pues, una problemática que se reconoce como mundial.

⁴ *Ídem.*

Organización de los sistemas de salud

Ante esta preocupación global, los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) de la mayor parte de los países de América Latina han enfrentado dos problemas cuya solución definitiva no se vislumbra a corto plazo: la insuficiente calidad de los servicios que presta y el costo creciente de su financiación, mismo que se proyecta en forma lacerante en los próximos años.⁵

Para agravar más esta situación, en la mayoría de los casos el incremento en la calidad de la atención médica se acompaña, invariablemente, de un incremento correlativo de sus costos. Por el contrario, los recortes en la financiación en salud se ven acompañados, en forma más o menos notable, de una disminución en la calidad de los servicios. Ambos problemas poseen un origen común: la estructura de la oferta y la demanda de atención.⁶

A los problemas inherentes a la organización del sistema de salud han debido agregarse, en las últimas décadas, los que resultaron del cambio en el perfil epidemiológico, por el cual las enfermedades crónicas y las lesiones comenzaron a desplazar a los problemas infecciosos y agudos como principal causa de muerte. Además, el crecimiento de la población y su envejecimiento paralelo han aumentado; la demanda de servicios hospitalarios y de alta complejidad es mayor a la oferta disponible, capacidad que en la actualidad ha quedado prácticamente rebasada.^{7,8}

⁵ Katz Lanza A., Testa Mario. *La salud en América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1983.

⁶ Lipkin Mack Jr.; Lybrand William. *Population-Based Medicine Praeger*, 1982.

⁷ Carvalho J., Am. *La demografía de la pobreza y el bienestar en América Latina: pobreza y desigualdad en América Latina*, (U. Tokman) Paidós, Buenos Aires/Barc./Mex., 1988.

⁸ Almeida, Celia. *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe, algunas lecciones de los 80 y 90*, Cad. Saude Pública Rio de Janeiro 18 (4) 905-925, Julio-Agosto 2002.

● Evaluemos los resultados, no midamos la pobreza

La línea divisoria, discriminatoria, étnica y racial en salud, educación y nutrición existe en amplias localidades de Latinoamérica. Aun en las grandes ciudades de Estados Unidos se observa pobreza y discriminación.

La sociedad conocida como de hiperconsumo ha venido a frustrar más a los pobres los cuales ya eran pobres y no esperaban un estándar de vida elevado; hoy los pobres en los barrios bajos también desean ropa fina, joyas, automóviles, y al no ser accesibles viene la frustración o la criminalidad (Lipovetsky).⁹

Adam Smith señaló hace muchos años: es evidente que ninguna sociedad puede ser próspera y feliz, si la mayoría de sus miembros son pobres y miserables.

OCDE, ONU, FMI y Banco Mundial, principales organismos internacionales, muestran que el mayor desafío es reducir la pobreza de 1600 millones de personas que viven con menos de dos dólares al día. La tendencia a dolarizar la pobreza y vincularla con la salud, lleva muchos decenios, en realidad la pobreza no se está midiendo, se está asignando. Solo mencionar lo anterior es incurrir en la falta de vergüenza y caer en el terreno de lo obscuro.

Los niveles de pobreza en América Latina, entrampada por la enorme desigualdad, significan más que la carencia de cosas materiales, es la falta de oportunidades para la educación y la preservación de la salud, la falta de acceso a la tierra y los créditos, la gran vulnerabilidad a los desastres naturales, a la violencia y la impotencia a la resolución de esos fenómenos, la desnutrición y lo que la patología de la pobreza representa.

■ ⁹ Lipovetsky, Gilles. *El crepúsculo del deber*, Anagrama, 2000.

En América Latina la pobreza es privación de capacidades; los países con indicadores de salud más deficientes son los más pobres y paradójicamente invierten o gastan más en el sector privado de la salud.

México, por ejemplo, tiene 44.7 millones de pobres sin patrimonio; 14.4 millones padecen falta de alimentos; 9.4 millones viven en el campo y 60% son menores de 18 años; 550 mil mexicanos emigran cada año, 320 mil de ellos entre los 14 y 29 años.

Cuadro 1. Gasto nacional en salud 2006

América	GNS/PIB (11.3)
Canadá	9.3
Estados Unidos	13.0
América Latina	7.3

2006

País	Gasto público	Gasto privado
Argentina	4.1	5.9
Brasil	3.4	5.0
Colombia	5.1	4.2
Cuba	5.5	1.2
Estados Unidos	5.9	7.1
México	2.5	2.8
Chile	2.4	4.7
Uruguay	4.8	5.5

Celia Almeida, en la serie de artículos sobre la Reforma de los Sistemas de Servicios de Salud que ha venido publicando en el último decenio, describe perfectamente lo que ha pasado en América Latina: “la evolución histórica de América Latina y el Caribe está marcada por la Constitución de Estados económicamente dependientes, sociedades

altamente segmentadas, considerables niveles de exclusión y marginalidad social”; instituciones con baja capacidad de respuesta “inserción subalterna a los mercados internacionales y pautada por un endeudamiento progresivo y perverso”.¹⁰

Almeida y muchos más han publicado hasta la saciedad el tema de la equidad que marca y remarca la pobreza y más pobreza exacerbada como un rasgo común de todos los países de América Latina, en donde la desigualdad y la misma pobreza ha aumentado de 1990 a 2008. El índice de desarrollo humano expresa las mayores disparidades mundiales y quita el velo de los acreedores internacionales cuyas recomendaciones exigen que las intervenciones en función de la salud fuesen comprobadamente costo-efectivas, que si bien es indiscutible su pertinencia, no representa toda la necesidad humana.^{11, 12, 13}

Apoyo externo

Intervenciones costo-efectivas

Tratamiento antituberculoso efectivo

Tratamiento ataque cardíaco con medicamentos genéricos

Tratamiento de la malaria

Incremento del Programa Inmunización Infantil

Regulación tabaco / Incremento de impuestos

Interrupción de la transmisión VIH

Incremento de la capacidad para atender traumas

¹⁰ Almeida C., M. *Os modelos de reforma sanitaria, dos anos 80, UMA análise crítica*, Saude e Sociedade 5:3-57, 1996.

¹¹ *Ídem*.

¹² Carvalho J., Am. *Óp. Cit.*

¹³ Almeida, Celia. *Óp. Cit.*

Cobertura universal

La cobertura universal de la atención a la salud a todos los residentes de un país incluye la atención médica integral, dental y mental acordes con los programas específicos. El concepto *universal* es muy amplio, por lo que es necesario señalar, con bases, el grado de involucramiento del Estado, la sociedad y la iniciativa privada como parte de ello.

Se debe explicar qué cobertura corresponde a ciertos servicios como cuidados ambulatorios, a domicilio, odontología, oftalmología, embarazo o bien el aborto; en este concepto, la probabilidad de una mujer pobre con menos de cinco años de educación y de origen indígena, de sufrir un aborto peligroso es nueve veces más alta que la mujer no indígena con recursos económicos. En América Latina existen inequidades marcadas socioeconómicas y demográficas, también en cuidados neonatales, convalecencia, rehabilitación, VIH Sida, entre otros, que las compañías de seguros consideran excluyentes. La prestación de un servicio integral de salud debe responder a las necesidades de la sociedad, que abarque promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, lo cual implica un sólido sistema de vigilancia epidemiológica, de otra forma la cobertura universal es inalcanzable. Citemos como ejemplo la reciente pandemia, experiencia que ilustra la inconsistencia de la información epidemiológica, en la planeación de prácticamente todos los sistemas de salud en América Latina.

En la mayoría de los países afectados por la pandemia del virus AH1N1, en 2009, el registro epidemiológico reveló que la infraestructura de vigilancia no ha dado una respuesta a corto plazo de los casos confirmados y su impacto en forma confiable. Por ejemplo, la estimación en Estados Unidos de casos confirmados por los laboratorios asciende a un total de 43 677, y la estimación de casos es de 1.8 millones a 5.7 millones, lo que incluye de 9 000 a 12 000 hospitalizaciones de abril a julio de 2009. La mortalidad hospitalaria fue de 6%, lo cual contrasta con la mortalidad generada por el virus.

La expansión de cobertura en salud debe reflejar un incremento en los costos, para que la propuesta de cobertura universal progrese; inevitablemente requiere un control estricto de los costos, lo cual políticamente es razonable, aunque no necesita ser suficiente.

La expansión de cobertura en salud debe reflejar un incremento en los costos, para que la propuesta de cobertura universal progrese

Declarar la cobertura universal es un propósito encomiable, políticamente es aceptable si se cumple; en caso contrario, tal declaración se revertirá en forma negativa.

Los costos de expansión de cobertura y el control de costos afectará a los servicios médicos tradicionales, sean hospitales y servicios médicos, e impactará de manera positiva a las finanzas de las compañías de medicamentos y equipo médico. Financiación no es igual que una eficiente prestación del servicio, las intervenciones en el logro de la salud implican eliminación de costos innecesarios y vigilancia de la calidad de los servicios.

Es fundamental concretar las obras de infraestructura que presentan un gran rezago, las nuevas tecnologías, producto del conocimiento nuevo, conviven con las instituciones médicas desorganizadas y obsoletas, en donde las viejas como las

nuevas enfermedades también conviven en un marco de déficit financiero; el sistema de salud en América Latina, no está diseñado para la combinación de patologías, estrechamente vinculadas con estilos de vida y la población que envejece en un marco demandante de las cada vez más caras y poco accesibles tecnologías médicas y de medicamentos, estos últimos escandalosamente nocivos a la economía familiar y a la salud pública. La crisis de la salud debe considerarse interconectada con la pobreza de educación, así podremos mejorar ambas al instruir a los niños acerca de cuáles son los problemas de salud que requieren asistencia médica e inducir a una nueva dinámica social que lleve a una salud global, a una nueva salud.

El reto consiste en reemplazar el conocimiento obsoleto de nuestras instituciones de salud, teorías, imágenes y técnicas que en otros países han sido relevadas por el conocimiento nuevo y que debe constituir la base del conocimiento actual en las personas, en la sociedad.

Rosenberg y Andersson señalan que en las constituciones y otras normas básicas de los países de América, la exclusión de un problema afecta a una proporción importante de la población (entre 80 y 200 millones de personas). La situación actual es inaceptable y necesita ser abordada directa y abiertamente para encontrar soluciones.

