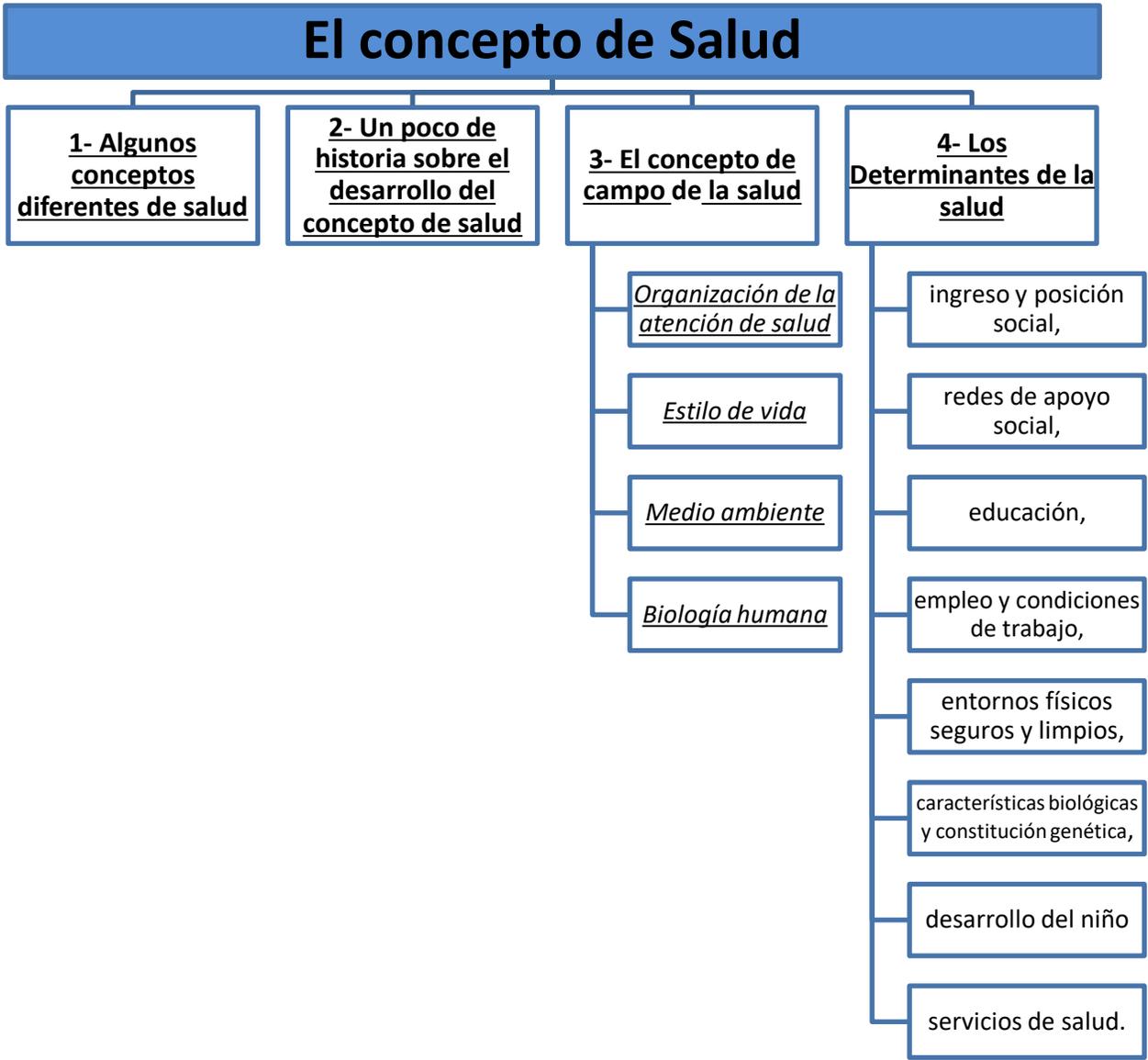


Curso:

Salud Como

Derecho Social

índice	Pág.
• El concepto de Salud	3
• Equidad en salud.	14
• Derecho a la salud	25
• Sistema de salud en Argentina	31
• Niveles de atención médica	43



El concepto de Salud

Si le preguntamos a varias personas que entienden por salud, seguramente obtendremos una variedad de respuestas: algunos dirán que es no estar enfermo o enfermarse poco, otros que es sentirse bien, otros que es poder vivir como desean hasta una edad avanzada, desarrollarse plenamente, sostener una calidad de vida aceptable, vivir en armonía con el medio ambiente y así...

Reconocer que todas las personas no entienden lo mismo cuando decimos salud nos permite avanzar en la conceptualización de la práctica referida a promover, mantener y recuperar la salud desde un enfoque de equidad y de derecho.

Ahora bien, la salud es considerada en todas las culturas un bien cuya conservación y recuperación aparece como una de las más importantes necesidades, tanto desde la perspectiva de las personas, como de la sociedad misma. Sin embargo, no todos entendemos lo mismo a la hora de definir qué se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. De hecho, la salud no es un concepto particular sino una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico y a las diferentes culturas.

Los que trabajamos en salud, mediante el vínculo con la gente podemos reconocer las distintas representaciones o imágenes sobre la salud. Por ejemplo, por los motivos de consulta: algunas madres traen rápidamente a sus hijos a la consulta por fiebre, diarrea, vómitos, problemas respiratorios; otras demoran un poco más, porque piden ayuda a sus familiares, vecinos, curanderos, o inclusive, a la farmacia más cercana.

Seguramente estas situaciones nos llevan a reflexionar sobre por qué algunas personas tienen sentimientos y comportamientos diferentes frente a problemas similares.

Entonces, nos podemos preguntar:

- ☒ ¿A qué nos referimos cuando hablamos de salud y de enfermedad?
- ☒ ¿Cómo cuidan la salud las personas que te rodean?, ¿y las que concurren al centro de salud?
- ☒ ¿Por qué las personas responden de variadas maneras a los problemas de salud?
- ☒ ¿De qué enferman las mujeres y los hombres de la comunidad? ¿Las mujeres se enferman igual que los hombres?
- ☒ ¿Qué manifestaciones culturales encontrás en tu comunidad acerca de la salud?

1- Algunos conceptos diferentes de salud

- “La salud no es sólo la ausencia de la enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo” Sigerist (1941).
- “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” OMS (1945)
- “El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio”. R. Dubos (1995)
- “La salud es el equilibrio entre las fuerzas naturales y espirituales entre los individuos y las comunidades. La salud se ve como un todo holístico de bienestar físico, moral, social, espiritual y el equilibrio cósmico, un todo. La enfermedad existe por desequilibrio, por avasallamiento y falta de convivencia armónica” (integrante de una comunidad aborígen en el Taller sobre interculturalidad en Salud -Representantes de diferentes organizaciones Territoriales Indígenas y el PMC-Ministerio de Salud de la Nación- Ciudad de Buenos Aires-October 2009)
- **“El grado en que una persona o grupo es capaz, por un lado, de llevar a cabo sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y, por el otro de enfrentarse con el ambiente. En consecuencia, la salud debe considerarse no como un objetivo en la vida sino como un recurso más de la vida cotidiana. La salud es un concepto positivo que comprende recursos personales y sociales, así como de capacidad física adecuada” (OMS Europea-1985)**

Para muchas personas estar sano es lo mismo que sentirse bien, esta sería una muy buena definición y hace alusión a la **salud percibida**. En otros casos, algunas personas se definen a si mismas como sanas cuando saben o suponen que no están enfermas, aquí la salud se define por la **ausencia de enfermedad**.

Sin embargo, no existe el mismo tipo de consenso a la hora de definir qué se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. De hecho, la salud no es un concepto unívoco sino una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico. Con independencia de la época en que se generaron, en la actualidad estas concepciones conviven contradictoriamente, orientando toda la gama de prácticas sociales, sanitarias y de los equipos de salud.

Para entender esto en profundidad debemos abordar primero que es **cultura** y luego entender el proceso **histórico** por el que pasó el concepto de salud.

2- Un poco de historia sobre el desarrollo del concepto de salud

Siempre ha sido más fácil caracterizar la situación de enfermedad que la de salud. Quizás porque las manifestaciones dolorosas y limitantes que produce la enfermedad fueron las que obligaron a los hombres a buscar remedios para eliminarlas o mitigarlas.

Mencionaremos aquí sólo algunas concepciones de la evolución de las ideas sobre salud y enfermedad. Cada uno de esos momentos y concepciones ha implicado, también, un modo de conservar y recuperar la salud.

Como todo producto cultural, la salud no es un concepto que se mantenga idéntico a sí mismo a lo largo del tiempo. De hecho, podemos reconstruir diferentes sentidos que ha ido adquiriendo en diferentes sociedades, en diferentes momentos históricos y en diferentes culturas.

En la antigua China se creía que el cielo, la luz, la fuerza, el frío, la humedad y otros elementos de la naturaleza, influían sobre la salud. Otras culturas pensaban que la enfermedad y la muerte estaban causadas por espíritus malignos. Así, las enfermedades en un comienzo consideradas mágicas, se vinculaban fuertemente con lo sobrenatural y quienes las curaban eran aquellos que podían involucrarse con estos espíritus, eran brujos, magos o chamanes.

En la cultura occidental, mientras los griegos de la antigüedad hicieron de la salud un culto, los romanos desarrollaron el interés hacia la enfermedad.

Con el advenimiento de la modernidad y los grandes descubrimientos en física y química, la fisiología humana se asocia al concepto de máquina y por lo tanto, la enfermedad comienza a ser entendida como el desvío del funcionamiento, y la cura, la reparación del mismo. De este modo la medicina llega a subordinarse a la biología y los seres humanos a ser mirados a través de sus órganos y de sus aparatos.

En la segunda mitad del siglo XIX, el descubrimiento de los gérmenes dio lugar a la teoría microbiana, que alentó la idea causa única, según la cuál para dominar las enfermedades sólo se requería descubrir para cada enfermedad, su causa. Esta teoría tuvo una repercusión tan importante que los médicos hicieron enormes intentos por asociar prácticamente todas las enfermedades conocidas a un agente causal contagioso específico. Así, se facilitó el desarrollo de los antibióticos y las vacunas, considerados algunos de los logros más valiosos de la medicina científica. Pero, como la evolución de los conceptos no se detiene, la teoría microbiana llegó a mostrarse insuficiente para explicar un gran número de enfermedades. Con la mirada puesta en los numerosos factores que intervienen en la producción de enfermedades, por contraposición de la causa única, los científicos arribaron a la sustitución de este modelo por otro: el de la multicausalidad.

La denominación multicausal hace alusión a la interacción de varios factores de diverso origen y naturaleza: **sociales, ambientales, económicos y otros** en la ocurrencia de enfermedad. A partir de este momento la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable, de equilibrio entre el organismo humano y el ambiente, resaltándose la influencia de los **factores históricos, políticos, económicos y sociales**. Se comienza a hablar entonces del proceso salud-enfermedad.

Hoy por hoy, nuestras concepciones de salud están fuertemente influidas por la mirada multicausal. Nos parece natural, pensar la salud y la **enfermedad como un proceso**, como una construcción y buscamos activamente los factores y variables que intervienen en su definición.

Hasta donde hoy sabemos, son muchos los factores que actuando a nivel del ambiente humano **determinan** que una enfermedad se inicie y desarrolle en ciertos sujetos, e incida con mayor o menor peso en determinados grupos poblacionales.

Las circunstancias naturales y la propia dotación biológica personal adquieren sentido en relación con el desarrollo de una o más enfermedades específicas, solo entendidas en ese contexto.

3- El concepto de campo de la salud

Una de las más conocidas contribuciones teóricas al pensamiento sanitarista lo constituye el Informe Lalonde , producido en Canadá en 1974. Este trabajo constituyó un punto de inflexión y una herramienta de cambio para el trabajo en salud pública, ampliando la comprensión de la salud.

M. Lalonde introduce con el concepto de campo de la salud un modelo de análisis que resulta útil para conocer cómo la conjunción de varios componentes afecta la salud de un país.

Este trabajo identifica -mediante el examen de las causas y los factores básicos de la enfermedad y la mortalidad en el Canadá- cuatro componentes que afectan el grado de salud en su territorio, ellos son: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de la atención. Así, se conceptualiza lo que llama el campo de la salud caracterizándolo a partir del modo en que cada uno de estos elementos afecta el grado de salud del país.

A continuación te presentamos algunas citas del informe original:

Biología humana

El componente de biología humana incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo (...)

Medio ambiente

El medio ambiente incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control (...)

Estilo de vida

El componente estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control.

Organización de la atención de salud

La organización de la atención de salud (sistema de atención de salud) consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud, las ambulancias, el tratamiento dental y otros servicios sanitarios (...)

Los cuatro componentes que propone M. Lalonde abarcan muchas de las dimensiones que pueden dar origen a problemas de salud, o bien, que de algún modo pueden contribuir a partir de su

combinación o participación a producirlos. Decimos muchas, porque en este marco teórico no se incluyen por ejemplo los modelos económicos de un país y otras variables como determinantes de enfermedades.

Así, el concepto de campo de la salud se constituyó en un instrumento para el análisis de los problemas y de las necesidades de salud pública, brindando un modelo sencillo de análisis de los problemas de salud para una población.

Entre los rasgos de este concepto encontramos su amplitud, su capacidad de abarcar diversas variables. Muchos problemas de salud pueden ser causados por algunos de los componentes del campo de la salud o por una combinación de los mismos. En consecuencia, esta característica lo hace valioso, porque asegura la consideración de diversos aspectos de la salud y de los actores intervinientes.

El gráfico a continuación esquematiza el modo en que el concepto de campo de la salud mira los problemas de salud pública.

Campo de la Salud



Buck (1986) dijo que de los cuatro componentes de concepto de campo de salud «el entorno es el más importante. (...) Si el entorno no es adecuado tampoco lo serán la biología humana, los estilos de vida y la organización de la atención sanitaria.»

Entonces, se dio una controversia sobre cuál era la importancia relativa de los cuatro factores determinantes comprendidos en el concepto de campo de salud. Mientras Blum sostenía que lo genético y los estilos de vida eran los más influyentes, para Lalonde y Dever los cuatro eran de igual importancia (Dever, 1991:4-5). En la Carta de Ottawa, se asumió en la práctica que el más importante era el estilo de vida.

Diez años después de la publicación del Informe Lalonde, la posición de Buck ha ido ganando más adeptos con el paso del tiempo, y dado que el entorno no es directamente dependiente de cada individuo, la mirada pasó a escudriñar espacios de mayor amplitud.

