



UNIVERSIDAD DE BRASÍLIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUACIÓN EN BIOÉTICA

RODRIGO HERNAN GARCIA ALARCON

**RELACION DEL PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA
DECLARACION UNIVERSAL SOBRE BIOETICA Y DERECHOS
HUMANOS DE LA UNESCO Y LA BIOÉTICA DE INTERVENCIÓN EN
EL ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN
BRASIL, CHILE Y COLOMBIA**

Brasilia - DF
2019

UNIVERSIDAD DE BRASÍLIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUACIÓN EN BIOETICA

RODRIGO HERNAN GARCIA ALARCON

RELACION DEL PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA
DECLARACION UNIVERSAL SOBRE BIOETICA Y DERECHOS HUMANOS DE LA
UNESCO Y LA BIOÉTICA DE INTERVENCIÓN EN EL ANÁLISIS COMPARATIVO
DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN BRASIL, CHILE Y COLOMBIA

Trabajo presentado como requisito para la obtención
de título de Doctor en Bioética por el Programa de
Pos-Graduación en Bioética de la Universidad de
Brasilia.

Orientador: Prof. Dr. Miguel Montagner

Brasília - DF

2019

García, Rodrigo Hernán

Relación del principio de responsabilidad social de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco y la Bioética de Intervención en el análisis comparativo de los sistemas de salud en Brasil, Chile y Colombia. Brasilia 2019

Orientador: Miguel Montagner

Tesis (Doctorado) – Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidad de Brasilia/ 2019.

171 p.

1.Bioética. 2.Acceso a Salud. 3.Sistema de Salud. 4.Responsabilidad Social. 5.Bioética de Intervención.

I. Garcia, RH; Montagner M. II. Relación del principio de responsabilidad social de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) y la Bioética de Intervención (BI) en el análisis comparativo de los sistemas de salud Brasil, Chile y Colombia.

RODRIGO HERNAN GARCIA ALARCON

RELACION DEL PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA
DECLARACION UNIVERSAL SOBRE BIOETICA Y DERECHOS HUMANOS DE LA
UNESCO Y LA BIOÉTICA DE INTERVENCIÓN EN EL ANÁLISIS COMPARATIVO
DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN BRASIL, CHILE Y COLOMBIA

Trabajo presentado como requisito para la obtención
de título de Doctor en Bioética por el Programa de
Pos-Graduación en Bioética de la Universidad de
Brasilia.

Aprobada el: 21 de noviembre de 2019

BANCA EXAMINADORA

Miguel Angelo Montagner
Universidad de Brasilia

Volnei Garrafa
Universidad de Brasilia

Monique Pyrro
Universidad de Brasilia

Swendenberger Barbosa
Fundación Oswaldo Cruz

*Dedico este trabajo a mi madre Carmen Elva,
que desde el cielo me inspira y fortalece; a Angélica, por su apoyo, amor y
fortaleza; a Mateo y Santiago mis hijos, razón de ser de mis esfuerzos y a toda
mi familia por su constante apoyo y cariño*

AGRADECIMIENTOS

Al Profesor Miguel Montagner por su orientación recibida durante el tiempo de la elaboración de mi trabajo de tesis, por compartir sus acertados conocimientos y por su amistad y acogida familiar

Un especial y sentido agradecimiento a mi gran profesor y maestro Volnei Garrafa, por su amistad incondicional, su comprensión, ayuda, por su asesoría, por iluminarme y orientarme en seleccionar el tema de este trabajo y por permitirme realizar este excelente estudio doctoral en la UnB del gran Brasil, así mismo por el aporte no solo a mi estudio investigativo, sino a la sociedad en general y específicamente a Latinoamérica por su acertada, necesaria y hoy bien posicionada Bioética de Intervención, postura que contribuiré a propagar, profundizar y proponer entre las gentes de mi bella Colombia y fuera de ella.

A mis colegas y amigos Fabio Ferraz y Nilceu Oliveira por su amistad, apoyo y acogida personal y familiar en mi segunda patria Brasil

A la Universidad de San Buenaventura de Cartagena, mi institución y segundo hogar por creer en mí, y apoyarme en el proceso de estudios doctorales

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo establecer la relación del Principio de Responsabilidad Social y Salud - Artículo 14 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (DUBDH) - y la Bioética de Intervención (BI) en el análisis comparativo de los sistemas salud de Brasil, Chile y Colombia. Para esto se hace un análisis comparado entre los sistemas sanitarios de estos tres países de la región de América Latina y su relación con la Responsabilidad Social y Salud. El estudio profundizará uno a uno en los postulados del Artículo 14 de la DUBDH. Así mismo se abordarán los fundamentos defendidos por la Bioética de Intervención la cual plantea como aspecto ineludible la importancia de priorizar el derecho universal al acceso a la salud. La técnica de investigación utilizada es el análisis documental por medio de la revisión sistemática que incluyó la búsqueda bibliográfica de artículos, libros y videos en las bases de datos Scielo, Medline, Redalyc, Science Direct, Bireme-Lilacs y documentos de organismos multilaterales e instituciones oficiales. Por último, se presentan los resultados obtenidos del estudio comparativo (especialmente con relación al acceso y financiación) de los sistemas de salud de Brasil, Chile y Colombia y su relación con el cumplimiento (o no...) del objetivo público de responsabilidad de los países con la salud de sus habitantes. El estudio constata como la bioética constituye hoy una herramienta de reflexión que contribuye tanto al análisis de las implicaciones éticas de las acciones sanitarias, como a la toma de medidas destinadas a disminuir la falta de equidad y justicia.

Palabras claves: Sistemas de Salud, Acceso a la salud Responsabilidad Social, Bioética, Bioética de Intervención.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo estabelecer a relação do princípio da Responsabilidade Social e Saúde – Artigo 14 da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH) e a Bioética da Intervenção (BI) na análise comparativa dos sistemas de saúde Brasil, Chile e Colômbia. Para isso, faz-se uma análise comparativa entre os sistemas de saúde desses três países da região da América Latina e sua relação com a Responsabilidade Social e a Saúde. O estudo aprofundará um a um nos postulados do artigo 14 da DUBDH. Da mesma forma, serão abordados os fundamentos defendidos pela Bioética da Intervenção, o que levanta como um aspecto inevitável para a Bioética a importância de priorizar o direito universal ao acesso à saúde. A técnica de pesquisa utilizada é a análise documental por meio da revisão sistemática, que incluiu a busca bibliográfica de artigos, livros e vídeos nas bases de dados Scielo, Medline, Redalyc, Science Direct, Bireme-Lilacs e documentos de organizações multilaterais e instituições oficiais. Por fim, apresentamos os resultados obtidos a partir do estudo comparativo (especialmente em relação ao acesso e financiamento) dos sistemas de saúde do Brasil, Chile e Colômbia e sua relação com o cumprimento (ou não ...) de objetivo público da responsabilidade dos países com a saúde de seus habitantes. O estudo confirma como a bioética é hoje uma ferramenta de reflexão que contribui tanto para a análise das implicações éticas das ações de saúde quanto para a tomada de medidas voltadas à redução da falta de equidade e justiça.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde, Acesso à Saúde, Responsabilidade Social, Bioética, Bioética de Intervenção

ABSTRACT

This study has as its main objective to establish the relationship between the Principle of Social Responsibility and Health – Article 14 of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights from UNESCO – and Intervention Bioethics in the comparative analysis of the health systems in Brazil, Chile and Colombia. In order to do so, it is necessary a comparative analysis between the health systems of these three Latin American countries and their relationship with Social Responsibility and Health. This study will go in depth in each one of the hypothesis of Article 14 of the UDBHR. Furthermore, the basis of Intervention Bioethics, which prioritizes universal access to health care; will also be covered. The chosen research type is documentary analysis which included a systematic literature review of articles, books and videos on Scielo, Medline, Redalyc, Science Direct, Bireme-Lilacs databases as well as a review of multilateral organizations and official institutions documents. Lastly, the comparative study results are presented focusing on access and funding of health systems in Brazil, Chile and Colombia and their compliance (or lack of) of the countries' responsibilities in providing health care to their inhabitants. The study confirms how bioethics is considered nowadays as a tool which allows to reflect on these matters and also contributes on the analysis of the ethical implications of health projects as well as on measures to be taken to reduce inequality and injustice.

Key words: Health Systems, Access to Health, Social Responsibility, Bioethics, Intervention Bioethics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Estudios seleccionados por tema	91
Figura 2. Cantidad de artículos encontrados según base de datos	92
Figura 3. Cantidad de artículos encontrados por país y tema de estudio.....	93
Figura 4. Cantidad de artículos encontrados por país de estudio	94
Figura 5. Situación de afiliación y aseguramiento al SUS según el Ministerio de la salud Brasil.....	126
Figura 6. Situación de afiliación según Ministerio Desarrollo Social. Gobierno de Chile.....	128
Figura 7. Situación de afiliación al Sistema General de la Seguridad Social en Salud Colombia.....	130
Figura 8. Comparación de los Sistemas de Salud según afiliación o atención.....	131
Figura 9. Transferencia de ingresos internos del gobierno de Brasil, asignados a la salud	135
Figura 10. Transferencia de ingresos internos del gobierno de Chile, asignados a la salud	137
Figura 11. Transferencia de ingresos internos del gobierno de Colombia, asignados a la salud	139
Figura 12. Transferencia de ingresos internos del gobierno de Brasil, Chile y Colombia, asignados a la salud	140
Figura 13. Gasto corriente en salud como % del PIB Brasil, Chile y Colombia.....	143

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Indicadores Demográficos año 2017	31
Tabla 2 – Salud en la Constitución Nacional vigente de los países de estudio	36
Tabla 3 Estructura y esferas de gobierno.....	42
Tabla 4 Tipología de sistemas de protección social por país	43
Tabla 5 Protección social en salud.....	44
Tabla 6 Estudios encontrados.....	90
Tabla 7 Estudios seleccionados según base de datos.....	92
Tabla 8 Estudios seleccionados por tema en los países o lugar seleccionados	93
Tabla 9 Estudios por países-lugar y porcentaje	94
Tabla 10 Consolidado de estudios seleccionados.....	96
Tabla 11 Indicadores de salud seleccionados, año 2017	124
Tabla 12 Situación de afiliación 2013 - 2017 en Brasil.....	126
Tabla 13 Situación de afiliación 2013 – 2017 en Chile.....	128
Tabla 14 Situación de afiliación 2013 – 2017 en Colombia.....	130
Tabla 15 Transferencia de ingresos internos del gobierno de Brasil, asignados a la salud - 2016.....	134
Tabla 16 Transferencia de ingresos internos del gobierno de Chile, asignados a la salud - 2016.....	136
Tabla 17 Transferencia de ingresos internos del gobierno de Colombia, asignados a la salud - 2016.....	138

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ALAMES Asociación Latinoamericana de Medicina Social
APS – Atención Primaria en Salud
ASSAL – Atlas de los Sistemas de Salud
BI – Bioética de Intervención
BM – Banco Mundial
CEDES - Centro de Estudios de Estado y Sociedad
CEPAL – Comisión Económica para América Latina
CIB – Comité Internacional de Bioética
COPACOS Comités de Participación Comunitaria en Salud
CDSS – Comisión de Determinantes Sociales en Salud
CP - Constitución Política
CSS – Consejo de Salud Suramericano
DSS – Determinantes Sociales en Salud
DUBDH – Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos
EPS – Entidad Promotora en Salud
FAO - Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FMI – Fondo Monetario Internacional
FONASA - Fondo Nacional de Salud
FOSYGA Fondo de Solidaridad y Garantía
ISAGS - Instituto Suramericano de Gobierno en Salud
INPS - Instituto Nacional de Previsión Social
ISAPRE - Instituciones de Salud Previsional
MINSAL - Ministerio de Salud
MSPS Ministerio de Salud y Protección Social
OMS – Organización Mundial de la Salud
OS – Observatorio en Salud
OPS- Organización Panamericana de la Salud
PAB – Plan de Atención Básico
POS - Plan Obligatorio de Salud
SGSSS – Sistema General de Seguridad Social en salud
SIBI – Sociedad Internacional de Bioética

SNS - Sistema Nacional de Salud

SNSS - Sistema Nacional de Servicios de Salud

SUS - Sistema Único de Salud

UNESCO - Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

UNICEF - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	15
1 REFERENCIAL TEORICO.....	21
1.1 SALUD PUBLICA EN LATINOAMÉRICA	23
1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y SISTEMAS DE SALUD DE BRASIL, CHILE Y COLOMBIA	29
1.2.1 Indicadores Demográficos	31
1.2.2 Principales Acontecimientos Históricos en Los Sistemas de Salud	32
1.2.3 Marco Constitucional	34
1.2.4 Estructura y Esferas de Gobierno	37
1.2.5 Protección Social en Salud	43
1.3 APORTES LATINOAMERICANOS ANTES DE LA DUBDH A LA BIOÉTICA CON RELACIÓN A LA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SALUD	45
1.4 BIOÉTICA DE INTERVENCIÓN (BI) Y SU APORTE A LA DUBDH Y A LA SALUD	54
1.5 INFORME DEL COMITÉ INTERNACIONAL DE BIOÉTICA DE LA UNESCO (CIB) SOBRE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SALUD	62
1.6 DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS (DUBDH).....	67
1.6.1 Artículo 14 de la DUBDH: Responsabilidad Social y Salud	71
1.6.1.1 Artículo 14,1: Promoción de la Salud y Desarrollo Social.....	72
1.6.1.1.1 La promoción de la Salud	73
1.6.1.1.2 Objetivo Central Del Gobierno	74
1.6.1.1.3 Que Todos Los Sectores de La Sociedad Comparten.....	75
1.6.1.2 Artículo 14,2: Acceso a La Atención Medica de Calidad y a Los Medicamentos Esenciales	77
1.6.2 Articulación Del Artículo 14 Con Otros Artículos de La DUBDH	80
1.6.3 Referencial Del Artículo 14.....	82
2 OBJETIVOS.....	86
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	86
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	86
3 REFERENCIAL METODOLOGICO	87
4 RESULTADOS Y DISCUSION	90
4.1 ESTUDIOS COMPARATIVOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA: BRASIL, CHILE Y COLOMBIA	110
4.2 ACCESO Y FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE BRASIL, CHILE Y COLOMBIA	123
4.2.1 Acceso	124
4.2.2 Financiamiento	132
4.3 DISCUSIÓN A LUZ DEL ARTICULO 14 de la DUBDH Y DE LA BIOÉTICA DE INTERVENCIÓN.....	144
5 CONCLUSIONES	152
6 CONSIDERACION FINAL	158
REFERENCIAS.....	160

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud son definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquellos que incluyen a todas las personas, organizaciones o actividades cuyo propósito principal es promover, restaurar o mantener la salud” (1) Como objetivos los sistemas de salud buscan, ante todo: favorecer las condiciones de salud, garantizando un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, así mismo buscan ofrecer niveles aceptables de protección financiera. Es necesario saber cómo funcionan para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, además cuáles son sus fuentes de financiamiento, organización, qué población cubren, beneficios que ofrecen, qué recursos físicos y humanos tienen, quién vigila el cumplimiento, el nivel de participación de los ciudadanos, qué políticas se han implantado. Esto permitirá no solo tener y gozar de un derecho fundamental: el acceso a los servicios de salud, sino que además ayudará a consolidar el desarrollo económico de una nación.

Una definición dada a la bioética es que ella es una rama de la ética dedicada a proveer los principios para la conducta más apropiada del ser humano respecto a la vida, tanto de la vida humana como de la vida no humana (animal y vegetal), así como al ambiente en el que pueden darse condiciones aceptables para la misma.

Por su parte la Declaración Universal de los Derechos Humanos enuncia en su artículo 22 “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social” (2), y entiéndase esta, como un campo de bienestar relacionado con la protección social o cobertura de las necesidades socialmente reconocidas, como salud, vejez o discapacidades. De la misma manera en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se dice “El goce del grado máximo de la salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (3).

Los sistemas de salud tanto su historia como su consolidación se dan solo a mediados del siglo XX, debido a que los estados aumentan su participación y control en todo lo que afecta la salud y el bienestar de sus poblaciones. Los sistemas son entonces los responsables en los procesos referentes a la salud, tales como prevención de enfermedades, servicio de atención y rehabilitación, control de

medicamentos y equipamientos, entre otros. Así mismo se ocupan de problemas referentes a la salud de la población.

La OMS, en 1978, tomó como una estrategia válida para el logro de la salud para todos, acciones como: 1. Considerar al sistema de salud como un componente del desarrollo social y un instrumento de justicia social; 2. Atender sanitariamente a toda la población sin restricciones de ningún tipo; 3. Brindar acceso a los más necesitados 4. Incorporar la comunidad al sistema de salud 5. Extender la cobertura de los servicios de salud y el mejoramiento ambiental (4).

En esta dirección, numerosos países latinoamericanos han implementado reformas extensivas de salud a menudo conjuntamente con transformaciones estructurales y sociales más amplias, cuyo fin declarado ha sido mejorar el acceso a la salud y la protección financiera, incrementar la eficiencia de los servicios médicos y reducir las inequidades. Estas propuestas han tenido efectos dependiendo el país de aplicación, mientras que en Europa occidental donde los principios de universalidad, solidaridad e inclusión son muy valorados por los ciudadanos y donde la atención a salud es considerada como un derecho de ciudadanía o derecho social(5). Desde el fin de la II Gran Guerra mundial los sistemas de salud públicos y universales pasaron a ser progresivamente instituidos en Europa, como parte del Estado de Bienestar Social.

Por el contrario, en América Latina, con raras excepciones, donde la exclusión y marginalidad social son tan altos y el papel del estado en salud es fragmentado, con escasa regulación de la prestación privada y donde la hegemonía de la doctrina neoliberal se ha aplicado de manera rigurosa a partir de los años 90 (en gran parte debido a la fuerte influencia de organismos financieros internacionales como el Banco Mundial –BM- y el Fondo Monetario Internacional-FMI- los efectos de esas estrategias han ahondado más las inequidades de los sistemas de salud de la región, debilitando sus estructuras y revitalizando la participación privada en el financiamiento y la provisión sanitaria (6).

Los países en vía de desarrollo son los principales afectados por los cambios acontecidos en la economía internacional y el área de la salud se halla entre las que han quedado relegadas. Las medidas políticas tomadas en el área económica han influenciado, sustancialmente, en el desarrollo social, produciendo un continuo déficit de recursos que se refleja en los pequeños presupuestos destinados a la salud.

Sumado a esto tenemos la constante desigualdad de distribución del ingreso nacional, de forma que varios sectores de la población quedan marginados del uso de nuevas tecnologías, e inclusive, de los más elementales servicios de salud. Y aunque muchos países han utilizado sus constituciones, cartas políticas e instrumentos globales y regionales de derechos humanos que garantizan el derecho a la salud, el acceso universal a servicios de salud de calidad sigue siendo un desafío.

Estudiar los sistemas de salud nos permite conocer sus logros y sus desaciertos, sus características, su financiamiento, su dinámica, la forma como ellos funcionan y se organizan con el objeto principal de garantizar la mejoría de las condiciones de salud de la población.

En América Latina son notables las diferencias en salud entre los diferentes grupos socioeconómicos ya sea por el nivel de ingresos, pertenencia a grupos socioeconómicos diversos, categorías de género, origen étnico, entre otros; lo cual constituye un problema para el desarrollo, la salud pública, los derechos humanos y en particular para la bioética.

Consideramos en este trabajo que la Bioética está profundamente relacionada con la constitución y conformación de los sistemas de salud nacionales, especialmente en América Latina.

Para lo anteriormente visto es importante destacar un documento que tiene un inigualable aporte no solo al tema de los Derechos Humanos sino en la responsabilidad social con la salud - la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) - documento promulgado por la Asamblea Anual de la Unesco en el año 2005 después de casi tres años de duros debates.

La DUBDH expresa la necesidad y conveniencia de ampliar nuevos enfoques de responsabilidad social y salud, para garantizar que tanto el progreso de la ciencia como el de la tecnología contribuyan a la justicia y a la equidad, por esto es dedicado todo un artículo completo al tema de la Responsabilidad Social y Salud, el Artículo 14, allí abre las perspectivas de acción que van más allá de la ética médica y reitera la necesidad de situar la bioética en un contexto de reflexión abierto al mundo social y político.

El presente estudio está organizado y estructurado de acuerdo a los requisitos de un trabajo de investigación. En cuanto a la estructura y desarrollo el trabajo se organizó de la siguiente manera:

- Primero, se presentan aspectos que sustentan las razones que muestran la importancia de la investigación en el marco de los estudios realizados.
- Como segundo se expone todo el referencial teórico de la tesis, como fundamento y enriquecimiento de la investigación realizada.
- En tercer lugar, se ubica el marco de referencia, se exponen antecedentes investigativos de las comparaciones de los sistemas de salud de Brasil, Chile y Colombia que sirven de soporte para abordar el asunto en referencia, precisando luego la perspectiva asumida en la investigación.
- Cuarto se presentan y explican los aspectos metodológicos y los resultados de la investigación.
- Como quinto y último aspecto se proponen las consideraciones finales y conclusiones

Formulación del problema

En los países latinoamericanos cada uno realizó algún tipo de sistema de salud. Casi todos se caracterizaron por la fragmentación de las formas de prestación de servicios para los ricos y para los trabajadores asalariados, y para los pobres, combinando diferentes formas de financiación y relación. Pero, es claro que la fragmentación fue diferente en cada lugar. Esto implica explorar como se organizan, características, participación, conquistas, fallas y cómo funcionan. Convirtiendo el estudio de los sistemas de salud como algo necesario, que conlleve a conocer, promover, mejorar y garantizar el acceso de calidad al derecho a la salud.

En las condiciones actuales, se convierte como un imperativo tanto para la salud pública como para la vigilancia del respeto a los derechos humanos, la afirmación de que todos los seres humanos, sin discriminación alguna, puedan tener acceso a las condiciones mínimas que les asegure tener la oportunidad de vivir vidas sanas y fructíferas.

Estudiar los sistemas de salud nos permite conocer sus logros y sus desaciertos, sus características, su financiamiento, su dinámica, la forma como ellos funcionan y se organizan con el objeto principal de garantizar la mejoría de las condiciones de salud de la población. Y aunque todos los sistemas de salud presentan

ciertos elementos similares, sin embargo, ellos no funcionan de la misma forma en los distintos países. Debido a que ellos son fruto de una sociedad y hacen parte del entramado social que los marca.

Así mismo el estudio nos permite aprender de la experiencia de los demás y mejorar en las áreas de la salud de los nuestros. Y aunque muchos de los países han implementado reformas completas y han tratado la salud desde sus constituciones como un derecho de la ciudadanía que debe ser garantizado por el Estado, sin embargo, se plantea porque en muchos casos se ha dejado en manos del mercado, así mismo constatamos en la literatura revisada que hacen falta estudios bioéticos de la cuestión o por lo menos estudios que muestren la contribución e incidencia de la bioética en la salud.

Esto nos permite ver la importancia de realizar un análisis comparativo de los sistemas de salud de Brasil, Chile y Colombia, países de la región cuyos modelos analíticos son tendencias regionales en las reformas de los sistemas de salud.

Brasil porque en sus conferencias nacionales periódicas y luchas populares permanentes en los últimos 40 años por la expansión de los derechos sociales entre ellos el derecho a la salud que generaron el Modelo Universal o Sistema Único de Salud (SUS) está comprometido uno de los autores (Garrafa) de la Bioética de Intervención, la cual propone el acceso a la salud como un derecho prioritario que debe ser universalizado.

Chile por ser el país pionero que implementó el primer Sistema de Salud de la región, creado como Servicio Nacional de Salud, además porque las reformas realizadas al campo de la salud son ilustrativas sobre las tendencias para la región, por eso mismo es un modelo dual, pues el Estado cubre a los pobres, mientras que los que tienen condiciones económicas son conducidos para seguros privados.

Colombia no solamente por ser el país de origen del investigador, sino porque su Sistema llevo a cabo la reforma neoliberal en salud, que busca entregar la salud a las fuerzas del mercado e interés privados (7), constituyéndose en un modelo plural, que pasa de un sistema nacional de salud a un sistema general de seguro social del que forman parte empresas públicas y privadas.

Además, realizar este estudio nos permite conocer tanto las fallas como los aciertos, pues, aunque cada país tiene una cultura e historia diferente, sus sistemas

nos permiten aprender de su experiencia y mejorar en la calidad del servicio de la salud. Además, se ha podido constatar en los estudios comparados de los sistemas de salud, que son de distintas y variadas dimensiones que van desde enfoques descriptivos: mapas, atlas, cuadrantes de análisis, análisis comparados, indicadores básicos, hasta estudios más cualitativos de ellos como: Desafíos, retos, determinantes sociales, inequidades, atención primaria, luchas y reformas de los Sistemas de Salud.

Estos estudios constituyen un aporte importante en el marco referencial de la investigación que se lleva a cabo: los Sistemas de Salud de Brasil, Chile y Colombia desde la mirada bioética.

La presente investigación, por lo tanto, hace un análisis comparativo entre los Sistemas de Salud de Brasil, Chile y Colombia, y el aporte que se da a la salud desde el Artículo 14 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) de la UNESCO y los fundamentos defendidos por la Bioética de Intervención (BI) nacida en Latinoamérica, específicamente en Brasil.

De este modo la presente tesis quiere responder a la pregunta ¿Cuál es la relación del Artículo 14 de la DUBDH - Responsabilidad Social y Salud - y la Bioética de Intervención tomando como referencia el análisis comparativo de los sistemas salud de Brasil, Chile y Colombia?

1 REFERENCIAL TEORICO

Antes de abordar la Salud Pública (SP) en Latinoamérica es necesario enunciar la definición de la salud dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), según este organismo la «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Definición que considera la salud no solo como un fenómeno somático (biológico) y psicológico, sino también en el que incide lo social (como la vivienda, el trabajo, el ambiente, entre otros).

La SP ha venido evolucionando desde la misma época de Hipócrates, cuando se comenzó a hablar de la influencia del ambiente físico y social en la salud de la población. El desarrollo de la Higiene Pública se detuvo durante el feudalismo y comenzó a resurgir con la Revolución Industrial con Raus, Ramazini y, sobre todo, Johan Peter Frank, considerado el "Padre de la Salud Pública"(8). Circunstancias como las siguientes contribuyeron a generar toda una concepción de la SP:

- Las grandes epidemias (de enfermedades como la viruela), el tifus, el cólera y la malaria;
- La mala alimentación otra causa de enfermedad;
- La peste (aparecida en 1720), que siguió siendo endémica;
- El crecimiento de las ciudades que fomentó la acumulación de personas en espacios reducidos;
- Desechos fecales, vísceras de animales, sangre y demás perecederos, que generaban basura y mal olor;
- Otro aspecto es lo que destaca Corbin “El invento de la cuestión urbana, el triunfo del concepto funcional de la ciudad-máquina, incitan al aseo topográfico, inseparable del aseo social que manifiestan la limpieza de la calle y el aseo de los sitios de relegación” (9).