La evolución de los sistemas de salud caracterizados por una segmentación no regulada hacia una combinación adecuada de coordinación y regulación que asegure la eliminación eventual de la exclusión no es fácil, pero señala una vía importante para la siguiente generación de reformas del sector de la salud que debe realizarse en el contexto de un amplio consenso nacional sobre el modelo más adecuado para cada país. Está claro que no hay soluciones comunes que satisfagan a todos los países y a todas las situaciones.

Además, no tiene sentido dismantelar sistemas integrados que funcionan razonablemente, como es el caso de Costa Rica; en países con amplias minorías étnicas hay que considerar el respeto a sus costumbres y culturas; en países con sistemas casi colapsados es posible diseñar sistemas nuevos en el contexto de los recientes arreglos institucionales.

● Más de 30 años perdidos, ¿por la crisis?

Tomando en cuenta el “Plan Nacional de Salud para las Américas”, documento oficial de la OPS 146, Washington, D. C. (1977) y el informe de la Conferencia Internacional sobre APS, Alma Ata, URSS (septiembre de 1978), diversos autores a lo largo de 35 o más años han caracterizado la salud en América Latina. Aquiles Lanza reconoció en 1983 (*La salud en América Latina*, FCE), que no es una región homogénea, el perfil de la situación de salud, la magnitud y la calidad de los recursos, las características demográficas y sociales, la persistencia de culturas nativas y tradicionales, el grado de desarrollo económico, la distribución del ingreso, varían entre los países de la región, así como entre diversas zonas del mismo país. C, consideró que uno de los problemas administrativos a resolver era el que suponía sustituir programas verticales y compartimentos estancos especializados por programas horizontales que caracterizan la atención primaria de salud.¹⁴

Mario Testa, en esa misma época (1983), al analizar la tendencia a extender la cobertura de los servicios de salud que se encontraban en crisis; entendida esta como una situación en la cual se plantea la ruptura de una continuidad, en el caso de la salud, reconoció la crisis de costos, la crisis de accesibilidad y la crisis de eficacia. En resumen, no se alcanza el propósito.¹⁵

¹⁴ Katz Lanza, A., Testa Mario. *Óp. Cit.*

¹⁵ *Ídem.*

El incremento de los costos de la atención médica desde entonces hasta la actualidad, tiene cuatro componentes principales:

Administración: Control organizacional, estructuras pesadas.

Equipos: Expanden el conocimiento y el diagnóstico. Dependencia tecnológica.

Medicamentos: Tasas de ganancia enorme. Orientan la terapéutica médica.

Médicos, en particular especialistas: Altamente tecnificados.

La crisis de accesibilidad se ha visto impregnada por gran cantidad de programas basados en diversas composiciones de recursos humanos, equipos de trabajo, red de servicios paramédicos, médicos familiares; realmente lo que ha predominado es la burocracia y precariedad en los sistemas de salud.^{16, 17, 18, 19, 20, 21, 22}

Precariedad en los sistemas de salud

Falta de regulación profesional

Falta de conocimientos de los profesionales de la salud

Pérdida de horas de trabajo

Metas de salud no cubiertas

Políticas y programas ineficientes

¹⁶ *Ídem.*

¹⁷ Lipkin Mack, Jr. Lybrand William. *Population-Based Medicine Praeger*, 1982.

¹⁸ Lipovetsky, Gilles. *Óp. Cit.*

¹⁹ Almeida, C. M. *Óp. Cit.*, 5:3-57.

²⁰ Carvalho, J. Am. *Ídem.*

²¹ Almeida, Celia. *Ibidem.*

²² Crocco, Pedro, *et al.* *Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe*. Rev. Panam, Salud Pública 8(1/2), 2000.

El avance hacia una sociedad más humana, en lo que se refiere a la medida de *evitar* las muertes *evitables* y *curar* las enfermedades *curables*, no son fundamentalmente económicas, sino conceptuales y valorativas.

Lo que ha sucedido en América Latina en forma recurrente ante la vulnerabilidad y fragilidad del sistema financiero y bancario ha sido más pobreza. Las limitaciones están más en las ideas, en la persistencia de los grandes problemas sociales, los cuales no ceden y pareciera que los centros académicos tampoco comprenden el significado del cambio necesario en salud.

Reforma de los sistemas de salud

El debate sobre la reforma de los sistemas de salud se ha caracterizado por evaluaciones superficiales en la mayor parte de los países. Existen excepciones, Chile (1981), por el Banco Mundial; Brasil (1988) por la organización del Estado, y Colombia (1992) de carácter mixto.²³

Se ha hablado, por una parte, de descentralización, gestión gerencial, copago, capitación, pago por desempeño, autonomía de gestión, incentivos, sustentabilidad, equidad, eficiencia y participación social, modernización estatal; y por otra parte, de seguro voluntario, desarrollo gradual de sistemas unificados, cobertura por la seguridad social sin contribución; se han sumado diversas iniciativas en las últimas décadas con el fin de reformar y resolver los problemas de precariedad de dichos sistemas, la insuficiente regulación, el gasto elevado y el incumplimiento de metas establecidas por un número importante de los propios gobiernos, donde analistas renombrados consideran que América Latina no cumple con su papel de rectoría sectorial en salud; ellos hacen la gestión mediante instituciones débiles, hospitales

²³ Tikki Pang, Ariel Pablos Méndez. *From Bangkok to México towards a framework for turning knowlwdge into action to improve health systems*, Bulletin, World Ealth Organization, 82: 10 de octubre de 2004, pp. 719-810.

públicos carentes de recursos, así como recursos humanos que hagan más con menos^{24,25,26}

Atención primaria de salud y equidad

George Alleyne piensa que la equidad en materia de salud es un tema ético inspirado en la famosa Declaración de Alma Ata en 1978. Hace 30 años la elaboración de la estrategia de atención primaria de salud sería la plataforma para que, con la tecnología apropiada, participación comunitaria y la cooperación intersectorial, se pudieran movilizar los demás sectores del Estado. Una vez más predominó el error, la omisión y el escepticismo ante el anuncio de esta aspiración. La mayor parte de los gobiernos de América Latina no entendieron que la propuesta giraba en torno a los derechos humanos al incorporar la salud como un derecho, lo cual a su vez, por su contenido ético aplicado a grupos de la sociedad, favorecía la equidad. Lo que siguió después fue la inequidad; es decir, el subsidio injusto aun en el mismo campo de la salud, privilegiando otros programas asistenciales de fugaz presencia y pocos resultados. Salud para todos implicaba la presencia de la justicia distributiva.^{27,28}

Por supuesto hubo países que interpretaron la estrategia adecuadamente y hoy muestran avances en la atención a su

²⁴ *Ídem*

²⁵ Uribe E. Misael, Alanam. *Acceso Universal al cuidado médico; ¿realidad utopía?* México, 2-3 de octubre de 2006.

²⁶ Uribe, Misael. *Gestión. Evaluación de la atención primaria en salud en Iberoamérica "uso racional de la tecnología en salud"*, XVIII Reunión de la Alanam, 19 de septiembre de 2008.

²⁷ Law, J., et al. *Alma Ata. 30 years on; revolutionary, relevant and time to revitalize*, *The Lancet* 2008; 372: 917-927.

²⁸ Walley, J., et al. *Primary health care. Making Alma-Ata a reality*, *The Lancet* 2008; 372: 1001-1007.

población; la ampliación de cobertura y mayor infraestructura ha rendido frutos en la actualidad. La falta de voluntad política, el lento o nulo crecimiento económico; rudimentarios sistemas de vigilancia epidemiológica; el crecimiento demográfico y también los desastres naturales se conjugaron para continuar con la inequidad en la distribución de los recursos, dejando todavía más expuesta a la población pobre. Esto es lo que denominamos desigualdad, es decir, diferencias entre grupos independientes de cualquier valoración o juicio imparcial, a parte de la falta de equidad llamada injusticia.

En la actualidad, y desde hace casi dos décadas, prácticamente todos los países de América Latina presentan una severa crisis de eficiencia en servicios de salud, la cual se agravó, primero, por la crisis económica mundial de las décadas de los ochentas y noventas y, más tarde, por los ajustes que fue necesario realizar para salvar de la ruina a las deterioradas economías nacionales.

En este contexto, el surgimiento de los conceptos modernos de calidad y garantía de la atención han fortalecido los esfuerzos que los distintos países han emprendido para alcanzar un equilibrio entre la oferta de servicios, que es posible realizar con los recursos disponibles, y su creciente demanda, al mismo tiempo que se incrementa su calidad y su eficiencia administrativa sin aumentar innecesariamente sus costos.

Szekely señala que la mejor forma de caracterizar los cambios en la pobreza e inequidad económica en América Latina durante la década de los noventas es el registro persistente del crecimiento en los niveles de inequidad, aun cuando el crecimiento económico sea poco, pero que implique una disminución modesta de la pobreza en esa década y reclama la conveniencia de diseñar políticas que establezcan un balance entre el crecimiento económico y la inequidad.^{29,30}

²⁹ Carvalho J. Am. *Ídem*.

³⁰ Almeida, Celia. *Ibidem*.

● Eficiencia o volver a Hobbes

La eficiencia es un criterio de racionalidad y racionalización económica que tiene que ver con la optimización del beneficio en relación con el costo. Esto constituye, evidentemente, una obligación moral relacionada con el principio de justicia. Se trata de una obligación de justicia, dado que los recursos son siempre, y por definición, limitados. No optimizar los recursos supone beneficiar a unos en perjuicio de otros.

Cuando se invierten recursos en la consecución de un beneficio, la tasa de eficiencia no suele ser lineal, sino que por lo general sigue la ley de rendimientos decrecientes, esto quiere decir que a más inversión, menos beneficio, y que a partir de un cierto punto la inversión produce muy poco beneficio, y en consecuencia, resulta ineficiente.

No optimizar los recursos supone beneficiar a unos en perjuicio de otros

Los puntos de eficiencia son aquellos en que se optimiza la relación costo-beneficio.

Seguir invirtiendo cuando la eficiencia es baja, conlleva un alto costo de oportunidad, pues esa inversión aplicada al logro de otros beneficios produciría rendimientos más altos; también es un problema de justicia. El criterio de eficiencia es claramente utilitarista, ya que busca el beneficio óptimo compatible con el gasto óptimo. Esto suele llevar a la búsqueda del beneficio de la mayoría, pero no de todos.