4- «¿Por qué alguna gente está sana y otra no?» Los Determinantes de la salud

Los grupos sociales han recibido en la sociología diversas denominaciones, entre las cuales la más utilizada es la de 'clase social'. Ésta es una categoría con múltiples definiciones, pero que ninguna de estas ha logrado imponerse en la comunidad científica con claridad. De hecho, Marx y Engels, quienes fueron sus principales impulsores nunca dieron una definición precisa de 'clase social' a pesar de la posición central que ocupa este concepto en su concepción filosófica, política y económica del mundo. A pesar de que fueron precisamente ellos los primeros en comprender esa centralidad de este concepto en los estudios sociales, concebían las clases sociales exclusivamente en términos económicos, definiendo cada clase por el lugar que ocupaban o el papel que jugaban sus miembros en la economía. Igualmente hizo Max Weber.

Sólo con afanes operativos, esto es, sin pretender introducirse en la amplia y profunda controversia que se ha desarrollado y desarrolla acerca de la definición de grupo o clase social y dada su centralidad en este documento, utilizamos la siguiente definición:

Un grupo social puede entenderse como una colección de individuos que comparten ciertos rasgos biológicos, económicos, políticos o culturales. Por ejemplo: grupos sexuales, ocupacionales, según ingreso económico, políticos o religiosos. Y, algunos grupos constituirán clases sociales en la medida que domina o es dominado por otro grupo social en algún aspecto biológico, económico, político o cultural; y los miembros del grupo dominante se benefician de su pertenencia al mismo, más de lo que lo hacen los dominados por la pertenencia al suyo. Asimismo, es sumamente importante comprender que «todas las clases no son homogéneas, están fraccionadas según lineamientos étnicos, políticos y religiosos» (Bunge, 1999).

Bajo el título: ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? **Los determinantes de la salud de las poblaciones.** Evans, Barer y Marmor (1996) estudian la salud basados en el concepto de grupos sociales. Inician su libro respondiendo la pregunta de su título de la siguiente forma: «La gente que ocupa las posiciones sociales más altas vive más tiempo. Entre tanto, además, goza de mejor salud.»

En efecto, un importante número de estudios, en muchos países, ha mostrado la existencia de correlación entre la esperanza de vida y la frecuencia de otros indicadores de salud con indicadores de estatus social, tales como ingresos económicos, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia, etc. (Wilkinson, 1992).

¿Por qué alguna gente está sana y otra no: los determinantes de la salud

- ingreso y posición social,
- redes de apoyo social,
- educación,
- empleo y condiciones de trabajo,
- entornos físicos seguros y limpios,

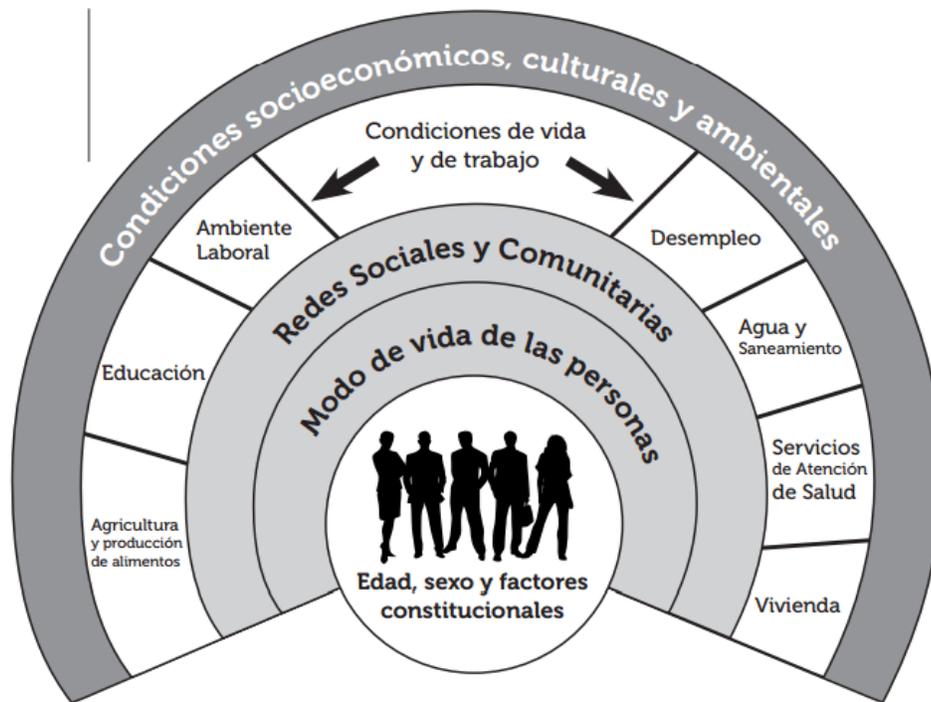
- características biológicas y constitución genética,
- desarrollo del niño
- servicios de salud.

(Wilkinson y Marmot, 1998)

DETERMINANTES CLAVES	PREMISAS FUNDAMENTALES
Ingresos y nivel social	La situación de salud mejora a medida que los ingresos y la jerarquía social son más altos. Ingresos altos determinan condiciones de vida como vivienda segura y capacidad de comprar buenos alimentos en cantidades suficientes. Las poblaciones más sanas se encuentran en las sociedades que son prósperas y tienen una distribución equitativa de la riqueza.
Redes de apoyo social	El apoyo de las familias, los amigos y las comunidades se asocia con una mejor salud. Las respuestas efectivas al estrés y el apoyo de la familia y los amigos constituyen una relación favorable y de apoyo que parece actuar como un amortiguador en contra de los problemas de salud.
Educación	La situación de salud mejora con el nivel de educación. La educación aumenta las oportunidades de ingresos y seguridad en el trabajo y proporciona a las personas un sentido de control con respecto a las circunstancias de la vida, factores claves que influyen en la salud.
Empleo/condiciones de trabajo	El desempleo, el subempleo y el trabajo estresante se asocian con un estado de salud deficiente. Las personas que tienen más control de sus circunstancias laborales y menos exigencias relacionadas con el estrés del trabajo son más sanas y, con frecuencia, viven más tiempo que las personas que tienen un trabajo y actividades estresantes con riesgos.
Entornos sociales	El conjunto de valores y normas de una sociedad influye, de diferentes maneras, en la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones. Además, la estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones de trabajo y las comunidades cohesivas proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales a la buena salud. Varios estudios han revelado que la disponibilidad de soporte emocional y la baja participación social tienen un impacto negativo sobre la salud y el bienestar.
Entornos físicos	Los factores físicos en el entorno natural (por ejemplo, calidad del aire y del agua) son influencias claves en la salud. Los factores en el entorno creado por el hombre como la seguridad en la vivienda, el lugar de trabajo, la comunidad y el trazado de los caminos también constituyen influencias importantes.

Prácticas de salud personales y aptitudes de adaptación	Los entornos sociales que permiten y respaldan elecciones y estilos de vida saludables así como el conocimiento, las intenciones, los comportamientos y los estilos de vida de las personas y las aptitudes de adaptación para enfrentar la vida de manera saludable son influencias claves en la salud. Mediante investigación en áreas como cardiopatías y niñez en desventaja muestra que hay evidencia de vínculos bioquímicos y fisiológicos a las condiciones vasculares y otros eventos adversos de la salud.
Desarrollo sano del niño	El efecto de las experiencias prenatales de la infancia temprana en la salud, el bienestar, las habilidades de adaptación y la competencia son muy importantes. Los niños nacidos en familias de bajos ingresos tienen mayores posibilidades que aquellos nacidos en familias de ingresos altos de tener bajo peso al nacer, comer alimentos menos nutritivos y tener más dificultades en la escuela.
Características biológicas y genéticas	La biología básica y la constitución orgánica del cuerpo humano, son factores determinantes de la salud fundamentales. La dotación genética proporciona una predisposición hereditaria a un amplio rango de respuestas individuales que afectan la situación de salud. Aunque los factores socioeconómicos y ambientales son factores determinantes importantes de la salud,
	en algunas circunstancias la dotación genética parece predisponer a ciertos individuos a enfermedades o problemas de salud particulares.
Servicios de salud	Los servicios de salud, en particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud, prevenir enfermedades y restituir la salud y el funcionamiento contribuyen a la salud de la población.
Género	El género se refiere al conjunto de funciones determinadas por la sociedad, rasgos de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder e influencia relativos que la sociedad atribuye a los dos sexos sobre una base diferencial. Las normas "que tienen en cuenta consideraciones de género" influyen en las prácticas y en las prioridades del sistema de salud. Muchos temas de salud están en función de la posición social o en el género y los roles. Por ejemplo, las mujeres son más vulnerables a violencia sexual o física, ingresos bajos o a ser madres solteras por razón del género (ejemplo, consumo de tabaco, el abuso de sustancias, las drogas de prescripción, enfermedades de transmisión sexual y la inactividad física). Medidas para abordar la inequidad y sesgo de género dentro y fuera del sistema de salud mejoran la salud de la población.

Cultura	Algunas personas o grupos pueden enfrentarse a riesgos adicionales para la salud debido a un entorno socioeconómico, el cual está determinado en gran parte por valores culturales dominantes que contribuyen a la perpetuación de condiciones tales como la marginación, la estigmatización, la pérdida del valor del idioma y la cultura, la falta de acceso a la atención de salud y a los servicios culturalmente apropiados.
----------------	---



Los principales problemas de salud de los grupos en desventaja son un tema crucial que debe abordarse. No obstante, no deben ser el centro exclusivo de una estrategia de salud para la población, debido a que resolver problemas grandes de grupos relativamente pequeños no producirá los resultados generales que estamos buscando para mejorar la salud y la prosperidad de toda la población. Sin embargo, la igualdad de oportunidades para la salud de los grupos en desventaja debe ser una preocupación especial en una sociedad democrática que valora la salud de todos sus residentes.

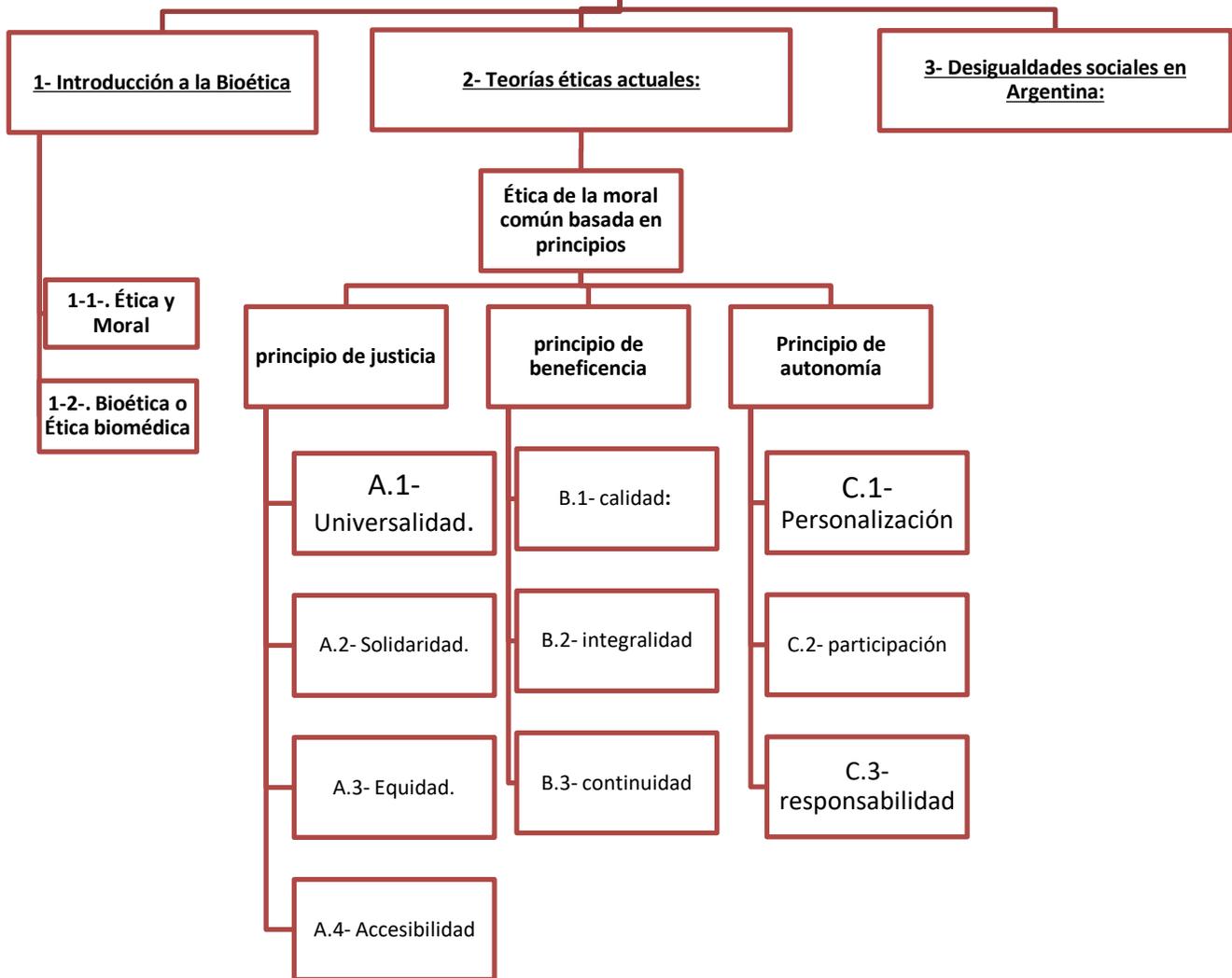
Actividad 1

Escriba su propia definición de salud.