Los sistemas públicos de salud tienen sus raíces en iniciativas de organizaciones de trabajadores y de partidos políticos, a mediados del siglo XIX, que en ese proceso de urbanización e industrialización crearon sociedades de socorro mutuo para proveer ayuda financiera a sus integrantes en caso de muerte o enfermedad (10). Dichas instituciones voluntarias y financiadas por los trabajadores se hacían con fines políticos o como una forma asistencial que debería ser alentada por los gobiernos.

Las anteriores circunstancias junto con proyectos de los monarcas absolutistas como la reconstrucción en 1784 por el emperador José II del Allgemeine Krankenhaus (Hospital General) de Viena, que tenía dos mil camas repercutieron tanto en la vida pública como en la privada (11).

En otros países, como Inglaterra, los hospitales se instalaron por iniciativa privada, especialmente gracias a las donaciones de personas con recursos económicos bastante considerables, debido a tres factores: la caridad, que estaba ligada a la idea de la redención; el afán de derrochar para demostrar cierto poder, y la idea ilustrada del mejoramiento de la calidad de vida de las personas. El aumento del número de hospitales en las ciudades, acompañado de una lenta mejora de la ciencia médica y su enseñanza, contribuyó al desarrollo de la medicina.

De forma menos directa, otras medidas contribuyeron a elevar el nivel de la salud pública, en las ciudades más grandes se introdujo y mejoró el suministro de agua, se mejoró la eficiencia de los servicios de recogida de basuras y el alumbrado de las calles redujo el número de homicidios. Podemos identificar al menos tres factores que confluyeron para que se formara un corpus que pudiera ser utilizado por los Estados para el bienestar de los ciudadanos: los avances tecnológicos, los avances científicos y la idea de que el bienestar (la calidad de vida, la salud, etc.) acarrearía progreso.

Con la consolidación de algunos Estados-nación, las ideas que se habían formado respecto a la limpieza de las ciudades y los inventos para el cuidado y la prevención de enfermedades generaron el ambiente propicio para el nacimiento de la salubridad pública. Por ejemplo, en la recién formada Alemania, Otto von Bismark, el astuto canciller austriaco, puso en práctica «un seguro médico gestionado por el Estado en 1883». Esto da cuenta de las preocupaciones del aparato estatal por crear conciencia sobre el cuidado de la salud de los individuos y, como repercusión indirecta, del resto de las personas.

Sin embargo, nuestra actual concepción de la salud pública es algo distinta de la que se tenía a finales del siglo XVIII y principios del XIX. Como hemos observado, la idea era bastante amplia, y en ese momento se consideraban otros aspectos, como el hacinamiento, la mendicidad y la distribución de agua potable, es decir, no existían otras dependencias, y la de salubridad se encargaba directamente de estos asuntos, junto con los ayuntamientos.

En la primera mitad del siglo XX, a causa de un despertar por el interés sanitario, se realizan adelantos en este campo y surgen los ministerios de SP. Con relación a esto último existe un hecho histórico de gran importancia al crearse en Cuba el primero del mundo, como Secretaría de Sanidad y Beneficencia, y después fueron surgiendo en Alemania, Inglaterra, Francia y otros.

La SP continúa ampliando su campo y sus funciones e integra a la atención preventiva de las personas y la del ambiente natural, el entorno social y también los aspectos de la atención curativa, actualmente existe un amplio consenso en que esta se ha convertido en una ciencia integradora y multidisciplinaria (12). No obstante, existen diferencias en los países de América Latina, algunas de las cuales comentaremos más adelante, destacando las particularidades de los modelos de Brasil, Chile y Colombia.

1.1 SALUD PUBLICA EN LATINOAMÉRICA

En este apartado se destaca todo el aporte realizado a partir de los años 60 por la denominada "medicina social latinoamericana" desarrollada principalmente por la formación de grupos académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud que se unieron a los movimientos de trabajadores y de estudiantes y a las organizaciones populares inconformes con el modelo económico de ese momento.

En los años 1960 se implementó con gran intensidad en América Latina el modelo económico denominado desarrollista, así mismo la salud pública fue también llamada desarrollista, sosteniendo que los efectos del crecimiento económico deberían llevar a mejorar la salud en general, lo cual mostro limitaciones. Pues contrario a sus postulados, la realidad latinoamericana reveló el creciente deterioro de la salud pública, a pesar que la economía había tenido un sostenido y alto crecimiento de sus indicadores macro-económicos, los indicadores sociales entre ellos la salud, se deterioraban. La relación entre clase social y problemas de salud se hizo cada vez más evidente, así como la inequidad en el acceso al servicio de salud. Esto llevo a confirmar que la existencia de mayores y mejores servicios no está relacionada con el mejoramiento de las condiciones de salud de la población (13).

En Latinoamérica estos grupos de académicos e investigadores en el campo de la salud se muestran inconformes con ese modelo económico desarrollista, los anteriores grupos y sus ideas permiten desarrollar la llamada medicina social. Aunque el concepto Medicina Social nace en 1848, es después del año de 1970 cuando se produce un gran crecimiento del pensamiento de la medicina social en Latinoamérica por medio de centros de investigación, docencia y publicaciones. Se puede decir que el movimiento latinoamericano de medicina social tiene sus raíces en: 1. La corriente conceptual denominada medicina social, 2. La vertiente política que está ligada a todos los cambios sociales de América Latina, y 3. La vertiente organizacional con orígenes en los seminarios organizados por autores relevantes como Juan Cesar García coordinador de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para quién el concepto de medicina social, trataba de señalar que la enfermedad estaba relacionada con los problemas sociales y el Estado debería intervenir activamente en la solución de dichos problemas (14).

Juan Cesar García, médico argentino, desarrollo desde 1966 relevantes investigaciones y análisis sobre educación médica, ciencias sociales en medicina, bases ideológicas de la discriminación contra los hispanos. Estudios que realizó bajo el patrocinio de la OPS desde su ingreso hasta 1972 año en el que publicó su libro *La Educación Médica en América Latina* (15). El resultado de este escrito fue definitivo porque permitió ver en profundidad la enseñanza de la medicina social en diferentes países latinoamericanos, así como comenzar a construir una red de contactos.

García junto con la médica salvadoreña María Rodríguez y el médico ecuatoriano Miguel Márquez, ambos funcionarios de la OPS dieron impulso a la medicina social latinoamericana tanto con sus trabajos como con el logro del apoyo financiero de ese organismo tanto para investigaciones como reuniones científicas, como las reuniones denominadas Cuenca I (1972) y Cuenca II (1983) realizadas en Ecuador que marcaron el rumbo del movimiento de Medicina Social. Everardo Nunes uno de los asistentes a ambas reuniones menciona como García le pidió estando enfermo que recopilara todos los trabajos presentados en el segundo encuentro (16), pedido que fue cumplido por Nunes dando lugar a la publicación del libro *Tendencias y perspectivas de las investigaciones en ciencias sociales en salud en América Latina: una visión general*, publicado en español y portugués (17).

Otra de las actividades que se deben destacar de García, es su ayuda desde la OPS para la creación de los primeros posgrados en medicina social y su apoyo para traer grandes intelectuales de renombre como Ivan Ilich y Michael Foucault. Se debe destacar que el primer curso de medicina social fue creado en 1973 en la Universidad del Estado de Guanabara, en la actualidad Universidad del Estado de Río de Janeiro (UERJ) y al año siguiente se dio el curso pos gradual de medicina social en la Universidad Autónoma de México con sede en Xochimilco. Debe resaltarse el esfuerzo por la difusión y afianzamiento de esta corriente a Brasil, a través de revistas científicas y libros, así como desde universidades y entidades gubernamentales y no gubernamentales como la Asociación Brasileira de Salud Colectiva (ABRASCO) o del Centro Brasileiro de estudios en Salud (CEBES).

Al Poco tiempo de terminada la segunda reunión de Cuenca, García muere. Y varios de los asistentes como son: Saúl Franco Agudelo, Asa Cristina Laurell, Hesio Cordeiro, Jaime Breilh, Sergio Arouca y Everardo Nunes, entre otros- se reunieron en la ciudad brasileña de Ouro Preto y constituyeron en 1984 la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), que se traza como objetivo; “Orientar, cohesionar y potenciar el pensamiento de la Medicina Social – Salud Colectiva en el continente, y proyectar su presencia ante la problemática sanitaria mundial”. Allí los firmantes en sus consideraciones finales deciden hacer una especial mención a Juan Cesar García, donde reconocen su trabajo como pionero, su liderazgo y aporte teórico de la corriente médico-social en América Latina (18).

ALAMES a nivel internacional representa lo que es para los americanos la Asociación Internacional de Políticas de Salud (IAHP) y mantiene lazos con la Asociación Internacional para la Equidad en la Salud (ISEqH). El hecho de ser un movimiento social, académico y político, le confiere un enorme potencial, aunque sin duda muchos desafíos. En la actualidad esta entidad junto con la Medicina Social tiene como eje esencial la defensa de la salud como bien público y un derecho de los ciudadanos de este continente, desde una perspectiva contra hegemónica, así como la construcción de una agenda en defensa de la salud como un derecho internacional y que hace frente a todo el proceso de Reformas sectoriales de la salud de corte neoliberal, propuestas por el Banco Mundial, de ajuste macroeconómico, de extinción de valores como la universalidad e integralidad, en detrimento de la equidad y de

descentralización de los sistemas y servicios de salud nacionales que han llevado al incremento de la fragmentación e inequidad en la calidad de la atención.

Otra emblemática figura muy reconocida de la medicina social latinoamericana es Asa Cristina Laurell, como dijimos anteriormente fundadora y miembro activa de ALAMES, quien por medio de sus aportes contribuyo a la construcción teórica de la salud como producto socio histórico, la defensa del derecho a la salud, la formulación de políticas sanitarias universalistas y la confrontación a las reformas neoliberales en salud. Ella se inscribe en el pensamiento médico crítico latinoamericano, desde donde asume el debate frente al carácter histórico y social del proceso salud-enfermedad (PSE), así mismo afirma que es posible identificar diferencias en los perfiles patológicos a lo largo del tiempo como resultado de transformaciones de la sociedad.

La articulación entre el proceso social y el PSE permite verificar que el tipo, la frecuencia y distribución de las enfermedades se presentan de manera diferente en los distintos grupos que componen la sociedad, es decir que los perfiles patológicos son específicos según la clase social y el trabajo específico, donde la enfermedad y la muerte son más altas entre la clase obrera. Ella utiliza información de mortalidad en México entre 1940 y 1970, estableciendo contrastes entre las diferentes sociedades, comparando las diez principales causas de muerte en Cuba, Estados Unidos y México a inicios de los 70. Los datos presentados permiten verificar empíricamente el carácter social del PSE como fenómeno material objetivo (19).

Laurell afirma según sus estudios realizados el carácter social del PSE por dos razones: 1) el PSE del grupo adquiere historicidad, porque esta socialmente determinado, es decir además de los hechos biológicos es necesario aclarar cómo esta articulado el proceso social. 2) El proceso biológico humano es social, es decir que no es posible hablar de normalidad biológica al margen del momento histórico y este carácter simultaneo de lo social y biológico del PSE no es contradictorio, se dan como un proceso único (20).

Así mismo y para analizar la relación entre salud y trabajo escribió junto con Noriega el texto emblemático titulado “La salud en la fábrica estudio sobre la industria siderúrgica en México” (21), donde revisan el tema de la salud obrera, aproximándose desde la combinación de elementos tanto de la medicina y sociología del trabajo, la sociología médica y la medicina social latinoamericana. En el texto ellos entonces buscan problematizar la relación salud-trabajo poniendo como foco de atención el

carácter social del proceso de salud-enfermedad. En el texto se constata como ha existido una mirada parcial de la salud obrera centrada en atención médica y riesgos laborales.

Además, se plantea como en la producción latinoamericana en este campo ha sido característico una ignorancia, fruto de la manipulación de conocimiento por las empresas y la descalificación de la experiencia obrera. Así mismo destacan en la salud colectiva en el movimiento latinoamericano el empleo de las ciencias sociales tanto para el análisis del contexto socioeconómico y político de la salud, así como para ser un elemento teórico y metodológico central en la interpretación de ese proceso de salud-enfermedad, que asume su carácter social.

Profesores destacados como Sergio Arouca y Anamaria Tambellini, muy influenciados por la lectura de los primeros textos sobre la enseñanza médica de García, crearon el Laboratorio de Educación Médica y Medicina Comunitaria (LEMC), allí ellos establecen debates teóricos de los determinantes sociales en los procesos de salud y enfermedad, así mismo incluyen discusiones sobre las bases estructurales de la organización de los sistemas de salud. Esta experiencia del LEMC junto con el Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Campinas (UNICAMP) en el estado de San Pablo (Brasil) se convirtieron en pilares del movimiento sanitarista brasileño, lo cual a su vez sirvió de base para las reformas constitucionales del Sistema Único de Salud en Brasil.

Otro referente ya mencionado en salud pública es el médico colombiano Saúl Franco Agudelo para quien la razón de ser de la salud pública es aportar al bien vivir colectivo humano, esto es que la vida se desarrolle en las mejores condiciones posibles y de la mejor manera, por esto para Franco la salud pública puede definirse como “el conjunto de saberes y prácticas relacionado con el cuidado y el logro del bienvivir de la humanidad” (22).

En la salud pública se pueden reconocer tres dimensiones: la salud pública como campo de conocimiento, como campo de acción y como situación resultante de mayor o menor bienestar (23). Y aunque lo considera un desafío él se atreve y arriesga a proponer seis verbos esenciales para revitalizar la salud pública como son: Sanear, Controlar, Prevenir, Promover, Educar y Organizar.

1. Sanear, es crear condiciones de salubridad y limpieza, está relacionado con manejo de aguas, aire, limpieza del cuerpo, conservación de alimentos

2. Controlar, es establecer criterios, pautas y acciones para regular las interacciones con los demás y la naturaleza, en favor del bien colectivo, lo cual exige un autocontrol.

3. Prevenir, es una práctica y conducta milenaria, para lo cual se exige conocer la naturaleza, causa y dinámica, pues se previene lo que se conoce o cree conocer.

4. Promover, verbo más reciente en salud pública, y empieza a desarrollarse conceptualmente desde mediados del siglo XIX. Es entonces misión del Estado entregar los medios, mantener y promover la salud y la educación a través de actividades públicas.

En este punto es necesario destacar la Carta de Ottawa para la promoción de la salud de 1986 donde se afirma que “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (OMS, 1986). Franco destaca en este verbo a Roberto Nogueira, investigador brasilero quien plantea que a partir de la prevención de la enfermedad se erigió la medicina preventiva y a partir de la promoción de la salud se ha configurado la Medicina Promotora (24).

5. Educar, en el campo de la salud ha tenido dos frentes, como son la trasmisión de los valores, prácticas y técnicas para preservar la salud y prevenir las enfermedades, y segundo la formación a nivel técnico, profesional y especializado del personal de servicios de salud.

6. Organizar, no solo los servicios de salud, sino también la organización y movilización de las poblaciones para participar en la tarea de la salud y su derecho a ella (22).

Debe mencionarse a la salvadoreña María Isabel Rodríguez quien fue distinguida por su incansable lucha por el derecho a la salud, la equidad, los derechos de las mujeres y la justicia, toda una vida dedicada a la educación y la salud. Por tal razón la Organización Panamericana de la Salud le brindo un homenaje en la que la directora de la OPS/OMS, Carissa F. Etienne dijo se refirió a ella en un homenaje en estas palabras: “Creemos que nadie representa mejor la aspiración del logro de la 'salud para todos' en las Américas que la doctora Rodríguez, usted ha defendido firmemente ese principio en su país” (25).

Queda claro con todo lo anterior que, en el campo de la salud pública, la medicina social latinoamericana está caracterizada por instaurar un marco crítico y una propuesta

de cambio al desarrollo de la salud, para transformarla y convertirla en instrumento de cambio social que busca tanto la justicia como la equidad, desde sus elementos teóricos como prácticos en pro de construir una nueva salud pública y que ayude en la garantía de la salud como derecho y bien público.

1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y SISTEMAS DE SALUD DE BRASIL, CHILE Y COLOMBIA

Los sistemas de salud en los países al parecer han sido históricamente contruidos a partir de la visión del modelo biológico para el control de las epidemias y de esfuerzos fragmentados. Ellos han sido edificados y basados por el saber médico, que tiene como parámetro central de referencia las patologías. Pero así mismo constatamos que hoy no podemos concebir la salud independiente de la política, pues esta socialmente determinada por ella. Esto se ve constado en que los marcados cambios en los regímenes políticos han dejado su huella en las reformas del sector de salud en los países suramericanos. Verificamos entonces que, para la década de los años 70, los países suramericanos en su mayoría, comenzando por Brasil y Chile se ven oprimidos por regímenes autoritarios de las dictaduras militares. Más adelante los años 80 y 90 trajeron consigo tanto la “crisis de la deuda” como las políticas de ajuste estructurales impuestas por las instituciones financieras internacionales, que originaron ajustes fiscales y recortes en el gasto público social, causando aumento de pobreza, desigualdades y violencia (26).

Los sistemas de salud son una respuesta concreta que un país o una nación ha construido ante todo para suplir y satisfacer las necesidades en salud de una población. Esta respuesta está marcada por la concepción de la salud que prevalece en esa sociedad. Hoy se confrontan en el mundo y también en Suramérica, desde esta perspectiva dos concepciones polarizadas: por una parte, la salud entendida como derecho humano y social fundamental, parte del derecho a la vida, que debe ser garantizado por el Estado; y por otro lado, una concepción de la salud como “servicio o bien de mercado”, propia de los sistemas neoliberales que está regido por las leyes de la oferta y la demanda, determinados por los niveles de ingresos o participación en el

mercado laboral, debiendo el Estado intervenir sólo para garantizarlo a los más pobres, a los excluidos de la dinámica social. Esta última es la concepción que predominó en las agendas sectoriales derivadas del Consenso de Washington y que tuvieron hegemonía en la década de 1990 y fueron promovidas por los organismos financieros, que favorecieron la privatización en la salud, profundizando las marcadas desigualdades de América Latina.

Institucionalmente los sistemas de salud surgen en la primera mitad del siglo XX enfocados esencialmente al control de las grandes epidemias que surgen por creciente intercambio comercial y que diezmaron la población y obstaculizaban los intereses económicos (27).

Aunque el primer ministerio de salud de la región latinoamericana es el cubano (1902), en Suramérica el primero es el chileno (1932). Cabe recordar que a finales del Siglo XIX en Alemania y ante el apogeo de la industrialización y las luchas de trabajadores por mejorar las condiciones de trabajo, los reclamos de sectores políticos y académicos, fue necesario realizar medidas que garantizaran la estabilidad del sistema. Esto llevó a que el canciller alemán Otto von Bismarck promoviera unas leyes que hasta hoy son la base de muchos sistemas de seguridad social. Quedando así fundados los seguros obligatorios contributivos, exclusivos de la clase trabajadora, que cubren tanto enfermedades, accidentes, invalidez y vejez, estos eran costeados por el Estado, los patrones y los trabajadores. Esta seguridad se haría extensiva a la familia del trabajador y a otras áreas, como educación y vivienda.

Más adelante en Inglaterra William Beveridge tiene una mirada diferente de la seguridad social, y le da un carácter integral y universal. Él propone que los beneficios de la seguridad social sean extendidos a toda la población como un derecho social solidario que obligara a la sociedad y al Estado a proporcionar un mínimo de bienestar general, independiente de los aportes que haga cada individuo al financiamiento de los servicios. Bajo este enfoque entonces los costos de la salud deben ser cubiertos principalmente con recursos fiscales del Estado.

Conocer los sistemas de salud nos permite tanto fomentar el conocimiento mutuo de los sistemas de salud, como el contribuir para la integración regional en salud y para el logro de la garantía del derecho universal al acceso a servicios de salud. Aunque la configuración actual de los sistemas de salud de cada país está condicionada por trayectorias históricas, políticas y económicas distintas, y aunque no todas las reformas

de los años 80 y 90 en Suramérica siguieron la misma agenda, se ha podido constatar en los estudios comparados de los sistemas de salud, que la coherencia de la reforma aplicada en Brasil, Chile y Colombia ofrece la posibilidad de llevar estos modelos, además de experiencias reales, como modelos analíticos y tendencias regionales en las reformas de los sistemas de salud (28). Esto es constatado con estas palabras “Las reformas en Chile, Colombia y Brasil son ilustrativas sobre las tendencias para la región que dieron lugar a tres modelos emergentes y paradigmáticos de sistemas de salud” (28, 29).

Podemos entonces por su gran utilidad, destacar tres modelos paradigmáticos denominados universal, dual, y plural: el modelo de cobertura universal con financiamiento fiscal implementado en la reforma sanitaria brasileña, el modelo dual chileno de los años 1980 y el modelo de pluralismo estructurado de la reforma colombiana, de los años 1990, que incorporó los principios de la competencia regulada. A continuación, se presentarán los siguientes aspectos en cada país de los sistemas de salud de Brasil, Chile y Colombia; Indicadores demográficos, principales acontecimientos históricos de los sistemas de salud, marco constitucional, estructura y esferas de gobierno, protección social en salud. Seguido sus respectivos cuadros comparativos.

1.2.1 Indicadores Demográficos

El tamaño poblacional hace referencia al número de habitantes de una población, expresado en millones de habitantes. El tamaño de las poblaciones latinoamericanas es variado; como se observa en la gráfica, Brasil cuenta con la población más numerosa del continente, en tanto que Chile la más pequeña de las comparadas.

Tabla 1 Indicadores Demográficos año 2017

País	Superficie (Km ²)	Población	Personas por Km ²
Brasil	8.358.140	209.288.278	25,0
Chile	743.532	17.807.414	24,3
Colombia	1.109.500	49.065.615	44,2

Fuente: Elaborado a partir de la Plataforma de datos Knoema. Disponible en: <https://knoema.es/atlas/Brasil?compareTo=CO,CL>

1.2.2 Principales Acontecimientos Históricos en Los Sistemas de Salud

Los sistemas de salud son una respuesta concreta que un país o nación construye para satisfacer las necesidades en salud de una población. Respuesta que siempre está relacionada con la concepción de salud que prevalezca en esa sociedad. A continuación, presentamos los 10 hitos o acontecimientos más sobresalientes en la historia de los sistemas de salud de Brasil, Chile y Colombia respectivamente:

Cuadro 1 - Principales acontecimientos históricos del sistema de salud Brasil

1920	Reestructuración del Departamento Nacional de Salud y creación de organismos especializados para la lucha contra la tuberculosis, la lepra y las enfermedades venéreas
1923	Creación del sistema de Cajas de Jubilación y Pensiones
1930	Creación del Ministerio de Educación y Salud
1953	Creación del Ministerio de Salud que se separa del Ministerio de Educación y Salud
1967	Reforma de la previsión social que unificó cinco de los seis IAP en el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS)
1974	Creación del Ministerio de Previsión y Asistencia Social y separación del INPS en tres institutos: el Instituto de Administración de Previsión y Asistencia Social, el INPS y el Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social
1983	Creación del proyecto Acciones Integradas de Salud
1988	Promulgación de la nueva Constitución y creación del Sistema Único de Salud (SUS)
1990	Reglamentación del SUS a través de la Ley Orgánica de la Salud y de la ley que define la participación social en el SUS
1997	Creación del Piso de Atención Básica – Transferencias per cápita del nivel federal a los municipios

Fuente: Atlas de los Sistemas de Salud de América Latina –ASSAL. 2011.123

Cuadro 2 - Principales acontecimientos históricos del sistema de salud Chile

1891 Ley de Organización y Atribución de las Municipalidades que las hace responsables de la higiene pública y el estado sanitario de la comuna

1918 Primer Código Sanitario

1924 Seguro Obrero Obligatorio que cubre riesgo de enfermedad, invalidez, vejez y muerte

1942 Creación de la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA) y del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA)

1952 Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante la fusión de diversas instituciones para crear un organismo único encargado de la protección de la salud de toda la población

1968 Consolidación de las Mutuales de Seguridad y creación del Sistema de Libre Elección para empleados públicos y privados

1979 Fusión del SNS y SERMENA y reorganización del Ministerio de Salud para crear el Fondo Nacional de Salud (FONASA), los Servicios de Salud (regionales), la Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública

1980 Municipalización de los establecimientos de atención primaria

1981 Creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)

2003-2005 Reforma que da origen al Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)

Fuente: Atlas de los Sistemas de Salud de América Latina –ASSAL. 2011.135

Cuadro 3 - Principales acontecimientos históricos del sistema de salud Colombia

1945 Creación de la Caja Nacional de Previsión Social

1946 Creación del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales

1954 Creación de las Cajas de Compensación Familiar

1975 Creación del Sistema Nacional de Salud

1990 Descentralización de la salud a nivel municipal

1991 Incorporación a la Constitución Política del derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público bajo la dirección, coordinación y control del Estado

1993 Creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100)

2002 Creación del Ministerio de Protección Social mediante la fusión del Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

2006 Establecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

2007 Aprobación de la Ley 1122 que introduce modificaciones al SGSSS / Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010

Fuente: Atlas de los Sistemas de Salud de América Latina –ASSAL. 2011.148

1.2.3 Marco Constitucional

En los países de Suramérica el derecho a la salud es pensado desde distintas direcciones. Algunos países consideran a la salud como un derecho universal en su Constitución Nacional. Otros lo relacionan con los determinantes sociales de la salud y algunos desarrollan una preocupación expresa del derecho a la salud también como garantía del acceso a los servicios de salud. En cambio, en otros países de la región no se señala a la salud como un derecho constitucional, pero se menciona la garantía a la protección de la salud a través del aseguramiento universal o de la adhesión a instrumentos internacionales que la consideran como tal. También tenemos el caso de países con reformas constitucionales más recientes, que indican qué valores y que principios deben guiar y orientar la organización de su sistema de salud. Veamos ahora uno a uno los países objeto de estudio:

Brasil

La Constitución de la República Federativa, define el marco legal del Sistema Único de Salud (SUS), mediante la ley 8080 así:

La salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizada por medio de políticas sociales y económicas que tengan como objetivo la reducción del riesgo de enfermedades y de otros daños y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación (30).