Los utilitaristas defienden que la eficiencia es el criterio correcto de justicia. Aunque lo eficiente no redunde en beneficio de todos sino solo de la mayoría, ese ahorro permite inversiones mayores en otras áreas donde la eficiencia del gasto sea mayor, que repercuta en beneficio de todos. El problema es que nuestra sociedad piensa que no se puede ni se debe

discriminar a nadie por el hecho de que el gasto sea o no eficiente. De ahí la posibilidad de una postura radicalmente opuesta a la consecuencialista o utilitarista, de carácter deontologista y principalista. Esta define lo justo no por las consecuencias sino por los principios. Las consecuencias no pueden intervenir en la definición de lo justo. Lo justo se define conforme al criterio de equidad, no por el de eficiencia.^{31,32} Pero ello resulta también problemático, porque el criterio de equidad puede llegar a ser ineficiente. Si solo se usa como criterio la equidad, que todos disfruten de los mismos bienes, que no haya diferencias en la distribución de los mismos, aunque eso resulte ineficiente, la inequidad puede deberse a la propia ineficiencia.

La otra opción es volver a Hobbes, a la autoridad absoluta cuya ley es la jerarquía máxima. El Estado o Leviatán, como el monstruo bíblico, se convierte en soberano absoluto cuyo poder anula todos los poderes individuales; por supuesto buscar la paz y defenderla por todos los medios posibles; mientras las pasiones enfrentan a los hombres, la razón los hace pactar, en esa lógica todos tienen derecho a todas las cosas y, por ende, son iguales ante la Ley. El soberano debe procurar a sus súbditos todo aquello para lo cual ha sido instituido: seguridad, preservar la salud del pueblo, conservación de la vida y el goce de satisfacciones legítimas de la vida. Lo anterior va en contrasentido con la búsqueda de los desafíos globales, entre los cuales se encuentran las democracias auténticas y los diseñadores de políticas públicas sensibles.

³¹ Egan, Tim. *Family planning challenges and recentralization of the services in Latin America*, Prb. Population Reference Bureau popref@prb.org, 2008.

³² Referral Hospitals. *Vital services, not disease palaces, disease control priorities Project*, May 2008. www.dpz.org.

Nuestra sociedad considera que la opción más correcta es la que maneja en conjunto los criterios de eficiencia y de equidad. El problema es cómo realizar esa integración en la práctica. La tesis más acertada es que hay bienes sociales primarios, exigibles en justicia, y que deben ser distribuidos de modo equitativo, aunque esto lleve a un gasto en alguna medida ineficiente. En la provisión de estos bienes, no puede utilizarse el criterio de “generalización” (hay que buscar el bien de la mayoría, pero no el de todos) sino el criterio de “universalización” (hay que buscar el bien de todos y de cada uno por igual). En este ámbito de los bienes sociales primarios, pues, no puede utilizarse el criterio de eficiencia, sino el de equidad.

Las universidades

En 1984, la UNAM convocó a la reunión “Las Universidades y la Meta de Salud para todos en el año 2000”. Ahí el doctor O. Akinkugbe, secretario técnico de la OMS, señalaba que desde 1970 la Organización basaba su estrategia en tres principios básicos: *Equidad en salud, Interacción de la salud con desarrollo humano y Aplicación de tecnologías apropiadas a nivel local*; se enfatizó en la función tripartita de las universidades como factores de sinergia en el propósito de conseguir la meta; invitó a modificar los planes de estudio, de estructurarlos de acuerdo con la estrategia de APS; la importante aportación en investigación biomédica y un mayor interés en socioeconomía y epidemiología; y en el servicio se requería un cambio en la actitud de la Academia hacia una colaboración interdisciplinaria.³³

Pablo Izaza, representante de la OPS, insistía en el círculo vicioso de la pobreza, desnutrición y limitación de posibilidades;

³³ *Las universidades y la salud para todos en el año 2000*, Declaración de Alma Ata, Memorias abril de 1984, UNAM.

pues señalaba que los sistemas de salud en América Latina eran desorganizados, desiguales; y que había deficiencias en la planificación y en la gestión.³⁴

Llegar a la meta tal como fue definida por los países tiene profundas implicaciones en el desarrollo económico y social, no se le puede considerar un objetivo sectorial aislado, sino propósitos más amplios que los gobiernos han aceptado en el seno de las Naciones Unidas. En ese momento, el sombrío panorama económico aparecía como un contexto en el cual la meta no tendría posibilidades de éxito.

La formación de recursos humanos se ha orientado a la satisfacción de las necesidades de grupos que dentro del cuerpo social han tenido mayores privilegios

La deuda externa para América Latina y el Caribe era de 310 000 millones de dólares. En ese momento, Carlyle Guerra de Macedo era el director de la OPS y al referirse a la formación de recursos humanos, señalaba ese proceso como un continuo enfrentamiento o conflicto entre algunas quimeras y la realidad. La palabra “quimera” se utilizó con el fin de expresar que ha habido un nivel de proposición, un nivel de discursos, un nivel incluso de iniciativas incompletas o parcialmente realizadas y un nivel permanente de realidades que no corresponden a estas proposiciones, a estas iniciativas.³⁵

Las universidades deben constituirse en la conciencia crítica de las sociedades, hay un discurso de cambio en la práctica final; este no ha sido el papel más importante de la universidad, la marca fundamental de las sociedades es la conservación. La formación de recursos humanos se ha orientado a la satisfacción de las necesidades de grupos que dentro del cuerpo social han tenido mayores privilegios y se les ha dirigido hacia lo más

³⁴ *Ídem.*

³⁵ *Ídem.*

grande: la satisfacción de los intereses de los productores de salud o de los insumos y factores utilizados en el proceso productivo de salud.

José Narro y Fernando Cano Valle,³⁶ recopilaron, como relatores de esa reunión, catorce postulados que daban inicio a diversas acciones en el Sistema Nacional de Salud que, bien, se encontraban en proceso o en su caso debían incorporarse vinculatoriamente con las universidades de América Latina.

- Es deseo de la comunidad internacional arribar a la nueva centuria con mejores niveles de salud para toda la población.
- Las funciones sustantivas de la universidad: docencia, investigación y extensión de la cultura, pueden apoyar la búsqueda de mejores niveles de salud para nuestras poblaciones.
- Conviene que las universidades difundan entre sus comunidades, los objetivos, los propósitos, las estrategias y las metas del movimiento “Salud para todos en el año 2000”.
- Se reconoce que cada nación puede y debe adaptar la estrategia de “Salud para todos en el año 2000” a sus condiciones y que aun dentro de cada país será necesario tomar en cuenta las variables locales.
- Se recomienda que cada universidad elabore un plan estratégico que tome en cuenta los lineamientos generales del movimiento “Salud para todos en el año 2000”, las peculiaridades y necesidades locales y que sumen sus esfuerzos a la estrategia general.
- Es necesario promover el desarrollo de programas y acciones de atención primaria de la salud y las universidades, dentro de sus posibilidades, habrán de participar en este desarrollo.

■ ³⁶ *Ídem.*

- Deberá favorecer el desarrollo conjunto de programas de atención primaria de la salud entre las instituciones educativas y las aplicativas al sector salud.
- Las universidades habrán de apoyar el diseño de programas de atención primaria, preferentemente en áreas rurales y suburbanas marginadas.
- Es indispensable el desarrollo y la incorporación de tecnología adecuada en materia de salud, de acuerdo con las necesidades y posibilidades de cada nación.
- Las agencias gubernamentales, en coordinación con las universidades, habrán de promover el desarrollo de experiencias que estimulen la participación de la comunidad en materia de salud.
- Si bien las universidades pueden no tener directamente la responsabilidad de la prestación de los servicios asistenciales, es conveniente que instrumenten y evalúen modelos de prestación de servicios que sean extendidos posteriormente por las instancias aplicativas.
- Es recomendable que las universidades revisen los programas y las metodologías de formación de personal de salud y que los adecuen a las necesidades de los servicios y de la población.
- Es recomendable el desarrollo de seminarios regionales de análisis y evaluación de las acciones en donde participen las agencias gubernamentales de salud, las universidades y organismos internacionales de salud.
- Es indispensable la promoción del intercambio de información en cuanto a necesidades, recursos y posibilidades entre las agencias gubernamentales de salud y las universidades.

De lo anterior, surgen dos preguntas: ¿qué ha hecho la universidad en América Latina en favor de la salud de cada país en los últimos 25 años?, ¿qué va a hacer la universidad de América Latina ante este nuevo ciclo de la economía, que de crisis hipotecaria pasó rápidamente a crisis financiera y de ahí se ha expandido al mundo y al contagio a los países pobres y que, por tanto, es inoperable?

● Revitalizando Alma Ata

Existen tendencias internacionales para actualizar los principios revolucionarios de equidad, justicia social y salud para todos; con la participación comunitaria, promoción de la salud, la interacción sectorial y el apropiado uso de los recursos. Esa vieja estrategia y los nuevos retos como VIH Sida, enfermedades crónicas y problemas psiquiátricos proponen una política de salud pública basada en evidencia bajo una adecuada investigación de paquetes de servicios bajo consenso con la comunidad y el fortalecimiento de los servicios primarios.^{37,38,39,40}

México ofrece un seguro de salud a sus 110 millones de habitantes. La cobertura universal constituye un aspecto clave de un ambicioso paquete de reformas diseñado para hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud, el cual debe garantizarse con base en las necesidades de los ciudadanos e independientemente de su nivel de ingreso, lugar de residencia, origen étnico o condición laboral. Además de

³⁷ *Socio economic status and health disparities in old age*. Today research onaging II: June 2008.

³⁸ Law, J. et al. *Alma Ata, 30 years on; revolutionary, relevant and time to revitalize*. The lancet 2008; 372: 917-927.

³⁹ Walley, J. et al. *Óp. Cit.*

⁴⁰ Fafard, Patrick. *Evidence and health and public policy; insights form health and political sciences national collaborating centre for Health Public Policy*, Mat 2008, Institute National de Santé Publique Quebec.

contar con un sólido fundamento ético, la reforma constituye un estímulo importante para el progreso económico de México (Frenk).^{41, 42}

La meta principal de la reforma mexicana es asegurar que cada individuo se cubra y atienda de forma equitativa. La reforma garantiza que toda familia, incluyendo las más pobres, cuente con protección contra el riesgo de incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud. También garantiza el acceso a un paquete de servicios de salud que comprende todas las intervenciones costo-efectivas y socialmente aceptables. Este paquete incluye atención ambulatoria y hospitalaria para medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia, servicios pediátricos y geriátricos, así como exámenes anuales preventivos y medicamentos para cubrir los tratamientos, incluyendo los medicamentos para los padecimientos crónicos. Este programa basado en investigación y conocimiento científico encuentra su antecedente en el viejo anhelo de Alma Ata.