Bibliografía:

- AGUIRRE Beltrán, G. (1996). Antropología médica. CIESAS, México.
- ASTELLANOS, P: Sobre el concepto de salud enfermedad. Un punto de vista Epidemiológico. Cuadernos médicos Sociales N° 42 CESS, 1987
- CARTA DE OTAWA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>.
- Curso En Salud Social Y Comunitaria, Salud Y Sociedad Capacitación En Servicio Para Trabajadores De La Salud En El Primer Nivel De Atención. Programa Médicos Comunitarios, Ministerio de Salud.
- DAHLGREN, G., WHITWHEAD, M., Políticas And Strategies To Promote Social equity in health, Institute for Future Studies, Stockholm, 1991.SM
- DE HOYOS, G. MERCADO A., Universidad Nacional del Comahue Escuela de Medicina- Atención primaria de la salud 1- Neuquén, Abril de 1999- <http://www.aps1.110mb.com/APS%20I.pdf>
- GINÉS GONZÁLEZ GARCIA, RUBÉN TORRES, “Políticas de Salud”. Posgrado en Salud Social y Comunitaria-Programa Médicos Comunitarios. Módulo 5. Buenos Aires, 1o Edición. 2005
- GINÉS GONZÁLEZ GARCÍA Apertura. En: Torres, Rubén (org) (2001) Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Edic. I Salud NO 3, pág. 5
- GRODOS, D. Y de BETHUNE, X. Las intervenciones sanitarias selectivas. **Una trampa para las políticas del tercer mundo.** Pag. 72 y 73 en Cuadernos Médico Sociales NO 46. Rosario, Santa Fe. Argentina.
- LALONDE, MARC: El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense. En: Promoción de la Salud: Una Antología, OPS- OMS, Washington, DC, Publicación Científica NO 557, Págs. 3-5. 1996.
- MENENDEZ, E. L. (1990). Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. CIESAS, México.
- OMS - Comisión on Social Determinants of Health, Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional., 2005.
- SONIS ABRAAM, BELLO JULIO, DE LELLIS MARTIN- Salud y Sociedad-Módulo 1- PSSC- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación- 2005
- TARLOV, A: Social determinants of health: the sociobiological translation, 1996.

Equidad y Ética en salud. Desigualdades e Inequidades



Equidad y ética en salud.

Desigualdades e inequidades

1- Introducción a la Bioética

El hombre como afirma Aristóteles, es un ser social, porque tiende a vivir en sociedad, únicamente en la cual puede desarrollar su humanidad. Como ser social traspasa los límites preordenados por la naturaleza, y a través de su acción crea y genera cultura. La cultura abarca todos los modos de pensamiento y conducta transmitidos por la interacción comunicativa entre los seres humanos.

La cultura de cada sociedad contiene en general un sistema de valores, que es siempre normativo, por el cual sus miembros asumen como parte de su herencia cultural la noción de lo que deben hacer o no hacer; que algunas acciones son correctas o buenas y otras son incorrectas o malas. Cuando el hombre eligen entre lo correcto y lo equivocado toma una decisión moral. En toda sociedad los individuos internalizan normas necesarias para la convivencia, incorporándolas como parte de su ser. Las normas son pautas o reglas de conducta que deben en general ajustarse a la realidad y que sirven para modelar las relaciones sociales.

Los orígenes fundamentales de los sistemas normativos en las sociedades han sido la filosofía y la religión, aunque también lo son los usos sociales las costumbres, los valores y las leyes, que determinan para cada sociedad un sistema de valores vigentes en cada momento histórico.

El pensamiento ético de la mayoría de las naciones ha sido conformado por las grandes religiones del mundo, y si bien existen amplias áreas de acuerdo entre las diversas sociedades, también hay marcadas diferencias en las actitudes y las ideas como ocurre por ejemplo entre los pueblos de oriente y occidente.

El sistema ético del mundo occidental se ha construido en gran parte sobre un fundamento judeocristiano aunque el pensamiento griego y romano ha ejercido una influencia considerable.

La medicina según Laín Entralgo, es al mismo tiempo un conjunto de saberes, una profesión, y una institución social, y representa la respuesta cultural de la sociedad ante el problema de la salud y la enfermedad. Por lo tanto posee el marco del sistema de valores que la sociedad le otorga y que son aplicables en distintas circunstancias a la medicina como ciencia, como profesión y como institución social.

1-1-. Ética y Moral

La palabra moral (del latín mor o moris: costumbre), describe un tipo particular de comportamiento humano, referido a las costumbres o hábitos característicos de una sociedad.

Aunque moral es una palabra básicamente neutra, su significado se ha ampliado donde forma que conducta moral se considera igual a correcto e inmoral equivale a equivocado con referencia a los valores aceptados en una determinada sociedad.

Por otra parte la palabra ética (del griego *ethos*: costumbres, hábitos) que como puede apreciarse significa lo mismo en sentido etimológico, ha pasado a tener un sentido más teórico en un uso moderno. Se refiere a los preceptos que deben controlar el comportamiento moral, por lo que se trata de una verdadera ciencia que estudia la naturaleza y las bases de las obligaciones morales, ocupándose de distinguir entre lo correcto y lo equivocado.

En la cultura occidental la primera concepción ética está basada en el **orden natural**, se basa en la filosofía grecorromana para la cual vivir moralmente es vivir de acuerdo con la naturaleza. Esta concepción está representada en la ética médica por el principio máximo de la medicina hipocrática: “*primum non nocere*” (primero no dañar).

La religiosidad monoteísta de la edad media en particular del cristianismo da origen a otra concepción ética basada en el **orden sobrenatural** que aunque sigue siendo en esencia naturalista, sobrepone un orden trascendente metafísico al orden de la naturaleza que es producto de la creación y de las leyes de Dios. La ética de la medicina de la edad media está basada en la caridad y en el respeto a la dignidad del enfermo como sujeto doliente, prevaleciendo en esta concepción el principio de “*beneficencia*” desde una óptica paternalista.

En contraposición al orden natural y al sobrenatural, surge a partir del Renacimiento una nueva concepción ética basada en el **orden social**, que reniega de la falacia naturalista y considera al hombre como agente natural autónomo poseedor de una subjetividad trascendental capaz de definir por sí mismo las normas morales. El bien moral es lo conveniente a la naturaleza racional del hombre y a su posición respecto a los demás seres. El orden natural es sustituido por el orden moral o de la libertad producto de la construcción social del hombre.

1-2-. Bioética o Ética biomédica

La medicina en su triple dimensión científica, profesional y asistencial, se ha transformado en una gran institución social que juega un rol importante en nuestra cultura. Esto dio origen en los finales del siglo XX a una rama de la ética denominada **Bioética o ética biomédica**.

El diccionario de la Real Academia Española define bioética como ***la disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivos***. En un sentido más restringido se la define como el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida que esta conducta se examine a la luz de valores y los principios morales.

El término fue empleado por primera vez en EEUU y pronto se extendió a otros países. La bioética surge en el campo de las ciencias biológicas en forma similar al cuestionamiento moral luego de la segunda guerra mundial respecto a la posibilidad de las armas nucleares de destruir la humanidad. Desde que se descifró el código genético y se plantean nuevas posibilidades de manipulación

científica de la naturaleza el interés por la bioética se ha intensificado y los tópicos que abarca son cada vez mayores.

2- Teorías éticas actuales:

Algunas son:

- **Teleología, de fines o consecuencialista:** pone énfasis en el efecto, ya que sostiene que una acción es buena o mala solo por sus resultados (tele = distancia)
- **Deontológicas:** el calificativo moral corresponde al acto mismo, por lo que sostiene que una acción es correcta o incorrecta independientemente de sus consecuencias. La fundamentación principal de esta teoría es la ética Kantiana expresada en la forma del deber como imperativo categórico: este establece que es lo que debemos hacer independientemente de nuestros deseos, y para ello debemos actuar siempre de tal forma que podríamos definir tal conducta como una máxima universal.
- **La ética del carácter o ética de la virtud.** Una virtud moral es la disposición o la costumbre de actuar de acuerdo con los principios, las obligaciones o los ideales morales. Es decir, que no es suficiente actuar siempre de modo correcto, si no estar motivado para actuar siempre de forma correcta.
- **Individualismo Liberal:** pone asento en la defensa de los derechos individuales.
- **El Comunitarismo:** que da primacía a los intereses de la comunidad.
- **Ética de la moral común basada en principios:** obtiene sus premisas básicas directamente de la moral compartida por los miembros de una sociedad, basada en ciertos principios y reglas que derivan de la moral común y tienen indiscutible consenso social. Esta teoría se basa en **tres grandes principios normativos**, que por otra parte son aceptados por todas las otras teorías éticas.

A) principio de justicia: Tratar a cada uno como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.). En nuestra sociedad, aunque en el ámbito sanitario la igualdad entre todos los hombres es sólo una aspiración, se pretende que todos sean menos desiguales, por lo que se impone la obligación de tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales para disminuir las situaciones de desigualdad.

B) principio de beneficencia: no debe confundirse con el concepto habitual de beneficencia como acción caritativa. En este análisis consideramos como principio complementario a éste el de no maleficencia (no hacer el mal) representada en la ética médica por la mencionada máxima hipocrática “*primun non nocere*” (primero no dañar)

C) Principio de autonomía: considera que toda persona tiene derecho a la autodeterminación, es decir a gobernarse a sí misma., por lo que proclama el respeto a la voluntad de las personas como agente moral y libre.

En la ética médica estos tres principios están representados por la triada *sociedad, médico, paciente*. La sociedad vela por el principio de justicia, el médico trata de ejercer el de beneficencia, y el paciente debe hacer lo posible para defender su autonomía.

A) principio de justicia

A.1- Universalidad.

Todas las personas y grupos humanos, independientemente de su condición social, económica, política, étnica religiosa o de enfermedad tienen derecho a la atención de su salud.

Esto fue declarado por la Organización de Naciones Unidas (ONU) al terminar la segunda guerra mundial, en 1948, con la “Declaración Universal de los Derechos Humanos”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) que constituye el organismo especializado de la ONU en cuestión de salud creada en 1946 establece en su Declaración de Principios que *“el goce del más alto grado de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica y social”*. Así mismo agrega que *“Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus pueblos la cual puede ser cumplida por la provisión de medidas sociales y sanitarias adecuadas”*.

En la tercera reunión de ministros de salud de las Américas, Santiago de Chile 1972 se declara que *“la salud no es un atributo del hombre aislado, por el contrario la comunidad está influida total o parcialmente por el estado de salud de sus componentes...La salud es un derecho universal que distingue una sociedad civilizada de la que no lo es”*. En esta declaración se destaca el concepto de la salud como un derecho social, mas allá del derecho individual proclamado por la Declaración de derechos Humanos. En efecto sin la posibilidad real de un grupo social o una comunidad de acceder a los beneficios y recursos necesarios para lograr el bienestar y la atención de la salud el derecho a la salud no pasa de ser un enunciado formal.

A.2- Solidaridad.

Las personas y los grupos sociales con mayores recursos deben contribuir a la atención de aquellos de menores recursos. Y quienes gozan de un buen estado de salud deben colaborar para la atención de quienes padecen enfermedad o invalidez.

La solidaridad es la expresión implícita de un pacto social fundado en el reconocimiento por parte de cada uno de los integrantes de una sociedad de la necesidad mutua de ayuda para satisfacer las necesidades básicas individuales y familiares. Representa una forma superior de relación humana que trasciende el individualismo, por que reconoce la voluntad del individuo para brindarse a favor de los demás.

Un sistema de atención de salud basado en la solidaridad, ya sea con cobertura universal o cuando está destinado a un grupo determinado de población, es aquel en el cual cada uno de los beneficiarios aporta para el sostenimiento del sistema una contribución, en general de acuerdo con sus posibilidades, y espera recibir a cambio los servicios solo en la medida de sus necesidades, independientemente de la magnitud de su contribución. Ello supone que otros beneficiarios con mayor necesidad podrán eventualmente recibir una cantidad mayor de servicios que los que hubiera podido recibir en virtud del monto de su contribución.

A.3- Equidad.

La atención de la salud debe dar prioridad a las personas, los grupos y las comunidades con mayor necesidad de atención, independientemente de la contribución que hayan efectuado al sostenimiento financiero del sistema.

En los últimos 50 años del siglo XX, muchos países lograron que las condiciones de salud mejoraran más que en cualquier otro período de su historia. Incluso en algunos de los países más pobres del mundo se alcanzaron progresos notables, con aumentos de la esperanza de vida y mejorías de la supervivencia infantil sin precedentes. Aunque estos éxitos generales podrían mover a la complacencia, cuando se profundiza en el problema aparece un cuadro muy distinto.

Al desagregar los datos nacionales para conocer el destino de los distintos grupos que constituyen las sociedades aparecen disparidades igualmente inquietantes.

En los países más ricos del mundo pueden observarse cuadros similares. Así ocurre en los Estados Unidos, pues, cuando se comparan los condados con las tasas de mortalidad más altas y más bajas, aparece una diferencia de 13 años entre la esperanza de vida de las mujeres y de 16 años en la de los varones, patrones que siguen estrechamente los perfiles de la pobreza y de las minorías étnicas de la nación (Murray et al. 1998).

Incluso en algunos de los países más saludables de Europa Occidental, tales como Holanda, Finlandia y Gran Bretaña, se encuentran gradientes de salud a lo largo del espectro social, de manera que los más pobres mueren entre 5 y 10 años antes que los más ricos (Whithead y Diderichsen 1997), con diferencias de hasta 13 años en la esperanza de vida sin discapacidad entre los ricos y los pobres de un mismo país (van de Water et al. 1996; Valkonen et al. 1997).

Por tanto, las disparidades en salud parecen extenderse en todo el mundo, sea entre las naciones como dentro de cada nación. Las oportunidades para gozar de buena salud son muy desiguales, tanto en los países más ricos como en los pobres y tanto si el estado sanitario global de cada uno de ellos es alto o bajo.

¿Qué significa equidad en la salud?

Las desigualdades en salud reflejan las diferencias de salud entre grupos, con independencia de cualquier posible valoración sobre la justicia de éstas. **Las inequidades se refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas. La calificación de injusticia implica una valoración de si las desigualdades son o no evitables**, así como la aplicación de conceptos más complejos de justicia distributiva a la salud.

A.4- Accesibilidad. Geográfica, económica, legal, administrativa, culturales

B) principio de beneficencia:

El principio de **beneficencia**, entendido como el imperativo moral de hacer el bien y también de no hacer mal (no maleficencia), exige que el sistema de salud se sustente en los siguientes valores:

B.1- calidad:

La atención de la salud debe garantizar el mejoramiento constante de los servicios sustentados en el conocimiento científico actualizado y en procesos de calidad técnica probada, en base a su eficacia (capacidad para resolver el problema), eficiencia (con uso racional de los recursos) y efectividad (impacto real en la salud de la comunidad). Para ello debe promover la evaluación y acreditación de los servicios, reducir los efectos adversos, y procurar la satisfacción de las necesidades y expectativas de la población sobre la base del trato digno, respetuoso y con sensibilidad humana por parte del equipo de salud.

B.2- integralidad

Conjunción armónica y efectiva para la satisfacción de las necesidades de la población en términos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud. Esto requiere un modelo de atención integral que asegure el cuidado de la salud con un enfoque holístico y ecológico, que contemple no solo la dimensión biológica, sino también los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la condición humana.