La Constitución establece como directrices del SUS: la descentralización (federal, estatal y municipal), la integralidad (derecho universal a la atención integral, preventiva y curativa en todos los niveles); y la participación de la comunidad por medio de consejos municipales, estatales y federal de salud.

Después de la promulgación de la Constitución Federal se dieron dos leyes llamadas Orgánicas que reglamentan la organización del SUS en tres esferas de gestión (federal, estados y municipios) la Ley 8.080/1990 y la Ley 8.142/1990. Además, la Ley 8080/90, en su artículo 2º, define: “La salud es un derecho fundamental del ser humano y el Estado debe suministrar las condiciones indispensables para su pleno ejercicio”. El estado para cumplir con lo anterior establece como principios y valores: la universalidad, la equidad y la integralidad.

En lo que se refiere a la participación social se establece en la Ley 8.142/1990 que las instancias de participación social son los consejos de salud (con carácter permanente y deliberativo, compuestos por representantes del Gobierno, prestadores de servicios, profesionales de la salud y usuarios) y las conferencias de salud (se realizan cada cuatro años y cuentan con la representación de los distintos segmentos sociales), organizados en las tres esferas de gobierno, municipal, estatal y nacional.

Chile

En la Constitución Política (CP) de la República de Chile se establece el derecho a la protección de la salud en su artículo 19, párrafo 9

9°. El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado (31).

Por medio del Decreto N°. 1 del año 2005 define y rige sobre los organismos públicos de salud, el sistema privado de salud administrado por las instituciones de salud previsional, regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud. Así mismo en el Código Sanitario, Decreto 725, rige todas las cuestiones relacionadas con el formato, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República.

Mediante la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana se establece una “institucionalidad para la participación ciudadana en la gestión pública, por medio de esta iniciativa el gobierno abre espacio para la participación ciudadana.

Colombia

La Constitución Política de 1991 establece en el artículo 48, que la seguridad social es un servicio:

La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los

principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley (32).

Principios que son modificados mediante el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 por: Universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, Prevalencia de derechos, Enfoque diferencial, Equidad, Calidad, Eficiencia, entre otros.

Tabla 2 – Salud en la Constitución Nacional vigente de los países de estudio

Marco constitucional de la salud, Principios y valores		
Brasil	Chile	Colombia
<p>Constitución Nacional vigente: 1988</p> <p>Artículo 196: “La salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizada por medio de políticas sociales y económicas que tengan por objetivo la reducción del riesgo de enfermedades y de otros daños y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”.</p> <p>Artículo 198: “Las acciones y servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerarquizada y constituyen un sistema único, organizado de acuerdo con las siguientes directrices: descentralización, con dirección única en cada esfera de gobierno; atención integral, con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales; participación de la comunidad”.</p> <p>El Sistema Único de Salud (SUS) es un sistema público que tiene como marco legal la Ley 8080 de 1990 y que busca descentralizar la gestión mediante subsistema a nivel de provincia y municipalidad, la atención integral, preventiva y curativa con la participación de la comunidad.</p>	<p>Constitución Nacional vigente: 1980</p> <p>Artículo 19 § 9: “El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado”</p>	<p>Constitución Nacional vigente: 1991</p> <p>Artículo 48: “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley”.</p> <p>Artículo 49: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.</p>

Fuente: Elaborado a partir de consultas a las Constituciones nacionales vigentes

1.2.4 Estructura y Esferas de Gobierno

Los países en estudio cuentan con gobiernos democráticos con distintos tipos de organización territorial, política y del sistema de salud, así como diferentes grados de descentralización. Brasil tiene una organización federal, mientras que Chile y Colombia cuentan con una organización unitaria, en general descentralizada.

Brasil tiene tres estamentos federados con responsabilidad sobre la salud. Cada uno de los entes gubernamentales tiene una conducción única, pero buscan la concertación con los otros entes a través de las comisiones intergestoras, tripartita, a nivel nacional (involucrando la unión, los estados y los municipios), y bipartitas, a nivel estadual (estado y municipios)

Aunque desde finales de la década de 1980 se observa un cambio y un movimiento a favor de la universalización del acceso a la salud, (caso Brasil) sin embargo, esto se ha convertido hoy en un desafío, ya que en todos los países coexisten un sector público y un sector privado con mayor o menor presencia en la organización del sistema, ya sea en la prestación o en el aseguramiento. De los países en estudio las fuerzas armadas y de seguridad (policía) tienen sistemas especiales que están insertados en el sector público y constituyen una rama específica, que generalmente responde a su Ministerio de pertenencia. Veamos ahora uno a uno los países objeto de estudio:

Brasil

Es un país federativo, constituido por tres niveles de gobierno: la Federación, los Estados y los Municipios. Aunque cada nivel es autónomo sin embargo interdependiente. El Sistema Único de Salud (SUS), es instituido por la Constitución Federal de 1988 resultado del proceso social de redemocratización de Brasil. Allí se viabiliza el derecho universal y gratuito a la salud a todos los ciudadanos y demás residentes en el país, por esto fue consagrado como política del estado. El SUS lo dirige a nivel Federal el Ministerio de Salud y en los estados, el Distrito Federal y los municipios, las respectivas Secretarías de Salud.

En Brasil la reforma sanitaria fue promovida por el movimiento sanitario de los años de 1970 y 1980. Este proceso consistió en un proyecto político cultural nacido de

la lucha de la sociedad civil y movimientos sociales que buscaron la democratización del país por el acceso a servicios de salud. El lugar y momento propicio de dicha reforma fue la 8ª Conferencia Nacional de Salud, realizada en 1986, en base a dos temas de la salud como derecho de la ciudadanía: 1. De la reformulación del sistema de salud y 2. Del financiamiento del sector.

El SUS es reglamentado por la Ley 8080 la cual lo define así: “El conjunto de acciones y servicios de salud, prestado por órganos e instituciones públicas federales, estatales y municipales, de la administración directa e indirecta y de las fundaciones que el poder público mantiene” (30).

El SUS está orientado por estos principios y directrices válidos para todo el territorio:

- *Universalidad* de acceso en todos los niveles de asistencia;
- *Igualdad* en la asistencia a salud, sin prejuicios o privilegios de cualquier especie;
- *Integralidad* de la asistencia;
- *Participación de la comunidad* por medio de los Consejos de Salud y Conferencias de Salud;
- *Descentralización* política-administrativa, con gestión unificada.

Chile

El Ministerio de Salud fue creado por el Decreto con Fuerza de Ley No 25 de 1959 con el fin de programar, controlar y coordinar todo lo relacionado a la salud pública. En 1979 y bajo el gobierno militar se dicta la Ley 2.763 que reestructura al Ministerio de Salud y crea el Sistema Nacional de Salud estableciendo órganos como Instituto de Salud Pública, El Fondo Nacional de Salud –Fonasa- y Central de Abastecimiento. Después de la dictadura, y luego del retorno de la democracia, en 1990 y motivados por el cambio en el perfil epidemiológico, las expectativas de vida de la población y el desarrollo propio del país, se impulsó a una profunda reforma del sector salud en el Estado chileno.

La reforma tuvo como referencia el alcanzar los objetivos fijados para la década 2000-2010, que buscaban mejorar los logros sanitarios previamente alcanzados, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios

de la sociedad, corregir las inequidades y proveer servicios acordes con las expectativas de la población. Hoy día vemos que el sistema de salud chileno es mixto y basado en el aseguramiento, existiendo una combinación pública/privada tanto en el financiamiento como en la provisión. El subsistema privado está conformado por las Instituciones de Salud Previsional –Isapre-, que son empresas privadas de aseguramiento y prestación de servicios de salud, clínicas y centros médicos privados de provisión de servicios de salud y laboratorios y farmacias. El Sistema tiene un régimen especial para las Fuerzas Armadas.

La salud laboral es gestionada en un régimen separado, regido por la ley N° 16.744 del Ministerio del Trabajo. El aseguramiento y la provisión de prestaciones de origen laboral también presenta una combinación público – privada. El subsistema público se denomina Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y está integrado por el Ministerio de Salud (Minsal) que tiene sus organismos dependientes, los cuales son:

- 29 Servicios de Salud, que tienen prestaciones de salud a través de una red asistencial a lo largo del país.
- El Instituto de Salud Pública, que es el Laboratorio Nacional y de Referencia, tiene a cargo la normalización y control de calidad de los laboratorios y de los medicamentos
- La Central de Abastecimiento, que gestiona la provisión de medicamentos y demás insumos de uso médico al subsistema público y a establecimientos privados en convenio.
- El Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que ejerce las funciones de asegurador público y además contribuye a administrar el financiamiento de las acciones de salud pública.
- La Superintendencia de Salud, encargada de la regulación de las aseguradoras privadas (Isapre) y del seguro público (Fonasa) y de la fiscalización de los prestadores de salud.
- La Subsecretaría de Salud Pública que tiene como misión asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud ejerciendo las funciones reguladoras, normativas.

- Subsecretaría de Redes Asistenciales, cuya misión es la de regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas.
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que tienen como fin velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad.

Colombia

Tiene un sistema de salud que corresponde a un sistema organizado como un servicio público, donde la garantía del acceso a los servicios y protección de la población se da a través del aseguramiento social. Desde la teoría de sistemas de salud, el colombiano responde en gran medida al modelo de pluralismo estructurado (33). donde se identifican las siguientes funciones:

- **Modulación:** Corresponde a la rectoría, dirección, inspección vigilancia y control del sistema. La dirección, orientación y conducción del Sector Salud está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), tal como lo señala el art. 4 de la Ley 1438 de 2011.
- **Financiamiento:** Reconocido por la OMS (2000) como uno de los más solidarios del mundo. El sistema reúne recursos desde fuentes primarias (hogares y empresas), a través de cotizaciones, y desde fuentes secundarias (recursos de la Nación), hasta el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), donde se centraliza y se aplica un conjunto de normas de compensación y distribución.
- **Aseguramiento:** Se orienta principalmente a la salud individual y se entiende como la administración del riesgo financiero. El aseguramiento en el SGSSS incorpora un Plan Obligatorio de Servicios: un conjunto de garantías explícitas para la población; y que para su acceso y la garantía de su prestación se reconoce por cada afiliado a cada entidad promotora de salud (EPS). Las EPS son las entidades responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento para los regímenes contributivo y subsidiado, así como también las de afiliación y la recaudación de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

El modelo de desarrollo de la salud pública en Colombia ha tenido variaciones impulsadas desde lo legislativo como son:

- La descentralización en salud (ley 10 de 1990).
- Tres años después la ley 100, incorpora el Plan de Atención Básica (PAB) de promoción, prevención y vigilancia y control en salud pública.
- En 2001 se da la ley 715 que articula la nación y las entidades nacionales
- Posteriormente, la Ley 1.122 de 2007 redefine la salud pública e introduce el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) que sustituye al PAB.
- En 2011 con la expedición de la Ley 1438 de 2011 el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) se transforma en decenal.

La atención individual en Colombia se presta principalmente a través del aseguramiento en salud, el cual se encuentra compuesto por tres regímenes:

- *Régimen contributivo*, orientado a trabajadores y sus familias o población con capacidad de pago.
- *Régimen subsidiado*, orientado a dar cobertura a la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago. Financiado por una contribución cruzada desde los trabajadores del sector formal de la economía y aportes del gobierno nacional y territorial a través de impuestos.
- *Regímenes especiales*, que incluyen a los sistemas de salud independientes de las fuerzas militares, los empleados del magisterio, la Empresa Colombiana de Petróleos.

Desde su creación El SGSSS está orientado por los siguientes principios:

- Eficiencia. Consiste en la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles
- Universalidad. es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

- Solidaridad: Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.
- Integralidad: Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población.
- Unidad: Consiste en la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social.
- Participación: Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

En la siguiente tabla N°.3 vemos comparados las estructuras y esferas de gobiernos de los países en estudio:

Tabla 3 Estructura y esferas de gobierno

Brasil	Chile	Colombia
República federativa, régimen presidencialista – Territorio dividido en 26 Estados + Distrito Federal y 5.564 municipios El Sistema Único de Salud, sector público, es de acceso universal y financiación fiscal, con tres niveles de gestión – la Unión, con el Ministerio de Salud, los 26 estados y los 5.564 municipios con correspondientes secretarías de salud y consejos de salud. Los tres entes federados tienen responsabilidades en salud. La concertación entre entes federados ocurre en la Comisión Intergestores Tripartita en nivel nacional y en Comisiones Intergestores Bipartitas en los estados. El Sistema Único de Salud tiene servicios públicos propios y contrata parte de los servicios privados especializados y hospitalarios. El sector privado está constituido por operadoras de planes y seguros privados de salud prepagos con cobertura del 25% de la población y por	Estado Unitario, administración funcional y territorialmente descentralizada o desconcentrada – Territorio dividido en 15 regiones, 54 provincias, 345 municipalidades y 346 comunas Sistema de salud mixto: basado en el aseguramiento, existiendo una combinación pública/privada, tanto en el financiamiento como en la provisión. El subsistema público se denomina Sistema Nacional de Servicios de Salud y está integrado por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes (29 servicios de salud; el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud el asegurador público, y la Superintendencia de Salud, que regula las aseguradoras. Subsistema privado: está compuesto por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que son las aseguradoras privadas,	“Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.” (Art 1 Constitución, 1991). Colombia está compuesta por 32 departamentos, un Distrito Capital (Bogotá) y cuatro distritos especiales. Los departamentos están conformados por 1.102 municipios. Sistema de Salud: La arquitectura del sistema de salud colombiano propende por una alta especialización de las funciones de sus diferentes actores, la participación pública privada en el aseguramiento y en la prestación de servicios y un mercado regulado a fin de lograr mayores niveles de eficiencia y calidad en su gestión. Corresponde a un sistema de competencia regulada compuesto por Empresas Promotoras de Salud (EPS), públicas y privadas que

servicios privados a los que se accede por pagos directos de bolsillo.	clínicas y centros médicos privados de provisión de servicios de salud y laboratorios y farmacias. Las Fuerzas Armadas y de Orden poseen, cada rama, una red de prestadores de diversa complejidad con regulación desde el Ministerio de Defensa. La Salud Laboral es gestionada por un régimen separado regido por el Ministerio de Trabajo con base en cotizaciones obligatorias efectuadas por Mutuales del Instituto de Normalización Previsional	operan como aseguradoras y administradoras y contratan las instituciones prestadoras de servicios que proveen atención de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud (POS) diferenciado entre los regímenes contributivo y subsidiado (60%) (Agudelo et al 2011)
--	---	--

Fuente: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Sistema de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad; 2012. 32

1.2.5 Protección Social en Salud

En general los sistemas de salud en Suramérica son fragmentados y segmentados. Tenemos como ejemplo Chile, país que, en los años 1950, e influenciado por la experiencia del servicio nacional de salud británico, constituyó el Servicio Nacional de Salud (1952), este se expandió en las décadas siguientes y universalizó la cobertura, pero fue resegmentado en el período de la dictadura militar (1973-1990) con la creación de aseguradoras privadas y la conformación de un sistema dual (33). Aunque se debe reconocer que los grados de solidaridad del sistema han sido otra vez incrementados por los gobiernos democráticos durante la última década (34). Veamos en la tabla 4 la tipología de sistemas de cada uno de los países:

Tabla 4 Tipología de sistemas de protección social por país

PAIS	Tipología de sistema de protección social
Brasil	Seguro de salud unificado (Sistema nacional de salud de finalidad pública y provisión mixta)
Chile	Aseguramiento mixto regulado (Diversas formas de financiamiento, aseguramiento y provisión con diversos grados de regulación pública)

Colombia Aseguramiento mixto regulado (Diversas formas de financiamiento, aseguramiento y provisión con diversos grados de regulación pública)

Fuente: Elaborado a partir de datos OMS, OPS

Aunque podemos identificar tendencias y características comunes en las reformas, el carácter de las reformas tiene muchas modalidades. Pues se debe reconocer que no se trata de procesos semejantes, pues en estos procesos se incluyen los actores políticos implicados, las instituciones participantes, las coberturas, gastos y beneficios. Además, se deben tener en cuenta valores dados por la sociedad que apoyan las políticas dadas. No se constituyen solo a través de un arreglo técnico y organizativo (35).

En la tabla 5 tenemos características particulares de la protección en salud de los países en estudio:

Tabla 5 Protección social en salud

Brasil	Chile	Colombia
<p>El Sistema Único de Salud (SUS) tiene cobertura universal con atención integral (de la atención básica hasta la alta complejidad, como trasplantes de órganos). Con la Constitución Ciudadana de 1988, que define la salud como derecho universal y deber del Estado, fueron unificadas las instituciones de salud del Seguro Social y del Ministerio de Salud.</p> <p>Además del acceso al SUS, 25% de la población tiene doble cobertura –compran planos/seguros privados de salud individuales o colectivos (en parte con premios pagados por empleadores).</p>	<p>Los seguros cubren 93% de la población: 78% de la población está afiliada al subsistema de seguro público (FONASA) con aportes de cotizaciones de los trabajadores del sector formal y financiación fiscal para los grupos en situación de pobreza; 14,4% también mediante cotizaciones son afiliados a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que son empresas privadas de aseguramiento y prestación de servicios de salud; 2,8% pertenecen al sistema de salud de las Fuerzas Armadas 7% de la población se consideran “independientes” pues no están adscritos a ningún sistema de aseguramiento en salud.</p> <p>En 2005 entró en vigencia la ley de Garantías Explícitas en Salud, que establece un plan de salud obligatorio para las instituciones prestadoras de servicios de salud, indistintamente del sector público o privado. Actualmente otorga garantías explícitas respecto al acceso, oportunidad y calidad de la atención y a la protección financiera de la población para 69 patologías.</p> <p>En caso de no cumplimiento por Fonasa o Isapres, la ley establece</p>	<p>Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en 2011: 96% de la población total.</p> <p>Régimen Contributivo: cubre el 42,6%, orientado a trabajadores del sector formal y sus familias o población con capacidad de pago. Financiado con base en contribuciones de las empresas y los trabajadores.</p> <p>Régimen Subsidiado: cubre el 48,4%, orientado a dar cobertura de la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago.</p> <p>Regímenes especiales: cubren 4,8%, incluyen sistemas de salud independientes de las fuerzas militares, los empleados del magisterio y la empresa colombiana de petróleo.</p> <p>Desde 2007 – subsidios parciales con extensión de cobertura de aseguramiento con financiamiento estatal.</p> <p>El Plan Obligatorio de Salud (POS) del régimen subsidiado corresponde al 60% del POS del régimen contributivo. Para el año 2012, la unidad de pago por capitación (UPC) tuvo un valor promedio de USD 266 para el régimen contributivo y de USD 159 para el subsidiado</p>

los canales y cursos de
reclamación.

Fuente: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Sistema de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad.

1.3 APORTES LATINOAMERICANOS ANTES DE LA DUBDH A LA BIOÉTICA CON RELACIÓN A LA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SALUD

En el Séptimo Congreso Internacional de la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO – REDBIOÉTICA – realizado en Brasilia en 2018 y que llevó como título “La Bioética frente a vulneración de los Derechos Humanos”, en su inspiradora conferencia, la antropóloga Rita Segato hablo de la necesidad de dar un giro copernicano del pensamiento, es decir decolonializar el pensamiento. Y en ese sentido utilizó la expresión “localización del pensamiento”, que confirma la intención de este trabajo en las siguientes líneas de destacar y reconocer la contribución hecha por bioeticistas latinoamericanos que previeron la importancia de retomar los caminos originales de la bioética, una bioética contextualizada y comprometida que debe incluir temas sociales necesarios y de importancia vital entre ellos el servicio y acceso a salud.

Antes de adentrarnos en Latinoamérica tenemos que señalar como esta disciplina que desde sus inicios con Potter y la bioética global incorpora conceptos amplios, como la supervivencia en general y no solo cuestiones biomédicas, muy poco tiempo después con Hellegers y luego con Beauchamp y Childress con su expandida y hegemónica teoría principialista, utilizan la palabra bioética en sentido disociado de aquel, restringiéndolo a un nuevo campo de investigación: el de la ética aplicada a las ciencias biológicas al nivel humano.

Veamos ahora y reconozcamos el aporte hecho por algunos países de nuestra región latinoamericana, incluso antes de la promulgación de la DUBDH. La bioética que se ha desarrollado tan rápidamente como ninguna otra área se expande a Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México y demás países latinoamericanos. Según el Padre jesuita Alfonso Llano se debe reconocer el mérito a el medico argentino José Mainetti de fundar en 1972 el Instituto de humanidades médicas que pronto difundió sus ideas humanísticas en el Cono Sur de Latinoamérica a través de conferencias, cursos y de la revista Quirón. Posteriormente en los años 80 Juan Carlos Tealdi con el apoyo de Mainetti fundó la Escuela Latinoamericana de Bioética (ELABE) que se dedicó a dar cursos de enseñanza de la Bioética. En Colombia se da el movimiento de humanización

de la medicina por humanistas como: Fernando Sánchez, Jaime Escobar, Juan Mendoza, entre otros. En 1985 Fernando Sánchez ex rector de la Universidad Nacional, funda el Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos (ICEB) (36).

En Brasil, en palabras de Volnei Garrafa, la bioética puede considerarse una empresa tardía y adquiere una perspectiva orgánica de carácter académico a comienzos de los años 90. La bioética brasilera contribuyo proponiendo problemas específicos y originales ligados a la realidad socioeconómica, política y cultural de los países de América Latina, por ejemplo, problemas de salud pública y desafíos que provienen de situaciones injustas y de exclusión social. En 1995 fue fundada la Sociedad Brasileña de Bioética (SBB) (37).

Se debe señalar que la vinculación de la bioética con las luchas en el campo de la salud pública en Brasil se da por el profesor Volnei Garrafa, quién estaba política e intelectualmente implicado en las movilizaciones en defensa de la salud pública en ese país. Del autor, se destaca la publicación, en 1981, del libro “Contra el monopolio de la salud” (38) bastante difundido en la época entre intelectuales, sindicalistas y estudiantes de izquierda sanitaria brasilera, escrito que fue considerado como uno de los precursores de la reforma sanitaria de finales de los años 1980.

Llama particularmente la atención como la Bioética en Brasil tuvo como trasfondo el llamado "Movimiento en Defensa de las Reformas de Salud en Brasil" (39) y como desde allí se da la evolución de la bioética con investigadores que tenían alguna vinculación con el Centro Brasileño de Estudios de la Salud (CEBES), luego se da la creación en 1993, de la Revista Bioética por parte del Consejo Federal de Medicina. A continuación, tres libros que estaban explícitamente relacionados con la salud pública se publicaron: 1. Dimensiones de la ética en la salud pública (40); 2. Bioética – la tercera margen de la salud (41) y 3. Ética de la atención sanitaria (42), así mismo en 1995 se dio la fundación de la Sociedad Brasileña de Bioética. Lo anterior lleva a reconocer como desde el comienzo del desarrollo de la bioética en Brasil, ella ha tenido una fuerte afinidad con el campo de la salud pública, centrándose desde el inicio en el derecho de las personas a acceder a la atención médica (43).

Merece aquí destacarse el florecimiento de centros, institutos y grupos profesionales en la región: en los años 80 Juan Carlos Tealdi con el apoyo de Mainetti fundo la Escuela Latinoamericana de Bioética (ELABE); en Chile se crea una unidad de Bioética en la escuela de medicina en 1988 y en 1994 la Universidad de Chile y el gobierno chileno en Asociación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

crea un Programa Regional de Bioética para Latinoamérica y el Caribe; en 1988 en Brasil en la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul, se establece un programa graduado en Bioética (44).

En palabras de Alya Saada se da el proceso llamado globalización de la bioética durante los años 90, allí en los países llamados periféricos, iniciando por América Latina, surgen otras escuelas de pensamiento y nuevos temas que preocupan y demandan un marco más amplio que lo propuesto por la bioética norteamericana:

Es el nacimiento de la bioética social el que marca el paso de una bioética fundamentalmente centrada en el individuo a una ética holística fundada sobre la justicia social y la equidad, que engloba el derecho a la salud, el acceso a los cuidados y a los tratamientos médicos de calidad, los derechos económicos y sociales, como la eliminación de la pobreza y de la exclusión, el derecho a una vida digna y el derecho a la diversidad y a la pluralidad en tanto que especificidades inherentes a nuestro mundo (45).

Para los años 90 se da lo que algunos autores llaman recreación o reconstrucción de la bioética en América Latina. En Brasil en 1994 fue creado el Núcleo de Estudios e Investigaciones en Bioética, que formó parte del conjunto de "Núcleos Temáticos" que componía el Centro de Estudios Avanzados Multidisciplinares (CEAM) de la Universidad de Brasilia (UnB). La creación del Núcleo fue resultado del Programa de Post-Doctorado realizado por su fundador y coordinador el profesor Volnei Garrafa, en la Universidad La Sapienza, de Roma, junto al fallecido profesor Giovanni Berlinguer, respetada autoridad internacional en el campo de la salud pública y de la bioética (46).

Con la creación del Programa de Posgrado en Ciencias de la Salud de la UnB, en 1996, el Núcleo propuso y fue efectiva la apertura de un Área de Concentración en Bioética dentro del nuevo Programa, con el ofrecimiento regular de disciplinas del área. Dentro de ese contexto de crecimiento, en 1998 fue creado el primer curso de Post Graduación Lato Sensu del país genuinamente dedicado a la bioética laica, con desarrollo de un año y un total de 450 horas/clase.

El Núcleo de Estudios pasó a ser llamado oficialmente de "Cátedra Unesco de Bioética de la UnB" en 2005, cuando recibió formalmente el certificado de calidad académica internacional proporcionado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura –UNESCO-(46).

En el 2008 como fruto de su labor y de una construcción madurada por 15 años de experiencia nacional e internacional en el área, el grupo de trabajo de la Cátedra Unesco de Bioética propuso a la UnB y la Coordinación de Perfeccionamiento de

Personal de Nivel Superior (Capes) – organismo regulador del Ministerio de Educación de Brasil con relación a los programas de posgrado realizados en el país - la creación del primer Programa de Postgrado Stricto Sensu ofrecido en el país por una Universidad pública y laica e inició oficialmente sus actividades en agosto de 2008 sus estudios de maestría y doctorado. Hasta el 2017 ya había recibido alumnos de 18 estados brasileros, el Distrito Federal y en cuanto a su inserción internacional cuenta con estudiantes provenientes en América Latina de Uruguay, Colombia, Argentina; en Europa de Francia; en África de Angola y Mozambique (46).