El plan de seguro universal, denominado Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), se convirtió en ley en la primavera de 2003 y entró en operación en enero de 2004. A finales de 2005, su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud (SPS), contaba ya con más de 4 millones de familias afiliadas—cerca de 12 millones de personas—. Mediante el incremento del gasto público en salud de 1% del PIB, el proceso de afiliación continuará en los próximos cuatro años con la afiliación de 1.5 millones de familias por año hasta alcanzar la cobertura universal en 2010.⁴³

⁴¹ Frenk, Julio y Richard Horton. *Evidence for Health system reform; a call to action*, Lancet 2006, 368, 3-4.

⁴² Frenk, Julio. *Bridging the divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico*, Lancet 2006; 368; 954-961.

⁴³ Frenk, Julio y Richard Horton. *Óp. Cit.*

Los principales objetivos del Sistema de Protección Social en Salud cuyo cumplimiento se evaluó son los siguientes:

1. Eliminar las barreras financieras de acceso a los servicios esenciales de salud.
2. Mejorar el acceso a servicios de calidad técnica, y a los medicamentos y otros insumos requeridos para satisfacer las necesidades de salud de la población afiliada al SPS.
3. Garantizar un trato adecuado a los usuarios de las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS.
4. Reducir los gastos de bolsillo por motivos de salud en los hogares afiliados al SPS, y
5. Reducir los gastos catastróficos y empobrecedores por motivos de salud en los hogares afiliados al SPS.^{44, 45, 46, 47, 48}

● Casalud, una propuesta innovadora

Las empresas sociales (ES) son aquellas donde la dinámica empresarial aprovecha fuerzas, tanto mercantiles como no mercantiles, para perseguir un fin social. Buscan financiación propia por medio de la producción de bienes y servicios como complemento a los subsidios públicos, a los donativos privados y al trabajo voluntario. El objetivo primario de las ES comprende la asistencia a víctimas de la exclusión social más que la generación

⁴⁴ Secretaría de Salud. *Sistema de protección social en salud, estrategia de evaluación*, Secretaría de salud, México, 2006.

⁴⁵ Sepúlveda, Jaime, Bustreo, F., Tapias J. *et al. Improvement of child survival in Mexico: The diagonal approach*, Lancet 2006; 368; 2017-2027.

⁴⁶ Horton. *A new discipline is born: comparative health systems studies*, Lancet, 2006, 368: 1949-1950.

⁴⁷ Fineberg, H. *Health reform in Mexico; a work in progress*, Lancet 2006, 368, 1755-1756.

⁴⁸ González, Pier E., *et al; Priority setting for health interventions in Mexico's system of social protection in health*, Lancet, 2006: 368, 1608-1618.

de ganancias para los accionistas. La diferencia básica entre ES y los organismos de la sociedad civil (osc) es la visión empresarial, el grado de autonomía del Estado y la provisión de servicios innovadores en respuesta a las necesidades que no cubren por completo ni el Estado ni el mercado.⁴⁹

Las ES componen a la “economía social” o “tercer sector”, situándose en el punto de convergencia entre las fuerzas del mercado que promueven la eficiencia económica y las intervenciones del Estado que promueven la justicia social. Desde otra perspectiva, las ES responden a fallas del mercado y del gobierno, estas últimas de burocracia y falta de flexibilidad y dificultad para identificar preferencias y para encarar inequidades.

Los osc, por su parte, han demostrado su capacidad para servir a la población en condiciones de pobreza, si bien se han limitado a la atención de la salud reproductiva y bajo una gran dependencia de los donantes. Existen fuertes limitaciones en la capacidad, tanto del gobierno como de las osc, para vincularse de manera efectiva como socios para llevar servicios básicos de salud a zonas de alta marginación.

La innovación de Espacios Casalud implementará el modelo de atención con base en tecnologías de punta apropiadas para los medios rural y urbano marginales. Se identificarán los paquetes de diagnóstico más avanzados que permitan a personal técnico supervisado iniciar la atención de manera oportuna, así como controlar padecimientos como diabetes e hipertensión de manera continua. La telemetría será una herramienta total en el diseño del modelo operativo. La capacitación contará con plataformas de educación sin distancia que permitirán la participación de todo el personal en programas de alto valor

⁴⁹ Tapia, Roberto. *Espacios CaSalud, Instituto Carso, Fundación Carlos Slim. Documento interno.* (Comunicación personal).

curricular para la acreditación. El expediente clínico será electrónico y diseñado bajo los estándares emergentes para facilitar la comunicación confidencial con prestadores no solo de la red Espacios Casalud, sino con prestadores públicos y privados, tanto nacionales como extranjeros.

Casalud será una organización social de gran visión, abocada a encarar el reto de la inequidad en México y del compromiso histórico con el bienestar de la población rural y urbana marginal. La visión será, entonces, coadyuvar en la cobertura de servicios de salud integrales para la población en pobreza y en condiciones de movilidad; manera acelerada, ampliamente participativa y sustentada en el desarrollo económico.⁵⁰

Las franquicias sociales estarán fundamentadas y buscarán que sean sustentables al perseguir objetivos sociales. Dichas organizaciones habrán de estimular la oferta, no solo de servicios sino de tecnología apropiada para resolver los problemas que afectan a los pobres en México y en otras partes del mundo. Sobre estas bases se tendrá que superar las limitaciones de los servicios públicos y privados, tanto lucrativos como no lucrativos, para brindar servicios básicos integrales de alta calidad a poblaciones en condiciones de pobreza rural y periurbana.⁵¹

El Instituto Carso de la Salud tiene la posibilidad única de estimular la combinación de las diferentes formas de financiación de la protección social en salud ya existentes en México. Como parte de la estrategia del Instituto, se concibe una plataforma de acción denominada Espacios Casalud que pretende ser el brazo operativo del propio Instituto, teniendo a su cargo instrumentar programas y proyectos que estimulen, tanto la oferta como la demanda de servicios médicos.⁵²

⁵⁰ *Ídem.*

⁵¹ *Ídem.*

⁵² *Ídem.*

Las innovaciones estarán sujetas en plataformas informáticas de conexión satelital a Internet y al portal de Casalud así como de las instituciones que colaboren en la iniciativa. Espacios Casalud brindará una plataforma de implementación para las diversas iniciativas del Instituto Carso de la Salud tales como Telsalud, Amanece y otros. Es un buen proyecto; hemos de estar alertas para ver su desarrollo y tenerlo en evaluación permanente.

Bioética como factor de equilibrio

Nunca antes la ciencia ha dado tan rápido al hombre tal poder sin dejarle el tiempo necesario para adaptarse. Esta falta de adaptación ha traído disfunciones profundas, enormes desigualdades y amenazas para el porvenir de la humanidad (Jean Dausset).

Nunca antes los científicos tuvieron tantos deberes ni la Bioética tantos compromisos. Estos deberes y compromisos son dobles. Por una parte, por supuesto, contribuir a la adquisición de conocimientos nuevos, sin ninguna limitación, en todos los dominios. Y por otra, contribuir con su experiencia a una aplicación racional de la tecnología consecuente, de la cual son ellos moralmente responsables.

La Bioética sigue ganando fuerza, se encuentra en los medios de comunicación, alimenta la reflexión filosófica y jurídica, genera instituciones, aspiraciones y prácticas colectivas inéditas. Algunos generan acciones humanitarias, otros la aplican en la moralización de los negocios, de la política y de los medios de comunicación, nacen campañas contra la droga y lucha antibacaco, por todas partes se esgrime la revitalización de los valores y el espíritu de responsabilidad como el número uno de la época.

Se requiere más ciencia, más conocimiento, más responsabilidad; es cierto que no se vislumbra el momento en que

se acabe con la xenofobia y la miseria, con las agresiones contra el entorno, las desviaciones mediáticas. Se necesitarán políticas y empresas inteligentes, más formación, responsabilidad y calificación profesional, más ciencia y técnica; el imperativo de movilización de la inteligencia humana, la inversión redoblada en el saber y la dimensión educativa permanente.⁵³

Las injusticias y torpezas no desaparecerán; lo máximo que podemos hacer es limitar su crecimiento, reaccionar de manera más inteligente, acelerar la velocidad de respuesta. Si el progreso moral tiene un sentido en la historia, no está contenido solo en un mayor respeto a los derechos humanos ni tampoco en nuevos valores morales, simplemente actuar con la responsabilidad de la nueva regulación social que el referente humanista exige.⁵⁴

● Estados Unidos y la Bioética⁵⁵

Estados Unidos permanece como el único país industrializado en el mundo que no ofrece la garantía a los ciudadanos de acceso a los servicios de salud. Esta omisión ocurre en un país que supuestamente se basa en derechos y libertad.⁵⁶

Los conservadores en ese país a pesar de las graves consecuencias, se resisten a la cobertura universal, con el argumento de que la atención médica debe ser privada. Con servicios públicos, la persona enferma o discapacitada no está en condiciones de atender su enfermedad o la de otros; en esas circunstancias, la libertad personal y la responsabilidad son comprometidas de inmediato; por lo que el cuidado médico requiere grandes financiaciones en la enfermedad crónica que debe ser resuelto en lo personal.

⁵³ Lipovetsky, Gilles. *Ídem*.

⁵⁴ *Ídem*.

⁵⁵ Light, Donald. *Penn/Bioethics* 9 (4) Spr. 2002.

⁵⁶ Light Donald. *Óp. Cit.*

Aun los empleados que toman voluntariamente un seguro con diferentes formas de pagos y coberturas limitadas, pierden su seguro de inmediato al quedarse sin empleo; en el presente y los próximos meses, miles de ellos se sumarán a los millones de personas que no tienen cobertura de salud y la crisis será mayor aun en ese país.⁵⁷

Donald Light, del Centro de Bioética de la Universidad de Pennsylvania, con base en principios y un enfoque bioético ha planteado algunas reflexiones:⁵⁸

Si el progreso moral tiene un sentido en la historia, no está contenido solo en un mayor respeto a los derechos humanos

- Todos deben tener cobertura, puesto que todos contribuyen en proporción a sus ingresos.
- Las decisiones sobre las políticas de salud deben ser abiertas al debate público.
 - Responsabilidad de los costos
 - Calidad
 - Valores del proveedor, del distribuidor y del administrador deben ser públicos
- El servicio médico no debe discriminar tipo de enfermedad o capacidad de pago.
- La cobertura responde a la necesidad médica y grado de sufrimiento.
- No debe haber barreras por clase social, idioma, educación o ubicación geográfica.