B.3- continuidad

El cuidado de la salud debe brindarse a las personas en forma continua, desde antes del nacimiento hasta la muerte. De esta manera se facilita la intervención oportuna sobre determinantes, factores de riesgo, enfermedades y otros problemas de salud, así como el cuidado permanente frente a enfermedades crónicas e invalidez.

C) Principio de autonomía.

El principio ético de **autonomía**, como expresión del derecho de las personas a que se respete su voluntad en un asunto tan importante como la vida y la salud, impone que el sistema de salud garantice la vigencia de los siguientes valores:

C.1- Personalización

La atención de la salud debe considerar, comprender y respetar los sentimientos, modos de vida, pautas culturales, valores y creencias de las personas y las comunidades. La personalización en el cuidado de la salud constituye el valor básico de una medicina humanizada, basada en el reconocimiento del paciente como protagonista principal del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

C.2- participación

Los ciudadanos y los diversos actores sociales que componen el sistema de salud tienen derecho a ser protagonistas en las decisiones sobre planificación y control de los servicios y en el uso de los recursos, mediante espacios de participación social y concertación sectorial en las organizaciones e instituciones públicas de nivel nacional, provincial, municipal o social.

C.3- responsabilidad

Los actores sociales y políticos que componen el sistema de atención de la salud deben asumir su responsabilidad en el cumplimiento de los principios y valores mencionados. La atención de la salud es un bien público, con independencia de la propiedad (estatal o privada) de los proveedores de servicios, y las instituciones y actores del sistema deben rendir cuentas y responder con transparencia ante la población por las acciones que se realizan.

3- Desigualdades sociales en Argentina:

este trabajo describe la situación del país en términos de inequidades, con la hipótesis de cómo sería el país si en él vivieran 100 personas. Fue realizado por la Consultora Equis y publicado en un Diario Nacional.

(...) “Un trabajo realizado por el sociólogo Artemio López expone una especie de radiografía sociodemográfica del país” para el año 2004.

(...) Para ello, y a los efectos de ponerlo en un plano claramente comprensible, apela a un artificio simple: cómo sería este país si aquí viviesen solamente 100 personas, según los datos obtenidos en varias mediciones realizadas por el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos).

El resultado es el siguiente:

Si en la Argentina vivieran 100 personas...

51 serían mujeres.

49 serían hombres.

2 nacerían cada año.

1 moriría cada año.

30 serían casados y vivirían en pareja heterosexual.

3 serían graduados universitarios.

2 serían analfabetos absolutos.

27 vivirían con cuatro pesos por día.

10, con dos pesos por día.

7 vivirían con un peso por día.

18 habitarían en villas de emergencias o asentamientos precarios.

63 no tendrían cloacas.

58 vivirían sin gas natural.

33 no dispondrían de agua potable.

48 no tendrían cobertura de salud por fuera del hospital público.

7 serían discapacitados, de los cuales cinco serían pobres. De los siete habitantes con discapacidad, tres serían jefes de hogar.

30 serían menores de 15 años, de los cuales 18 serían pobres y siete indigentes.

10 tendrían más de 65 años y de ellos 4 no tendrían ninguna pensión o jubilación disponible, ni tampoco cobertura alguna de salud, por fuera del hospital público.

40 serían activos económicamente y 15 de ellos estarían desocupados o subocupados.

25 recibirían parte o todo su salario en negro.

De cada 100 pesos existentes, los 20 habitantes más ricos se quedarían con 54 pesos...

... y los 20 más pobres con cuatro pesos.

69 estarían habilitados para votar.

52 votarían efectivamente.

López sostiene que este trabajo expone “un país de fuerte desigualdad en la repartición de los bienes materiales y de los simbólicos”. Respecto de los primeros, ejemplifica que el 20 por ciento se queda con 54 pesos de cada cien y el 20 más pobre, con 4.

“Argentina multiplicó por dos la brecha existente entre el 20 por ciento más rico y el 20 por ciento más pobre en los últimos 30 años, transformándose en uno de los países más inequitativos en el continente más inequitativo del mundo, que es Latinoamérica”.

El estudio muestra otros indicadores que desnudan en otras áreas ese proceso de inequidad. “Que el 63 por ciento viva sin cloacas, el 58 no posea gas natural y el 48 no tenga cobertura sanitaria por fuera del sistema de hospitales públicos muestra que el proceso de inequidad distributiva en términos de ingreso impacta fuertemente en otros de la vida cotidiana”, dice López.

El sociólogo mencionado resalta algunos de los datos expuestos más arriba. A saber:

- “Argentina es un país que se jactó de poseer un alto nivel educativo, comparándose con los países más desarrollados del hemisferio y estándares similares a los de las potencias mundiales. Ahora llegamos a la circunstancia de que cada 100 habitantes tenemos 3 graduados universitarios

y también dos analfabetos absolutos, casi la misma cantidad de universitarios que de analfabetos.”

Actividad 2

La actividad que le proponemos aquí tiene un significado en sí misma, en relación con las cuestiones abordadas en esta unidad y, de algún modo, ya anticipa algunas problemáticas a ser analizadas en las unidades siguientes.

En este sentido, le proponemos que analice el siguiente caso de mortalidad materna:

La señora Juana murió durante el trabajo de parto en un pequeño hospital distrital. El médico que la atendió no dudó sobre las causas de la muerte: un típico caso de hemorragia antes del parto debido a una placenta previa. Una mujer en esta condición sangra inevitablemente al final de la gestación o antes del parto. El médico quedó satisfecho con el diagnóstico, buscó el código correspondiente en la Clasificación Internacional de Enfermedades, codificó correctamente el caso y lo archivó.

Un comité de obstetras que investigaba las causas de las muertes maternas, se reunió y solicitó el caso completo de la señora Juana y lo examinó, de acuerdo con los modelos desarrollados por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. El comité concluyó que la muerte de la señora Juana era evitable. Juzgó que si hubiera habido sangre en cantidades adecuadas y si el servicio hubiera estado equipado para atender emergencias, la vida de la señora Juana se habría salvado.

Más tarde un estudio poblacional financiado por la OMS sobre las necesidades de salud materna en las comunidades, mostró que la señora Juana estaba lejos de ser una mujer saludable. Antes del embarazo ya sufría de anemia crónica, causada por desnutrición y parasitosis crónica. La señora Juana tampoco había tenido acceso a ningún tipo de cuidado prenatal durante el embarazo. También se descubrió que ésta no era la primera vez que la señora Juana sangraba en el embarazo. La investigación concluyó que la muerte de la señora Juana obedecía a necesidades insatisfechas de la comunidad en el área de salud materna. El caso fue nuevamente cerrado. Pero no por mucho tiempo; fue reabierto por una investigación patrocinada por la Family Health International. Allí se descubrió que la señora Juana tenía 39 años y había tenido siete partos. Cinco de sus hijos están vivos. Debido a su edad y al número de partos, la señora Juana ya había expresado su deseo de no tener más hijos. La señora Juana nunca tuvo acceso a información ni a educación sobre planificación familiar. La conclusión de este estudio fue que la señora Juana habría muerto por la falta de acceso a la información adecuada y oportuna.

Más tarde, un grupo de demógrafos que buscaba las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en la comunidad, agregó un nuevo elemento. La señora Juana era un ama de casa analfabeta, su marido era un trabajador rural de muy bajos recursos.

Los científicos descubrieron que la señora Juana tenía un riesgo relativo de morir cinco veces superior al de una mujer de nivel socioeconómico más alto de su país y 100 veces superior al de una mujer del país industrializado más cercano. El estudio concluyó que la verdadera causa de la

muerte de la señora Juana era su estatus socioeconómico y la poca valoración social de su vida. Es decir, la señora Juana murió por causa de la pobreza y la injusticia social.

Resulta claro que las causas de la mortalidad materna pueden analizarse desde varias perspectivas. De todas formas, es claro que la señora Juana es uno de los casos de muertes maternas evitables. Pero es poco frecuente en estos estudios, agregar las causas culturales.

La causa de que la señora Juana haya tenido siete partos no reside simplemente en su desconocimiento de los métodos anticonceptivos, ya que muchas mujeres que los conocen, incluyendo muchas adolescentes, no los utilizan. ¿Por qué? En gran medida porque para la mayoría de las mujeres pobres tener hijos es la única manera de ser socialmente valoradas, lo que significa que su estatus social como mujer depende de su papel como madre, incluyendo en ello la valoración frente a su compañero.

Una mujer como la señora Juana –ama de casa, analfabeta, responsable del cuidado de una familia numerosa y de bajos recursos– difícilmente puede ejercer su autonomía cuando se trata de decidir sobre el tamaño de su familia o el cuidado de su propio cuerpo. Las inequidades sociales, de las cuales las de género son sólo una parte, se acumularon en la historia de su vida, hasta llegar a la única etapa irreversible de la vida: la muerte prematura. Si en cualquiera de los accesos al camino que la llevaría a la muerte la señora Juana hubiera encontrado una salida, muy probablemente hubiera salvado su vida, y sus hijos hoy contarían con una madre.

¿Qué reflexiones le provocan el análisis del caso de la señora Juana?

-Identifique en dicho caso cuáles son los determinantes sociales que aumentan la inequidad en salud. Puede recuperar en su análisis las dimensiones del campo de la salud de la Unidad 1

-¿Cómo debería haberse obrado desde la perspectiva ética para evitar esta muerte materna?

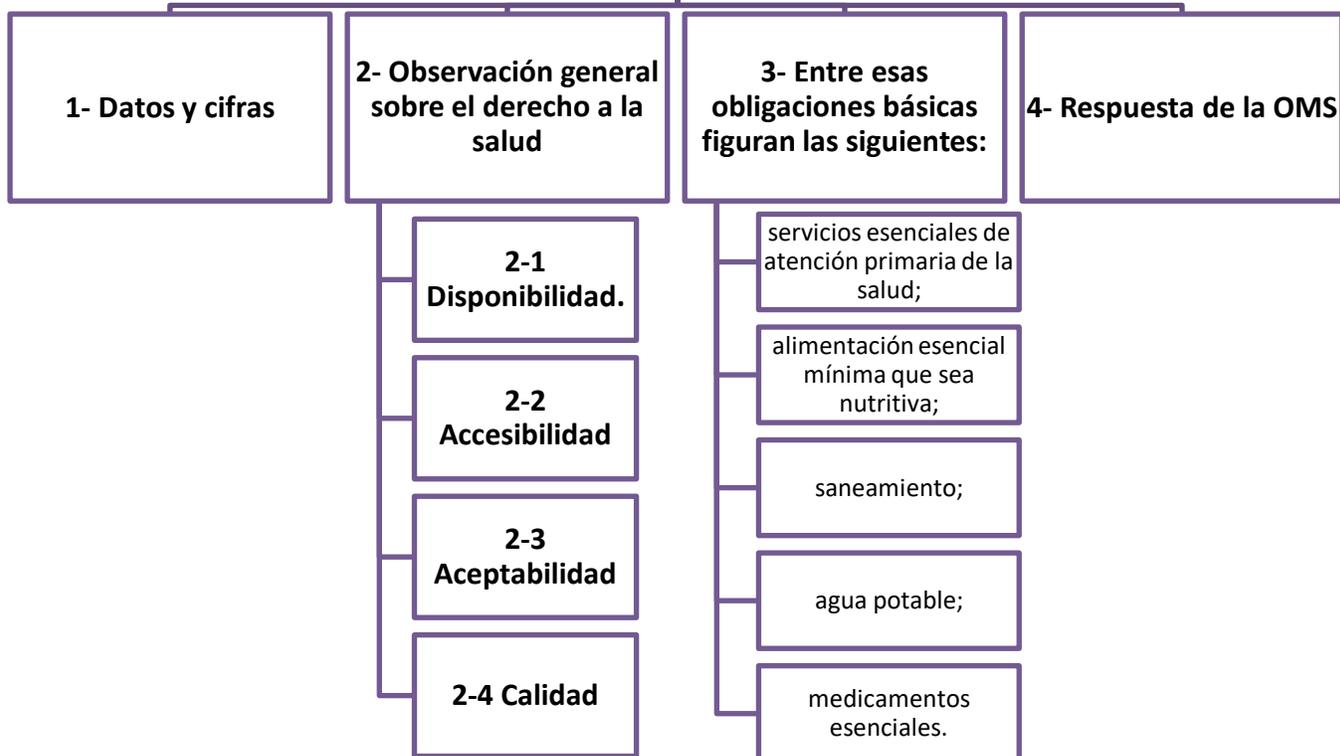
-Explique qué concepción de salud supone tendrían los miembros del equipo de salud y la paciente.

-¿Qué podrían haber hecho los profesionales que la atendieron?

Bibliografía:

- Ministerio de Salud de la Nación – UNICEF. *Mortalidad materna. Un problema de salud pública y derechos humanos*. 2003
- Ministerio de Salud de la Nación, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. *Situación de la Salud en Argentina*. 2003
- **POSGRADO EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA , Programa Médicos Comunitarios**, Módulo 1; Salud Y Sociedad / Abraam Sonis ; Martín De Lellis ; Edición Literaria A Cargo De: Mariela Rossen - 1a Ed. 3a Reimp. - Buenos Aires : Ministerio De Salud, 2010. ISBN 978-950-38-0061-4
- Principios Eticos y Medicina General Familiar, programa de educación continua a distancia en medicina general y familiar. Dr. Horacio Oscar Pracilio.
- Sonis, Abraham. "Equidad y salud. En: *Revista medicina y sociedad*. Vol. 23. Nº 4. 2000.

Derecho a la salud



Derecho a la salud

1- Datos y cifras

- La Constitución de la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.
- El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria.
- Con todo, unos 150 millones de personas en todo el mundo se encuentran cada año en una situación financiera catastrófica y 100 millones de personas se ven abocadas a vivir por debajo del umbral de la pobreza debido a sus gastos sanitarios.
- El derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano.
- Los problemas de salud suelen afectar en una proporción más alta a los grupos vulnerables y marginados de la sociedad.

“El mundo necesita un guardián de la salud mundial, un custodio de valores, un protector y defensor de la salud, incluido el derecho a la salud”.

- Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS

El derecho a la salud: un atributo que la ley ampara y reconoce. La Constitución Nacional Argentina sancionada en el año 1994, en su artículo 31.º establece: «*Esta Constitución, las leyes de la Nación que en su consecuencia se dicten por el Congreso de la Nación y los Tratados con las potencias extranjeras son la Ley Suprema de la Nación...*» y en su artículo 75 inciso 22, se confiere Jerarquía Constitucional a los Tratados Internacionales allí enumerados, entre ellos y en consonancia con el tema en tratamiento, se encuentran: La Declaración Americana de los Derechos del Hombre (arts. VII y XI); Declaración Universal de Derechos Humanos (arts. 3.º, 8.º y 25.º); Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 24.º); Convención Americana de Derechos Humanos (art. 4.º) y la Convención de los Derechos del Niño (arts. 6.º, 23.º, 24.º y 26.º), que conforme fuera dicho, tienen Jerarquía Constitucional Nacional y no pueden ser desconocidos por las Constituciones de las Provincias ni por las Reglamentaciones del poder Ejecutivo Nacional, Provincial o Municipal.

DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (1966)

EL ARTÍCULO 12

Establece que, entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para:

- la reducción de la mortalidad infantil y garantizar el sano desarrollo de los niños;
- el mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- la creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de la salud.

DECLARACIÓN AMERICANA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE

Artículo VII. Derecho de protección a la maternidad y a la infancia.

Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales.

Artículo XI. Derecho a la preservación de la salud y al bienestar.

Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS

ARTÍCULO 25

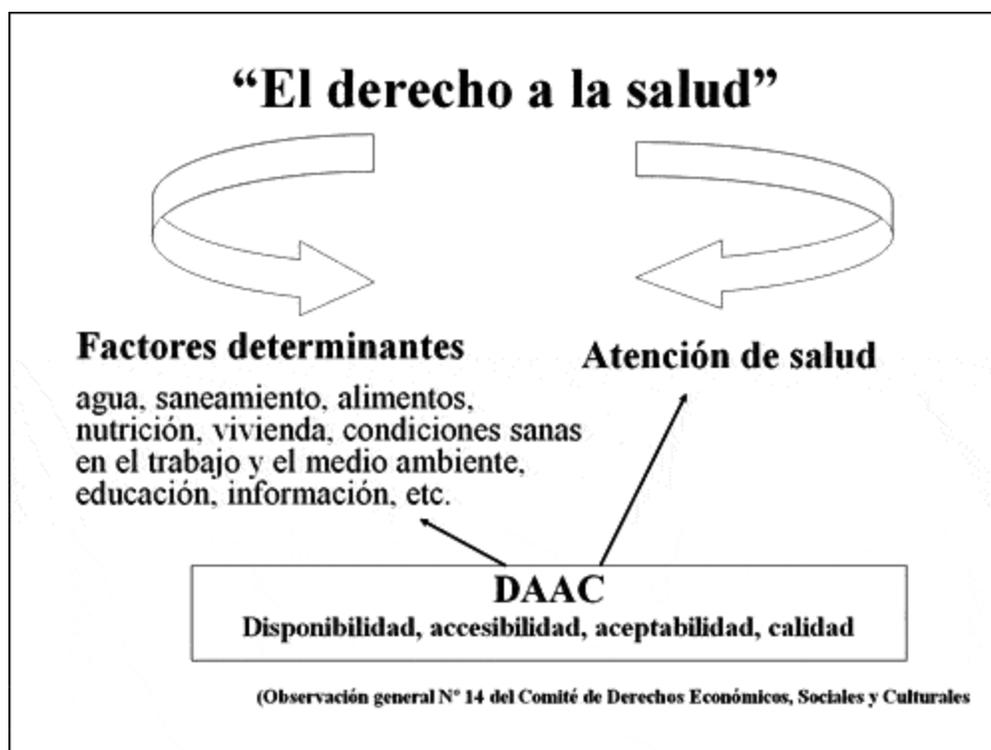
1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

2- Observación general sobre el derecho a la salud

Para aclarar y hacer efectivas las medidas arriba enumeradas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud.

En dicha Observación general se afirma que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.



Según la Observación general, el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

2-1 Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

2-2 Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- no discriminación;
- accesibilidad física;
- accesibilidad económica (asequibilidad);
- acceso a la información.

2-3 Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

2-4 Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones:

- **Respetar.** Significa simplemente no inferir en el disfrute del derecho a la salud (“no perjudicar”).
- **Proteger.** Significa adoptar medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute del derecho a la salud (por ejemplo regulando la actividad de los actores no estatales).
- **Cumplir.** Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud (por ejemplo, adoptando leyes, políticas o medidas presupuestarias apropiadas).

Según la Observación general mencionada, el derecho a la salud también comprende «obligaciones básicas» referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto porque es una tarea que corresponde a los países, para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran los siguientes elementos fundamentales:

3- Entre esas obligaciones básicas figuran las siguientes:

- servicios esenciales de atención primaria de la salud;
- alimentación esencial mínima que sea nutritiva;
- saneamiento;
- agua potable;
- medicamentos esenciales.

Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública en los que se tengan en cuenta las preocupaciones en materia de salud de toda la población. Esa estrategia y ese plan deberán elaborarse y examinarse periódicamente a través de un proceso participativo y transparente; deberán incluir indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; y deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

Los Estados Partes deben adoptar medidas para avanzar hacia la realización del derecho a la salud de conformidad con el *principio de realización progresiva*. Esto significa que deberán adoptar medidas deliberadas, concretas y específicas hasta el máximo de los recursos de que dispongan. Esos recursos incluyen aquellos proporcionados por el propio Estado y los

procedentes de la asistencia y la cooperación internacionales. En este contexto, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir sus obligaciones contraídas en virtud del derecho a la salud y la renuencia a cumplirlas.

4- Respuesta de la OMS

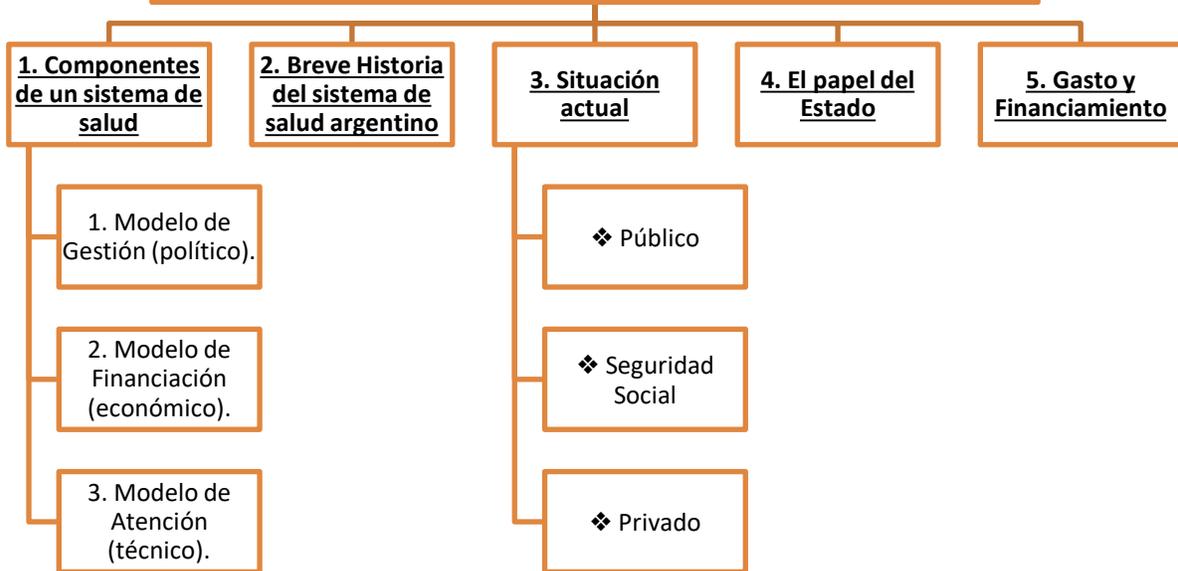
Como parte del actual proceso de reforma, la OMS ha puesto en marcha una iniciativa para promover y facilitar la incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos, sobre la base de los progresos que ya se han realizado en estas esferas en los tres niveles de la Organización. La OMS ha venido reforzando activamente su liderazgo técnico, intelectual y político respecto del derecho a la salud. En general, esto conlleva:

- reforzar la capacidad de la OMS y de sus Estados Miembros para adoptar un enfoque de la salud basado en los derechos humanos;
- promover el derecho a la salud en el derecho internacional y en los procesos de desarrollo internacionales;
- promover los derechos humanos relacionados con la salud, incluido el derecho a la salud.

Bibliografía:

- **Derecho a la salud** Nota descriptiva N°323, Noviembre de 2013, OMS;
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Sistema de salud en Argentina



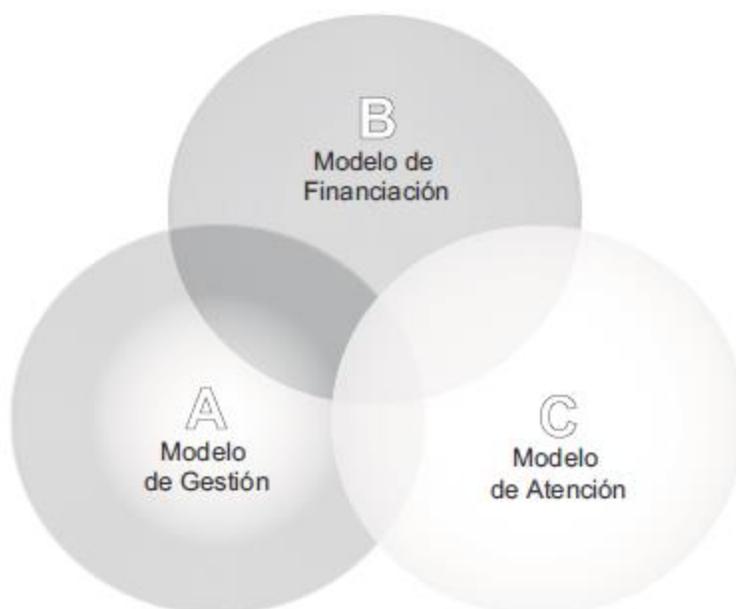
Sistema de salud en Argentina

1. Componentes de un sistema de salud

Un sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población. El sistema de salud es el resultado de la articulación de tres componentes: **el político, el económico y el técnico**. La articulación de estos tres componentes da lugar a tres modelos:

1. Modelo de Gestión (político).
2. Modelo de Financiación (económico).
3. Modelo de Atención (técnico).

En el siguiente cuadro podemos observar la interacción entre los componentes.



Componentes de un sistema de salud. Salud para los argentinos pag.222.Ediciones ISALUD. BS.AS. 2004.

El **Modelo de Gestión** define las prioridades del sistema en función de los valores que lo guían y establece las actividades que le corresponden al Estado. En cuanto a los valores: cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros; por ejemplo, algunos se preocupan más por la universalidad de la cobertura, mientras otros lo hacen por la efectividad de las acciones y su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos. En cuanto a las actividades del Estado se pueden mencionar: informar a la población; proveer directamente servicios a la población; comprar servicios al sector privado; financiar servicios de salud; regular la salud (ejercicio de las profesiones, exigencias de los establecimientos, aprobación de medicamentos).

El **Modelo de Financiación** define: ¿Cuánto debe gastar en salud el país? ¿De dónde provienen los recursos? ¿Cómo se asignan los recursos? Los cambios en la economía (en especial en las bases tributarias de los países) llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud. Una serie de variables deben ser consideradas para dar respuestas a estos interrogantes: los niveles de salud de la población; los modelos de sistemas de salud; el

tamaño de la economía. La mayoría de los países expandió y consolidó sus sistemas de salud sobre la base de un impuesto al trabajo (obras sociales). En la actualidad la tendencia es reemplazar esta fuente de financiación por otras.

El **Modelo de Atención** define qué tipo de acciones y servicios se debe prestar a la población.

¿A quién cubrir? (criterios de elegibilidad o inclusión dentro del sistema); ¿Cómo prestar? (con qué criterios o padrones); ¿Dónde prestar? (en qué lugares, de qué manera distribuir la oferta, qué criterios de referencia y contrarreferencia adoptar).

2. Breve Historia del sistema de salud argentino

La organización del sistema de salud de nuestro país es compleja. Un brevísimo repaso de su historia ilustrará sobre cómo se desarrollaron sus principales sectores. Todas las sociedades, cualquiera sea su evolución cultural, cuentan con algún tipo de medicina. La que en nuestro territorio preexistió a la llegada del conquistador europeo todavía se mantiene viva en regiones con tradición indígena como la puna norteña, o en poblaciones rurales. El español trajo a América su medicina occidental, representada tanto por los cirujanos que acompañaban las expediciones militares cuanto por quienes -en buena o dudosa ley- ejercieron luego sus artes curativas en los asentamientos coloniales.

Desde 1611 la ciudad-puerto tenía un pequeño hospital, limitado primero a la atención de los militares del presidio; una cédula real de 1745 lo convirtió en Hospital General de Hombres, a cargo de los padres bethlemitas y sostenido en parte por la caridad pública.

Hacia 1780 el virrey Vértiz instala en Buenos Aires el Tribunal del Protomedicato, cuyas funciones y facultades permiten considerarlo el primer organismo de salud pública de nuestras tierras. A comienzos del siglo XIX se inicia, sobre todo en Buenos Aires, la etapa fundacional hospitalaria; en poco tiempo se crearon hospitales, dispensarios, asilos y pequeñas salas de atención, en todo el territorio nacional, que tendieron a solucionar los problemas de salud de los grupos de bajos recursos económicos.

La medicina mutual -un rasgo peculiar de la Argentina- surge con la incorporación masiva de inmigrantes, que fundan sociedades de socorros mutuos basadas en el agrupamiento por colectividades étnicas. Ya por 1827 los comerciantes ingleses habían establecido una precursora Sociedad Filantrópica y a fines del siglo XIX han surgido mutualidades tales como Hospital Italiano, Español, Británico o Francés. Estas organizaciones se basan en los siguientes principios: adhesión voluntaria, organización democrática, neutralidad ideológica, contribución pecuniaria en consonancia con los beneficios a recibir y capitalización de los excedentes.

Estas mutuales han ido perdiendo poco a poco importancia relativa dentro del sistema, especialmente por el desarrollo avasallador de las obras sociales.

En la evolución de las obras sociales en la Argentina, como en muchos otros países donde se ha impuesto el concepto de la seguridad social, se pueden identificar unas tres etapas.

La primera etapa, voluntarista, muestra la aparición espontánea y dispersa de servicios sociales de diferente naturaleza -tanto de salud como de turismo y recreación-, por lo general vinculados a la acción de las asociaciones gremiales de trabajadores. Este proceso se acelera a partir de los años cuarenta al mismo tiempo que se manifiestan signos de la segunda etapa, la del seguro social obligatorio. Lentamente el Estado toma intervención en el tema y con diferentes medidas de

gobierno convalida legalmente la previa existencia de “obras sociales” y crea directamente otras nuevas.