Lo anterior ratifica como desde los años 90 en América Latina ya se empezaron a escuchar voces proponiendo la necesidad de una ampliación de una agenda más amplia de la bioética, donde se tuviese en cuenta condiciones del contexto como son pobreza, inequidad en países periféricos, así como críticas al principialismo, modelo hegemónico hasta ese tiempo (47). Idea que es ampliada y confirmada en otro escrito por Tealdi, quién comenta como entre los años 1990 y 2000, hubo una gran efervescencia del debate bioético.

La bioética latinoamericana emergió como cultivo de un pensamiento de origen y dominación anglo-americana, moderado por corrientes europeas, pero creciendo en un territorio con una larga historia de injusticias e historias de la bioética en el continente, violaciones de los derechos fundamentales de las personas (48).

La expansión de la bioética como nuevo campo de conocimiento en los años 70 con la conocida bioética principialista llevo a ser reconocida y exportada como una teoría necesaria y universal. Esta bioética que se caracterizaba por su fundamentación particularmente individualista y privada, y que fue producida en otra cultura y en otro contexto, pasa a ser aplicada vertical y acríticamente a cualquier realidad, independientemente de la cultura, el lugar o país del mundo, dirigida tanto a investigadores, profesionales y pacientes, fuese cual fuese su origen y cultura.

El entusiasmo causado por la bioética principialista hizo que pensadores buscaran adaptar esos principios aun cuando la discusión bioética se relacionaba a contextos colectivos. La inclusión de la justicia sanitaria en la discusión de la bioética significa ampliar los referenciales éticos de ésta, haciendo ultrapasar los principios de la autonomía, beneficencia y no maleficencia, lo que, de cierta manera, propicia la inclusión de otros enfoques en las reflexiones (49).

En ese trasegar histórico de la bioética en nuestra región en particular, se destacan investigadores latinoamericanos que precedieron no solo a la promulgación de la Declaración de la Unesco del 2005, sino de la misma Red Latinoamericana de Bioética como son Juan Carlos Tealdi con su enfoque de los Derechos Humanos desde Argentina, José María Cantú (México) con temas relacionados con el hambre, la exclusión social y el no acceso a salud, Schramm (Brasil) y Kottow (Chile) con el tema de la Bioética de Protección y Garrafa y Porto con la Bioética de Intervención en Brasil, propuesta que será objeto de estudio más adelante en este trabajo.

Tenemos entonces a Juan Carlos Tealdi quien concibe a los derechos humanos como fundamento de la bioética, diferente de otras concepciones como es la bioética de principios. Ya que los derechos humanos son exigencias morales que pretenden reconocimiento legal de las instituciones y esencialmente de la institución mayor que es el Estado. Además, estos derechos expresan en su origen una apreciación de valores y en particular de aquellos valores que tienen mayor altura o densidad o peso, esto es mayor jerarquía. Estos valores, son postulados de un modo indiscutible y absoluto, aunque puedan ser discutidos y no reconocidos, son postulados como imperativos categóricos si se quiere. Porque si algo caracteriza a los derechos humanos esto es su carácter inalienable y por tanto subversivo del orden de voluntades acordadas en la constitución comunitaria. Finalmente, Tealdi nos dice como no es el sujeto en ejercicio de su autonomía el que da fundamento al deber ser, sino que es la conciencia que capta los valores humanos como cualidades materiales del mundo que nos rodea la que nos señala donde está lo bueno y nos pide que actuemos para realizar esa bondad o esa justicia (50).

Por otro lado, tenemos a José María Cantú, quien antes de morir ofreció una entrevista; allí en sus profundas y dicientes palabras nos dice, que hoy sufrimos por la acción de los norteamericanos que nos empujan hacia la privatización de la Medicina. Si la Medicina es privatizada, será cada vez más costosa. Llegaremos al paupericidio - palabra que significa la eliminación de los pobres. Porque no les damos medicamentos, no les abrimos acceso a los nuevos beneficios de la medicina. ¡Y acaba muriendo tanta gente curable! Si en el país más poderoso del mundo ocurre esto, imagine el destino de los pobres de América Latina, insertados en un contexto de tanta deficiencia en los servicios colectivos de prevención, como en vacunación, pura y simple (51).

La Bioética de Protección que tiene como autores principales a Schramm y Kottow, ella busca resguardar la integridad física, psíquica, social y patrimonial del individuo, con miras a promover una mejora de su salud y calidad de vida, especialmente de aquellos que son más necesitados. Se fundamenta en el principio de la responsabilidad social priorizando a los más necesitados, respetando los derechos y la dignidad humana, los cuales deben mantenerse inalienables.

La salud pública tiene como una de las medidas la prevención y promoción de la salud que se refieren a poblaciones humanas y a su entorno socio-ambiental de un lado, y del otro a instituciones públicas responsables por la implementación de políticas sanitarias legítimas y eficaces. Así el Estado debe asumir obligaciones sanitarias que implican una ética de la responsabilidad social correspondiente, que los autores llaman ética de protección (52).

La Bioética de Protección surge como una inquietud de estos investigadores latinoamericanos, teniendo en cuenta no sólo la vulneración humana y, sí, todos los aspectos que contribuyen sobremanera a la existencia de esta condición vulnerable. En otras palabras, se considera aquí no sólo la vulnerabilidad, sino la propia condición existencial de los humanos sometidos a la pobreza, la escasez de recursos de salud, el hambre, el desempleo, la falta de vivienda, entre otros marcadores de la desigualdad social (53).

Según Schramm un sistema de salud no debe basarse sólo en las reglas legales, económicas o epidemiológicas, sino también en principios morales, tales como solidaridad, responsabilidad y justicia social, que priman por el respeto a la dignidad humana. Las políticas en salud deberían distinguir grados de protección de acuerdo con la condición existencial de vulnerabilidad, susceptibilidad o vulnerabilidad (52).

Las anteriores perspectivas y miradas de la bioética para nuestro contexto latinoamericano son confirmadas en palabras de Vidal:

Ese ampliar la agenda bioética, no solo era desde el marco de los derechos humanos, y la inclusión de temas que modelos tradicionales no habían tenido en cuenta, sino ofreciendo una mirada contextual, que había sido llamado desde sus diversas formas como “un nuevo paradigma de la bioética (54)

Merece una especial atención encuentros o eventos realizados como el Cuarto Congreso Mundial de Bioética realizado en 1998 organizado por el International Bioethics Committee (IAB) realizado en Tokio, Japón titulado *Bioética Global*, el cual

inspiró de alguna manera a los organizadores del Sexto Congreso Mundial realizado en 2002 en la ciudad de Brasilia. Bajo la organización del Núcleo de Estudios e Investigaciones en Bioética de la Universidad de Brasilia y de la Sociedad Brasileña de Bioética, este congreso fue titulado con el sugestivo título *Bioética, Poder e Injusticia*, estimulándolos a ampliar las temáticas más allá de lo biomédico y biotecnológico (investigaciones en seres humanos y relación médico-paciente) para los campos de la salud (derecho a la salud, la salud como bien público y universal, derecho a acceder a medicamentos esenciales) lo social (exclusión, pobreza) y lo ambiental (respeto al ecosistema, a la biodiversidad y derecho al agua limpia) (55).

El Congreso del 2002 permitió ver la necesidad para que la bioética ampliara su campo de acción, porque si bien es cierto que los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia son indispensables, no son la única herramienta para los investigadores del área, visión y perspectiva que poco a poco ha sido incorporada en la concepción epistemológica internacional de la bioética y que fue refrendada y ratificada en el 2005 por la propia UNESCO con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos que llevo a incorporar los temas y referenciales que ya se habían anticipado y mencionado en el Congreso de Brasilia.

Es decir que con este Congreso Mundial realizado en un país del sur de América (Brasil) se incluyeron en la agenda internacional Bioética temas del “poder” y de la “injusticia”, permitiendo entonces ampliar el campo o área de trabajo de esta disciplina, para que no se quedara entonces en lo meramente biomédico y biotecnológico, proponiendo entonces mayor politización en el estudio de temas éticos muy precisos, necesarios y problemáticos como exclusión social, discriminación, hambre, polución ambiental y otros. Al respecto Daniel Wickler, orador que participo en este Congreso celebrado en Brasilia en 2002 afirmó este punto de vista, acordó que este evento "politizó la agenda internacional de bioética (56).

En publicación realizada por Garrafa y Pessini que recoge las principales presentaciones del congreso, en la introducción se nos presenta una agenda temática para la bioética, que los autores llaman semilla de una bioética que dialoga con el mundo y cuestiona la política y el poder:

Una bioética que deje de ser meramente descriptiva o (...) se convierta en un instrumento concreto para la construcción de una sociedad más democrática, equitativa, solidaria y comprometida con transformaciones sociales verdaderamente incómodas (56).

Los Congresos mencionados de Tokio (1998) y Brasilia (2002) estimularon el inicio de discusiones sobre la profundización y ampliación de la bioética propuesta en Estados Unidos y Europa (basada en el universalismo de los cuatro principios de Georgetown). Allí unos pocos bioeticistas comprendieron y afirmaron que las problemáticas latinoamericanas no eran las mismas en los países dominantes debiendo preocuparse de ellas, además vieron la necesidad de que fuese respetada la pluralidad cultural y moral propia de cada lugar, dando así una mayor visibilidad a las temáticas sociales, sanitarias y ambientales.

A partir del año 2000 se iniciaron tareas en Latinoamérica y el Caribe con miras a implementar y promover actividades en Bioética desde la UNESCO con sede en México con la coordinación Alya Saada, asesora regional de la UNESCO, una de las primeras tareas trazadas fue la construcción de una red regional de expertos en bioética, para lo cual se empezaron a contactar referentes del tema y se organizó una primera reunión en el 2002 con algunos de ellos en la Habana.

La Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la Unesco (llamada Redbioética/ UNESCO) fue entonces creada formalmente en mayo del 2003 en Cancún, México, en reunión paralela del Proyecto Genoma Humano, siendo electo el investigador brasileño Volnei Garrafa como su primero presidente, cargo que ocupó hasta el año 2010. La creación de la Redbioética fue gestada anteriormente en una reunión realizada en Cuba en el año 2000 y, luego a seguir en el Sexto Congreso Mundial realizado en Brasilia, cuando un grupo selecto de investigadores de América Latina reunidos por inspiración del fallecido mexicano José María Cantú (genetista) tuvieron la idea de formar una nueva entidad en forma de Red, que tuviese como fin la profundización crítica de investigaciones, reflexiones y acciones bioéticas de la región, resultado de ello fue la Red bioética con el apoyo de la UNESCO (57).

El trabajo de la Red llevo a reconocer ese lazo indisoluble y enriquecedor entre bioética y derechos humanos, es decir que no se puede hablar de uno sin referenciar al otro, la labor de la Redbioética fue decisiva en la conquista de avances conceptuales significativos relacionados con el campo propio de la Bioética y convirtiéndose así de alguna manera en pionera de la amplia visión tratada y trabajada más adelante en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco del 2005. Se hacía pues necesario que la bioética se preocupase de necesidades e inequidades

existentes propias de América Latina como (pobreza, enfermedad, ineficiencia en la cobertura de salud).

Para responder a lo anterior la Red creó como una estrategia la capacitación en bioética, independiente de la bioética hegemónica de los Estados Unidos, y desde el 2006 inicio con el Programa de Educación Permanente en Bioética en coordinación con el Programa para América Latina y el Caribe de Bioética de la oficina de la Unesco de Montevideo.

Desde sus inicios la Red vio la necesidad ineludible de profundizar y estudiar las relaciones entre la salud pública/colectiva, la justicia y los derechos humanos. Esto porque uno de los temas desconocidos por la bioética anglosajona es por ejemplo el acceso a la salud, que, aunque es tratado o interpretado como un derecho universal de todo ciudadano, sin embargo, es tenido en cuenta como un “bien de consumo” al que puede acceder el que lo pueda comprar.

Así mismo la Red desde sus inicios se ha trazado como propósitos el identificar y fortalecer a instituciones nacionales, regionales y locales preocupadas en la Bioética a partir de un interés regional, además se ha preocupado por incentivar y socializar las investigaciones bioéticas de interés y de acuerdo a la realidad de la Región de América Latina y el Caribe, buscando el beneficio para los grupos más vulnerables. Otro propósito laudable es el de asesorar a actores políticos para la construcción de disposiciones y normas relacionadas con la Bioética.

En palabras de la actual coordinadora ejecutiva del Consejo Directivo de la Redbioética UNESCO, Susana Vidal

La Redbioética UNESCO, es una agrupación que desde sus orígenes ha marcado el norte de la bioética desde una perspectiva universal de la justicia, el respeto por la dignidad, los DDHH y las libertades fundamentales, aportando una visión amplia, inclusiva de las realidades contextuales y la diversidad de la región, para una mejor comprensión de los problemas que afectan a los individuos de esta parte del mundo (58).

Por último, y no menos importante tenemos en este recorrido por el grandioso aporte latinoamericano al rico y fértil campo de la bioética y la salud, publicaciones por citar algunas: Revista Bioética del Consejo Federal de Medicina (CFM) en Brasil (1993). El libro titulado Estatuto Epistemológico de la Bioética en su edición en español (Garrafa, Kottow y Saada, 2005) y *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*, en portugués (Garrafa, Kottow y Saada, 2006), bajo la coordinación

académica del presidente de ese entonces de la Red Latinoamericana de Bioética, profesor Volnei Garrafa (Universidad de Brasilia) y del profesor Miguel Kottow (Universidad de Chile).

Bioética en Iberoamérica: historia y perspectivas de Pessini e Barchifontaine, en portugués y que mereció versión en español con el libro *El desafío de una perspectiva Iberoamericana en Bioética* de la OPS de Pessini, Barchifontaine y Lolas (2007). *El desafío de una perspectiva Iberoamericana en Bioética*. OPS, Chile (2007) y *El Diccionario Latinoamericano de Bioética*, coordinado por Carlos Tealdi (2008), entre otros.

1.4 BIOÉTICA DE INTERVENCIÓN (BI) Y SU APOORTE A LA DUBDH Y A LA SALUD

Quiero iniciar esta sección enunciando la visión y perspectiva de quién es considerado para muchos, (en los cuales me incluyo) el pionero y padre de la bioética, el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter, primero en utilizar la palabra bioética, en un artículo en la Revista *Science* donde llamaba a los universitarios a cumplir su responsabilidad primaria por la supervivencia y la calidad de vida en el futuro; afirmando que la universidad tiene que ser el lugar de una búsqueda de la verdad orientada hacia el futuro, y es dentro de este perímetro que se inscribe su propuesta de una bioética, como puente hacia el futuro. En la visión y perspectiva de Potter la bioética no se reduce a un campo específico de conocimiento, sino que ella debe responder, a algo más que problemas biomédicos (59).

Por lo tanto, la bioética desde el inicio incorpora conceptos amplios, como la supervivencia en general y no solo cuestiones biomédicas. No se reduce entonces a un campo específico de conocimiento y esto es percibido en sus palabras

Tenemos una gran necesidad de una ética de la tierra, de una ética de la vida salvaje, de una ética de la población, de una ética del consumo, de una ética urbana, de una ética internacional y las demás. La humanidad tiene la necesidad urgente de una nueva sabiduría que provea el –conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia del hombre y para el mejoramiento de la calidad de vida. Este concepto de la sabiduría como una guía para la acción, podría ser llamado -la ciencia de la supervivencia (60).

La anterior visión es la que ha buscado recuperar la Bioética latinoamericana, que se ha preocupado más por una bioética pública, es decir de carácter colectivo, que hace frente a unos desafíos propios de nuestra región o contexto como las desigualdades sociales, la exclusión, la inequidad, buscando iluminar y responder a desafíos sociales como son la salud pública y el respeto por los derechos humanos. En esta perspectiva se inscribe la Bioética que veremos a continuación.

En América Latina, desde finales de los años 90 con el liderazgo del profesor Volnei Garrafa se desarrolla la Bioética de Intervención, que nace a partir de una necesidad de responder a los desafíos de las desigualdades que permean a los países del sur donde el principialismo de Beauchamp y Childress, teoría norteamericana bastante difundida en el mundo, que demostraba insuficiencia para analizar los problemas existentes en naciones con perfiles distintos (61).

Se ha podido certificar y de acuerdo con el mismo profesor Garrafa que la historicidad de la BI comienza en el medio académico por medio de presentaciones orales en conferencias y congresos que preceden a la publicación de artículos, capítulos y artículos en diccionarios. Estas presentaciones orales fueron realizadas por su creador, Volnei Garrafa e incluyen, cronológicamente:

- a) Bioética Dura / Bioética Fuerte. Memorias del IV Congreso Argentino de Bioética. Conferencia; Mar del Plata / Argentina, 1998;
- b) Conferencia. IV Congreso de FELAIBE - Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética. Panamá; 2000
- c) Bioética de Intervención. Conferencia de apertura del I Congreso Boliviano de Bioética. La Paz, Bolivia, 2001 - en esta conferencia aparece por primera vez la expresión "Bioética de Intervención".

d) Conferencia de apertura del IV Congreso Mundial de Bioética Brasilia, 2002, cuando el trabajo es producido en equipo con Dora Porto, quien acompañó a Garrafa en algunos textos sobre la BI en algunos años siguientes. La anterior cronología es destacada en la tesis doctoral realizada por Martorell (62).

Según Feitosa y Nascimento, entre los años 1995 y 2002 la BI pasó por su etapa gestacional, donde Garrafa presentó argumentos que correlacionaban la bioética y la salud pública, siendo ya utilizados también los términos bioética dura y bioética fuerte (63).

Una de las críticas al principialismo apunta que esa es una bioética con carácter individualista, basado en los principios de la autonomía, beneficencia y no maleficencia, en estrecha relación con una perspectiva de la relación médico-paciente, donde el principio de la justicia parece tener una importancia secundaria. En ese sentido, estaría perjudicada una visión más colectiva de los conflictos bioéticos, que tuviera en cuenta la vulnerabilidad producida en un contexto de relaciones de poder presentes en las desigualdades sociales, económicas y sanitarias de gran parte de los países del sur.

La construcción de una relación entre bioética y salud pública, ya se venía trabajando en Brasil, específicamente con estudiosos que están comprometidos con el movimiento sanitario y el campo social, dos referencias en ese contexto histórico son, “La dimensión de la Ética en salud pública”, (64) producida en la Universidad de Brasilia y “La Tercera Margen de la Salud” (41); de la Escuela Nacional de Salud de la FIOCRUZ.

Esto es constatado por Giovanni Berlinguer destacado científico internacional del campo de la salud pública, quien reafirmó la estrecha relación entre política de salud, reducción de desigualdades, movimientos sociales y bioética en Brasil (65).

En Brasil y las ideas expandidas para América Latina por la Bioética de Intervención, se vienen señalando la equidad como principio fundamental en las discusiones de las políticas sociales y en la mediación de los conflictos que ocurren en la asistencia médica. La BI tiene a la equidad como eje central de las políticas en la reducción de las desigualdades producidas por los sistemas económicos. En ese sentido las inversiones y las acciones del Estado deben priorizar las poblaciones más necesitadas. Así el derecho a la salud, es situado como derecho humano, necesario de priorizar a través de la universalización, como el derecho a la propia vida (66).

La BI se delinea según el grupo de autores que crecientemente empezaron a incorporarse en el estudio de la misma, a partir del reconocimiento de la idea de salud como calidad de vida, no sólo de la esfera individual, sino también de una responsabilidad colectiva, expandiéndose hacia el reconocimiento del contexto social como campo legítimo de estudios e intervención bioética. Por lo tanto, la asignación, destino, distribución y control de recursos en salud debe observar la realidad del país y sus inequidades, evitando decisiones meramente legalistas o políticas.

Una de las principales características del enfoque de la BI, que refleja el aporte de lo enunciado por DUBDH es el destacado y necesario papel del Estado en la responsabilidad en la defensa de los grupos de población más vulnerables, teniendo como base de referencia la promoción de la equidad y la igualdad, en consonancia con el artículo 14 de dicha Declaración. Es lo que la BI trata dentro de una de sus categorías como situaciones persistentes, en nuestro caso particular el acceso a salud.

Merecen destacarse los dos primeros artículos previos de fundamentación y presentación de la BI publicados por las revistas "Humanidades" (1994) (39) e "O Mundo da Saúde" (1999) (66) y que tenían el tema de la salud pública como centro de la atención bioética. A seguir, los textos que realmente ya incorporaban la BI, siendo los primeros artículos publicados en revistas académicas indexadas y que pasaron a presentar la BI tanto para lectores de Brasil como internacionalmente, ya que es corriente la búsqueda y lectura de artículos escritos en lengua inglesa, otorgando así mayor visibilidad a la BI (67). Transmiten el mismo marco teórico de este primer momento de la BI los textos: el capítulo del libro "Bioética, poder e injusticia: por una ética de intervención"(66) y los artículos "De una bioética de principios" a una "bioética interventiva" crítica y socialmente comprometida (68).

Coincidentalmente en el año 2005 año de promulgación de la DUBDH, y en el marco del Congreso Mundial de Bioética de la Sociedad Internacional de Bioética – SIB I- realizado en Gijón España, el profesor Volnei presento el tema "La bioética de intervención y el acceso al sistema sanitario y a los medicamentos" (69), allí llama la atención en ese país europeo de la universalización del acceso a los beneficios más básicos del consumo humano, incluyendo la salud, la cual es desigual cuando comparamos los países ricos (centrales) y países pobres (periféricos) del mundo. Tema imprescindible para la agenda bioética.

En el mismo encuentro el autor llama la atención como después de casi tres años de duras discusiones, la UNESCO homologó la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, allí los países ricos, encabezados por los Estados Unidos y secundados principalmente por Alemania, Reino Unido, Japón y Canadá, intentaron de todas maneras reducir el contenido de la Declaración a las cuestiones biomédicas/biotecnológicas. Sin embargo, a pesar de ello el esfuerzo de los países del hemisferio Sur, especialmente de América Latina, África e India, fueron recompensados

y las temáticas social y ambiental fueron incorporadas a la agenda bioética del siglo XXI (70).

En el campo de la salud pública, al reconocer la necesidad de priorizar la asignación de recursos, la BI también se centra en el papel de la ciencia en la contradicción ética, de avanzar hacia la oferta de tecnologías complejas, tales como trasplantes de órganos y manipulación genética, dejando de lado medidas sanitarias básicas que podrían salvar la vida de innumerables personas en situación de pobreza. Como herramientas para pensar cómo abarcar los avances tecnológicos y científicos en la salud pública, la BI propone que nos orientamos por la prudencia frente a los avances, por la prevención de posibles daños e iatrogenias, por la precaución frente a lo desconocido y por la protección de los más frágiles / desasistidos (71).

En uno de los textos de este momento, en su fase de críticas a la hegemonía de la Bioética Principialista, Volnei Garrafa, comenta que, para países pobres del hemisferio sur, otras categorías son importantes más allá de los cuatro tan aclamados principios de Georgetown, afirmando que son también categorías importantes. Además lo que autor llama cuatro "pes" la prevención (de posibles daños e iatrogenias), precaución (frente a lo desconocido), prudencia (con relación a los avances y "novedades") y protección (de los excluidos sociales, de los más frágiles y desasistidos) - para el ejercicio de una práctica bioética comprometida con los más vulnerables, con la "cosa pública" y con el equilibrio ambiental y planetario del siglo XXI, estas empiezan a ser incorporadas por bioeticistas latinoamericanos críticos en sus reflexiones, estudios e investigaciones(72).

La B.I se presenta como una propuesta de liberación, que en el decir de Porto (73), puede ser tomada como "base ética para un modelo abstracto e imaginario de sociedad ideal, tal como el socialismo utópico". La autora hace tal afirmación para justificar el hecho de haberse referido a la Bioética de Intervención como una utopía, al mismo tiempo que aclara que para ella esa palabra no es sinónimo de un deseo inalcanzable, pero si una fuerza movilizadora para la construcción de proyectos históricos concretos, alcanzables y viables, por lo que al realizar un balance de los 10 años de la Bioética de Intervención hizo uso de la expresión "retrospectiva de una utopía", lo que nos da el sentido de concreción de la propuesta. Así mismo ha considerado que la BI politizó la bioética, despertando a los bioeticistas para los

presupuestos de la Reforma Sanitaria e indicando con ello los conflictos en salud, que han de incluirse en esa propuesta bioética.

En artículo publicado en el año 2011, Porto y Garrafa asocian las características de las bioéticas brasileñas al movimiento por la Reforma Sanitaria en el país, iniciado al final de los años 1970:

Hay una relación directa entre el proceso de la Reforma Sanitaria brasileña y el perfil de la bioética que viene siendo desarrollada en el país. En ambas áreas, el análisis de los marcos teóricos, ámbitos de actuación, sujetos a los cuales se refiere y parámetros orientadores, lo demuestra. La posibilidad de establecer paralelo entre esos planes analíticos indica que la reflexión bioética autóctona en Brasil está siendo directa o indirectamente influenciada por las perspectivas delineadas por aquel proceso, iniciado hace más de veinte años (74)

Entre las "medidas y cambios necesarios para enfrentar los antiguos y nuevos problemas" de la bioética, Garrafa en su artículo "Ampliación y politización del concepto internacional de bioética", (75) publicado en 2012, destaca como primer ítem la "utilización de los principios y referenciales de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos".

Esto nos lleva a afirmar que durante su primera década de existencia la Bioética de Intervención logró, con base en su fundamentación teórica y en colaboración con las demás bioéticas brasileñas y latinoamericanas, asegurar, a nivel internacional, la aceptación de la dimensión política de la formulación y de la práctica bioética, estableciendo como eje aglutinador de esa dimensión política el paradigma de los Derechos Humanos.

Ante realidades presentes en nuestro contexto como la desigualdad social e inequidad, donde las personas pobres son obligadas a convivir con el dolor (por la inaccesibilidad a un servicio básico como el sanitario, muy común en regímenes como el capitalismo, donde la salud es vista y tratada como un bien, fruto del mercado - accesible a unos e inaccesible a otros-, porque no se tienen las mismas posibilidades económicas), diferente a las personas con posibilidades económicas que tienen mayor probabilidad de vida (por alimentación, vivienda, salud, etc, la BI propone como herramienta una mayor equidad que es el trato igual a los desiguales (76).

Según Garrafa, la BI sugiere también una mayor aproximación entre la bioética y la política, con el objetivo de profundizar la discusión del problema del acceso a la

salud y la garantía del derecho a la dignidad de la persona humana. Tal politización, sería fundamental como forma de construcción de la deseada justicia social, principalmente en una región donde se dan evidentes y profundas desigualdades en el acceso a los recursos sanitario (77).

Se hace necesario reforzar la importancia de priorizar el derecho a la salud, a través de la universalización de éste. El derecho a la salud, que se destaca como un derecho humano y, por lo tanto, afecta no sólo a la esfera individual, sino también a una responsabilidad colectiva.