⁵⁷ *Ídem.*

⁵⁸ *Ídem.*

- El médico debe ser pagado, en forma equitativa de acuerdo con las circunstancias locales.
- El dispendio clínico debe ser minimizado, la prevención y el cuidado primario fortalecido e identificar procedimientos innecesarios.
- El dispendio financiero debe ser reducido mediante administraciones eficientes y transparentes.
- El gasto en salud hacia los servicios debe ser 90 a 95% y 5 o 10% a la administración.

El enfoque del presidente de Estados Unidos, Barack Obama, acerca de la salud y su reforma en la actualidad no solo tendrá un gran impacto social benéfico en su país; América Latina verá los beneficios de lograrse los principios en que se sustenta dicha reforma.

El presidente Obama, en febrero de 2009, inició su actividad para promover la reforma de salud, emitiendo el Children's Health Insurance Reauthorization Act, que provee de atención médica a 11 millones de niños y, más adelante, dará cobertura a 7 millones de personas que perdieron su trabajo. En corto tiempo ha invertido 19 billones de dólares a fin de contar con el expediente clínico universal computarizado. En realidad, es un mayor esfuerzo con resultados iniciales alentadores en los últimos 40 años, debe tomarse en cuenta que la población de ese país gasta más en salud que en vivienda y alimentación por los altísimos costos de atención médica y la insuficiente cobertura a poblaciones desprotegidas, más de 50 millones de personas.

Reducir a largo plazo los costos de la atención a la salud para el gobierno y las empresas; proteger a las familias de la quiebra económica por los altos costos de su atención, garantizar la selección del médico, inversión en la prevención y bienestar para asegurar la calidad de la atención para toda la población, mantener la cobertura ante el cambio de trabajo, evitar las

condiciones de preexistencia en los dictámenes son los ejes fundamentales de la reforma en salud para Estados Unidos; de enorme trascendencia.

● Bioética de intervención

Aunque establezcamos enunciados conceptuales sobre el progreso, la libertad o la igualdad, la realidad de México y, en general de América Latina, es que los niveles de exclusión e inequidad social están estrechamente relacionados con el bajo nivel educativo, con la pobreza y con la no accesibilidad a los servicios de salud. Estas situaciones constituyen una triada perversa de aislamiento social ante la cual tenemos que luchar, pues no puede y no debe ser un estado perpetuo que defina a los países en desarrollo.⁵⁹

Dentro de un marco de pobreza e inequidad, es necesario pensar en propuestas de solución propias, por lo que no deben trasladarse políticas foráneas o traducirse literalmente textos legales ajenos. Suele pensarse que un país, más desarrollado, cuenta con sistemas sofisticados, que los países en vías de desarrollo deben copiar estrictamente. Pero el verdadero reto latinoamericano es idear esquemas más complejos que en los países de primer mundo, para subsanar algunas fragilidades y carencias lo antes posible, conforme a las situaciones particulares y las características sociales y culturales específicas.⁶⁰

Pero el verdadero reto latinoamericano es idear esquemas aún más complejos que en los países de primer mundo, para subsanar algunas fragilidades y carencias lo antes posible

⁵⁹ Cano Valle, Fernando. *Percepciones acerca de la Medicina y el Derecho*, Inst. Inv. Jurídicas UNAM, Serie Doctrina Jurídica, núm. 49, 2001.

⁶⁰ Garrafa V. Kottow M. Saada A. *Estatuto Epistemológico de la Bioética*, UNAM-Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, UNESCO, 2005.

La Bioética en este momento debe entrar al escenario de la salud en América Latina con mayor fuerza. Las condiciones globalizadas exigen un mayor grado de intervención de aquellos que sostienen que la Bioética es en esencia cuestionadora, que induce a formular preguntas trascendentes y que sobre la hegemonía y el poder está la disuasión.⁶¹

Schramm y Kotow,⁶² inspirados o posiblemente interpretando a Derrida, consideran que la forma originalmente concebida para descomponer, resedimentar estructuras lingüísticas, es posible orientarla para que nos lleve a comprender cómo se ha construido la relación de la Bioética, la salud y los derechos humanos; un buen inicio fue la participación de los países de América Latina en la construcción de la Declaración Universal de Bioética; esta forma se convierte en un motivo para que la Bioética incida en la mejor vida y bienestar de la sociedad latinoamericana. Crear la cadena de sustituciones posibles que tienen a América Latina en esa perenne inequidad debe estimularnos afanosamente.

⁶¹ *Ídem.*

⁶² *Ídem.*

Investigación en América Latina

La declaración de Helsinki afirma que algunas poblaciones sometidas a la investigación no son vulnerables y necesitan protección especial; reconoce las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas, sobre todo sociales.

Parte del Ensayo:

Autonomía: es la facultad para gobernar las propias acciones sin depender de otros.

Sentido ético:

Autonomía: ley moral es autonomía cuando tiene en sí misma su fundamento y la razón propia de su legalidad.

Kant: autonomía de la voluntad es el principio supremo de la moralidad.

Max Scheler: la persona tiene autonomía como soporte y realizador de valores pero esta autonomía se encuentra dentro de una “comunidad de valores”.

Autonomía:

- Atributo de valores.
- Principio antropológico universal.
- La capacidad de ejercerla está dada por su influencia social.

Bajo el concepto de doble estándar:

- “Los más vulnerables”.
- Las sociedades dañadas y vulneradas.
- Las de mayor riesgo.
- Son términos inapropiados que describen; que ya lo están.
- Sociedades cautivas.

Al respecto Tealdi connotado bioetista argentino señala: el debate internacional acerca de la introducción de un doble estándar moral para la investigación en países ricos y pobres llevó a la elaboración de dos documentos sobre ética de la investigación en “países en desarrollo” por parte de la *National Bioethics Advisory Comission* (NBAC) en Estados Unidos y del *Nuffield Council of Bioethics* en el Reino Unido; que sustancialmente reflejaron un enfoque común al universalismo ético de la declaración de Helsinki. Así, la primera sostuvo en su recomendación núm. 3.1: “En Estados Unidos los requisitos para la divulgación de información médica a los participantes potenciales de investigaciones son específicos y detallados (45 CFR 46.116)”.

Tradicionalmente, tal divulgación ha sido requerida para asegurar que los participantes potenciales entiendan si hay alguna posibilidad de que la intervención misma pueda beneficiarlos mientras están inscritos en el estudio. No existe, no obstante, ninguna mención de beneficio alguno después del ensayo en las actuales reglamentaciones. Con esta afirmación la declaración de Helsinki se trasladaba el eje de discusión a las normativas nacionales y jurídicas de Estados Unidos siendo que siempre se había entendido no solo como un documento internacional para los médicos sino también como expresión de continuidad de la moral universalista de los derechos humanos

originada en el Código de Nuremberg y la declaración Universal de Derechos Humanos.

Por otra parte, el informe Nuffield recomendaba la formación de expertos no gubernamentales en ética de la investigación apoyando una iniciativa desvinculada del compromiso de los gobiernos en la protección de los sujetos participantes en investigaciones biomédicas lo cual tendría inmediatas consecuencias en los criterios de capacitación para los sistemas nacionales de revisión de las investigaciones biomédicas.

Continúa citando Tealdi: en 2001, los laboratorios presentaron a la FDA en Estados Unidos un protocolo de investigación a realizar en Perú, Bolivia, Ecuador y México, para estudiar Surfaxin, un fármaco surfactante para el tratamiento del Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR) enfermedad neonatal con alta mortalidad en bebés prematuros cuyos pulmones no han madurado lo suficiente contra un grupo que recibiera placebo (preparado sin acción específica) o no tratamiento.

El SDR era la mayor causa de muerte neonatal de prematuros en los países pobres aunque en los países desarrollados industrialmente esa mortalidad había bajado en forma muy importante a partir del funcionamiento de las unidades de terapia intensiva neonatal y del uso precisamente de la terapia farmacológica con surfactante.

El estudio se dividía en tres ramas de 325 niños cada una: una rama recibía una droga conocida y aceptada, otro grupo la droga en estudio, y un tercer grupo recibía solo placebo o no tratamiento. El propósito del laboratorio era estudiar la droga en América del Norte y Europa, pero sin usar allí el grupo placebo. El presidente de la empresa “justificó” la propuesta diciendo que ese diseño de estudio permitiría ahorrar dieciocho meses de trabajo y que algunos hospitales pobres de América Latina con niños que presentaban esa enfermedad no tenían

acceso al tratamiento de manera que con el uso de placebo no quedarían en peor situación.

Lo que se decía entonces era que un día de demora en conseguir que una droga entrara en el mercado costaba más de un millón de dólares en ventas normalizadas y que ese cálculo promedio diario por dieciocho meses arrojaba una cifra de 700 millones de dólares.

Tampoco se decía entonces que el interés de los laboratorios en la investigación biomédica en los países pobres obedecía no solo a la búsqueda de acortar los tiempos para tener mayor rentabilidad en menor tiempo por el uso de placebos, ya que los países pobres se encuentran menos regulados a escala nacional, sino también al interés de los laboratorios en pacientes con mucho menor exposición a medicamentos que los sujetos de países ricos, lo cual le convertía en una especie de terreno humano virgen para las investigaciones. Pese a todo, la FDA dijo entonces que aunque su organismo rechazara éticamente la propuesta, el laboratorio la realizaría legalmente fuera de Estados Unidos y que lo único que les quedaría entonces sería negarse a aceptar los resultados de estudios realizados en el exterior como suficientemente seguros para los estadounidenses.

La historia de la bioética se superpone dramáticamente con la vulnerabilidad de los principios centrales de la dignidad humana cuando el hombre ha sido objeto de investigación. La condena del Tribunal de Nuremberg a los médicos nazis y la redacción del código del mismo nombre en 1947 constituyen el primer hito que intenta *proteger los derechos de los sujetos participantes en investigaciones biomédicas* al establecer como esencial el *consentimiento del paciente*. Sin embargo, tampoco la declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 fue suficiente para detener los experimentos ajenos a las más elementales reglas morales.