El dictado de la ley 18.610 (1971), que ordenó y consolidó con criterio general el régimen de obras sociales de nuestro país, cierra el período voluntarista y señala la plenitud de la segunda etapa del desarrollo de la seguridad social: la extensión, por imposición del Estado, de la obligatoriedad legal de la afiliación y la contribución pecuniaria a las obras sociales. El sistema de obras sociales está iniciando su tercera etapa: la progresiva articulación de las múltiples y diversas entidades que lo integran en una política general común de cobertura poblacional, de régimen de prestaciones y de procedimientos operativos que las vincule apropiadamente con la política de salud sin perderse por ello la identidad de cada obra social.

El ejercicio profesional privado de médicos, dentistas, farmacéuticos, etc., en cambio, ha crecido en silencio, paralelamente al desarrollo del país y a la capacidad de sus habitantes para afrontar los gastos de atención médica. Su conjunto constituye hoy un sector de principal importancia en la provisión de servicios asistenciales junto con los numerosos sanatorios y clínicas privados, con y sin lucro.

Los prestadores privados son hoy los principales proveedores de servicios asistenciales para los beneficiarios de las obras sociales y por agrupamientos locales, provinciales y nacionales han constituido grandes organizaciones representativas de los prestadores de todo el país como la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFELISA), Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA), Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina (CUBRA).

3. Situación actual

La Constitución Argentina en su artículo 13 establece la salud como derecho del pueblo y deber del Estado. La República Argentina es un Estado Federal; integrada por 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital Federal). Estas 24 unidades político-administrativas son las que tienen, por mandato constitucional, la responsabilidad del cuidado y la protección de la salud de la población. Como la salud es un derecho constitucional, se puede afirmar que no existen barreras legales que impidan el acceso de los argentinos a los servicios públicos de salud. Por eso es que se considera que éstos brindan una “cobertura universal”.

La cantidad de personas que es atendida por el sistema de salud se identifica como “cobertura”. Según los datos del Censo de 2001, aproximadamente un 50% de la población total de Argentina estaba atendida -cubierta- por el sector público y otro 50 % eran beneficiarios de alguna obra social o de un seguro de salud voluntario (pre-pago).

Argentina enfrenta fuertes desafíos en materia de salud:

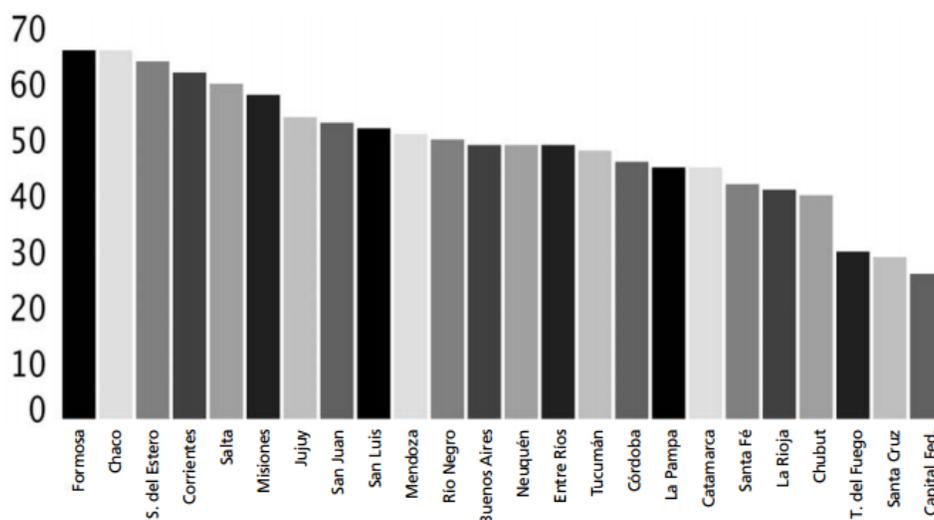
- ❖ proteger el terreno ganado en los últimos veinte años
- ❖ alcanzar la equidad en salud, cerrando la brecha que existe entre los sectores más ricos y los más pobres y que los promedios estadísticos suelen esconder.
- ❖ garantizar el acceso de toda la población a servicios y medicamentos esenciales.
- ❖ lograr que los servicios de salud asuman la Promoción de la salud y la Prevención de las enfermedades como herramientas para transformar la salud de la población.

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación es la máxima autoridad en materia de salud; a nivel provincial y municipal existen los respectivos Ministerios y Secretarías de Salud. El Estado actúa a través de sus tres niveles: nación, provincias y municipios. La financiación de estos servicios se realiza a través de los impuestos que se recaudan. La Nación ejerce funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica y financiera. Las provincias y municipios brindan servicios directos de asistencia a la población.

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación tiene a su cargo la conducción del Sector en su conjunto a través del diseño de políticas, el dictado de normas y la ejecución de acciones que permiten la coordinación entre los distintos sub-sectores. Todas estas decisiones son compartidas en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), y luego son llevadas adelante por las provincias y los municipios.

Un organismo de alta importancia dentro del sistema es la Superintendencia de Servicios de Salud, cuya función central es regular y ejercer el control sobre las Obras Sociales Nacionales y administrar un fondo de redistribución que compensa a las Obras Sociales más desfavorecidas.

GRÁFICO 6. POBLACIÓN CUBIERTA POR EL SECTOR PÚBLICO. EN PORCENTAJES. POR PROVINCIAS. 2001



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC

El sistema de salud en la Argentina incluye tres sub-sectores cuya regulación es responsabilidad del Estado Nacional.

- ❖ Público
- ❖ Seguridad Social
- ❖ Privado



El sub-sector público: presta servicios a la población a través de hospitales y de los centros de salud, los gobiernos provinciales y municipales tienen los establecimientos de atención bajo su jurisdicción y son los responsables directos de la misma. Atiende a las familias de menores ingresos, a las personas que no tienen cobertura de la seguridad social porque no son trabajadores en relación de dependencia o porque no tienen capacidad de pago.

También atiende a personas que si bien tienen cobertura por alguna obra social, tienen limitaciones de acceso por razones geográficas o económicas.

El sub-sector de la seguridad social, presta servicios a los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares directos.

El sub-sector privado, presta servicios a personas y familias que pagan por acto médico o que pagan las cuotas de un plan de salud (pre-pago).

Actualmente la totalidad de establecimientos asistenciales en el país es de 17.485 (incluyendo a los de gestión pública, de la seguridad social, y del sector privado). La totalidad de los establecimientos con internación es de 3.311, siendo 1.271 de subsector público. La totalidad de establecimientos sin internación es de 14.534 de los cuales más del 40 % (6.456) son del subsector público.

El sistema de salud argentino se caracteriza por una excesiva fragmentación.

Esta fragmentación se expresa en: distintas fuentes (y volúmenes) de financiamiento. Diferentes coberturas, coseguros y copagos aplicados. Regímenes y órganos de control y fiscalización. Además, la fragmentación también se observa al interior de cada uno de los subsectores.

El subsector público, fragmentado en niveles: nacional, provincial y municipal queda sometido a normativas emanadas de las distintas jurisdicciones.

El subsector de la seguridad social resulta el ejemplo más claro de esta situación de fragmentación.

Cuando se habla de seguridad social, se hace referencia, por lo menos, a cuatro universos diferentes:

1. Obras sociales nacionales (285 en total, con cobertura a una población de once millones) y, entre ellas, una de especiales características: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (habitualmente conocido como PAMI, siglas de Plan de Atención Médica Integral), que da cobertura a aproximadamente a tres millones de habitantes.
2. Obras sociales provinciales (una por cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), que dan cobertura a unos cinco millones de personas.
3. Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, cubriendo aproximadamente ochocientas mil personas;
4. Obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial, con trescientos veinte mil beneficiarios.

El subsector privado, seguros voluntarios (medicina prepaga), incluye numerosísimas entidades, con una población cubierta de aproximadamente dos millones ochocientos mil personas.

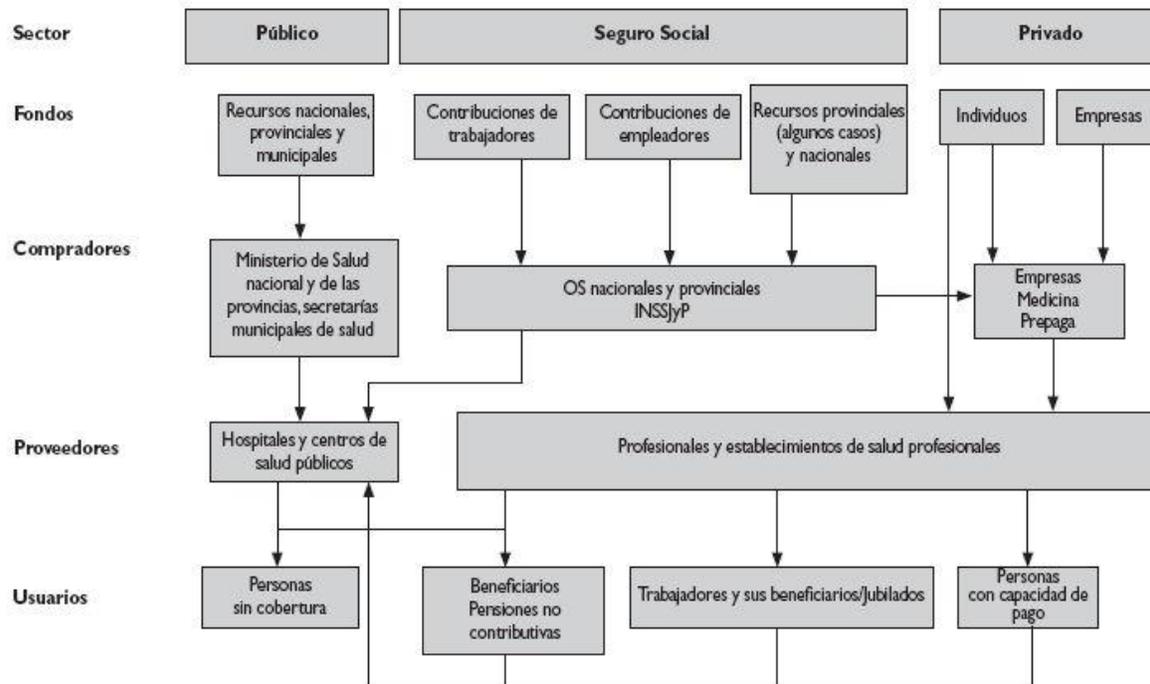


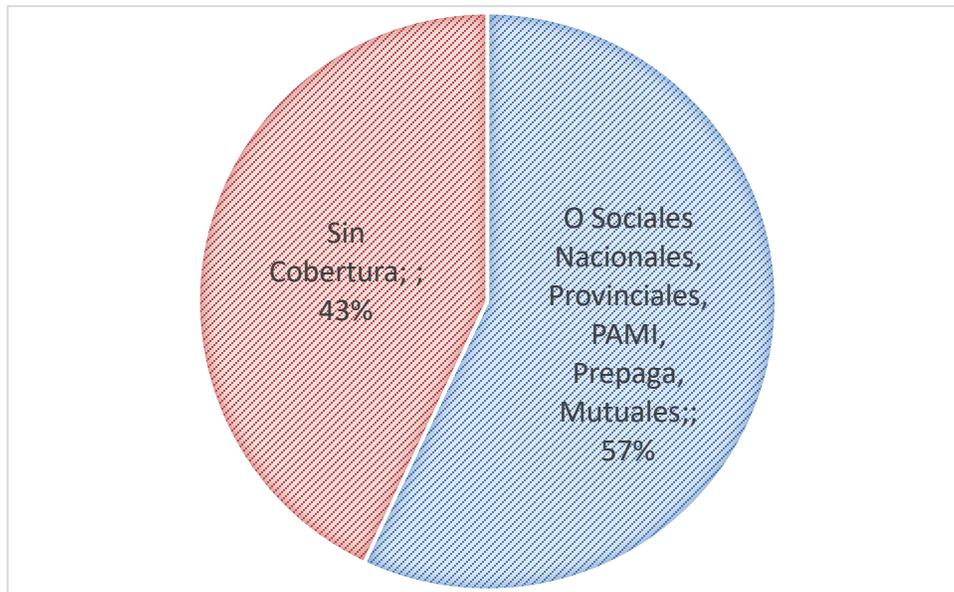
TABLA 4.- Dimensiones estimadas del mercado de salud en 2009 (en pesos)¹¹

Cobertura	Población ^(a)	%	Recaudación ^(b)	%
Obras Sociales nacionales	14 513 956	36.2	29 072	28.5
Obras Sociales provinciales	6 291 186	15.7		
INSSJP - PAMI	4 065 000	10.1	9 181	9.0
Medicina Prepaga y mutuales	4 620 000	11.5	12 807	12.5
Subtotal con cobertura	29 490 142	73.5	-	-
Menos: con doble cobertura	- 6 613 520	- 16.5	-	-
Con cobertura, consolidado	22 876 622	57.0	51 060	50.0
Sin cobertura	17 257 803	43.0	29 016	28.5
Otros gastos (c)	-		21.931	21,5
Población total	40 134 425	100.0	102 007	100.0

^(a)En millones de habitantes, porcentajes agregados.

^(b)En millones de pesos por año, porcentajes agregados. Paridad en 2009: US\$ 1 = \$ 3.46 a 3.80.

^(c)Incluye gastos de bolsillo, gastos directos de las empresas y otros gastos indirectos de instituciones no lucrativas.



Población con cobertura de seguros por provincia

CUADRO 6

Provincia	Población Censo 2010	% de población no cubierta con seguro
CABA	2.891.082	26
Buenos Aires	15.594.428	49
Catamarca	367.820	45
Chaco	1.053.466	66
Chubut	506.668	40
Córdoba	3.304.825	46
Corrientes	993.338	62
Entre Ríos	1.236.300	49
Formosa	527.895	66
Jujuy	672.260	54
La Pampa	316.940	46
La Rioja	331.847	41
Mendoza	1.741.610	51
Misiones	1.097.829	58
Neuquén	550.344	49
Río Negro	633.374	50
Salta	1.215.207	60
San Juan	680.427	53
San Luis	431.588	52
Santa Cruz	272.524	29
Santa Fe	3.200.736	42
S. del Estero	896.461	64
T. del Fuego	126.190	30
Tucumán	1.448.200	48
Total	40.091.359	48

Fuente: Población: Censo 2010, Porcentaje de población no cubierta: OPS-Ministerio de Salud, 2009.