Un texto fundamental para la BI es “La bioética de intervención en el contexto del pensamiento latinoamericano contemporáneo”(63), producido por Feitosa y Nascimento que presentan (y esto es constatado por la eminente antropóloga Rita Segato, aunque la autora reconozca que es una teoría en construcción), a la Bioética de Intervención como la principal novedad en el campo del pensamiento latinoamericano y la quinta proposición teórica original y genuina de la región, después de la teología de la liberación, la pedagogía del oprimido, la teoría de la dependencia y la teoría de la colonialidad del poder.

La BI así como las cuatro teorías que la preceden, rompe las fronteras regionales y se afirma como una bioética libertaria, que se revela contra la imposición del conocimiento bioético producido por los países centrales, para así fundamentar un proceso de fundamentación epistemológica.

Así mismo, los autores citados constatan como en Brasil, la vinculación bioética con las luchas en el campo de la salud pública se aplica, evidentemente, a la propia génesis de la bioética de intervención, como es el caso de uno de sus principales autores y divulgadores, Volnei Garrafa, quien estaba política e intelectualmente implicado en las movilizaciones en defensa de la salud pública desde el origen de aquel movimiento. Destacándose la publicación, en 1981, del libro “Contra el monopolio de la salud” (78), bastante difundido en la época entre intelectuales, sindicalistas y estudiantes de izquierda sanitaria brasilera, escrito que se consideró como precursor de la reforma sanitaria de finales de los años 80.

De la misma manera hacen referencia a los trabajos de Garrafa “La dimensión de la ética en la salud pública”(64) Bioética, salud y ciudadanía(39) “Ética y salud pública: el tema de la equidad y una propuesta bioética dura para los países

periféricos”(81), publicados entre 1995 y 1999, período en que se inició el desarrollo de la bioética en Brasil, los anteriores escritos pueden ser considerados marcos historiográficos de la identidad de la bioética de intervención en su vinculación teórico-política con la salud pública.

El estudio concluye que la BI conforma un paradigma bioético que viene siendo validado, especialmente en su campo experimental y de difusión más importante. Así va ocupando un lugar relevante en la arena bioética y se va consolidando como una importante teoría del pensamiento latinoamericano en la actualidad.

En estudio más reciente Rivas y colaboradores nos hacen ver como la Bioética de Intervención se centra en la justicia y la salud pública. Ya que la bioética ha tenido y tiene que proteger vulnerables y hacer valer sus derechos, y ha tenido, y debe seguir haciéndolo, para intervenir cuando se ha sobrepasado sobre la dignidad de los seres humanos, tanto para la atención y la investigación (79).

Este es el llamado problemas macro, o persistentes, común en países latinoamericanos que requieren atención por parte de una interdisciplina que apunte a la responsabilidad social y la salud en línea con la DUBDH, y ver esta cuestión, la salud como un derecho y no sólo como un bien de consumo, el cual es accedido a través del mercado y se rige por los caprichos de la oferta y la demanda, como cualquier otra mercancía.

La BI como se ha dicho anteriormente, se gestó desde la década de los 90 como una propuesta epistémica anti hegemónica, ha impactado con su aporte teórico tanto regional como internacionalmente, aportando en el proceso de debate y construcción de la DUBDH no solamente en la ampliación de la disciplina sino desde el enfoque de vivencia y practica de los derechos humanos entre otros acceso a salud, a agua limpia, a una vivienda digna que buscan dignificar al ser humano objeto primordial de cualquier derecho.

A pesar de haber venido desarrollándose por cerca de 20 años, esta propuesta bioética ya cuenta con un significativo repertorio teórico fruto, principalmente, de los significativos esfuerzos emprendidos por el propio Garrafa, con el valioso aporte de Dora Porto, y a seguir y de modo continuado por la contribución de simpatizantes y adeptos de la misma especialmente, muchos de ellos egresados del Curso de

Especialización y del Programa de Posgrado en Bioética (Maestría y Doctorado) de la Universidad de Brasilia, además de bioeticistas latinoamericanos.

La BI procura mostrar como los principales conflictos morales existentes en Occidente se relacionan con la disparidad de poder y la inaccesibilidad a los bienes de consumo básicos a la supervivencia con dignidad de la mayor parte de la población. Estos aspectos se agravan por el modelo económico capitalista (el mercado), que fomenta aún más las desigualdades entre los países (centrales y periféricos), contraponiéndose a los Derechos Humanos Universales (75).

A diferencia de la propuesta de Beauchamp y Childress -que consideran la ética biomédica como la propia bioética (frase lapidaria que abre la séptima y última edición de su libro) - para la BI, la nueva bioética global por ella propuesta incorpora obligatoriamente, además de los originales temas biomédico-biotecnológicos, las cuestiones sociales sanitarias y medioambientales. Esta ampliación pionera de la agenda bioética internacional propuesta por BI desde sus inicios, fue finalmente explicitada y reconocida en el ámbito internacional con el texto de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco (75).

1.5 INFORME DEL COMITÉ INTERNACIONAL DE BIOÉTICA DE LA UNESCO (CIB) SOBRE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SALUD

En el año 2009 el Comité Internacional de Bioética (CIB) de la UNESCO se reunió para trabajar un Informe que amplía y da la razón del artículo 14 sobre la Responsabilidad y la salud (80). Este artículo, relativamente nuevo en el debate bioético, exige que se deba seguir profundizando, así como trabajando sus posibles aplicaciones. Una de ellas es que se tenga en cuenta las diferentes perspectivas, globales de problemas en salud a las que se enfrentan las personas. Según el Presidente del Comité Internacional de Bioética (CIB) Donald Evans el artículo 14 aunque complejo, es quizás el más innovador pues introduce el principio de Responsabilidad Social y Salud en el campo de la Bioética, abriendo sus perspectivas de acción y situándola en el contexto de la reflexión abierta al mundo tanto político, como social.

El informe del CIB nos expresa como el artículo 14 está diseñado para llamar la atención de aquellos que tienen que tomar las decisiones en materia de medicina y

ciencias de la vida reorientándolos desde la bioética en la cuestión urgente de la prestación de la atención sanitaria; dejando claro que, si bien la salud es responsabilidad de los Estados, deben involucrarse también las actividades comerciales y las investigaciones internacionales. Así mismo el trabajo presentado por la UNESCO presenta unas profundas y enriquecedoras reflexiones en torno a las dimensiones éticas y jurídicas de la Responsabilidad Social que veremos a continuación:

Concepto de Responsabilidad Social: El informe del CIB profundiza sobre el termino de Responsabilidad Social. 1. Inicia con la palabra Responsabilidad, esta aparece por primera vez en ingles en el S. XVIII en el contexto legal y solo hace muy poco esta palabra adquiere sentido moral. 2. El termino Responsabilidad Social es muy reciente y apareció en el ámbito de las empresas e instituciones privadas para definir la obligación que la empresa tiene con una sociedad por encima de los deberes que establecen las leyes. Por lo tanto, se extiende de los individuos a los grupos, de las instituciones privadas a las empresas públicas; en ese sentido las instituciones no solo una personería jurídica, sino también moral.

La Responsabilidad Social se entiende como una obligación moral, la cual no puede ser impuesta, lo que implica que no hay coacción legal de someterse a ella. En ese sentido el artículo 14 de la Declaración es novedoso e importante pues amplía el concepto de Responsabilidad Social tanto al sector privado como al público, es decir que debe ser compartido con el fin de lograr el cumplimiento de este derecho.

Y como el tema de Responsabilidad está inmerso dentro de la visión moral, se debe aclarar entonces una diferencia necesaria entre lo que es un deber ético perfecto y un deber imperfecto. Los deberes perfectos son públicos, pueden ser exigidos por el Estado, ejemplo pagar impuestos. Estos deberes son correlativos a los derechos de los demás, por ejemplo, si tengo deber de no matar a otros, entonces los otros tienen derecho a la vida.

Los deberes imperfectos, o llamados deberes de beneficencia, aunque son vinculantes para los individuos, no pueden ser exigidos o impuestos por el Estado. "Imperfecto" no significa que sea de menos importancia, sino en la forma que se pueda gestionar. Ejemplo, la solidaridad, aunque todos los seres humanos están moralmente obligados a ayudarse mutuamente en tiempo de necesidad, esta obligación no puede ser exigida por la ley, en ese sentido la solidaridad es un deber moral

Amplio alcance del Artículo 14: El artículo 14,1 establece que la promoción de la salud ya no es solo un objetivo sino “un cometido esencial de los gobiernos” es decir un encargo o función esencial de los gobiernos que se debe perseguir de diferentes maneras como la persuasión moral, las políticas gubernamentales, la protección de los ciudadanos ante enfermedades u otras amenazas actuales como la pobreza o el deterioro ambiental. En ese sentido el bienestar individual está relacionado con el desarrollo social, lo que implica que la salud y desarrollo social debe interesar no solo al sector sanitario sino a todos los sectores sociales. Según el Informe esta puede ser la afirmación más importante del artículo. En ese sentido “Responsabilidad Social” se extiende de los individuos a los grupos e instituciones, estos tienen deberes morales que van más allá de lo que legalmente se requiere. Pues las instituciones no solo tienen personería jurídica, sino también moral, es decir tanto los individuos como las instituciones tienen deberes morales.

Así pues, la importancia del artículo 14 es que amplía el concepto de Responsabilidad Social, pues lo aplica no solo a lo individual, a lo privado, sino también al dominio público. El Estado entonces debe ofrecer la garantía y el acceso a la atención sanitaria, pues ya no es solo por la caridad, como en el pasado (obligación imperfecta) sino que se ha convertido en un derecho de los ciudadanos a ser garantizado por el Estado (deber perfecto).

Desarrollo Social: Aunque el concepto “desarrollo social” es difícil y debatible por ser difuso y amplio, sin embargo, el artículo 14,2 que menciona los ámbitos como acceso a atención médica de calidad, acceso a los medicamentos y acceso a agua potable, nos permiten ver que las mejoras en los anteriores ámbitos vitales constituyen un desarrollo social de mayor importancia que por ejemplo ayudar a los jóvenes a afinar el cantar y que mantengan su ritmo. Este artículo es claro en manifestar que cualquier cambio social que mejore por ejemplo el acceso a atención médica de calidad y medicamentos, constituye por sí mismo un desarrollo social que ha de ser promovido tanto por los gobiernos y sectores de la sociedad.

La salud como un “bien” o como un “derecho”: Desde algunas teorías filosóficas la salud es vista como un bien básico, debido al vínculo entre salud, bienestar y participación social, es decir tener ciudadanos sanos es beneficioso para la sociedad pues contribuye a mejorar la situación social. Esta visión además permite tener una visión global acerca de la salud desde una perspectiva económica y ética, por ejemplo,

en caso de pandemias, además permite considerar la salud como un bien universal, así como motivar a los países a trabajar en el compromiso por una distribución más equitativa de recursos sanitarios. Sin embargo, la dificultad radica en la perspectiva de algunas teorías éticas, que, al tratar a la salud como un bien, se está tratando como una mercancía, lo que se aleja de la perspectiva bioética.

La salud vista como un derecho, radica en que la falta de atención médica o de fomento de la salud vulnera el primer derecho que es la piedra angular: el derecho a la vida. Al respecto es destacable el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1996 que en su artículo 12 establece que “Los Estados que hacen parte en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. El CIB menciona entonces el derecho a la salud, como un derecho humano “fundamental” el cual requiere: 1. Atención médica, 2. Información sanitaria, 3. Saneamiento, 4. Un sistema sanitario de calidad, eficaz, receptivo y accesible a todos; sin desconocer los demás determinantes de salud subyacentes, en los que los gobiernos de los Estados tengan planes de atención y protección sanitaria con supervisión continua.

Responsabilidad Social, Justicia, Solidaridad e Igualdad: El informe del CIB con relación a este enunciado destaca dos documentos: La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas del año 2000 y el Documento de Debate publicado en 2008 por la OMS sobre (consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica). En el primero destaca como los Estados reconocieron sus “responsabilidades separadas” refiriéndose a las propias sociedades de cada país; y “responsabilidades colectivas” que hacen referencia al respeto y defensa de los principios de dignidad humana, igualdad y equidad de los demás estados en el plano mundial. En el segundo documento se destacan las obligaciones de los gobiernos, primero para con las personas o ciudadanos directamente responsables y segundo la obligación de ayudar a otros países que carezcan de los medios para proteger la salud de su población.

El CIB hace hincapié en que el artículo 14,2 que habla sobre el disfrute del grado máximo de salud de todas las personas y el acceso a la atención médica de calidad sin distinción, es muestra que garantiza la equidad y la justicia, defendiendo la dignidad humana, y que por lo tanto es un objetivo obligatorio para los gobiernos, por esto en ese sentido es destacable ideas solidarias como el de la Unión Europea que en el libro

blanco de la Comisión del 23 de octubre de 2007 (juntos por la salud) “que el ámbito de la salud es responsabilidad fundamental de los estados miembros”. Ideas que pueden ser además de motivadora, poderosas en tan noble propósito de concebir el concepto de salud como un bien común universal que busque equidad en los recursos sanitarios que beneficie a todas las regiones del mundo, y no solo a los países ricos.

El Informe del CIB (80) presenta además cuatro interesantes ámbitos en relación con el artículo 14 y específicamente con la responsabilidad social y la salud como son:

1. Atención Médica: Con respecto a ella, mejorar la salud no es solo resultado del desarrollo, sino un requisito previo para el desarrollo. Por lo que invertir en salud trae para un país altas tasas de rendimiento. Lastimosamente, aunque hay avances biotecnológicos y biomédicos para reducir la mortalidad, hoy el acceso a la atención médica no es satisfactorio, esto se constata en que millones de personas aún no tienen acceso a atención médica de calidad, incluso en países desarrollados.

Enuncio uno de los ejemplos citados en el Informe por su relevancia en el tema y porque se ha convertido en un reto para la salud pública y para la bioética, este el VIH/SIDA. Para el año 2007 el Programa de las Naciones Unidas (ONUSIDA) estimo que 33,2 millones de personas vivían con SIDA, de ellas 2,1 millones eran niños y 2,1 de las contagiadas murieron de este flagelo. Así mismo se constata que 6.800 personas contraen VIH cada día a causa de la falta de acceso a medios eficaces y asequibles. Sumado a lo anterior tenemos que la barrera más significativa a nivel mundial para mejorar la salud es la escasez de recursos, así como el elevado costo de atención médica, que eleva el gasto potencial y presupuestario de los países, el aumento del gasto sanitario, genera reducción de tratamiento para los pacientes. Planteándose en ese sentido que para que un sistema sanitario sea justo y equitativo necesita ser eficiente y no desperdiciar, ni negar la atención a los pacientes.

2. Investigación: Esta debe darse tanto en las ciencias biomédicas (medicamentos, vacunas) como en epidemiología, pero no menos importante es la investigación tanto en políticas, como en sistemas sanitarios para la mejora de la salud. Este aspecto corrobora y confirma la necesidad del presente trabajo de investigación sobre la relación del artículo 14 de la DUBDH en el análisis comparativo de los sistemas de salud Brasil, Chile y Colombia.

Otro aspecto que destaca el CIB y no de menor importancia es que menos del 10% de los recursos mundiales de investigación se destinan a problemas de salud de

los países pobres, los cuales representan más del 90% de problemas sanitarios mundiales, este desequilibrio se conoció como “la brecha 10-90”, confirmando que existe una enorme falta de inversión en investigación en salud en países de escasos recursos.

3. Industria: Hoy en día se constata como los grupos poblacionales pobres no pueden acceder a medicamentos básicos debido a sus precios inaccesibles y al aumento de los costos, lo anterior patrocinado por el amparo a las farmacéuticas que por ser dueñas de sus patentes imponen sus altos precios que están fuera del alcance de poblaciones pobres; en ese sentido es loable la propuesta planteada por el CIB para las farmacéuticas de establecer una diferencias entre países ricos y pobres, permitiendo a que los países pobres se les cobre solo los costos de producción y no la investigación

4. Educación: El artículo 14 de la DUBDH concluye con un llamado a reducir los niveles de pobreza y analfabetismo, por ser dos factores que limitan y empeoran la salud y el desarrollo social. El analfabetismo porque lleva a que miles de personas sean incapaces de adquirir conocimientos en salud que les permitan entender información y tomar decisiones de salud apropiadas.

1.6 DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS (DUBDH)

La UNESCO, como instancia en el sistema de las Naciones Unidas cuyo ámbito de competencia incluye educación, cultura, ciencia y ciencias sociales, ha desarrollado un programa de bioética en los últimos años que refleja la dimensión multidisciplinar y transcultural de este debate.

Ha sido el éxito de la Declaración Universal del Genoma Humano (81) adoptada en 1997, y la Declaración Internacional de los Datos Genéticos Humanos (82), adoptada en 2003, que han reforzado el papel de la UNESCO en la definición de criterios en el campo de la bioética y se ha ganado la confianza de los Estados para que la Organización complete la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (83).

La Declaración no fue un texto fruto de la improvisación, o uno más de los documentos pronunciados por la UNESCO, para su elaboración el Comité Internacional de Bioética de la UNESCO (CIB) designó a Giovanni Berlinguer y Leonardo De Castro para realizar un informe acerca de la posibilidad de elaborar un instrumento universal

sobre bioética, y en base al informe que elaboraron, el CIB se lanzó a la tarea de implementarlo (84).

La Declaración fue cuidadosamente elaborada y suficientemente debatida en el seno de la UNESCO. La votación unánime es una prueba contundente de ello. A ella se debe el mérito indiscutible de incorporar la materia de la bioética en el ordenamiento jurídico internacional de la mano de una cuestión tan sensible y de naturaleza universal como son los derechos humanos.

El tema de Responsabilidad Social y salud es un tema que la bioética norteamericana y europea históricamente dejaron de lado. Solo fue hasta que la DUBDH dio gran visibilidad internacional, e incorporo al contexto de la responsabilidad la temática del derecho al acceso a salud para todas las personas. En este propósito el pensamiento de la bioética latinoamericana tiene influencia pues sus aportes de inclusión de las temáticas sociales necesarias de nuestro contexto acabaron incorporadas a la Declaración.

Al tener como fuente la Declaración de los Derechos Humanos del año 1948, claramente consagra la bioética dentro de la ley internacional de derechos humanos con el fin de aplicar éstos en el campo específico de la bioética. El gran aporte y a la vez innovación de la Declaración se constata en el hecho de ser el primer instrumento particularmente bioético. Comenzando por su título, siguiendo por la explicación de sus antecedentes, esta Declaración es el primer documento jurídico internacional que reconoce formalmente la interface entre Bioética y Derechos humanos.

Por esto se ha de entender en modo compatible con el derecho internacional de conformidad con el derecho relativo a los derechos humanos; sin embargo, al contrario de lo que se pudiese pensar o argumentar, la DUBDH es un documento de Bioética, en la medida que se centra y preocupa por la enunciación de principios bioéticos y no un instrumento de derechos humanos, al respecto es importante reconocer las siguientes palabras de Oliveira:

La DUBDH se puede considerar como la unión de tres polos de influencia: del lenguaje de normativa internacional, derechos humanos y del lenguaje de las teorías morales de cuño bioético, como la ética médica, o la ética ambiental – principios bioéticos presentes en la DUBDH; lenguaje de acuerdo político–aquella que no se ampara en el campo jurídico, ni en el bioético, pero sí parece resultado del pacto político que posibilita la existencia de acuerdos entre los estados, como ejemplo la redacción final del art. 14 de la DUBDH sobre la responsabilidad social y la salud (85).

La DUBDH combina las preocupaciones de la Bioética, incluyendo en su agenda cuestiones que se centran no solamente en los individuos y en su autonomía, sino también en la colectividad y en sus vulnerabilidades, pasa entonces a perseguirse los ideales de justicia social, que amplían el alcance de la disciplina a una bioética social, incluyendo entre sus temas, la salud pública y el derecho a la salud, que es tratado en el artículo 14.

La DUBDH proclamada en el 2005 significó para la bioética un nuevo aire, ya que incluyó una visión más amplia, en ella quedó demostrada la interdependencia entre salud, derechos humanos y la perspectiva social. Convirtiendo esta disciplina en instrumento más cercano a las personas y a los estados, permitiéndose orientar y servir de fundamento para las diferentes legislaciones nacionales e internacionales.

Podemos hoy constatar que la DUBDH es el primer instrumento universal particularmente bioético, estas palabras fueron mencionadas en el prefacio de este documento, por el exdirector de la Unesco Koichiro Matsuura “Por primera vez en la historia de la bioética, los estados miembros se comprometieron, y la comunidad internacional, a respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética incluidos en un solo texto” (83).

Y aunque la DUBDH no es un instrumento vinculante para los Estados, sin embargo, no se puede negar su valor jurídico, pues ella compromete a la comunidad internacional, en sentido de respeto a su contenido, es decir que, aunque no irradia obligaciones directas a su cumplimiento, no contradice su función de orientar a los Estados en la elaboración de sus políticas y legislación interna.

La Declaración se propuso como objetivo «Proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética». La importancia del artículo 14 radica en la ampliación del concepto de responsabilidad social, pues lo aplica no solo al sector privado sino también al dominio público, el Estado también tiene el deber de responsabilidad social.

El acceso universal a la salud por tanto paso a integrar la nueva agenda bioética del siglo XXI, y es visto como derecho de la ciudadanía y responsabilidad de los Estados proveer el mínimo necesario para que las personas vivan con dignidad. Así entonces suministrar y garantizar la asistencia médica, ya no es, como en el pasado, dependiente

de la caridad y de la solidaridad, sino que se ha convertido en un derecho de los ciudadanos a ser garantizado por el Estado.

Esta ampliación de la Declaración en la perspectiva de la Bioética es constatada por Garrafa, Cunha y Manchola quienes lo enuncian con las siguientes palabras:

Este documento incluyó en la agenda de la bioética, además de los temas biomédicos y biotecnológicos, cuestiones como el derecho al acceso a la atención de salud. En general, los temas centrales incluidos en esta Declaración ya estaban siendo trabajados por la bioética desarrollada en Brasil desde la década anterior, especialmente en lo que se refiere al campo del derecho universal al acceso a la atención de salud (43).

Para la Organización Mundial de la Salud, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental, social (y espiritual), y no apenas la ausencia de dolor (86), en ese sentido la OMS desde su misma constitución que firma desde 1946 dice “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (87).

Lo anterior es refrendado por conferencistas de esa organización en 1978, en la ciudad de Kazajistán en la declaración de Alma-Ata, al considerar la salud como un derecho fundamental del ser humano, proponiendo, como objetivo a perseguir por todos los gobiernos del mundo, hasta el año 2000: proporcionar acceso a la salud a todos los seres humanos de todos los pueblos del planeta para garantizarles una vida social y económicamente productiva (88).

La constatación, por la propia OMS, en su "Relato de la Salud en el Mundo 2006", de que la esperanza de vida en los países más pobres del globo era, ese año, aproximadamente la mitad de la de los países más ricos, evidencia que el objetivo no se alcanzó. Así mismo recomendó a los Estados miembros que enfrentasen las inequidades en salud con políticas adecuadas, desarrollando objetivos y estrategias para la salud pública, que tuviesen en cuenta los determinantes sociales en salud para la elaboración de políticas (89).

Teniendo en cuenta que uno de los propósitos de esta tesis es conocer el aporte del artículo 14 del Principio de Responsabilidad Social y Salud de la DUBDH a los sistemas de salud de Brasil, Chile y Colombia y teniendo en cuenta que el derecho a la salud es un derecho humano y considerándose los derechos humanos relacionados con los determinantes y condicionantes de la salud, se analizará este artículo. Con

relación a la metodología fue hecho un levantamiento bibliográfico, con miras a recuperar el conocimiento teórico realizado sobre estudios del artículo 14 y la profundización y enriquecimiento que se le ha hecho.

1. 6.1 Artículo 14 de la DUBDH: Responsabilidad Social y Salud

Aunque ausente en el primer y segundo borrador de junio de 2014, el principio de la responsabilidad social, que conduciría entonces al derecho de todos a la atención a la salud, y por la insistencia de los países latinoamericanos y caribeños, con el apoyo de los africanos, finalmente fue examinada y tomada en cuenta esta petición en la 170ª sesión del Consejo Ejecutivo de la UNESCO (octubre 2004). Petición que fue defendida posteriormente en la reunión regional, ocurrida en 2004 de la que resultó la “Carta de Buenos Aires” (90), en los que los especialistas de la región defendieron que la Bioética debería ocuparse de aspectos concretos de la realidad de la mayoría de la población mundial como pobreza, hambre, exclusión social, guerra y violencia.

En dicho documento se trata de la preocupación dirigida a la dimensión social de la bioética y sobre todo a la salud, es decir que la bioética no debe restringirse solo a los problemas de desarrollo científico y tecnológico, sino que también implica la preocupación por el medio ambiente y los problemas éticos relativos a la atención y el cuidado por la vida y la salud. La promoción de la responsabilidad social para la salud fue establecida por primera vez como una prioridad en la Cuarta Conferencia Internacional de la OMS sobre Promoción de la Salud realizada en Indonesia, específicamente en Yakarta, allí la conferencia recomendó el compromiso por la responsabilidad social, tanto a los sectores públicos y privados (91).

En ese sentido, gana relevancia en el encuentro de los especialistas el principio de responsabilidad social y salud, objeto del artículo 14. Artículo que fue uno de los más debatidos y delicados, si se tiene en cuenta que el ordenamiento jurídico de algunos sectores de la sociedad o estados como los Estados Unidos desconoce el derecho al acceso universal a salud (92).

Con todo y a pesar de lo anterior el grupo de redacción del Comité Internacional de Bioética (CIB/UNESCO), en reunión de diciembre de 2004, volvió al tema y decidió

por fin incluir como título en el artículo 14 “Responsabilidad Social”. Viéndose el resultado del esfuerzo de los países en desarrollo de incluir la perspectiva ético-social en que se inserta el principio de Responsabilidad Social y Salud.

Teniendo en cuenta que el derecho a la salud es un derecho humano y así mismo considerándose los Derechos Humanos relacionados con los determinantes y condicionantes de la salud, la inserción del referencial de los Derechos Humanos en la DUBDH viabilizó la inclusión del Principio de Responsabilidad Social y Salud en la Declaración.

El artículo 14 tiene por objeto llamar la atención de los responsables de la formulación de políticas en el campo de la medicina y las ciencias de la vida a las preocupaciones prácticas de la bioética que contribuyen a reorientar la toma de decisiones bioéticas hacia cuestiones urgentes para muchos países.