En 1964 la Asociación Médica Mundial (AMN) aprueba la declaración de Helsinki al postular que *el bienestar del ser humano tiene siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad*, pasa a ser la piedra angular de la ética de la investigación biomédica en el mundo, estableciendo normas éticas que protejan a los pacientes en su vida, su integridad, su salud, su intimidad y su dignidad. Esta restricción era muy importante considerando la denuncia efectuada en 1997 sobre las investigaciones efectuadas en 17 000 mujeres con grupos control tratados con placebo en estudios de transmisión del VIH en África y República Dominicana y de infección tuberculosa de pacientes VIH en Taití y Uganda, cuando ya estaba probado desde 1994 que la administración de AZT a embarazadas reducía la transmisión de madre a hijo, este era el estándar de tratamiento VIH positivas en Estados Unidos.

◀ Doble estándar

A partir de ese momento, desde diversos organismos gubernamentales de salud y medicamentos de Estados Unidos, se comenzó a *defender el argumento de haber realizado los estudios en esa forma* dado que el no tratamiento de las mujeres infectadas era *lo usual en esos países pobres*, y que, por tanto, no recibir tratamiento en esos países era ético aunque no lo fuera en Estados Unidos o en los países ricos.

La declaración estableció que al final de la investigación todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que *contarán con el mejor método terapéutico identificado por los estudios*. La idea moral fue que no se puede hacer participar a alguien en una investigación sobre una enfermedad que padece y, si se descubriera alguna terapéutica beneficiosa para atenderla, dejar librados a los sujetos a su suerte.

Comités de Bioética

El avance de las ciencias biomédicas y el desarrollo de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos dependen de la experimentación en seres humanos, con frecuencia realizada en condiciones de incertidumbre, conflictos de intereses e incompatibilidad de valores. Los Comités de Bioética en investigación (CBI) surgen con la tarea de considerar estas dimensiones y ponderan los conflictos de manera imparcial sin dejar de proteger la parte más frágil, que es casi siempre el sujeto o la población investigado, que puede, sin embargo, ser también el propio investigador, presionado por quienes financian la investigación, por la estructura competitiva del sistema de investigación y por los valores imperantes.

La creación de los *Institutional Review Boards* (IRB) e instituciones afines, así como la proclamación del informe Belmont, tuvieron por objeto interpretar y hacer efectivas las declaraciones internacionales acerca de su investigación en seres humanos. Se generó así en los últimos decenios del siglo xx una fuerte fiscalización de las investigaciones biomédicas en los países del primer mundo, una de cuyas consecuencias fue el traslado de estos estudios a países donde sus legislaciones y regulaciones éticas aparecían menos rigurosas.

La respuesta obvia fue que los países huésped comenzaron a desarrollar sus propios CBI y a requerir que las investigaciones que solicitaban apoyo cumplieran con las mismas normas éticas.

Aparecieron las primeras discrepancias entre las exigencias válidas para los países patrocinadores y las tolerancias que se sugerían para los países huésped, supuestamente justificadas por la diversa realidad socioeconómica y médica. Este conflicto, cuya reformulación en la más reciente enmienda

a la Declaración de Helsinki se resume en dos posiciones antagónicas: quienes exigen normas éticas universalmente válidas y aquellos que aceptan que las circunstancias materiales y culturales condicionan regulaciones éticas contextuales y no extrapolables.

● Rigor científico

Un tiempo los investigadores creían que bastaba con la determinación de hacer su trabajo de investigación con rigor científico metodológico, respetando los valores deontológicos de su profesión y siendo, como se dice, de “buen carácter” para que su práctica fuese juzgada ética, hoy esta creencia, aunque vigente, ha dejado de ser indiscutiblemente aceptada por varias razones. Entre las principales se pueden citar:

1. El acelerado desarrollo científico y biotécnico de las últimas décadas, con las siguientes presiones de la industria, del mercado y de una parte de la población para su incorporación progresiva también en el campo de la salud.
2. El hecho de que la investigación no es más el fruto de las simples iniciativas individuales de investigadores, sino de grupos institucionales y laboratorios vinculados a la industria o, cada vez menos, al Estado.
3. La difusión masiva y muchas veces sensacionalista de los nuevos descubrimientos y técnicas.
4. La aparición y el desarrollo de movimientos sociales de defensa de los derechos de las personas y de los consumidores.

Estas razones hicieron que las discusiones relativas a la moralidad de la investigación biomédica no quedasen restringidas al simple ámbito de las corporaciones científicas y médicas, incorporando en su trabajo a teólogos, filósofos,

sociólogos, antropólogos y representantes calificados de los intereses ciudadanos.

Mark Slegler en 1986, sostenía que el crecimiento de los comités de ética institucionales era un signo de los tiempos, su desarrollo simboliza el triste, deprimente y desorganizado estado de la medicina. Los médicos no solo han perdido poder económico

El buen médico siempre ha incorporado juicios técnicos, reflexiones éticas, y el deseo de los pacientes en la toma de decisiones

y político, también han perdido autonomía en las decisiones médicas. El buen médico siempre ha incorporado juicios técnicos, reflexiones éticas, y el deseo de los pacientes en la toma de decisiones; sin embargo, el inquietante aumento de los problemas éticos ha motivado, a algunos filósofos y aticistas, sugerir que esas decisiones pueden ser muy complejas para los médicos y que mejor las deben hacer los comités.

En algunas ocasiones, la sociedad se conmueve al darse cuenta que a los pacientes geriátricos de un hospital se les inyectan células cancerosas para estudiar la respuesta inmunológica a los tumores (cosa ocurrida en el *Jewish Hospital and Medical Center* de Brooklyn) o que los niños de una institución para deficientes en el mismo estado de Nueva York fueron inoculados con virus de la hepatitis para disponer de datos comparativos en el ensayo de una vacuna; o que han sido utilizados los reclusos de una determinada prisión, etcétera. Otras veces se elimina la información sobre investigación de “campo”, en donde se comparan diferentes procedimientos masivos de anticoncepción (farmacológicos, de cirugía ambulatoria, etcétera) o de técnicas abortivas.

La escasa información que se difunde pasa sin comentarios y sin críticas, a pesar no solo de su malignidad patética, sino de las formas usadas para obtener el consentimiento. No es ético

utilizar poblaciones ignorantes, fácil de engañar por incentivos económicos, como banco de prueba de nuevos procedimientos que después son aplicados a las sociedades más avanzadas. La Bioética debe ser el dique contenedor de la vulnerabilidad de esas comunidades.

Hay científicos que piensan que las prescripciones éticas son menores y constituyen una incómoda distracción del cumplimiento, del cual se disculpan ellos mismos, solo unos pocos llegan a la persuasión de que las exigencias éticas mayores obstruyen la vía libre del progreso científico. ¿Cuál es la justificación de esta marginación de lo ético en la tarea de la creación científica? Quizá la culpa de este deterioro está en la conversión del reduccionismo científico, una necesidad metodológica, en el reduccionismo cientifista, una versión deformada del mundo.

El paciente tiene derecho a saber si el tratamiento tiene como propósito llevar a cabo investigaciones experimentales y de consentir antes de participar en dicha investigación experimental. Para cualquier persona, la participación debe ser voluntaria y el paciente tiene el derecho de rehusarse a participar.

Conclusión

La principal diferencia entre un sistema de salud desarrollado y uno que no lo es, radica en la presencia de bienes públicos que permiten el desarrollo de nuevos tratamientos, el acceso a los mismos, los flujos de información para la investigación y la prevención, así como una infraestructura que dé mayor importancia a la prevención sobre el tratamiento. Un sistema moderno de salud intensivo en bienes públicos no solo redundará en una mejor salud, sino que se convierte, mediante varios mecanismos de transmisión, en promotor del desarrollo. Es por medio de la provisión de bienes públicos que se corrige la falta de información (generación y transmisión), la falta de protección contra riesgos (agua potable y servicios de saneamiento) y la subprovisión del conocimiento (el derecho a la propiedad intelectual), todo lo cual redundará en una mejor salud y un mayor desarrollo económico. Es lamentable la situación de los diversos sistemas de salud en América Latina, la Bioética, su percepción, la visión a largo plazo son inseparables de la cultura de cada país latinoamericano, los argumentos éticos en donde se sustentan los principios de la Bioética deben dar lugar al carácter político, técnico y económico de los grandes proyectos de un país; de otra forma se mantendrá la inequidad y el desequilibrio en salud.

<ul style="list-style-type: none"> • Protección a la salud • Derecho Humano de Segunda generación-programático <p>Este derecho quedó plasmado dentro del contexto de la relación de consumo.</p> <p>Principios:</p> <ol style="list-style-type: none"> Universalidad Accesibilidad Extensión Calidad 	<p>Art. 42</p> <p>Constitución Nacional (año 1994)</p> <p>Art. 75.22</p> <p>Reconoce los pactos internacionales</p> <hr/> <p>Jurisprudencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corte Suprema de Justicia de la Nación: <p>Tratamiento preferencial para el derecho a la salud</p> <ol style="list-style-type: none"> Interés superior del niño Enfermos VIH-sida <hr/> <p>Leyes:</p> <p>Ley 22269; Ley 23660;</p> <p>Ley 23661/1989; Decreto 9/1993; Ley 24193/1993; Ley 19032/1971; Ley 25649/2002; Decreto 1855/2002; Ley 17132/1967; Código Penal; Código Civil</p>	<p>Argentina</p> <p>Sistema sanitario:</p> <ol style="list-style-type: none"> Subsector público: para los que carecen de cobertura Obras sociales: cobertura médico-asistencial a trabajadores Subsector privado: empresas prestatarias de servicios de medicina prepagada 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertenece sistema omw/ops • Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación • Consejo Federal de Salud <p>Descentralizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Superintendencia de Servicios de Salud • Administración de Programas Especiales • Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados • Instituto Nacional Central Coordinador Único de Ablación e Implante • Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica • Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos Malbrán" • Organismos provinciales de salud 	<p>Legitimación procesal para:</p> <ol style="list-style-type: none"> Defensor del Pueblo (Art. 43 Const.) ONGs Juzgados civiles y penales
--	--	---	--	---