4. El papel del Estado

No fue el avance de la ciencia médica, sino el surgimiento de nuevas amenazas a la calidad de vida, lo que impulsó la incorporación del Estado a las cuestiones de salud. La intervención del Estado en la salud fue impulsada por las epidemias y grandes catástrofes tanto naturales -sequías, inundaciones, terremotos- como humanas -guerras, revoluciones etc-. De hecho, en la Argentina

los primeros hospitales públicos surgen para atender a ex combatientes de las campañas del desierto emprendidas por Juan Manuel de Rosas.

El progreso técnico de la medicina facilita pero no garantiza, de por sí, el progreso de la salud de la población. Más aún, pueden coexistir mercados de salud muy desarrollados con alta incorporación de tecnología médica y resultados de salud en la población general relativamente malos.

Las acciones de Estado antiguo se orientaban más a cuidar la salud mientras que en el Estado moderno las acciones se inclinan más hacia curar la enfermedad. La historia de la salud pública muestra que los modelos centrados en la curación son relativamente recientes. El Estado tradicional centraba su intervención en salud en aspectos preventivos y especialmente en la regulación del medio ambiente y los estilos de vida. En un primer momento la función del Estado en salud fue policíaca. Aquel modelo higienista de intervención del Estado estaba más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia. En el siglo pasado los grandes sanitaristas, como lo fue Oswaldo Cruz en Brasil, formaban brigadas que perseguían a los habitantes para vacunarlos a la fuerza. El primer rol del Estado con relación a la salud ha sido con funciones de policía más que de proveedor, financiador y regulador del mercado de salud.

En la Argentina, hasta 1943 la salud era competencia del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior. Ese mismo año se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como área de interés específico con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que en 1949 se transformó en Ministerio.

En términos mundiales, la diferencia entre la vida saludable de ricos y pobres ha tendido a aumentar. A casi cincuenta años del Sistema Nacional de Salud inglés, las diferencias de morbilidad y mortalidad entre clases sociales han aumentado. En Canadá, los pobres tienen once años menos de vida saludable que los ricos. En Francia, la esperanza de vida de un profesor universitario es nueve años mayor que la de un obrero especializado, países todos con servicios de salud con asistencia universal e igualitaria.

En la Cumbre Social de marzo de 1995 convocada por la Organización de las Naciones Unidas en Copenhague, quedó establecido que el aumento de la inequidad es el mayor de los problemas comunes a todas las naciones del mundo.

Los esfuerzos para disminuir la inequidad en salud se han focalizado en el acceso a los servicios.

Es decir, se han preocupado para que hubiera la misma cantidad y la misma calidad de servicios de salud para todos y cada uno de los habitantes.

La lucha contra las inequidades constituye el mayor desafío de todos los sistemas de salud.

La política de salud es un ámbito privilegiado para alcanzar la equidad porque es uno de los instrumentos más poderosos para corregir las desigualdades en la distribución de la renta que genera el mercado. Además, en un orden mundial en el cual aumenta la exclusión, la búsqueda de la equidad en salud es fundamental porque los excluidos de la producción y el consumo son mucho más vulnerables a la enfermedad y la muerte que quienes están integrados al mercado. Pero un sistema de salud equitativo no alcanza para resolver problemas de equidad anteriores a la asistencia médica tal como la falta de agua potable y saneamiento, de vivienda adecuada, de educación y alimentación.

Aun en sistemas de salud equitativos los resultados de salud tienden a mantener las desigualdades

sociales que caracterizan a la sociedad. En países ricos y con sistemas de salud altamente solidarios y equitativos, como es el caso de Gran Bretaña³, por cada rico que enferma de tuberculosis lo hacen 4,6 pobres; en cáncer de esófago la relación baja a 1,9; en reumas a 5, en accidentes de tránsito al 2,2. El sector Salud es el más potente de los sectores sociales para disminuir fácilmente los determinantes sociales que hace que las enfermedades sean más frecuentes en los pobres que en el resto. Si los servicios funcionan mejor, si aumentan su efectividad con medicamentos esenciales y atención programada desde el embarazo hasta la hipertensión o la diabetes, los pobres pueden disminuir notablemente las consecuencias de carga de enfermedad.

La igualdad en el acceso a los servicios de salud es condición necesaria pero no suficiente para alcanzar la equidad.

La desigualdad es identificada como obstáculo para el crecimiento económico. Las sociedades de mayor crecimiento en el mundo actual son las que han logrado una mayor equidad dentro de ellas. Distribuir salud, educación, ingresos y alimentos, es el corazón de una política de Estado que intenta disminuir las injusticias que crea el Mercado.

El dogma del Mercado como único motor de las sociedades ha fracasado. En nuestro país ese fracaso representa una enorme deuda social y sanitaria acumulada.

Las características particulares del bien a proteger (la salud) requieren una activa participación del Estado para establecer normas de equidad en la distribución y el acceso.

El papel del Estado resulta primordial en la protección de un derecho como la salud, y no sólo por las características sociales sino también por las particulares fallas a las que se encontraría sometido el sistema en caso de estar librado a las leyes habituales del mercado.

En la Argentina el papel de rectoría en términos de política sanitaria nacional es ejercido por el Ministerio de Salud y Ambiente, que se interrelaciona con los respectivos ministerios provinciales en el marco del COFESA.

Todos los países tienen una agencia nacional de salud (ministerio, secretaría, etc.), cuya responsabilidad esencial es la rectoría, la cual puede resumirse como el trazado de los grandes lineamientos de la política sanitaria, en términos de prevención de enfermedades, planeamiento y formación de recursos humanos, condiciones de gestión de los establecimientos de salud, control de enfermedades transmisibles, control de alimentos y productos farmacéuticos.

Algunas de las actividades de regulación y control son ejercidas, además de por el ministerio, por organismos con distintos grados de descentralización que dependen de él, como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

5. Gasto y Financiamiento

Los tres subsectores: público, de la seguridad social y privado, no poseen la misma importancia en cuanto al papel que cumplen respecto de las prestaciones médico-asistenciales. Es imprescindible distinguir entre prestar efectivamente un servicio (ser un prestador) y hacerse cargo del costo de ese servicio (ser un agente financiador o, más directamente, un asegurador).

En el caso de los hospitales públicos, se juntan ambas condiciones: el establecimiento es el que presta el servicio en cuestión y también el que a través de su presupuesto, se hace cargo de los gastos producidos para otorgar esa prestación asistencial. Algo similar ocurre con aquellas obras sociales y prepagos médicos privados que tienen servicios propios ya que, merced a la existencia de esos servicios, son a un tiempo prestadores y aseguradores de la prestación.

En ciertos casos, son distintos el financiador y el prestador de servicios (las compañías de seguros y algunos prepagos médicos privados). Resulta claro que la entidad sólo cubre –total o parcialmente, según sea el plan elegido o la prima abonada- el gasto incurrido por la persona para asistirse médicamente, mientras que la prestación asistencial propiamente dicha, sea una consulta médica, un análisis clínico o la internación por un parto, es efectuada por un profesional médico, un laboratorio o una clínica u hospital, que reciben su pago a través de la entidad aseguradora que cubre esa contingencia de salud (o la paga el paciente y el asegurador le reintegra luego el gasto).

El gasto en salud comprende el gasto público y el gasto privado.

El gasto público comprende las erogaciones de todo el conjunto de bienes y servicios en materia sanitaria realizadas por el sector estatal, estando en él comprendido el gasto directo de la Nación, Provincias y Municipios, cuya fuente de financiación son los impuestos que pagan los ciudadanos, como así también el gasto de la Seguridad Social cuya fuente de financiación está relacionada a los aportes de los trabajadores y de los empleadores tanto de empresas privadas como de los entes nacionales, provinciales o municipales.

El gasto privado directo se refiere al pago que realizan las familias para obtener algún bien o servicio que tenga relación con la salud, y al pago de cuotas de un seguro (pre-pago).

❖ El sub-sector público se financia con recursos provenientes de las rentas generales. Estos recursos son fijados anualmente en los presupuestos nacionales, provinciales y municipales. Además de financiar la provisión directa de servicios a través de los establecimientos públicos (hospitales, centros y puestos de salud), el Gasto Público financia acciones de Salud Pública relacionadas con la promoción, la prevención, la regulación.

❖ La Seguridad Social tiene como fuentes de financiamiento las contribuciones que hacen trabajadores y empleadores en relación a los salarios públicos y privados, y a las jubilaciones y pensiones. Los aportes, para las obras sociales, alcanzan el 8 %, correspondiendo un 3% al empleado y el 5% al empleador, mientras que en el caso de las provinciales los aportes alcanzan en promedio al 11 % variando según la jurisdicción considerada. Las Obras Sociales ejecutan sus gastos a través de sus efectores propios y también contratan servicios en el sector privado.

❖ Los gastos privados de las familias incluyen gastos directos en prestaciones médicas y medicamentos, pagos de coseguros, bonos contribución, aranceles y cuotas de seguros voluntarios.

En 2010 en un trabajo de HUGO E. ARCE (Departamento de Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló, Buenos Aires)

Según el estudio realizado por este autor: *“La inequidad del Sistema se refleja en la existencia de un componente importante de gasto de bolsillo del orden del 30%, (Tabla 2) donde las 2/3 partes*

corresponde a gastos de farmacia. Del total del gasto público, aproximadamente $\frac{1}{4}$ parte es ejecutada por la Nación y el resto por las provincias, pero dentro del Estado nacional se distribuye entre diferentes carteras, por lo que el Ministerio de Salud nacional ejecuta menos del 4% del gasto global del Sector. Comparando el gasto de la Argentina con el de otros países latinoamericanos, se observa que tiene el mayor gasto en dólares de la Región (Tabla 3). Sin embargo, la mayor dimensión del gasto no se refleja en mejores resultados sanitarios, ya que al menos Chile, Uruguay y Costa Rica tienen mejores indicadores de morbimortalidad que la Argentina.”

TABLA 2.– Gasto en salud por jurisdicción en 2010 (en millones de pesos)^a

Jurisdicción	Gasto estimado (a)	%
Pública	36 140	27.3
Obras Sociales (b)	48 314	36.6
Medicina prepaga	7 449	5.6
Gasto de bolsillo	40 301	30.5
Total	132 204	100.0

(a) En millones de pesos por año. Paridad en 2010: US\$ 1 = \$ 3.81 a 3.99.

(b) Incluye Obras Sociales nacionales, provinciales y PAMI

TABLA 3.– Gasto en salud por habitante en América Latina (en dólares)¹¹

País	Gasto
México	311
Costa Rica	273
Venezuela	233
Perú	100
Brasil	257
Bolivia	67
Paraguay	112
Chile	336
Uruguay	653
Argentina	658
Promedio	300

Los datos corresponden a estimaciones ya que es difícil establecer con exactitud la cobertura por cada uno de los subsectores ya que hay familias que estando cubiertas por la seguridad social financian directamente de su bolsillo un plan de salud pre-pago. También muchas personas que tienen cobertura por la seguridad social concurren al hospital público.

Dentro del gasto en salud, el gasto en medicamentos es un componente muy importante. En Argentina los medicamentos son financiados principalmente por los pacientes y en alguna medida por las obras sociales, pre-pagos y organismos públicos. No resulta fácil determinar con exactitud cuánto del gasto es financiado por cada actor y mucho menos saber la diferente financiación en cada grupo de medicamentos por la heterogeneidad de productos y porque el circuito de producción, comercialización y distribución de los medicamentos es muy complejo.

El autor opina finalmente “En conclusión, el país realiza un gran esfuerzo global en materia de salud, pero sus resultados no se ven reflejados en indicadores de morbimortalidad que estén por debajo de los de otros países que tienen un gasto menor. La marcada fragmentación y dispersión de centros de decisión entre distintos actores ha determinado un equilibrio que impide abordar reformas estructurales de fondo. La autoridad sanitaria nacional no reúne poder suficiente para imponer innovaciones legislativas que deriven en cambios trascendentes; para hacerlo debe concitar consensos muy amplios, que escapen a su capacidad de influir sobre los poderes provinciales y los recursos que gestiona.”

Bibliografía:

- M Ackinson, G. "*Salud Pública, Asignación De Recursos Y Justicia*", En *Cuadernos De Bioética* (57-65). Argentina. 1999.
- Maglio, F. *Ética Médica Y Bioética: Aspectos Conceptuales*.
- M Artín Zurro, A. Y Cano Pérez, J. F. *Compendio De Atención Primaria*. Editorial Harcourt. 1999.
- **POSGRADO EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA, Programa Médicos Comunitarios**, Módulo 5 : Políticas De Salud / Ginés González García ; Con Colaboración De Mariela Rossen ; Edición Literaria A Cargo De Mariela Rossen. - 1a Ed. 2a Reimp. - Buenos Aires, Ministerio De Salud De La Nación, 2010. ISBN 978-950-38-0020-1
- Ministerio De Bienestar Social. *Las Obras Sociales En La República Argentina* (2a. Edición). Inos. Argentina. 1972.
- Ministerio De Salud Pública Y Medio Ambiente. Área De Recursos Financieros. *Encuesta De Utilización De Servicios Y Atención Médica*. Argentina. 1982.
- Ministerio De Salud Y Ambiente De La Nación. *Informe De Gestión 2004*. Editorial Latingráfica. Argentina. Marzo De 2005.
- González García G. Y Tobar, F. *Salud Para Los Argentinos*. Ediciones Isalud. Argentina. 2004.
- González García G. Y Tobar, F. *Más Salud Por El Mismo Dinero*. Ediciones Isalud. Argentina. 1997.
- ORGANIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA HUGO E. ARCE Departamento de Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló, Buenos Aires, MEDICINA 2012; 72: 414-418



Niveles de atención médica:

La clasificación por niveles de atención es una concepción de tipo técnica y administrativa, basada en la organización del contacto de las personas y comunidades con el sistema de salud, que define objetivos específicos para cada nivel de acuerdo a su ubicación, su nivel de complejidad y las particulares experticias que ha desarrollado (OPS / OMS, 1986).

Entonces, la atención en salud se organiza en tres niveles diferentes:

Primer Nivel de Atención

Abarca a los efectores que brindan atención ambulatoria y se dedican a la atención, prevención y promoción de la salud y son reconocidos por la población como referentes locales de salud.

Por lo tanto, en este nivel se realizan acciones de promoción y protección de la salud, diagnóstico temprano del daño, atención de todos aquellos problemas de salud percibidos por la población por los que realiza la consulta –*demanda espontánea de morbilidad percibida*-. Como así también, la búsqueda activa de las personas que nunca llegan a atenderse en el centro de salud –*demanda oculta*- que habitualmente se trata de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad social.