El párrafo 1 del artículo 14 es de importancia crucial. Afirma que "la promoción de la salud y el desarrollo social de sus pueblos es un objetivo central de los gobiernos que todos los sectores de la sociedad comparten. Allí se destacan tres puntos: 1. Promoción de la salud y promoción del desarrollo social. 2. Objetivo central del gobierno. 3. Objetivo que todos los sectores de la sociedad comparten (83).

1.6.1.1 Artículo 14.1: Promoción de la Salud y Desarrollo Social

La salud pública tiene como objetivo asegurar la existencia de condiciones de vida para que las personas puedan permanecer saludables, destacándose entonces la gran importancia a la promoción de la salud y desarrollo social, como propósito central del gobierno, que todos los sectores de la sociedad comparten.

Propósitos que no son compartidos por algunos sectores de la sociedad o estados que se basan en algunas teorías o líneas de filosofía moral y política como el libertarismo, que justifican que el estado sólo es justo cuando se limita a la protección de los derechos individuales, o como lo dice uno de sus representantes Tristram Engelhardt Jr. la justicia debe ser la garantía de la autonomía individual y la salud debe ser tratada semejante a otros bienes y servicios regidos por las leyes del libre mercado; la imposición de la salud completa y única es moralmente injustificable. (93).

Con lo cual están justificados en ignorar tal responsabilidad, o tal vez incluso que sería malo para ellos tratar de llevar a cabo tal responsabilidad. Sin embargo, el artículo 14 niega claramente la legitimidad de los anteriores argumentos, al enfatizar que ningún sector de la sociedad puede legítimamente aislarse de la responsabilidad de promover la salud y el desarrollo social. Por ello profundiza en cada uno de los siguientes aspectos:

1.6.1.1.1 La promoción de la Salud

Fue un tema de diferentes conferencias internacionales. La primera de ellas fue la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud realizada en Ottawa (Canadá) en 1986, inspirada en la Primera Conferencia Internacional sobre cuidados primarios de salud, realizada en Alma-Ata (Kazajistán) en 1978. La carta de Ottawa trajo la significación de la promoción de la salud como el “Proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, que incluye una mayor participación en el control de este proceso”. (94).

Como estrategias de promoción de la salud, la carta resalta: a) Acciones de promoción de la salud que deben fortalecer las cuestiones que favorecen o perjudican la salud, como los factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, comportamentales y biológicos. b) Capacitación, ya que para que se haga con equidad como uno de los focos de promoción de la salud, es necesario ofrecer ambientes favorables, acceso a información y garantía de oportunidades.

Junto al tema de la Promoción de la salud, el artículo 14,1 también nos presenta de forma articulada la idea de desarrollo social, es decir que vincula la promoción de la salud al desarrollo social, como conceptos convergentes, es decir la salud vista no solo como la salud física, sino también la salud mental y los demás factores relacionados como las condiciones mínimas de una vida digna y saludable, es decir los determinantes básicos de salud y los elementos del desarrollo social.

En relación a ello tenemos el aporte dado por Amartya Sen para quien debe ser entendido el desarrollo como eliminación de las privaciones de libertad. Libertad que permite escoger tanto los medios principales de desarrollo y una vida que si tiene razones para valorizarse. Por el contrario, entre las fuentes de privación de las libertades se tienen la pobreza, carencia de oportunidades económicas, destitución

social, negligencia de los servicios públicos y la intolerancia del Estado. Estas privaciones limitan a las personas y obstaculizan el desarrollo. Porque por ejemplo la pobreza económica restringe la libertad, libertad de tener una alimentación, de adquirir medicamentos, de tener acceso a agua potable; según Sen (95), para elevar la calidad de vida se debe superar la situación de pobreza, invertir en educación, en servicios de salud, estas son oportunidades individuales de participación económica y política.

1.6.1.1.2 Objetivo Central Del Gobierno

La DUBDH en este artículo reconoce la obligación inexcusable para que todos los gobiernos provean un sistema de salud de alcance universal, es decir que dé cobertura y servicios a todos sus ciudadanos, derecho reconocido en el artículo 15 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de gozar de progresos del conocimiento científico y de sus aplicaciones (96). Por otro lado, si el objeto mínimo de cualquier gobierno es brindar el respeto por la dignidad de las personas, promoviendo, restaurando y manteniendo su salud, con mayor razón se tendrá que preocupar por un sistema de salud que brinde eso a todos sus ciudadanos.

Ya que la falta de atención sanitaria vulnera directamente el derecho que es simplemente la piedra angular de todos los demás, el derecho a la vida, pues es obvio que la salud es esencial para la vida misma (97).

Si bien es cierto que la salud es un bien privado también se debe reconocer que es de interés público(Estado), ya que existe un amplio vínculo muy evidente entre lo que es salud y el desarrollo social, pues una sociedad con ciudadanos sanos es una sociedad mejor, que posibilita mayor productividad laboral y mayores ingresos económicos, es entonces más eficiente y dinámica que una sociedad donde sus habitantes sufren de enfermedades.

La salud es un componente central de los derechos humanos y el acceso a la atención de la salud es parte de ese derecho. A medida que el Estado proporciona este derecho de atención a esa necesidad básica de la salud, fortalece y cumple con toda su ciudadanía.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2009, recomendó a los Estados miembros que se enfrentasen las inequidades en salud con políticas adecuadas,

desarrollando objetivos y estrategias para la salud pública, que llevarsen en consideración los determinantes sociales en salud para elaborar sus políticas nacionales, a la vez que incentivarán la cooperación para una mejor integración, que aumentara la relación de servicios de salud pública y privada.

Por otra parte, los gobiernos son los primeros que tienen una clara responsabilidad de poner a disposición los recursos necesarios que garanticen el derecho de cada individuo a recibir una adecuada atención médica, ya que la falta de “servicio” o el funcionamiento irregular del “servicio” recaerá ante todo sobre ellos, por ende, la responsabilidad no es subjetiva sino objetiva.

Para lograr los objetivos básicos de todo sistema de salud: Incremento de los recursos económicos, trato adecuado a los usuarios de los servicios y nivel aceptable de protección financiera; los gobiernos deben ser los órganos rectores y primeros fiscalizadores para que se den y cumplan a cabalidad estos propósitos. Así mismo es el Estado el primer responsable en responder por las expectativas sociales, él tiene la necesidad de reunir recursos para responder por la salud.

El 53º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud –OPS- realizado en pasado octubre de 2014 es una expresión del compromiso de los Estados miembros de la OPS en trabajar en dirección de lo expresado en este aparte del artículo 14 de la DUBDH, pues allí se trazó una estrategia en cuatro líneas de acción: 1. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales de calidad. 2. Fortalecer la rectoría y la gobernanza. 3. Aumentar y mejorar el financiamiento para intervenciones en salud pública garantizando la protección financiera de los individuos, eliminando el gasto de bolsillo. 4. Fortalecer la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales en salud (97).

Tenemos además el aporte de la Comisión Económica Para América Latina – CEPAL- con el consenso de Montevideo el cual acuerda el promover, proteger y garantizar la salud para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia (98).

1.6.1.1.3 Que Todos Los Sectores de La Sociedad Comparten

Si bien es cierto que el Derecho a la Salud para todos los ciudadanos es una función primordial de los Estados, también lo es que en esa función es fundamental la responsabilidad del individuo y de la sociedad en general, en ese sentido el derecho a

la salud no solo implica individuos sino también instituciones públicas, responsables de las políticas de gobierno. En ese sentido el informe sobre la responsabilidad social y salud del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO es enfático en expresar que ningún sector de la sociedad puede legítimamente aislarse de la responsabilidad de promover la salud y el desarrollo social (80).

Según Hans Jonas, el principio de la responsabilidad pide que se preserve la condición de existencia de la humanidad, y de ahí deriva la responsabilidad ética en relación al otro. El ser humano tiene la ventaja, en relación a los otros animales, de ser el único animal capaz de tener responsabilidad. El entiende que los seres vivos deben vivir para cumplir una meta. La responsabilidad política sería, según este autor, una de las ramas de la responsabilidad total. Así como el padre tiene, naturalmente, deberes para con su hijo, el Estado tiene análogamente la responsabilidad paterna con la sociedad como un todo (99).

Por otra parte tenemos a Patro Neves quien parte del principio de responsabilidad para llegar a la justificación moral del derecho del acceso universal a la salud. En ese sentido la filósofa portuguesa habla de una "intensificación" de la responsabilidad hacia el otro, imaginándola con dimensión colectiva, debe, según la autora, ser vista bajo tres aspectos distintos:

- Responsabilidad personal: el individuo debe responder por su salud en lo que depende de él mismo, considerando que la financiación es pública, con implicaciones de su actitud hacia su salud personal. Y en los gastos de la comunidad.
- Responsabilidad Social (cívica): entre individuos de una determinada comunidad, que reconocen que sus respectivos estados de salud no son resultado de procesos puramente individuales, sino también de un proyecto social, que depende de la acción de todos.
 - Responsabilidad Política: el Estado debe, entonces, asumir este proyecto social, que sólo podrá ser completamente implementado si es organizado por un ente de gobierno, por medio de un Sistema Nacional de Salud, buscando el cumplimiento de la misión de los gobernantes, que es, en última instancia, proporcionar el bienestar de sus ciudadanos.

Por tanto y recurriendo al principio de la dignidad humana, asociado al principio de participación, que se deriva de la exigencia del esfuerzo de cada uno, de acuerdo

con sus posibilidades, en vista del bien de la sociedad, se justifica el entendimiento de que es fundamental el derecho a la salud. La Autora va más allá cuando piensa que cada uno de nosotros sería siempre deudor del otro, en cada una de nuestras realizaciones. Por lo tanto, en el ámbito específico de la salud, la solidaridad exige el reparto de los costos financieros con la salud de todos. Es decir, se constata que sería indigna la negación del acceso a los cuidados de asistencia (100).

1.6.1.2 Artículo 14,2: Acceso a La Atención Medica de Calidad y a Los Medicamentos Esenciales

Cabe destacarse en este apartado del artículo elementos como: 1. Acceso a la atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales 2. En especial para la salud de las mujeres y los niños. 3. La salud es un bien social y humano.

Si comparamos la Declaración Universal de los Derechos Humanos (2) de 1948 que habla del derecho a la salud y a la atención médica con las declaraciones más recientes como el Convenio de Derechos Humanos(101) -1999- y la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (83), observamos que en estas dos últimas se incluye el concepto de calidad de atención, es decir no podemos hablar ahora solamente de un derecho a la salud o a la atención médica, sino que es necesario que la atención cumpla con el criterio de la calidad (102).

En la segunda sección del artículo 14 se menciona como primero, la atención médica de calidad como una de las diversas manifestaciones del derecho a la salud. Atención a la salud que es descrita por Donabedian en 1980 como: “Aquel tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio del paciente, luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención” (103).

La atención a la salud es entonces todo y cualquier cuidado con la salud del ser humano, en la cual se debe tener en cuenta acciones y servicios de promoción, prevención, rehabilitación y tratamiento de enfermedades (104).

En una visión y perspectiva global se pretende no sólo garantizar y proporcionar la atención médica, sino un acceso a los servicios asistenciales, manteniendo una visión holística del acceso a los establecimientos bienes y servicios de salud, abarcando promoción, prevención, rehabilitación. Para esta atención muchas veces no solo se necesita con un elevado nivel de capacitación del médico y su excelencia individual,

sino que se deben incorporar todos los elementos (maquinaria) que forman parte del complejo sistema de atención médica.

Según Calaham hay tres niveles de calidad en el tratamiento médico y cuidados de la salud: 1. Conveniencias. 2. Prestación de un nivel básico de cuidado. 3. Beneficios extras. En el 1º Conveniencias se refiere al cuidado de salud de buena calidad, equipo de profesionales bien preparados y preocupados de sus pacientes, la estructura física adecuada, menos tiempo de espera para acceder a los servicios sanitarios. En el 2º Nivel básico de cuidado es entendido como el proporcionar a cada paciente más que un nivel mínimo adecuado de cuidado, teniendo en cuenta avances médicos, Y el 3º Beneficios extras se trata de romper con el parámetro utilitarista de buscar mayor bien al mayor número de personas (105). Aunque estos niveles facilitan el tema de la calidad en atención, sin embargo, no solucionan totalmente la cuestión.

Además de la atención médica de calidad, el artículo 14 habla del acceso a los medicamentos esenciales. Tema ya reconocido desde la Declaración de Alma Ata (1978) donde se dice que la provisión de medicamentos esenciales es uno de los pilares de la atención primaria de salud. (88) Al respecto la Organización Mundial de la Salud define como: “Medicamentos esenciales son los que satisfacen las necesidades prioritarias de atención de salud de la población” y “Los medicamentos esenciales se seleccionan prestando la debida atención a su pertinencia para la salud pública, los datos sobre su eficacia y seguridad, y su costo eficacia comparativa” (106).

La misma OMS con el fin de promover la mejora de los tratamientos y una mayor disponibilidad de medicamentos, un uso más costoeficaz de los recursos humanos y una atención de salud de más calidad, plasma en el Programa General de Trabajo, 2014-2019, los siguientes principios: selección de un número limitado de medicamentos basada en criterios científicos, sistemas de adquisición y distribución eficientes, precios asequibles, y uso racional de los medicamentos (107).

Otra constatación que se puede hacer del artículo en mención es que no podemos hablar de promoción, protección y garantía del derecho a la salud sin el debido acceso a los servicios de salud y a los bienes sanitarios, en especial a los medicamentos que necesita la persona para tratar su enfermedad, es decir para su recuperación y mantenimiento de una vida saludable. Ya que un factor determinante para la calidad de la atención médica es la inexistencia y acceso limitado a los medicamentos.

Los medicamentos esenciales y esto siguiendo con la OMS “deben estar disponibles en los sistemas de salud en todo momento, en cantidades suficientes, en apropiadas formas farmacéuticas, con garantías de calidad e información apropiada, a un precio que los pacientes de la comunidad puedan pagar”. Es decir que para acceder a los medicamentos esenciales se han de tener en cuenta estos factores: 1. Selección racional. 2. Precios accesibles. 3. Financiamiento sustentable y 4. Sistemas de Salud confiables (108).

En la región se aprobó la resolución CD53.R14, Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, en esta estrategia dada en el 2014 se procura asegurar que todas las personas y comunidades tengan acceso, sin ninguna clase de discriminación, a servicios de salud integrales, apropiados, oportunos y de calidad determinados a nivel nacional según las necesidades, así como acceso a medicamentos seguros, asequibles, eficaces y de calidad a fin de evitar dificultades económicas, el empobrecimiento o la exposición a gastos catastróficos, especialmente en el caso de los grupos en condiciones de vulnerabilidad (109).

Es en ese sentido que nos lo dice Garrafa y Porto de impedir en lo posible las tan marcadas diferencias existentes entre los diversos países a la hora de conseguir acceso a medicamentos

Es necesario evitar las tan marcadas desigualdades sociales en investigaciones con nuevos medicamentos, un caso concreto son las desproporcionadas inversiones comerciales entre países avanzados (enfermedades crónico-degenerativas) con aquellas comunes de naciones pobres o periféricas (enfermedad como la malaria) donde son escasos los recursos económicos para adquirir nuevas drogas, determinando así las líneas de investigación no las necesidades sanitarias crecientes sino el mercado que protege los países más ricos (69).

Al respecto es preocupante el observar como la industria farmacéutica es la que establece prioridades en la investigación, trabajando enfermedades que prevalecen en países desarrollados, que son los que pueden pagar elevados precios, descuidándoles o no importándoles las necesidades de los países en vías de desarrollo. En ese sentido el mercado de las empresas farmacéuticas también debe tener una regulación por encima de las mismas corporaciones y que sean de tipo supranacional.

Una polémica que surge en el derecho al acceso de los medicamentos esenciales es que no alcanzan a toda la población del mundo, problemas como quien decide las prioridades en investigación de los medicamentos y cuál es el precio con los que estos salen al mercado siguen latentes. Al respecto tenemos estudios como el

realizado por Marcia Ángell en su libro “La verdad sobre la industria farmacéutica: como nos engañan y que hacer al respecto”, según esta autora en el 2002, las diez mayores farmacéuticas de los Estados Unidos consiguieron beneficio neto del 17% a diferencia del 3% obtenidos por otras empresas. Así mismo la autora constata como la industria farmacéutica dedica un 10% de sus gastos a la investigación, mientras que de un 30% a 40% es dedicado a la promoción, es decir al marketing (110).

El artículo 14,2ª también enuncia “el acceso a los medicamentos esenciales en especial para la salud de las mujeres y los niños”. La DUBDH destaca estos dos específicos grupos poblacionales, teniendo en cuenta sus necesidades especiales y su consideración como grupos vulnerables; lo que se pretende con el artículo es garantizar la equidad en el establecimiento de bienes y servicios sanitarios, por eso ellos necesitan ser diferenciados, que les permitan obtener el más alto nivel tanto de acceso como de asistencia sanitaria de calidad.

Todo lo anterior no implica entonces la exclusión de otros grupos poblacionales vulnerables, porque ellos también deben ser tenidos en cuenta, como una forma de equidad y para garantizarles su acceso y atención.

En la última línea el artículo 14, 2ª la Declaración afirma que la salud es un bien social y humano, afirmación que es ratificada en el Informe sobre Responsabilidad Social y Salud del CIB, allí se enuncia que no hay duda que la salud es un bien social y humano pues el tener ciudadanos sanos es un beneficio para la sociedad, en ese sentido la salud es un bien social y público, pues la salud de las personas contribuye positivamente a las condiciones sociales (83).

1.6.2 Articulación Del Artículo 14 Con Otros Artículos de La DUBDH

El artículo 14 Responsabilidad Social y Salud no puede interpretarse como un texto aislado de los demás, este debe leerse a la luz de diferentes artículos que propone la Declaración. Pues desde el mismo preámbulo la Declaración manifiesta la conveniencia de “Elaborar nuevos enfoques de la Responsabilidad Social para garantizar que el progreso de la ciencia y la tecnología contribuya a la justicia y la equidad y sirva al interés de la humanidad” (83).

La relación con el artículo 13 sobre la solidaridad y la cooperación “La solidaridad entre los seres humanos y la cooperación internacional”, se refleja en el compromiso de que la Declaración no se basa en una visión individualista de los derechos, sino que también reconoce la importancia de la solidaridad entre los individuos y entre las comunidades. De ahí que la cooperación entre individuos, las familias, los grupos y las comunidades, con especial atención a los vulnerables (también expresada en el artículo 8), deba ser motivo de especial preocupación en la toma de decisiones y el establecimiento de prácticas adecuadas dentro del ámbito de la Declaración.

El apoyo a los servicios de salud, así como el acceso a los conocimientos científicos y tecnológicos queda demostrada en la interdependencia entre investigación y beneficio social por medio del artículo 15, “aprovechamiento compartido de los beneficios”, como nuevos servicios de diagnóstico para nuevos tratamientos o productos que se deriven de la investigación, esto conlleva a que los resultados de toda investigación científica, deben ser no solamente socializados sino compartidos con la sociedad en general, la comunidad internacional y en particular con los países que más lo necesitan, como son los países en vías de desarrollo, lo cual contribuirá a generar un nivel mayor de justicia y equidad entre las naciones en favor de una mayor atención médica de calidad.

Así mismo el propósito del que habla el primer párrafo del artículo 14 en el que la promoción de la salud y el desarrollo social es un «objetivo central de los gobiernos» es mencionado tanto en el párrafo 2 del artículo 1 donde subraya que esta «Declaración se dirige a los Estados», como en los artículos 21, 22, 23 y 24 que abordan explícitamente las responsabilidades de los gobiernos y los Estados.

La relación del artículo 21, prácticas transnacionales, respecto del artículo 14, radica en el contexto de las investigaciones con nuevos productos, materiales y equipos, destacándose los medicamentos, la contribución a la solución de problemas locales y la prevención de enfermedades. Es decir, responder a las necesidades de los países anfitriones, en ese sentido la relación de los dos artículos es del papel atribuido al progreso científico y tecnológico en la promoción de la salud y el desarrollo social.

El artículo 22, que trata del papel de los Estados tiene un significado particularmente relevante en la intersección con la responsabilidad social y la salud, especialmente en lo que se refiere a la información, la educación y la formación de Comités de Ética en Investigación, este artículo además hace énfasis para que los

Estados implementen medidas que faciliten la aplicación concreta del principio de responsabilidad social.

En cuanto al artículo 23 (educación, formación e información en bioética) se relaciona por cuanto el artículo 14 también se refiere al papel crucial atribuido a los avances científicos y tecnológicos, esto para promover la salud y el desarrollo social, esto no solo con el objetivo de generación de nuevos productos, sino con el fin de contribuir a la ciencia, a la salud y el desarrollo social.

El artículo 24, Cooperación Internacional se articula con el 14, por cuanto dice que el progreso, avance científico y tecnológico se da mayormente en los países más ricos, allí hay mayores inversiones en investigación, en relación a los países en desarrollo, se debe pues contribuir por medio de la cooperación en la mejora del acceso a servicios de mejor calidad, servicios diagnósticos, nuevos tratamientos y nuevos productos.

1.6.3 Referencial Del Artículo 14

En el texto introductorio al evento: Bioética y salud pública: encuentros y tensiones, Alya Saada nos hace ver como a diferencia de las dos declaraciones que la precedieron como son: La Declaración Universal del Genoma Humano y los Derechos Humanos y La Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos; la DUBDH constituye un progreso mayor, ya que constituye el primer marco global internacional de los Principios de la Bioética. (111) Así mismo cambia el enfoque al incluir asuntos éticos relacionados con la medicina, las ciencias de la vida y la aplicación de la tecnología, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, legales y ambientales. La Declaración reafirma la centralidad de la Dignidad humana al poner por encima los intereses y el bienestar de la persona sobre el interés exclusivo de la ciencia.

En estudio titulado “Responsabilidad social y Salud” (112), allí se nos presenta como la UNESCO al incluir este tema en la DUBDH amplía el campo asignado a la disciplina, con el tratamiento de temas sociales y económicos vinculados directa o indirectamente con la salud. El autor observa la necesidad de avanzar en el campo de la salud pública, específicamente en el de políticas en salud. El estudio hace un análisis del artículo 14 de la DUBDH, desarrollando uno a uno los temas de: La promoción de

la salud y el desarrollo social, el disfrute del nivel más alto de salud, el acceso a una atención médica de calidad, acceso a los medicamentos esenciales, los condicionantes de la salud.

El estudio concluye que si la Bioética nació y se desarrolló de la mano de los derechos humanos es inconcebible que a esta altura de los tiempos no se ocupe de los temas sociales vinculados a la salud en tanto estamos hablando de derechos humanos que, cuanto más vulnerable sea el sujeto, más entidad cobran. La DUBDH vincula en forma estrecha la bioética con las problemáticas sociales, las políticas en salud y los derechos humanos, sacándola de la tendencia a centrarse en la asistencia médica y en los derechos individuales de los pacientes, sin prestar mayor atención a la justicia en las poblaciones ni a los patrones sociales de la salud. La inclusión de un capítulo sobre responsabilidad y salud en la Declaración es un hecho que debemos celebrar, porque puede contribuir a instalar definitivamente un debate serio sobre temas que nunca debieron estar ausentes de la Bioética.

La Catedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Barcelona editó un libro titulado “Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos”, donde analizó uno a uno los principios de la DUBDH, allí Carlos Humet profundizó sobre el artículo 14 “Responsabilidad Social y Salud”. (113) En su estudio presenta a la salud como un derecho fundamental de todo ser humano en que el acceso de los individuos a sistemas de atención sanitaria y a los medicamentos esenciales, es una necesidad fundamental y por lo tanto una obligación inexcusable de todos los gobiernos de proveer un sistema de salud de alcance universal.

El autor en el escrito presenta una reflexión con datos sobre la inequidad existente en salud en diferentes países, se vale de varios autores para reflexionar el tema. Y concluye que es necesario que los organismos internacionales ejerzan un papel coordinador de las diferentes políticas sanitarias globales. Donde los gobiernos deberán jugar un papel regulador a nivel de los estados, esa regulación debe alcanzar también a toda la industria que se mueve alrededor del sistema sanitario, dedicar recursos a todo aquello que mejore la salud de los ciudadanos y no solo la asistencia sanitaria.

Otro estudio realizado por Cruz y otros, sobre “A declaração universal sobre bioética e direitos humanos – contribuições ao estado brasileiro” (114) - registra la contribución histórica a la reflexión bioética de la (DUBDH), aprobada en 2005. Se

centra en los aspectos relativos a la vulnerabilidad y la responsabilidad social, se ponen de relieve factores orientadores para Brasil. El estudio presenta un histórico de los encuentros que precedieron la consolidación de la Declaración.

Así mismo constata como la inclusión del artículo 14 de “Responsabilidad social y Salud” merece el mérito de insertar en la agenda Bioética una reflexión incómoda para los países centrales, pero de gran importancia para los países periféricos. Su registro en el texto final de la Declaración representa un hito en la ampliación del alcance conceptual de la bioética, que pasa, con la aprobación de la Unesco, a contemplar la estrecha interrelación entre las prácticas de promoción de la salud y las medidas que apuntan al desarrollo social, en el que los gobiernos deben asumir su responsabilidad.

El estudio concluye que la DUBDH trajo una valiosa contribución al campo de la investigación científica y tecnológica, reafirmando que, a pesar de que deben gozar de la libertad creativa, están guiados por principios éticos que han de respetar claramente la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales, con especial atención a grupos vulnerables.

En estudio realizado por Garrafa (75), el autor revisa, algunas concepciones conservadoras de la bioética que evitan desnudar los reales problemas relacionados con las desigualdades sociales, allí propone nuevos referenciales teóricos y metodológicos de la actuación futura de la bioética. Así mismo profundiza sobre el artículo 14 -Responsabilidad social y Salud- de la DUBDH, afirmando que es un tema que tanto la bioética estadounidense como la europea históricamente dejaron de lado, excepto autores comprometidos con lo social como Berlinguer, Callahan y Daniels, hasta que la DUBDH le dio gran visibilidad internacional, incorporando al contexto de la responsabilidad, la temática del derecho al acceso a la salud para todas las personas.

La promoción de la salud y desarrollo social deben ser según el autor objeto central de cualquier gobierno democrático, porque la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El acceso universalizado a salud, paso a integrar la nueva agenda bioética del siglo XXI, y es visto como derecho de la ciudadanía y responsabilidad del estado promoverlo (75). El estudio concluye que es necesario que la bioética actualice su agenda, proponiendo nuevos referenciales teóricos y sugiriendo cambios epistemológicos y prácticos. Una bioética más dinámica y politizada que pone a disposición de las naciones y comunidades más necesitadas un conjunto de herramientas concretas que respetando la pluralidad posibilitan destinos cooperativos.