Comparativo de los sistemas de salud en Latinoamérica y España				
Denominación y tipo de derecho	Nivel constitucional, legislación y jurisprudencia	Sistema de salud	Principales instituciones sanitarias	
Brasil				
<ul style="list-style-type: none"> Derecho a la salud como derecho social y deber del Estado Principios: <ol style="list-style-type: none"> Universalidad Accesibilidad Extensión Descentralización 	<ul style="list-style-type: none"> Art. 6 y Título VIII, Cap. I, Sección II Constitución Federal (1988) Enmienda Constitucional Núm. 29/2000 <p>Leyes:</p> <p>Ley Orgánica de la Salud núm. 08080/90; Ley 8.080/90 instituye el Sistema Único de Salud (SUS); Ley núm. 8.142/90; Ley núm. 9.961 de 28 de enero de 2000; Normas Operativas Básicas del SUS: NOB SUS 1991; NOB SUS 1993; NOB SUS 1996; Normas Operativas de Asistencia a la Salud (NOAS-SUS): NOAS-SUS 01/01</p>	<p>Sistema Único de Salud (SUS):</p> <p>Red regionalizada y jerarquizada organizada de acuerdo con las siguientes directrices:</p> <ol style="list-style-type: none"> Descentralización, con dirección en cada esfera de gobierno Atención integral, con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales Participación de la comunidad Iniciativa privada Red Ambulatoria 	<ul style="list-style-type: none"> Pertenece sistema oms/ops Ministerio de Seguridad y Asistencia Social Ministerio de Sanidad o de la Salud, que tiene varias Secretarías Secretaría de Asistencia de la Salud Secretaría de Políticas de Salud Secretaría de Vigilancia Sanitaria Consejo de Secretarías de los Estados de Salud (CONASS) Consejo de Secretarías Municipales de Salud (CONASEMS) 	<ul style="list-style-type: none"> No existe la institución de ombudsman o de defensoría del pueblo. Solo existe un ombudsman local, que es el general del Estado de Paraná En Brasil existe la Procuraduría General de Derechos del Ciudadano, que depende del Ministerio Público, para garantizar los derechos constitucionales.

			<ul style="list-style-type: none"> • Programa Nacional de la Sangre y Hemoderivados • Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias • Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS) • Fundación Nacional de Salud (FUNASA) del que depende el: • Subsistema de Atención a la Salud Indígena • Departamento de Informática del SUS (DATASUS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe la Defensoría Pública General de la Unión, que tiene entre sus funciones: • Promover, extrajudicialmente, la conciliación entre las partes en conflicto de interés • Patrocinar acción civil • Actuar junto a los establecimientos policiales y penitenciarios, velando por el ejercicio de los derechos y garantías individuales de las personas • Patrocinar los intereses del consumidor dañado
--	--	--	--	---

Comparativo de los sistemas de salud en Latinoamérica y España			
Denominación y tipo de derecho	Nivel constitucional, legislación y jurisprudencia	Sistema de salud	Principales instituciones sanitarias
		Chile	
<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la Protección de la Salud Principios: <ol style="list-style-type: none"> a) Universalidad b) Accesibilidad c) Igualdad d) Libre elección de subsistema 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 9 Constitución Política (1980) <hr/> Leyes: <ul style="list-style-type: none"> • Ley de Salud; Decreto con fuerza de Ley núm. 1, que refunda al Decreto Ley núm. 2.763 y de las Leyes núms. 18.933 y 18.469 (abril 2006); Ley núm. 20.015 que modifica la Ley núm. 18.933, sobre instituciones de salud previsional (mayo 2005); Ley núm. 19.966 que establece un régimen de garantías en salud-Plan AUGE (septiembre 2004); • Ley núm. 19.451 que establece normas sobre trasplante y donación de órganos (abril 1996); Ley del Consumidor; -Código Penal • Código Civil 	Sistema Nacional de Servicio de Salud: <ol style="list-style-type: none"> a) Subsistema Público o Estatal: se organiza, a su vez, en torno al Fondo Nacional de Salud (FONASA) b) Subsistema privado: se organiza en torno a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) o por pagos directos al proveedor privado-médico u hospital 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertenece sistema OMS/OPS. • Ministerio de Salud • Fondo Nacional de Salud (FONASA) • Servicios de Salud • Instituto de Salud Pública • Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) • Superintendencia de Salud • Central Nacional de Abastecimiento
			<ul style="list-style-type: none"> • Servicio Nacional del Consumidor • No existe la institución de ombudsman o de defensoría del pueblo Lo más parecido es la Comisión Defensora Ciudadana, es un órgano asesor del Presidente de la República que tiene como misión velar por la defensa y promoción de los derechos e intereses de las personas ante acciones en lo relativo a la prestación de estos servicios públicos <ul style="list-style-type: none"> • Juzgados civiles y penales

Colombia				
<ul style="list-style-type: none"> Atención a la salud y saneamiento ambiental son servicios públicos Acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud <p>Principios:</p> <ol style="list-style-type: none"> Eficiencia y calidad Universalidad Solidaridad 	<ul style="list-style-type: none"> Arts. 48 y 49 Constitución Política (año 1991) <p>Leyes:</p> <p>Ley 100/1993; Ley 715/2001; Ley 972/2005; Decreto 2309/2002; Código Penal; Código Civil</p>	<p>Sistema General de Seguridad Social en Salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> Instituciones Prestadoras de Salud Entidades Promotoras de Salud <p>Régimen:</p> <ol style="list-style-type: none"> R. Contributivo de Salud: individuos y familias cotizan. Cuotas se cubren directamente por el afiliado o en concurrencia con su empleador. R. de Subsidios en Salud: pago de cotización subsidiada con recursos de solidaridad, para los más pobres R. De Excepción: seguridad social de <ul style="list-style-type: none"> Fuerzas militares Policia Magisterio Empleados de ECOPETROL 	<ul style="list-style-type: none"> Pertenece sistema oms/ops Sistema General de Seguridad Social en Salud: Ministerio de la Protección Social Superintendencia Nacional de Salud y Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud Organismos de administración y financiamiento, como el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud; Instituciones Prestadoras de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> Corte Constitucional Defensoría del Pueblo Juzgados civiles y penales

Comparativo de los sistemas de salud en Latinoamérica y España			
Denominación y tipo de derecho	Nivel constitucional, legislación y jurisprudencia	Sistema de salud	Principales instituciones sanitarias
Mecanismos de protección			
<ul style="list-style-type: none"> Derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado Principios: <ol style="list-style-type: none"> Universalidad Accesibilidad Solidaridad Equidad Obligatoriedad Continuidad y Extensión Calidad 	<ul style="list-style-type: none"> Arts. 48 y 49 Constitución Política (año 1991) <hr/> Leyes: <ul style="list-style-type: none"> Ley 100/1993; Ley 715/2001; Ley 972/2005; Decreto 2309/2002; Código Penal; Código Civil 	Costa Rica Atención de la Caja Costarricense del Seguro Social: <ol style="list-style-type: none"> Equipos Básicos de Atención Integral en Salud: población ubicada en determinado sector geográfico Nivel primario Nivel de mayor complejidad 	<ul style="list-style-type: none"> Pertenece sistema <i>oms/ops</i> Ministerio de Salud Pública Consejo Nacional de Salud Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología Consejo Interinstitucional a la Madre Adolescente Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud Instituto sobre Alcoholismo y fármaco-dependencia Consejo Nacional de Atención Integral VIH/SIDA Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial Caja Costarricense del Seguro Social Juntas de Salud

Cuba	
<p>Derecho a la atención y protección de la Salud</p> <p>Principios:</p> <p>a) Universalidad e igualdad</p> <p>b) Carácter estatal y social de la medicina</p> <p>c) Accesibilidad Total a todas las instituciones de salud</p> <p>d) Gratuidad de los servicios</p> <p>e) Orientación profiláctica</p> <p>f) Aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica</p> <p>g) Participación de la comunidad e intersectorial</p> <p>h) Centralización normativa y descentralización ejecutiva</p>	<p>• Arts. 43 y 50 Constitución de la República (1976)</p> <hr/> <p>Leyes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley núm. 41. Ley de Salud Pública (1983); Reglamento de la Ley de Salud Pública de 1988; Código Penal; Código Civil
<p>Sistema Nacional de Salud: organizado por niveles de atención, de forma ambulatorio u hospitalaria y de acuerdo con el lugar de residencia, trabajo o estudio y necesidades de la población</p>	<p>• Perteneciente sistema oms/ops</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud Pública • Institutos Nacionales: Cardiología (CCV) Oncológico; Neurológico Neurología; Angiología Endocrinología; Hematología Gastroenterología; Medicina tropical; Higiene y Epidemiología y Microbiología y Medicina del Trabajo Nutrición e Higiene de los Alimentos • Dirección Provincial de Salud • Dirección Municipal de Salud
<p>• No existe la institución de Ombudsman o de defensoría del pueblo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juzgados civiles y penales 	

Comparativo de los sistemas de salud en Latinoamérica y España			
Denominación y tipo de derecho	Nivel constitucional, legislación y jurisprudencia	Sistema de salud	Mecanismos de protección
	Panamá		
<ul style="list-style-type: none"> Derecho a la salud, seguridad social y asistencia social <p>Principios:</p> <ol style="list-style-type: none"> Disponibilidad Universalidad Accesibilidad Continuidad Extensión y equidad Eficiencia Solidaridad Participación Calidad Integralidad Descentralización Bioética 	<ul style="list-style-type: none"> Título III, Capítulo 6 Constitución Política <p>Jurisprudencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Corte Suprema de Justicia ha dictaminado que el Estado tiene la función esencial de protección de la salud de la población en igualdad de condiciones <p>Leyes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Código Sanitario; Ley 28/1998; Ley 4 abril/2000; Ley 2 enero/1997; Ley 1/2000; Ley 3/2000; Ley de Protección Laboral Código Penal-Código Civil 	<p>Sistema Sanitario:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud: atiende a toda la población Caja de Seguro Social: atiende a la población trabajadora asegurada y dependientes 	<ul style="list-style-type: none"> Pertenece sistema oms/ops Coordinadora Nacional de Salud Ministerio de Salud Caja de Seguro Social Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales Comisión de Salud Mental
			<ul style="list-style-type: none"> Defensoría del Pueblo Defensoría del Asegurado Juzgados civiles y penales