Para cumplir con calidad con el objetivo de cobertura total de la población a cargo, el equipo de salud define sus tareas teniendo en cuenta las características de la población y sus problemas de salud más frecuentes, pero también revisa las prácticas y los dispositivos de atención como pautas de mejora de la calidad. Dentro de este nivel están comprendidos: los centros de salud, las postas y unidades sanitarias, las salas de primeros auxilios y los CIC s. En nuestro país, también se ha incluido en algunos casos a los consultorios externos de hospitales de baja complejidad en zonas rurales, cuando tienen a su cargo un área programática. La mayor parte de los problemas de salud que se consultan en el centro se pueden resolver **allí**, por lo general son aquellos que se presentan con mayor frecuencia en la población y son habitualmente el 90% de los llamados **problemas prevalentes de salud**.

Segundo nivel de atención

Se trata de instituciones de salud, con internación en servicios básicos: Clínica Médica, Pediatría, Cirugía General, Guardia y Maternidad, además de la infraestructura necesaria para realizar exámenes complementarios y los diagnósticos básicos correspondientes a este nivel.

Incluye la atención ambulatoria de especialidades para problemas de salud más específicos como: neurología, traumatología, cardiología, etc.

Es el lugar que recibe a las personas que consultaron en el primer nivel de atención, y que por el problema de salud que presentan, requieren de una derivación, sea para interconsultas con otros especialistas o para internación por parto o cirugías simples. Cuando derivamos a una persona al segundo nivel hablamos de *referencia* y lo hacemos con el acompañamiento correspondiente, personal o a través de documentación que pueda ser de utilidad.

Dentro de este nivel de atención se encuentran los hospitales generales, algunos hospitales regionales y las maternidades.

Tercer nivel de atención

Comprende las instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y mayor aparatología. Estas instituciones cuentan con salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas; (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, y otras) infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos; unidad de terapia intensiva y unidades coronarias.

Debe recibir las derivaciones del segundo nivel de atención.

Los efectores de salud pueden ser de jurisdicción municipal, provincial o nacional, y de administración pública, de la seguridad social o privada.



No deben verse estos Niveles de Atención de manera aislada, sino como parte del Sistema Sanitario, donde el paciente transita en dependencia de sus necesidades de salud y a criterios del equipo de salud, en una estrecha interrelación, a través de un sistema de referencia y contrarreferencia

Hoy día, a nivel mundial se ha demostrado la importancia de los servicios del primer nivel de atención como entrada a los sistemas de salud, siguiendo de éste modo la estrategia orientada desde ALMA ATA para el logro de Salud para Todos.

El Concepto De Redes De Atención De Salud

El concepto de red ha sido desarrollado en diversos campos como la sociología, la psicología social, la administración y la tecnología de información.

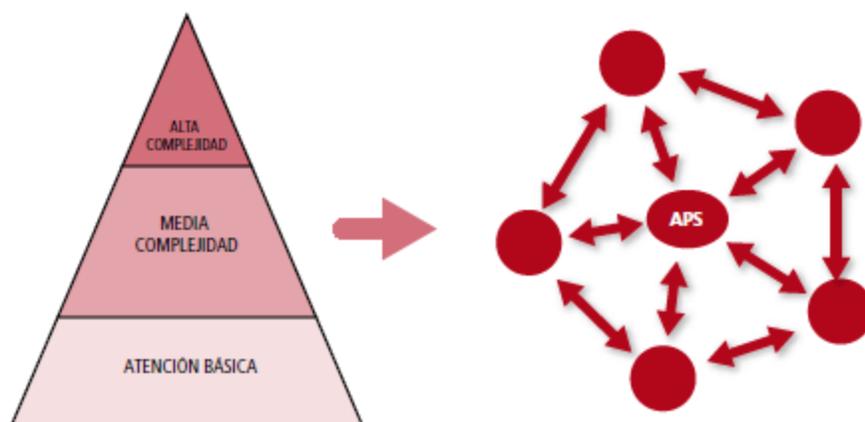
Para Castells (2000), las redes son nuevas formas de organización social, del Estado o de la sociedad, intensivas en tecnología de información y basadas en la cooperación entre unidades dotadas de autonomía. Diferentes conceptos coinciden en elementos comunes de las redes: relaciones relativamente estables, autonomía, inexistencia de jerarquía, existencia de objetivos

comunes, cooperación, confianza, interdependencia e intercambio constante y duradero de recursos.

Tapscott (2011) entiende que las redes son una característica fundamental de las sociedades postindustriales: *“En la era industrial, todo es hecho para la masa. Creamos la producción de masa, la comunicación de masa, la educación de masa, la democracia de masa. La característica central de la sociedad industrial es que las cosas comienzan con uno (aquél que posee el conocimiento) y llegan a muchos (aquéllos que no poseen el conocimiento)... El flujo es siempre en este sentido de uno para muchos. En el sistema de salud yo soy el médico, porque tengo el conocimiento, y los otros son los pacientes, no apenas porque están enfermos, sino porque no tienen el conocimiento. Nuevamente, es de uno para muchos... En la sociedad postindustrial, el conocimiento no será más transmitido de uno para muchos, sino de uno para uno o de muchos para muchos. Será la era de la inteligencia en red, en un sistema de colaboración de masa”*.

Las redes han sido propuestas para administrar políticas y proyectos en los que los recursos son escasos y los problemas complejos; donde interactúan agentes públicos y privados, centrales y locales; donde se manifiesta una creciente demanda por beneficios y participación ciudadana (FLEURY y OUVREY, 2007). La gestión eficaz de las redes implica: trabajar rutinariamente en la producción de consensos; operar con situaciones en las que todos los actores ganen; armonizar los decisores políticos y administrativos; negociar las soluciones; y monitorear y evaluar permanentemente los procesos (AGRANOFF y LINDSAY, 1983).

Figura 2: El cambio de los sistemas piramidales y jerárquicos para las redes de atención de salud



LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

Las RASs están constituidas por tres elementos fundamentales: una población, una estructura operacional y un modelo de atención de salud.

1. LA POBLACIÓN

El primer elemento de las RASs, y su razón de ser, es una población, colocada bajo su responsabilidad sanitaria y económica. Es eso que marca la atención de salud basada en la De esa manera, las RASs, en los sistemas públicos como el SUS, exigen la construcción social de territorios/población.

La población de responsabilidad de las RASs vive en territorios sanitarios singulares, se organiza socialmente en familias y es registrada en subpoblaciones por riesgos sociosanitarios. Así, la población total de responsabilidad de una RAS debe ser totalmente conocida y registrada en sistemas de información potentes. Pero no basta el conocimiento de la población total: ella debe ser segmentada, sub-dividida en subpoblaciones por factores de riesgo y estratificada por riesgos en relación a las condiciones de salud establecidas.

El conocimiento de la población de una RAS envuelve un proceso complejo, estructurado en varios momentos: el proceso de territorialización; el registro de las familias; la clasificación de las familias por riesgos sociosanitarios; la vinculación de las familias a la Unidad de APS/Equipo del Programa de Salud de la Familia; la identificación de subpoblaciones con factores de riesgo; la identificación de las subpoblaciones con condiciones de salud estratificadas por grados de riesgos; y la identificación de subpoblaciones con condiciones de salud muy complejas.

2. LA ESTRUCTURA OPERACIONAL DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

El segundo elemento constitutivo de las redes de atención de salud es la estructura operacional constituida por los nodos de las redes y por las conexiones materiales e inmateriales que comunican esos diferentes nodos.

En una red, según Castells (2000), el espacio de los flujos está constituido por algunos lugares intercambiadores que desempeñan el papel coordinador para la perfecta interacción entre todos los elementos integrados en la red y que son los centros de comunicación, y por otros lugares donde se localizan funciones estratégicamente importantes que construyen una serie de actividades alrededor de la función-llave de la red y que son los nodos de la red.

La estructura operacional de las RASs está compuesta por cinco componentes: el centro de comunicación, la APS; los puntos de atención de salud secundarios y terciarios; los sistemas de apoyo (sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico, sistema de asistencia farmacéutica y sistema de información en salud); los sistemas logísticos (tarjeta de identificación de las personas usuarias, historia clínica, sistemas regulados de acceso a la atención y sistemas de transporte en salud); y el sistema de gobernanza.

Los tres primeros corresponden a los nodos de las redes y, el cuarto a las conexiones que comunican los diferentes nodos. Es lo que se observa en la Figura.



3. UN MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD: LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El centro de comunicación de las redes de atención de salud es el nodo intercambiador en el cual se coordinan los flujos y los contraflujos del sistema de atención de salud y está constituido por la APS .

La expresión atención primaria fue sellada en 1920, por el Informe Dawson, que mencionaba los Centros de Atención Primaria de Salud como el eje central del proceso de regionalización en Reino Unido (DE MAESENEER *et al.*, 2008). El concepto fue consagrado a partir de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada por la Organización Mundial de la Salud en 1978, en Alma-Ata (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978). La declaración final, producida por la Conferencia, creó la consigna de Salud para Todos en el año 2000 y definió la APS como *“la atención esencial de salud, basada en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables y tecnologías universalmente accesibles para los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo al que las comunidades y los países puedan acceder, en todas las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Ella forma parte integrante del sistema de atención de salud del cual representa su función central y el principal foco de desarrollo*

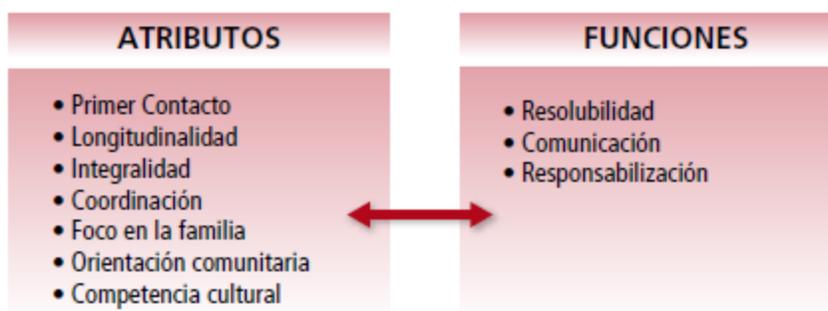
económico y social de la comunidad. Constituye el primer contacto de individuos, familias y comunidades con el sistema de atención de salud, trayendo los servicios de salud lo más próximo posible a los lugares de vida y trabajo de las personas y significa el primer elemento de un proceso continuo de atención”. Esa definición contenía dos perspectivas fundamentales: la APS sería el nivel fundamental de un sistema de atención de salud, el primer contacto de individuos, familias y comunidades con ese sistema; y haría parte de un sistema global de desarrollo económico y social. Una gran dificultad en la definición precisa de la APS está en la ambigüedad del término primario que puede connotar algunos significados distintos: simple o básico, punto de primer contacto, punto de triaje, punto principal de atención de salud, etc.

Pero no hay dudas de que la expresión primaria fue connotada para expresar el atributo esencialísimo de la APS, el del primer contacto.

El Institute of Medicine (1978), paralelamente a Alma-Ata, estableció los atributos de la APS: la accesibilidad, la integralidad, la coordinación, la continuidad y la transparencia.

Esos atributos fueron ampliados por Starfield (2002): primer contacto, longitudinalidad, integralidad, coordinación, orientación familiar y orientación comunitaria como necesarios para conformar la APS como una estrategia de organización de los sistemas de atención de salud como un todo y que orienta los recursos para las necesidades de la población y coloca menos énfasis en las tecnologías más densas centradas en las condiciones y eventos agudos y practicadas, principalmente, en los hospitales.

Figura 4: Los atributos y las funciones de la atención primaria de salud en las redes de atención de salud



Fuentes: Mendes (2002a); Starfield (2002)

Sólo habrá APS de calidad cuando sus siete atributos sean obedecidos, en su totalidad.

El primer contacto implica la accesibilidad y el uso de servicios para cada nuevo problema o nuevo episodio de un problema para los cuales se procura atención de salud. La longitudinalidad implica la existencia del aporte regular de cuidados por el equipo de salud y su uso consistente a lo largo del tiempo, en un ambiente de relación mutua de confianza y humanizada entre equipo de salud, individuos y familias.

La integralidad significa la prestación, a través del equipo de salud, de un conjunto de servicios que atiendan las necesidades de la población adscrita en los campos de la promoción, la prevención, la cura, el cuidado y la rehabilitación, la responsabilización por la oferta de servicios en otros puntos de atención de salud y el reconocimiento adecuado de los problemas biológicos, psicológicos y sociales que causan las enfermedades.

La coordinación connota la capacidad de garantizar la continuidad de la atención, a través del equipo de salud, con el reconocimiento de los problemas que requieren seguimiento constante y se articula con la función de centro de comunicación de las RASs. La focalización en la familia implica considerar la familia como el sujeto de la atención, lo que exige una interacción del equipo de salud con esa unidad social y el conocimiento integral de sus problemas de salud. La orientación comunitaria significa el reconocimiento de las necesidades de las familias en función del contexto físico, económico, social y cultural en el que viven, lo que exige un análisis situacional

de las necesidades de salud de las familias en una perspectiva poblacional y su integración en programas intersectoriales de enfrentamiento de los determinantes sociales de la salud. La competencia cultural exige una relación horizontal entre el equipo de salud y la población que respete las singularidades culturales y las preferencias de las personas y de las familias.

De la misma forma, una APS de calidad sólo existirá si ella cumple sus tres funciones esenciales: la resolubilidad, la comunicación y la responsabilización. La función de resolubilidad, inherente al nivel de atención primaria, significa que ella debe ser resolutiva,

por lo tanto, capacitada cognitiva y tecnológicamente para atender más de 85% de los problemas de su población. La función de comunicación expresa el ejercicio de la APS como centro de comunicación de las RASs, lo que significa tener condiciones de ordenar los flujos y contraflujos de las personas, de los productos y de las informaciones entre los diferentes componentes de las redes. La función de responsabilización implica el conocimiento y la relación íntima, en los microterritorios sanitarios de la población adscrita y el ejercicio de la responsabilización económica y sanitaria en relación a ella.

Bibliografía:

- Curso En Salud Social Y Comunitaria, Salud Y Sociedad Capacitación En Servicio Para Trabajadores De La Salud En El Primer Nivel De Atención. Programa Médicos Comunitarios, Ministerio de Salud.
- M Artín Zurro, A. Y Cano Pérez, J. F. *Compendio De Atención Primaria*. Editorial Harcourt. 1999.
- Mendes, Eugênio Vilaça. Las redes de atención de salud / Eugênio Vilaça Mendes. - ed. en espanhol -Brasilia : Organización Panamericana de la Salud, 2013. CDD 362.1