A diez años de promulgada la DUBDH, Bergel hizo un balance sobre su importancia, el cumplimiento de los fines perseguidos y su proyección futura. Luego hace un recuento histórico de la gestación, desarrollo y promulgación de este importante documento. Reconoce el papel del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO (CIB) en cabeza de Berlinguer y De Castro. Así como el aporte fundamental hecho por la bioética latinoamericana, en especial la brasileña, en el contenido de la Declaración (115). En ese escrito destaca el magno Congreso de Bioética de Brasilia de 2002 que bajo el sugestivo lema de “Bioética, poder e injusticias”, amplió los referentes de la agenda bioética internacional.

Entre los principios por los cuales transitara la “nueva bioética” esta la promoción de la Salud, la Declaración se refiere a diversos derechos vinculados con la salud: el derecho al grado más alto de salud, el derecho a una atención médica de calidad, el derecho de acceso a los medicamentos, todos ellos al margen de los condicionantes económicos y sociales de la salud. El estudio concluye que la DUBDH tiene el mérito de mostrar a los ciudadanos en el más amplio y abarcador sentido de la palabra, el reclamar y luchar por el acceso al agua potable, una alimentación compatible con el desarrollo, el acceso a los servicios de salud y a los medicamentos esenciales, un medioambiente no contaminado ni contaminante, todos ellos no sólo constituyen deberes de los Estados signatarios, sino que, paralelamente, constituyen derechos de sus habitantes.

2 OBJETIVOS

Después de la larga exposición anterior respecto al referencial teórico del estudio, son presentados los objetivos de la presente tesis.

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación del Principio de Responsabilidad Social y Salud de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la Unesco (DUBDH) y la Bioética de Intervención (BI) en el análisis comparativo de los sistemas salud de Brasil, Chile y Colombia

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Realizar un breve histórico (genealogía) de los tres sistemas de salud y describir sus características actuales.
- b) Comparar el acceso y el financiamiento de los sistemas de salud de Brasil, Chile y Colombia.
- c) Identificar la relación del contenido del Principio de Responsabilidad Social y Salud de la DUBDH con los sistemas de salud de los tres países.
- d) Determinar como la Bioética de Intervención reconoce y prioriza el derecho al acceso a la salud presente en el artículo 14 de la DUBDH como un aspecto fundamental de la Bioética.

3 REFERENCIAL METODOLOGICO

Con el propósito de responder a los objetivos planteados, el tipo de investigación seleccionado es cualitativo, la investigación cualitativa, además, facilita el aprendizaje de las culturas y las estructuras organizacionales porque le provee al investigador formas de examinar el conocimiento, el comportamiento y los artefactos que los participantes comparten y usan para interpretar sus experiencias (116). Los métodos cualitativos de investigación han demostrado ser efectivos para estudiar la vida de las personas, la historia, el comportamiento, el funcionamiento organizacional, los movimientos sociales, y las relaciones internacionales (117).

La técnica de investigación es la Revisión Sistemática, pues es una investigación con base de datos bibliográficos de textos científicos, que persigue la transparencia, el rigor metodológico y la imparcialidad del autor en el tema tratado. Mediante este diseño se debe tener en cuenta: “definición clara del objeto de investigación, la búsqueda ordenada y completa de artículos sobre el asunto, la selección de los de mejor calidad, extracción de los contenidos, evaluación crítica, análisis, interpretación y presentación estandarizada de los resultados” (118).

La Revisión se caracteriza por ser un diseño de investigación observacional, secundario y retrospectivo, en el cual se combinan estudios que examinan la misma pregunta y sintetizan los resultados de múltiples investigaciones primarias (119). Este diseño en la investigación es necesario para la fase de revisión y rastreo de la literatura, para la clasificación de documentos, para la lectura e interpretación de información y en el análisis de datos. Proceso cognoscitivo por medio del cual una realidad es descompuesta en partes para su mejor comprensión.

Tanto para el proceso de extracción y análisis de los documentos encontrados se recurrirá al Análisis Documental, pues ella nos permitirá además de realizar un filtro, transformar los documentos originales en secundarios, como instrumentos de trabajo, identificativos de los primeros. Este análisis nos permitirá como la revisión sistemática presentar los resultados de una forma narrativa, planteándonos el reto de hacer inteligibles los resultados en ausencia de un valor numérico que los resuma (120).

Para llevar a cabo la investigación se tuvo en cuenta el modelo utilizado por Higgins (121) quienes proponen como pasos principales para llevar a cabo una revisión sistemática los siguientes:

1. Definir los términos de búsqueda: La búsqueda se delimitó a las publicaciones de artículos que dentro de su título o resumen contengan los términos o palabras claves (descriptores): accesibilidad a los servicios de salud, cobertura universal a la salud, financiación de la atención de la salud, sistemas de salud Brasil, Chile y Colombia.

2. Identificar las bases de datos, así como las revistas a que se pueden acceder y consultar los términos de búsqueda seleccionados: Para lo cual se realizó revisión sistemática que incluyó la búsqueda bibliográfica de artículos científicos identificados en los Descriptores DESH y MESH, en el periodo de 2012 a 2019, indexados internacionalmente y disponibles en las bases de datos Scientific Electronic Library Online (SciELO), MEDLINE, ScienceDirect, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, BIREME-LILACS, REDALYC y DIALNET.

3. Aplicar los filtros para inclusión y exclusión. Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión para las publicaciones:

Criterios de Inclusión:

- ❖ Haber sido publicado en idiomas español, portugués o inglés.
- ❖ Artículos publicados en el periodo de 2012 en adelante por ser más actuales y de información relevante.
- ❖ Presentar un tema relacionado con acceso, financiación de la atención de salud en los Sistemas de Salud de Brasil, Chile, Colombia
- ❖ Estudios estatales o nacionales en los países de estudio con los descriptores acceso, financiación y sistemas de salud.
- ❖ Estudios comparativos de los sistemas de salud de los países seleccionados.
- ❖ Además de los publicados en las bases de datos mencionadas, se incluyeron por su relevancia, importancia y aporte al tema de los sistemas de salud en Suramérica 7 artículos de las siguientes instituciones multilaterales o instituciones oficiales: Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), Organización

Panamericana de la Salud (OPS), Observatorio en Salud (OS), Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Fundación MAPFRE.

Criterios de Exclusión:

- ❖ Se descartaron investigaciones que hicieran parte de literatura gris o publicaciones no oficiales, así como monografías y tesis de grado.
 - ❖ No ser parte de bases de datos o instituciones oficiales.
 - ❖ Ensayos de opinión, esto equivale a no ser parte de revistas indexadas o que no son producto de investigación. Y estudios anteriores al año de 2012.
 - ❖ No se tuvieron en cuenta artículos que, aunque su objeto de estudio fue acceso y financiación en los países seleccionados, se hicieron por regiones, grupos poblacionales o enfermedades particulares.
4. Extracción de contenidos, análisis y reunión de los resultados: Para este paso de la extracción, se procedió primero a la lectura y el análisis de estos resúmenes, donde se privilegiaron la identificación de un conjunto de variables procesadas con utilización de una tabla, tales como autor, título, revista, base de datos, país y año de publicación. Para el análisis, evaluación y extracción de los contenidos y datos más relevantes, se procedió entonces a clasificar el material, separando los artículos de los documentos de organismos multilaterales e instituciones oficiales. Luego se procedió al análisis de los resultados que se presentan a continuación.

4 RESULTADOS Y DISCUSION

1. Se tuvieron en cuenta artículos publicados en español, portugués e inglés de revistas científicas indexadas en las principales bases de datos de salud, que en su título o resumen contengan los términos o palabras claves: accesibilidad a los servicios de salud, acceso y cobertura universal a la salud, financiación de la atención de la salud, y comparaciones de los sistemas de salud Brasil, Chile y Colombia en los Descriptores DESH y MESH, en el periodo de 2012 a 2019 y en las bases de datos SCIELO, MEDLINE, ScienceDirect y BIREME, REDALYC donde fueron encontrados un total de 7538 artículos y seleccionados 95, como se ve en la tabla 6:

Tabla 6 Estudios encontrados

Fuente	Descriptor DESH y MESH	Número de artículos encontrados	Número de artículos Seleccionados
Base de Datos	Accesibilidad a los servicios de salud y cobertura universal a la salud	2915	56
Base de Datos	Financiación de la atención de la salud	1760	26
Base de Datos	Sistemas de salud	2863	13
Total		7538	95

Fuente: Investigación del autor, 2019.

A partir de una investigación exhaustiva se encontraron en los Descriptores DESH y MESH, de accesibilidad a los servicios de salud y cobertura universal 2915 de estos fueron seleccionados 56. En cuanto a Financiación de la atención de la salud fueron hallados 1760 estudios de los que se escogieron 26. Y de Sistemas de salud fueron encontrados 2863 estudios de los cuales 13 se escogieron. En total se encontraron 7538 de los cuales 95 se consideraron como los más pertinentes con el objeto de investigación. En la Figura 1 encontramos el porcentaje de los estudios por tema o tópico de investigación.



Figura 1 Estudios seleccionados por tema.

Fuente: Investigación del autor, 2019.

Se debe mencionar que fueron seleccionados solamente 95 estudios, las razones de este número reducido se debe a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, como son:

De los criterios de inclusión, “Estudios estatales o nacionales en los países de estudio con los descriptores acceso, financiación y sistemas de salud”. Aunque se encontraron muchos estudios de acceso o financiación en salud en los países de estudio, no se tuvieron en cuenta porque dichos estudios se hicieron fue por lugares o regiones específicas de los países, por ejemplo, acceso a salud en el nordeste de Brasil, estudio que no responde al objeto de estudio de esta investigación por ser muy específico o parcializado a un número particular de habitantes de este país, así mismo no da cuenta del acceso a salud a nivel nacional o estatal.

Otro criterio de inclusión es: “Estudios comparativos de los sistemas de salud de los países seleccionados”. De los estudios encontrados debemos decir que son muy pocos los estudios encontrados sobre comparativos de los sistemas de salud Brasil, Chile y Colombia.

En cuanto a criterios de exclusión, tenemos por ejemplo aquel que menciona, que no se tuvieron en cuenta artículos que, aunque su objeto de estudio fue acceso y financiación en los países seleccionados, estos se hicieron fue por regiones, grupos poblacionales o enfermedades particulares, de la misma manera se excluyeron estudios que aunque su objeto fue acceso y financiación en países seleccionados, estos estudios se hicieron no de forma general para el país, sino por enfermedades particulares, por ejemplo acceso a salud de personas con malaria en la amazonia colombiana.

2. De los artículos encontrados fueron seleccionados según criterios de inclusión un total de 95 artículos distribuidos en base de datos, de la siguiente manera: en ScienceDirect 11, en MEDLINE 20, en Scielo 29, en REDALYC 4, en LILACS 30, y en DIALNET 1. Como se observa en la tabla 7.

Tabla 7 Estudios seleccionados según base de datos

Base de datos	Número de artículos encontrados	Número de artículos seleccionados
ScienceDirect	656	11
MEDLINE	910	20
Scielo	2547	29
REDALYC	357	4
LILACS	2909	30
DIALNET	159	1
Total	7538	95

Fuente: Investigación del autor, 2019

En cuanto a las bases de datos escogidas para este fin, trabajo que se realizó entre el mes de junio de 2018 y abril de 2019, se encontró lo siguiente: en ScienceDirect 656 de los cuales se escogieron 11 que representan el 12% de los seleccionados, en MEDLINE se encontraron 910 y se seleccionaron 20 que equivalen a un 20%. En Scielo se hallaron 2547 y se escogieron 29 para un 30%. En REDALYC se encontraron 357 y se tomaron 4 para 5%. En LILACS se hallaron 30 equivalentes a un 32% y en DIALNET se encontraron 159 y se escogió un estudio correspondiente a 1% como vemos en la Figura 2

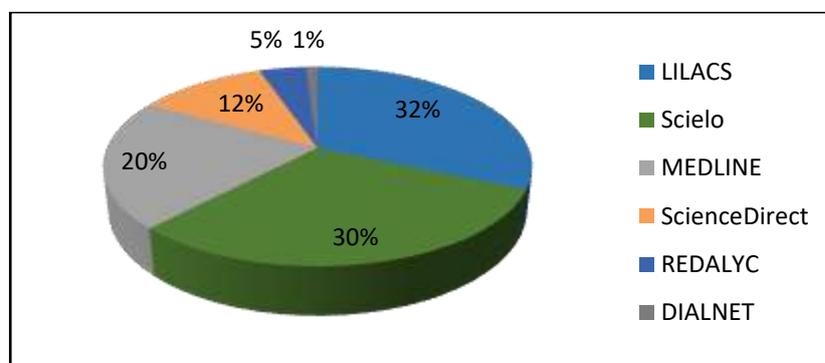


Figura 2. Cantidad de artículos encontrados según base de datos.

Fuente: Investigación del autor, 2019

3. De los 95 artículos seleccionados 56 artículos corresponden a los tres países, 39 corresponden a estudios realizados en el Brasil, de los cuales 23 son sobre Acceso, de Financiación 12 y Sistema de Salud 4. En Chile encontramos 7 estudios, 4 de Financiación, 2 de Acceso y 1 del Sistema de Salud. Y en Colombia encontramos de Acceso 4, Financiación 4 y Sistema de Salud 2. En la Tabla 8 vemos la anterior información.

Tabla 8 Estudios seleccionados por tema en los países o lugar seleccionados

País /Tema	Brasil	Chile	Colombia
Acceso	23	2	4
Financiación	12	4	4
Sistema de Salud	4	1	2
Total	39	7	10

Fuente: Investigación del autor, 2019

En la Figura 3 vemos el porcentaje de artículos encontrados por país, según los tópicos Acceso o Financiamiento en los 3 países

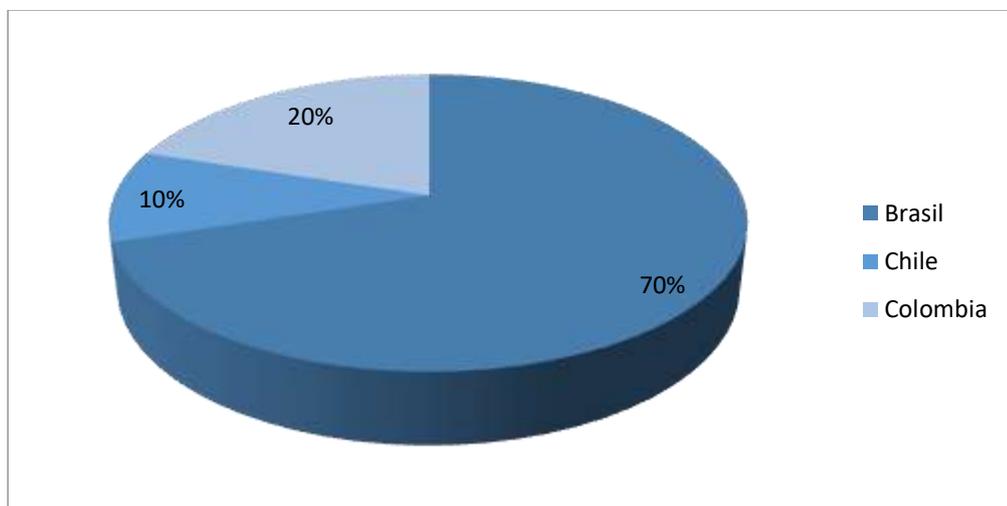


Figura 3. Cantidad de artículos encontrados por país y tema de estudio

Fuente: Investigación del autor, 2019.

4. De los 95 artículos seleccionados 39 corresponden a estudios realizados en el Brasil, de los cuales 23 son sobre Acceso, de Financiación 12 y Sistema de Salud 4; para un 41%. En Chile encontramos 7 estudios, 4 de Financiación, 2 de Acceso y 1 del Sistema de Salud, correspondientes a un 7%. Y en Colombia encontramos de Acceso 4,

Financiación 4 y Sistema de Salud 2 para un total de 10 que corresponden a un 11%. 39 artículos corresponden a los tres países, para un 41%, como lo observamos en la Tabla 9

Tabla 9 Estudios por países-lugar y porcentaje

País	Brasil	Chile	Colombia	A. Latina
Cantidad	39	7	10	39
Porcentaje	41%	7%	11%	41%

Fuente: Investigación del autor, 2019.

Del material seleccionado (95) constatamos como la gran mayoría corresponden a estudios realizados en Brasil 39, correspondiente a un 41% del total de material encontrado, esto denota la relevancia e importancia dado al tema de Salud en ese país. A Chile corresponden 7 estudios encontrados para un 7% mientras que en Colombia se encontraron 10 estudios correspondiente a un 11%. Y de América Latina encontramos 39 para un 41% como lo vemos en la Figura 4

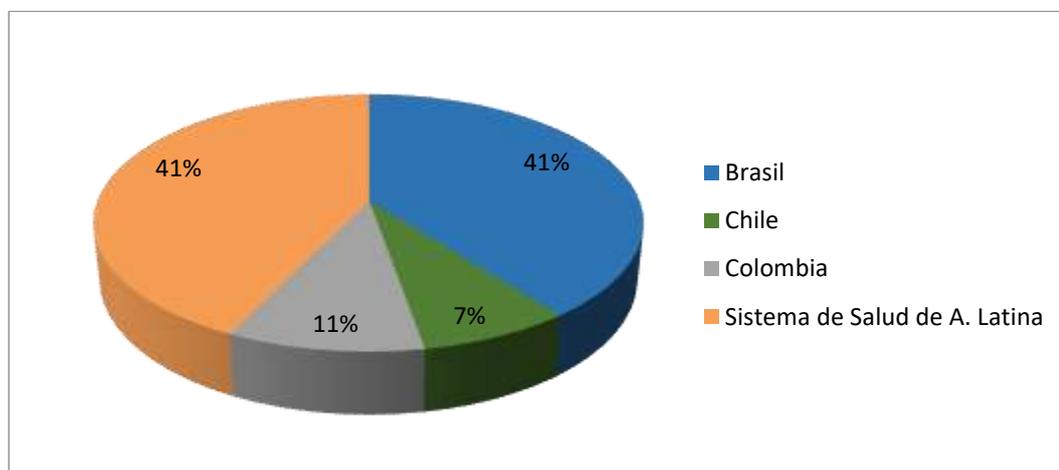


Figura 4. Cantidad de artículos encontrados por país-lugar de estudio

Fuente: Investigación del autor, 2019.

5. Para el consolidado de los estudios seleccionados, los resultados por países fueron: En Brasil 23 artículos corresponden a Acceso a salud, 12 a Financiación y 4 del Sistema de Salud, para un total de 39 estudios. En Chile 4 corresponden a Acceso a salud, 2 a Financiación y 1 del Sistema de Salud, para un total de 7 estudios. Para el caso

colombiano 4 corresponden a Acceso a salud, 4 a Financiación y 1 del Sistema de Salud, para un total de 10 estudios. Los restantes estudios tratan sobre algunos de los tópicos de estudio de los sistemas de salud de los países objeto de comparación, correspondiendo a ello 39 estudios.

A Continuación, tenemos la tabla con el consolidado de todos los artículos seleccionados en los que se informa el autor, título, revista, base de datos, año-país y fecha de consulta:

Tabla 10 Consolidado de estudios seleccionados

AUTOR/ES	TITULO	REVISTA	BASE DE DATOS	AÑO/PAIS	FECHA DE CONSULTA
Viacava, F., Oliveira, R. A. D. D., Carvalho, C. D. C., Laguardia, J., & Bellido, J. G	SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos	Ciência e Saúde Coletiva	Scielo	2018. Brasil	11-06-2018
Saldiva, P. H. N., & Veras, M.	Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação	Estudos Avançados	Scielo	2018. Brasil	12-06-2018
Arruda, N. M., Maia, A. G., & Alves,	Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008	Caderno Saúde Pública	Scielo	2018 Brasil	10-07-2018
Vieira, F. S., & dos Santos, M. A. B	Contingenciamento do pagamento de despesas e restos a pagar no orçamento federal do SUS	Rev. Administração Pública	Scielo	2018. Brasil	12-06-2018
Castro, R. E., Palacios, A., Arenas, A., & Martorell, B.	Modelo cuantitativo para mejorar el financiamiento de la atención primaria en Chile	Revista Panamericana de Salud Pública	Scielo	2018	9-06-2018
<u>Reis, Ademar Arthur Chioro dos.</u>	O que será do Brasil e do SUS?	<u>RECIIS (Online)</u>	LILACS	2018.	10-06-2018
Saldiva, P. H. N., & Veras, M	Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras	Estudos Avançados	Scielo	2018. Brasil	11-06-2018

Continua....

Continuación.....

Tabla 10 Consolidado de estudios seleccionados

Hill PS	Primary health care and universal health coverage: competing discourses?	The Lancet.	SCIENCEDIRECT	2018	8-08.2018
Frenk, J., & Gómez-Dantés, O	HEALTH SYSTEMS IN LATIN AMERICA: THE SEARCH FOR UNIVERSAL HEALTH COVERAGE	ARCHIVES OF MEDICAL RESEARCH.	SCIENCEDIRECT	2018	8-08-2018
Koch, K. J., Pedraza, C. C., & Schmid, A.	Out-of-pocket expenditure and financial protection in the Chilean health care system A systematic review a Universität Bayreuth,	Health Policy	SCIENCEDIRECT	2017 Chile.	9-09-2018
Bermudez, J	Acesso a medicamentos: impasse entre a saúde e o comércio!	Cad Saude Publica; ,	MEDLINE	2017	8-08.-2018
Cárdenas, W; Pereira, A Machado, C	Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015.	Cad Saude Publica;	MEDLINE	2017	9-09-2018
Chieffi, A; Barradas, R; Golbaum, M.	Legal access to medications: a threat to Brazil's public health system?	BMC Health Serv Res	MEDLINE	2017	10-09-2018
Diana De Graeve Ke Xu Raf Van Gestel	Equity in health financing	ENCICLOPEDIA INTERNACIONAL SALUD PÚBLICA	SCIENCEDIRECT	2017	9-09-2018
Michael Mueller, David Morgan,	New insights into health financing: First results of the international data collection under the System of Health	Health Policy	SCIENCEDIRECT	2017	9-09-2018

Continuación

Tabla 10 - Consolidado de estudios seleccionados.

Witter S, Govender V Ravindran TKS, Yates R	Minding the gaps: health financing, universal health coverage and gender.	Health Policy Plan.	MEDLINE	2017 Inglaterra.	10-09-2018
Tichenor M, Sridhar D.	Universal health coverage, health systems strengthening, and the World Bank.	BMJ.	MEDLINE	2017	10-09-2018
Dieleman JL, Haakenstad A.	Global health financing and the need for a data revolution.	Health Econ Policy Law.;	MEDLINE	2017	10-08-2018
Kleinert S, Horton R.	From universal health coverage to right care for health.	The Lancet.	MEDLINE	2017	11-08-2018
Ghebreyesus TA.	All roads lead to universal health coverage.	Lancet Glob Health.	MEDLINE	2017	11-08-2018
Hill S, Kieny MP.	Towards access 2030.	The Lancet.	MEDLINE	2017	11-08-2018
Thorsteinsdóttir H, Ovtcharenko N, Kohler JC	Corporate social responsibility to improve access to medicines: the case of Brazil.	Global Health.	MEDLINE	2017	11-08-2018

Continuación.....

Tabla 10 - Consolidado de estudios seleccionados.

Castillo, C. H. M., Garrafa, V., Cunha, T., & Hellmann, F	El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas	Ciência e saúde coletiva	Scielo	2017 Brasil	09-07-2018
Stopa, S. R., Malta, D. C., Monteiro, C. N., Szwarcwald, C. L., Goldbaum, M., & Cesar, C. L. G	Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey	Revista Saúde Publica	LILACS. Scielo	2017 Brasil	09-07-2018
Oliveira, A. P. C. D., Gabriel, M., Poz, M. R. D., & Dussault, G.	Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde	Ciência e Saúde Coletiva	LILACS. Scielo	2017. Brasil	09-07-2018
Nunes, B. P., Flores, T. R., Garcia, L. P., Chiavegatto Filho, A. D. P., Thumé, E., & Facchini, L. A	<u>Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013</u>	<u>Epidemiologia e serviços de saúde</u>	Scielo	2016 Brasil	09-07-2018
Mengue, S. S., Bertoldi, A. D., Boing, A. C., Tavares, N. U. L., Dal Pizzol, T. D. S., Oliveira, M. A., ... & Barros, A. J	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar	<u>Saúde Publica</u>	Scielo	2016 Brasil	09-07-2018
Batista, C. K. L., & Calil, M. L. G.	O direito fundamental de acesso a medicamentos e a função social da propriedade imaterial no Brasil	<u>Direito sanitario</u>	Scielo	2016 Brasil	10-10-2018

Continuación

Tabla 10 - Consolidado de estudios seleccionados.

De Souza, R., Gomes, A. M. T., de Oliveira, D. C., Marques, S. C., Spindola, T., & Nogueira, V. P. F.	O acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde na perspectiva da judicialização	Latino-Americana de Enfermagem	Scielo	2016	10-10-2018
Paula, C. C. D., Silva, C. B. D., Tassinari, T. T., & Padoin, S. M. D. M.	Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa	Pesquisa: cuidado é fundamental (Online)	LILACS	2016 <i>Brasil</i>	10-10-2018
Viacava, Francisco; Bellido, Jaime G.	Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares	Ciência e Saúde Coletiva	LILACS Scielo	2016 <i>Brasil</i>	10-10-2018
Bermudez, Jorge Antonio Zepeda; Barros, Marilisa Berti de Azevedo.	Profile of access and use of medicines in the Brazilian population – contributions and challenges of PNAUM – Household Survey /	Saúde Publica	LILACS	2016. <i>Brasil</i>	10-10-2018
Nunes, B. P., Flores, T. R., Garcia, L. P., Chiavegatto Filho, A. D. P., Thumé, E., & Facchini, L. A	Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013	Epidemiologia e Serviços de Saúde	Scielo	2016 Brasil	09-07-2018
França, Viviane Helena de; Modena, Celina Maria; Confalonieri, Ulisses Eugenio Cavalcanti.	A multiprofessional perspective on the principal barriers to universal health coverage and universal access to health in extremely poor territories: the contributions of nursing	Latino-Americana de Enfermagem	Scielo	2016 Brasil	09-07-2018

Continuación.....