Paraguay				
<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la salud como derecho fundamental <p>Sistema basado en:</p> <ol style="list-style-type: none"> Concertación Coordinación Participación social Descentralización Sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Capítulo VI: Arts. 68-72 <p>Constitución Nacional (año 1992)</p> <hr/> <p>Leyes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código Sanitario Ley 1680/2001; Decreto 21376; • Código Penal 	<p>Sistema Nacional de Salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sector Público: Sector Privado: 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertenece sistema ows/ors • Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social • Consejo Nacional de Salud • Fondo Nacional de Salud • Superintendencia de Salud • Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental • Centro Multidisciplinario de Investigación Tecnológica • Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición • Programa Nacional de Control de VIH-SIDA-ITS 	<ul style="list-style-type: none"> • Defensoría del Pueblo • Juzgados penales

Comparativo de los sistemas de salud en Latinoamérica y España			
Denominación y tipo de derecho	Nivel constitucional, legislación y jurisprudencia	Sistema de salud	Principales instituciones sanitarias
	Perú		
<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la protección de la salud Principios: <ul style="list-style-type: none"> a) Disponibilidad b) Universalidad c) Accesibilidad d) Continuidad e) Extensión f) Calidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 7 <p>Constitución Política (año 1993)</p> <p>_____</p> <p>Jurisprudencia:</p> <p>Reconoce el derecho de la persona a alcanzar y preservar un estado de plenitud física y psíquica. El Estado está obligado a garantizar este derecho. Desarrolló concepto de derechos sociales como deberes de solidaridad.</p> <p>_____</p>	<p>Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud:</p> <p>a) Sector público: se conforma por el Ministerio de Salud, Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud y las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pertenece sistema oms/ops • Ministerio de Salud (MINSA) • Consejo Nacional de Salud y Defensoría de la Salud y Transparencia
			<ul style="list-style-type: none"> • Defensoría de la Salud y Transparencia • Comisión de Protección al Consumidor • Defensoría del Pueblo • Juzgados civiles y penales

		b) Sector privado: conformado por profesionales de la salud, proveedores de medicina tradicional, empresas privadas aseguradoras y prestadoras e instituciones no lucrativas	
Leyes:	<ul style="list-style-type: none">• Ley General de Salud 26842/1997• Ley de Modernización de la Seguridad Social; Ley de Protección al Consumidor• Código Penal; Código Civil;• Código de Ética de la Función Pública; -Ley del Trabajo Médico;		

Comparativo de los sistemas de salud en Latinoamérica y España			
Denominación y tipo de derecho	Nivel constitucional, legislación y jurisprudencia	Sistema de salud	Mecanismos de protección
Venezuela			
<ul style="list-style-type: none"> Derecho a la protección de la salud como disfrute del más alto nivel de calidad de vida, y no solo ausencia de enfermedad. Considerado como derecho social y obligación del Estado <p>Principios:</p> <ol style="list-style-type: none"> Disponibilidad Universalidad Accesibilidad Continuidad Extensión Calidad 	<ul style="list-style-type: none"> Art. 83 <p>Constitución de la República Bolivariana</p> <hr/> <p>Leyes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social; Proyecto Ley de Salud y Sistema Público Nacional de Salud; • Ley Orgánica de Prevención y Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo; Ley de Ejercicio de la Medicina; Ley de Servicios Sociales al Adulto Mayor; • Ley de Trasplantes de Órganos y Materiales Anatómicos en Seres Humanos; Ley de Inmunizaciones; Ley de Protección al Consumidor y al Usuario; Código Penal 	<p>Sistema de Salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> Subsector público Subsector privado 	<ul style="list-style-type: none"> Pertenece sistema oms/ops Ministerio de Salud Instituto Venezolano de los Seguros Sociales Dirección Regional de Salud que coordina a las Gobernaciones (Gobiernos Estatales) Dirección de Sanidad Militar del Ministerio de Defensa Instituto de Prevención y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación
			<ul style="list-style-type: none"> Defensoría del Pueblo Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor Asociaciones de Consumidores Tribunales Disciplinarios de los Colegios de Médicos Tribunal Disciplinario de la Federación Médica Venezolana Juzgados penales

España			
<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la Protección de la Salud <p>Principios:</p> <ol style="list-style-type: none"> Universalidad Disponibilidad Accesibilidad Continuidad Extensión 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 43.1 Constitución Española <hr/> <p>Jurisprudencia:</p> <p>Ha interpretado que no es un auténtico derecho fundamental</p> <hr/> <p>Leyes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley General de Sanidad • Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; Código Penal; Código Civil 	<ol style="list-style-type: none"> Público Privado 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado Observador del sistema OPS • Miembro de OMP • Ministerio de Sanidad y Consumo • Alta Inspección: competencias de las Comunidades Autónomas • Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
	<ul style="list-style-type: none"> • Defensor del Pueblo • Defensor del Paciente (Comunidad de Madrid) • Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud • Juzgados civiles, penales y administrativos 		

Bibliografía

- ARCINIEGAS, Germán. *Biografía del Caribe*, Porrúa, 1983.
- CANO VALLE, Fernando. *Percepciones acerca de la Medicina y el Derecho*. Inst. Inv. Jurídicas UNAM. Serie Doctrina Jurídica, núm. 49, 2001.
- FUENZALIDA, Hernán, Scholle L. Susan. *El Derecho a la salud en las Américas. Estudio Constitucional Comparado*. OPS; Publicidad científica 59.
- KATZ Lanza, A. Test, Mario. *La salud en América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1ª Edición, 1983.
- LIPKIN, Mack Jr.; Lybrand, William. *Population – Based Medicine Praeger*, 1982.
- LIPOVETSKY, Gilles. *El crepúsculo del deber*. Anagrama, 5ª. Ed., 2000.
- ALMEIDA, c. m. *Os modelos de reforma sanitaria, dos años 80. UMA análisis crítica, Saude e Sociedade* 5:3-57, 1996.
- CARVALHO J. Am. *La demografía de la pobreza y el bienestar en América Latina: pobreza y desigualdad en América Latina.*, (U. Tokman) Buenos Aires/Barc./Mex. Paidós, 1988.
- ALMEIDA, Celia. *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe, algunas lecciones de los 80 y 90*, Cad. Saude Pública Río de Janeiro 18 (4) 905-925, julio-agosto 2002.
- CROCCO, Pedro. *et al. Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe*. Rev. Panam. Salud Pública 8(1/2), 2000.

- TIKKI, Pang, Ariel Pablos Méndez. *From Bangkok to México towards a framework for turning knowledge into action to improve health systems*. Bulletin, World Health Organization 82: 10 October 2004, p. 719-810.
- URIBE, E. Misael. *Alanam. Acceso Universal al cuidado médico; realidad utopía?* 2-3 octubre de 2006, México.
- URIBE, Misael. *Gestión. Evaluación de la atención primaria en salud en Iberoamérica "uso racional de la tecnología en salud"*. XVIII Reunión de la Alanam, 19 de septiembre de 2008.
- EGAN, Tim. *Family planning challenges and recentralization of the services in Latin America*, Prb. Population Reference Bureau popref@prb.org, 2008
- REFERRAL HOSPITALS. *Vital services, not disease palaces, disease control priorities Project*, May 2008. www.dpz.org.
- Las Universidades y La salud para todos en el año 2000*, DECLARACIÓN de Alma Ata-Memorias, abril de 1984, UNAM.
- Socio economic status and health disparities in old age*. Today research onaging II: June 2008.
- LAW, J. et al. *Alma Ata, 30 years on; revolutionary, relevant and time to revitalize*. The lancet 2008; 372: 917-927.
- WALLEY, J. et al. *Primary health care. Making Alma-Ata a reality, the Lancet 2008; 372: 1001-1007*.
- FAFARD, Patrick. *Evidence and health and public policy; insights form health and political sciences national collaborating centre for Health Public Policy*, Mat 2008, Institute National de Santé Publique Quebec.
- FRENK, Julio. Horton Richard. *Evidence for Health system reform; a can to action*, Lancet 2006, 368, 3-4.
- FRENK, Julio. *Bridging the divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico*, Lancet 2006; 368; 954-61.
- SECRETARÍA DE SALUD. *Sistema de Protección Social en Salud, Estrategia de Evaluación*, Méx. D. F. Sec. de Salud, 2006.

- SEPÚLVEDA, Jaime, Bustreo F., Tapias J. *et al.* *Improvement of child survival in Mexico: The diagonal approach*, Lancet 2006; 368; 2017-2027.
- HORTON. *A new discipline is born: comparative health systems studies*, Lancet 2006, 368: 1949-1950.
- FINEBERG, H. *Health reform in Mexico; a work in progress*. Lancet 2006, 368, 1755-1756.
- GONZÁLEZ, Pier E., *et al*; *Priority setting for health interventions in Mexico's system of social protection in health*. Lancet 2006: 368, 1608-1618.
- TAPIA, Roberto. *Espacios CaSalud*, Instituto Carso, Fundación Carlos Slim. Documento interno. (Comunicación Personal).
- LIGHT, Donald, *Bioética y salud*. Penn bioethics 9 (4) Spr. 2002.
- GARRAFA V. Kottow, M. Saada A; *Estatuto Epistemológico de la Bioética UNAM-Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética UNESCO*, 2005.



Para

la publicación

de esta obra se contó con la colaboración de Jacqueline Briño y Martín Gómez en la coordinación editorial; Jacqueline Briño en el cuidado de la edición; el diseño de interiores estuvo a cargo de Miriam Gómez; la diagramación es de Alejandra Núñez, mientras que el diseño de la cubierta es de Brenda Serrano. La impresión se realizó en los talleres de durante agosto de 2010.

DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

En pleno siglo XXI, el derecho a la protección a la salud es inasequible para muchas personas en América. Por tal motivo, este análisis es un exhorto para destacar la importancia del derecho a la salud, así como una aportación para que sea conocido y ejercido por todos dentro de un contexto en el que el Estado lo garantice y promueva.

Este Breviario aborda la distribución del bien de la salud, los pilares que permiten la expansión de su conocimiento y favorecen la calidad de vida, como la educación, la creación de proyectos modernos de mejoramiento y el desarrollo de leyes y normas dirigidas a ampliar el alcance de políticas públicas en salud.

SALUD. EL RETO DEL BIENESTAR

En los Breviarios de la colección *Salud. El reto del bienestar* se analizan temas relacionados con políticas públicas, enfoques teóricos, diseño de sistemas de salud, resultados de programas, gerencia de servicios e investigaciones diversas que demuestran la importancia de la salud para una protección social integral. De ahí que se resalte el estudio de la atención al adulto mayor y de otros grupos en situación de fragilidad, así como experiencias e innovaciones dirigidas a alcanzar sociedades con condiciones más equitativas.

ISBN: 978-607-8088-04-1



9 786078 088041