Tabla 10 - Consolidado de estudios seleccionados

.Barros, F. P. C. D., Lopes, J. D. S., Mendonça, A. V. M., & Sousa, M. F. D.	Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada.	Saúde em Debate.	Scielo	2016 Brasil	09-07-2018
Cid C, Báscolo E, Morales C	Efficiency of the agenda for universal access to health and health coverage in the Americas.	Salud Publica	MEDLINE	2016 México	25-08- 2018
Reed G.	Charting the Course to Universal Health in the Americas: Cristian Morales PhD, PAHO/WHO.	MEDICC Rev.	MEDLINE	2016	25-08- 2018
McIntyre, D., McKee, M., Balabanova, D., Atim, C., Reddy, K. S., & Patcharanarumol, W	Open letter on the SDGs: a robust measure for universal health coverage is essential.	The Lancet.	MEDLINE	2016	25-08- 2018
Chapman, A	The Contributions of Human Rights to Universal Health Coverage.	Health Hum Rights.	MEDLINE	2016	25-08- 2018
Marziale MH.	Universal Access to Health and Universal Health Coverage: Nursing contributions.	Latino-americana de enfermagem,	Scielo	2016	19-08-2018

Continuación

Tabla 10 - Consolidado de estudios seleccionados

Arrivillaga, M., Aristizabal, J. C., Pérez, M. & Estrada, V.	Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos	Gaceta sanitaria	Scielo	2016	19-08-2018
Luzuriaga, M. J., & Bahia, L.	Aportes de los estudios comparativos para la comprensión de las políticas y sistemas de salud en países de América Latina.	Cadernos Saúde Coletiva	Scielo	2016	19-08-2018
Ortega Bolaños, J. A., & García Ubaque, J. C	Planes de salud en sistemas de aseguramiento: realidades y prospectivas, estudio de evaluación	Archivos de medicina	LILACS REDALYC	2016	14-09-2018
Rodrigues, P. H. D. A	Os donos do SUS	RECIIS (Online)	LILACS	2016.	14-09-2018
Rizzotto, M. L. F., & Campos, G. W. D. S.	O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI	Saúde e Sociedade	LILACS	2016	14-09-2018
Mendes, Áquilas.	Brazilian public health in the context of a statecrisis or a crisis of capitalism?	Saúde e Sociedade	Scielo	2015	16-08-2018
Atun, R., De Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T.	Health-system reform and universal health coverage in Latin America	The Lancet	SCIENCEDIRECT	2015	18-08-2018
Julio Frenk PhD	LIDERANDO EL CAMINO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD: UN LLAMADO A LA ACCIÓN	The Lancet.	SCIENCEDIRECT	2015	18-08-2018
Robert Nuscheler, Kerstin Roeder,	Financing and funding health care: Optimal policy and political implementability,	Journal of Health Economics	SCIENCEDIRECT	2015	18-08-2018

Continuación

Tabla 10 - Consolidado de estudios seleccionados

	Financing future health.	Bull World Health Organ.	MEDLINE	2015	20-08-2018
Holder R, Fabrega R	PAHO'S Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage: implications for health services and hospitals in LAC.	World Hosp Health Serv..	MEDLINE	2015	20-08-2018
Wagstaff, A., Dmytraczenko, T., Almeida, G., Buisman, L., Hoang-Vu Eozenou, P., Bredenkamp, C., ... & Paraje, G	Assessing Latin America's Progress Toward Achieving Universal Health Coverage.	Health Aff (Millwood).	MEDLINE	2015	20-08-2018
Horton R, Das P.	Universal health coverage: not why, what, or when--but how?	The Lancet.	MEDLINE	2015	20-08-2018
Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S.	Effective access to health services: operationalizing universal health coverage.	Salud Publica	MEDLINE	2015 México	20-08-2018
de Alencar Mota, R. R., & David, H. M. S. L..	Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: questões a problematizar	<u>Revista enfermagem</u>	LILACS	2015. <i>Brasil</i>	21-08-2018

Continuación

Tabla 10 - Consolidado de estudios seleccionados

Giovanella, L., Almeida, P. F. D., Vega Romero, R., Oliveira, S., & Tejerina Silva, H.	Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos.	Saúde em Debate	Scielo	2015.	21-08.2018
Hernández, J. M. R., Rubiano, D. P. R., & Barona, J. C. C.	Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana	Ciência e Saúde Coletiva	Scielo	2015 <i>Brasil</i>	21-08-2018
Cassiani, S. H. D. B., Bassalobre-Garcia, A., & Reveiz, L.	Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud: la identificación de prioridades de investigación en la enfermería en América Latina	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Scielo	2015 Brasil	21-08-2018
Hernández, J. M. R., Rubiano, D. P. R., & Barona, J. C. C.	Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana.	Ciência e Saúde Coletiva	Scielo	2015 <i>Brasil</i>	21-08-2018
Nunes, B. P., Thumé, E., Tomasi, E., Duro, S. M. S., & Facchini, L.	Socioeconomic inequalities in the access to and quality of health care services	Saúde Publica	Scielo LILACS	2014. Brasil	11-10-2018
Bonello, A. A. D. L. M., & Corrêa, C. R. S.	Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados: estudo de base populacional	Ciência e Saúde Coletiva	LILACS	2014 <i>Brasil</i>	11-10-2018
Barbiani, R., Junges, J. R., Nora, C. R. D., & Asquidamini, F..	A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios	Saúde e Sociedade	LILACS Scielo	2014 Brasil	11-10-2018

Continuación

Tabla 10 - Consolidado de estudios seleccionados

Sousa, F. D. O. S., Medeiros, K. R. D., Gurgel Júnior, G. D., & Albuquerque, P. C. D.	Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais	Ciência e Saúde Coletiva	LILACS	2014. Brasil	14-07-2018
Cassiani, S. H. D. B., Bassalobre-Garcia, A., & Reveiz, L.	Inequities in Access to Health Care in Different Health Systems: A Study in Municipalities of Central Colombia and North-Eastern Brazil	International Journal for Equity in Health	LILACS	2014	14-07-2018
Mendes, Áquilas Nogueira.	O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira	Saúde e Sociedade	LILACS	2014. Brasil	14-07-2018
de Medeiros, K. R., de Albuquerque, P. C., Diniz, G. T. N., Alencar, F. L., & Tavares, R. A. W	Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (Siops)	Administração Pública	LILACS	2014. Brasil	14-07-2018
Herrera Martínez, Tania	Desafíos para la reforma del financiamiento del sistema de salud en Chile	<u>Medwave</u>	LILACS	2014. Chile	14-07-2018
Mayorga Sánchez, J. Z.	La salud en Colombia un negocio inviable financieramente, bajo el actual sistema de seguridad social en salud.	Criterio Libre	DIALNET	2014 Colombia	19-10-2018
Herrera, T.	Desafíos para la reforma del financiamiento del sistema de salud en Chile	<u>Medwave</u>	LILACS	2014	19-10-2018

Continuación

Tabla 10 - Consolidado de estudios seleccionados

Vargas-Peláez, C. M., Rover, M. R. M., Leite, S. N., Buenaventura, F. R., & Farias, M. R	Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines e A scoping study	Social Science & Medicine	SCIENCEDIRE CT	2014	18-02- 2019
Garcia-Subirats, I., Vargas, I., Mogollón- Pérez, A. S., De Paepe, P., da Silva, M. R. F., Unger, J. P., & Vázquez, M. L.	Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil	Social Science & Medicine	SCIENCEDIRE CT	2014	18-02- 2019
Victoria Y. Fan, William D. Savedoff,	The health financing transition: a conceptual framework and empirical evidence	Social Science & Medicine.	SCIENCEDIRE CT	2014	19-03- 2019
Gómez-Arias, Rubén Darío; Nieto, Emmanuel.	Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud?	Medicina Experimental y Salud Pública	LILACS	2014 Perú	22-01- 2019
Herrera Martínez, Tania.	Desafíos para la reforma del financiamiento del sistema de salud en Chile	Medwave	LILACS	2014	22-01- 2019
Viana, L. B. F., Brito, R. L. D., & Santos, F. P. D	Financiamento e governança em saúde: um ensaio a partir do cotidiano	Divulgacao saúde debate	LILACS	2014	22-01- 2019
Báscolo, E. P., Lago, F. P., Geri, M., Moscoso, N. S., & Arnaudo, M. F.	Financiamiento público del gasto total en salud: un estudio ecológico por países según niveles de ingreso	Gerencia y Políticas de Salud	REDALYC	2014	24-01- 2019

Continuación

Tabla 10 - Consolidado de estudios seleccionados.

Gomes-Temporão, J., & Faria, M.	Reformas de los sistemas de salud en sudamérica: una oportunidad para unasur.	Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública,	Scielo	2014	18-07-2018
Mendes, Vilaça Eugênio.	25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios	Estudos avançados	Scielo	2013	24-01-2019
Goyenechea, Matías; Bass, Camilo.	Análisis del presupuesto 2013 para atención primaria ¿estamos gastando lo necesario?	Cuadernos médicos sociales	LILACS	2013 <i>Chile</i>	24-01-2019
Rivadeneira, A. G., & Aya, D. I. A	Análisis comparado de indicadores demográficos, epidemiológicos y sistemas de salud en países de América Latina.	Monitor Estratégico	Scielo	2013 <i>Colombia</i>	24- 08-2018
Cardona, D., Acosta, L. D., & Bertone, C. L	Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010).	Gaceta Sanitaria	Scielo	2013	24- 08-2018
Piola, Sérgio Francisco.	Financiamento da saúde em países selecionados da América Latina	Observatório Internacional de Capacidades Humanas	LILACS	2013 <i>Brasil</i>	24-01-2019
Boing, A. C., Bertoldi, A. D., Boing, A. F., Bastos, J. L., & Peres, K. G.	Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil	Cadernos de Saúde Pública	LILACS	2013 <i>Brasil</i>	25-02-2019

Continuación

Tabla 10 - Consolidado de estudios seleccionados

Frenz, P., Delgado Becerra, I., Villanueva Pabón, L., Kaufman, J. S., Muñoz Porras, F., & Navarrete Couble, M	Seguimiento de cobertura sanitaria universal con equidad en Chile entre 2000 y 2011 usando las Encuestas CASEN	Medica de Chile	SciELO	2013. Chile	12-02-2019
Mendes, Áquilas.	A longa batalha pelo financiamento do SUS	Saúde e Sociedade.	LILACS	2013. Brasil	25-02-2019
Andrade, L. O. M. D., & Minayo, M. C. D. S	Acesso aos serviços de saúde: direito e utopia	Ciência e Saúde Coletiva	LILACS	2012. Brasil	25-02-2019
Lima, L. D. D., Viana, A. L. D. Á., Machado, C. V., Albuquerque, M. V. D., Oliveira, R. G. D., Iozzi, F. L., ... & Coelho, A. P. S.	Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais	Ciência e Saúde Coletiva	LILACS	2012. Brasil	25-02-2019
Mendes, A. D. C. G., Miranda, G. M. D., Figueiredo, K. E. G., Duarte, P. O., & Furtado, B. M. A. S. M.	Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer	Ciência e Saúde Coletiva.	LILACS	2012. Brasil	25-02-2019
de Carvalho Mastroianni, P., Andrade, R. V., Galduroz, J. C. F., & Farache Filho.	Acesso, segurança e uso de medicamentos por usuários.	Ciência em Extensão	SciELO	2012. Brasil	12-02-2019
Pérez, E. R., & González, L. N. A	Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos	Gerencia y Políticas de Salud	REDALYC SciELO	2012. Colombia	12-02-2019

Conclusión

Tabla 10 - Consolidado de estudios seleccionados.

Ruíz Moreno, Á. G	El financiamiento de la seguridad Social en el siglo XXI	Latinoamericana de Derecho Social	REDALYC	2012	25-02-2019
García-Ubaque, Juan C.; García-Ubaque, César A.; Benítez C., Luisa F	Reforma colombiana en salud: propuesta de ajuste en el esquema de aseguramiento y financiación	Salud Pública	Scielo	2012 Colombia	12-02-2019
Assis, Marluce Maria Araújo; Jesus, Washington Luiz Abreu de	Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise	Ciência e Saúde Coletiva	LILACS	2012. Brasil	25-02-2019
Esteves, R. J.	The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia.	International Journal for Equity in Health	LILACS	2012	25-02-2019
Monteiro L; Minayo, M	Access to health services: a right and a utopia.	Cien Saude Colet;	MEDLINE	2012	24-02-2019

Fuente: Investigación del autor, 2019.

Como lo observamos en el anterior consolidado son muy variados y diversos los estudios realizados sobre los sistemas de salud, específicamente de los países en estudio: Brasil, Chile y Colombia. Se debe destacar que en Brasil se cuenta con más estudios en el tema, lo que indica la mayor preocupación e interés que se tiene en ese país por esa temática, no así en Chile y Colombia que cuenta con muy pocos estudios en esta.

Hoy en día el estudio de los sistemas de salud es una de las tareas más importantes dentro de las ciencias de la salud. La conciencia de la importancia de los sistemas de salud se refleja en el surgimiento de diferentes estudios comparados de los distintos países. El abordaje que se ha hecho a dichos estudios se hace desde distinto foco o especialidad.

Analizar o comparar los sistemas de salud es una tarea que permite conocer de ellos tanto las similitudes como las diferencias entre los distintos países, haciendo posible el conocer nuevas experiencias que permitan mejorar el área fundamental de la salud. Así mismo nos conlleva a identificar algunas características generales, su estructura, la forma como ellos se organizan y funcionan, su financiamiento, a que población cubren, con qué recursos físicos y humanos cuentan, quien diseña y quién vigila su cumplimiento. Por esta razón se han destacado los siguientes estudios comparativos de los sistemas de salud de los países en estudio por ser de gran relevancia y abordar los tópicos de estudio de esta investigación.

4.1 ESTUDIOS COMPARATIVOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA: BRASIL, CHILE Y COLOMBIA

Haciendo un estudio de las comparaciones de los sistemas de salud en Suramérica, específicamente de Brasil, Chile y Colombia se han seleccionado los siguientes escritos por su relevancia y aporte a esta investigación:

El primero es el realizado por Fleury (2003) quién realizó el estudio ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina(122), allí descubrió en la región unos de los más antiguos, complejos e institucionalizados sistemas de seguridad, especialmente en países considerados como precursores y donde los sistemas de salud fueron establecidos a principios del siglo: Chile,

Argentina, Brasil y Uruguay. Y aunque toma la singularidad de cada caso de reforma del sistema de salud en la región, identifica tres modelos distintos que han sido contruidos con coherencia de la reforma aplicada como son: Chile, Brasil y Colombia, países que ofrecen la posibilidad de tomarlos como modelos analíticos y estilos regionales de reformas de sistemas de atención a la salud.

Chile se caracteriza por ser un modelo dual, esto significa que traspasa los fondos públicos de pensión y salud a instituciones privadas, el estado sigue siendo responsable solo del sector más pobre que no logra adquirir un seguro privado. El modelo universal de Brasil, fue dirigido por el movimiento de Reforma Sanitaria y cuyo objeto central fue la universalización del acceso al cuidado de la salud, incluido en la Constitución de 1988, donde se inscribió como un derecho de la ciudadanía y un deber del estado, donde los servicios de salud se organizan en un sistema único, publico e universal de atención integral. Y el modelo plural colombiano que comenzó a mediados de los ochenta y se reglamentó con la ley 100 de 1990, proporcionando mayor incentivo a la descentralización. Cuyo diseño consistió en una nueva estructura y se pasó de un sistema nacional de salud a un sistema general de seguro social, que comprenda un sistema de salud plural (tanto público como privado).

Las conclusiones centrales de este estudio son que las reformas actuales deben hacerles frente a problemas como cobertura, exclusión de los más pobres, fragmentación institucional, baja calidad de servicios, aumento creciente de proveedores privados. Los tres modelos de reforma analizados se preocupan por resolver los mismos problemas, con el fin de aumentar tanto la eficiencia, como de garantizar acceso universal a servicios de salud con diferentes disposiciones institucionales: sistemas dual, universal o plural. Aunque las reformas han ampliado cobertura de los pobres, sin embargo, aún persiste estratificación de usuarios y beneficios, que conllevan a la discriminación, en unos modelos más que otros.

En otro estudio realizado por Giedion et al (2010) para la Fundación MAPFRE, "Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado" (123) se dedica a cada país un capítulo individual cuyo mayor interés es el "Mapa del Sistema de Salud" que permite conocer en cada país los actores, fuentes de financiación y beneficios de las diferentes prestaciones sanitarias a las que la población accede tanto en su entorno estatal como en el privado. Así mismo en los mapas se consideran las principales dimensiones de los recursos sanitarios, se describen los acontecimientos principales en la historia del Sistema de Salud, se comentan y exponen las leyes y el

marco normativo que regula estos sistemas, se detallan las funciones de cada actor (instituciones públicas, aseguradoras, empresas proveedoras y administradoras de prestaciones) se describen además las fuentes de financiación que soportan el Sistema de salud en cada país. Todo ello se complementa con una sección dedicada al papel del seguro privado dentro del Sistema de salud y las Reformas legislativas en marcha. Mediante el estudio se constata que hay variedad de soluciones en lo que respecta a problemáticas sanitarias.

La Comisión Económica para América Latina –CEPAL- (2011) realizó un estudio comparado de la descentralización de servicios esenciales, allí Galilea y otros, tomaron a cinco países representativos de realidades latinoamericanas entre ellos Brasil, Chile y Colombia (124). Entre los servicios esenciales que se analizaron está la atención primaria de salud. El estudio afirma que la descentralización de los servicios esenciales postula y promueven el desarrollo económico local, la modernización de la gestión gubernamental, la equidad e integración social y el protagonismo ciudadano. Así mismo la experiencia de estos países dan cuenta de una variedad representativa de situaciones subnacionales en la región.

En el estudio se llevaron a cabo 52 entrevistas en profundidad a informantes claves en los distintos países y se consultaron 207 expertos, aportes que se presentan a nivel general y por países. Así mismo se incluyó a autoridades públicas, expertos, independientes e investigadores de trayectoria. Todo arrojó como resultado un importante acuerdo sobre particularidades de cada país en materia de servicios descentralizados y la necesidad de conjugar prudentemente esfuerzos subnacionales con objetivos fiscales generales. Aunque se observa gran distancia entre el discurso descentralizador y las prácticas descentralizadoras. Así mismo se constata singularidad en los procesos de descentralización, avances en la década y problemáticas de la calidad en la salud.

El llamado entonces Instituto Carso de la Salud: el Observatorio de la Salud (OS), proyecto que todavía opera la Fundación mexicana para la salud, y que quiere contribuir al diseño e implantación de mejores políticas de salud en América Latina, creó con ese fin el Atlas de los Sistemas de Salud de América Latina –ASSAL-(125). Adaptando el patrón propuesto por el Observatorio Europeo y con el apoyo de diversos especialistas de la región, el ASSAL pudo elaborar los mapas de 17 sistemas de salud de América Latina entre ellos Brasil, Chile y Colombia. El ASSAL se elaboró, al igual que el atlas previo, utilizando como base el patrón propuesto por el Observatorio Europeo de los

Sistemas y Políticas de Salud. Este patrón, sin embargo, se adaptó a la realidad de los sistemas de información de los sistemas de salud de la región.

El resultado fue un patrón con los siguientes componentes: 1) Contexto demográfico y epidemiológico, 2) Estructura y cobertura del sistema de salud, 3) Financiamiento, 4) Recursos físicos, materiales y humanos, 5) Rectoría, 6) Voz de los usuarios y 7) Innovaciones recientes. Definido el patrón, se hizo invitación a los expertos de la región a participar como coordinadores de la elaboración de los nuevos mapas de los sistemas de salud de los países de habla hispana de América Latina y el Caribe. En el año 2010 se trabajó con ellos en la recopilación de la información necesaria para elaborar los cuadros solicitados (indicadores generales, principales causas de muerte, hitos del sistema de salud) y cubrir los temas de cada una de las siete secciones básicas. Para ese proceso se hizo la recomendación del uso de la información más actualizada posible, pero también de fuentes comunes de información, por lo general de bases de datos e informes producidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

A través de los 17 mapas en el 2011, se pudo verificar los grandes avances que se han dado en materia de salud en toda la región, por ejemplo, como en los últimos diez años se ha dado un aumento considerable en el gasto en salud en casi todos los países, lo que ha llevado a ampliar la cobertura de servicios. Esto se ve expresado en una mejora en los principales indicadores de salud, como la esperanza de vida, la mortalidad materna y la mortalidad infantil. Convirtiéndose como un gran reto, el movilizar recursos adicionales para poder enfrentar las enfermedades no transmisibles y las lesiones, que ya se han convertido en las principales causas de enfermedad y defunción en todos los países de la región. Los mapas también permiten identificar algunas políticas de ampliación de la cobertura de protección social en salud. Destacándose dentro de ellas el Programa de Salud de la Familia de Brasil, el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas de Chile; las modificaciones al Plan Obligatorio de Salud de Colombia.

En Santiago de Chile, se reunieron por primera vez como Consejo de Salud Suramericano (CSS), los Ministros de Salud de los doce países integrantes de la recién creada organización -Unasur- En esa misma reunión, Brasil lanzó por primera vez la idea de la necesidad de crear un instituto para abrigar actividades de formación, pero también de investigación y cooperación técnica, que ayudase a cada país y a la Unión de países como un todo en la calificación de la gobernanza sectorial en salud.

Es así y por esa iniciativa que fue creado e inaugurado en 2011 el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), con el taller inaugural *“Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad”*, (126) realizado en Rio de Janeiro del 26 al 29 de julio de 2011.

Resultado de este encuentro fue el libro que lleva el mismo nombre, en el cual se deja ver un amplio panorama de los sistemas de salud de los doce países que conforman el Consejo Suramericano de Salud de Unasur. Su objetivo principal fue el propiciar una reflexión sistemática, un intercambio de conocimientos, y un análisis crítico de los sistemas de salud de Suramérica a la luz de los desafíos de la universalidad, integralidad y equidad, identificando fortalezas y debilidades que facilitarán el proceso de definir líneas de cooperación y trabajo conjunto. Para el desarrollo del taller y su publicación se partió de la elaboración por expertos de una guía metodológica (tanto para facilitar y uniformizar la información) que fue discutida y validada en sesiones virtuales con amplia participación de todos los países. La guía fue constituida por las siguientes dimensiones: 1. Derechos sociales y salud. 2. Estructura y organización del sistema de salud. 3. Situación con relación a la universalidad, la integralidad y la equidad. 4. Financiamiento del sistema de salud. 5. Macrogestión. 6. Vigilancia en salud. 7. Fuerza de trabajo en salud. 8. Acción sobre los determinantes sociales de la salud. 9. Insumos estratégicos para la salud. 10. Investigación e innovación en salud. 11. Cooperación en salud.

A partir de las conclusiones y proposiciones de los países, se dieron unos lineamientos para la cooperación en la construcción de sistemas universales de salud en la región como son: la importancia de la financiación por la vía del multilateralismo; el papel de autoridad y rectoría sanitaria mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS); la integración regional toda vez que los factores determinantes de la salud y los medios para cumplir esa responsabilidad son cada vez más globales; ayuda en la solución de problemas comunes del Bloque, definidos en agendas regionales negociadas; utilizar el potencial del sector de salud con sentido estratégico para la Unasur; la necesidad de la construcción doctrinaria, política e institucional de la salud regional y el repensar nuevos modelos de cooperación.

La investigación en la fragmentación en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe es un tema recurrente, a la vez que necesario porque constituye el reflejo de las brechas en la distribución del ingreso entre países de la región, esto es constatado en el estudio *“Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América*

Latina” en el 2012 realizado por Maceira (127), investigador del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), quién en su publicación discutió, desde el contexto latinoamericano la relación entre resultados de salud, niveles de gasto, riqueza, distribución y la organización de los sistemas sanitarios.

El investigador parte de la exposición de tales indicadores y propone un esquema de cuadrantes que vincula variables de contexto al sistema sanitario, con la interacción entre la participación pública en el sector y la respuesta de la sociedad, definiendo conjuntamente los resultados de salud de la población. Para su análisis parte de su documento previo del 2001, y propone el abordaje de los sistemas de salud mediante dos dimensiones de estudio, la dimensión horizontal, que responde a la segmentación del modelo sanitario entre subsistemas (público, de seguridad social y privado), y la dimensión vertical que permite visualizar las distintas funciones de un sistema de salud: financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación de servicios. Así expone las fallas de eficiencia y equidad en el nivel prestacional, refleja las debilidades en criterios de financiamiento, aseguramiento, cobertura de prestaciones y gestión de recursos. Sobre estos ejes expone los sistemas de salud latinoamericanos entre ellos Brasil, Chile y Colombia.

Se concluye del anterior estudio la presencia de naciones que exhiben modelos de cuidado de la salud de cobertura universal, donde el Estado asume y logra cumplir un papel protagónico. En este sentido, Brasil avanza en la búsqueda de un modelo nacional que permita mayor acceso y reduzca las restricciones distributivas de una nación de gran escala poblacional y diversidad de necesidades y perfiles sanitarios. Por otra parte, se evidencia la presencia de países con mecanismos de recolección de fondos vinculados al mercado de trabajo, presente en gran parte de los países de la región, entre ellos Chile y Colombia. Donde se verifica una marcada definición de los roles de aseguramiento social, que descansa en instituciones públicas o sociales, y la estructuración de esquemas de delegación y subcontratación vertical en la gestión y prestación de servicios entre subsectores públicos y privados. Del análisis de los sistemas de salud regionales surge claramente la necesidad identificar los vínculos entre subsistemas que permita la garantía al acceso de servicios desde una perspectiva de equidad horizontal, donde la capacidad de pago no limite el acceso.

El tema por la cobertura universal o los sistemas universales de salud son de un gran interés, es por ello que Laurell et al (2013) realizaron el estudio “Sistemas Universales de Salud: retos y desafíos” (128), cuyo objetivo era despejar el debate

sobre sistemas universales de salud y sus retos. Para este estudio cualitativo se hizo una comparación entre los Sistemas del Seguro a la Salud (Chile, Colombia, México) y los Sistemas Únicos de Salud –SUS- (Brasil, Cuba). Los primeros tienen como marco ideológico el neoliberal, que se combina con los planteamientos de la economía neoclásica. Los SUS son por naturaleza públicos lo cual no impide que existan relaciones contractuales con prestadores privados. La comparación hecha tuvo dos componentes: características básicas (modelo de atención, tipo de planeación, actuación sobre determinantes sociales) y financiamiento y administración del sistema (fuente, recolección y administración, equidad o igualdad, transparencia).

Las conclusiones centrales es que las modalidades distintas del aseguramiento universal en América Latina demuestran que no han entregado los resultados prometidos. La cobertura no es universal y tampoco el acceso oportuno a los servicios requeridos. Sigue habiendo inequidad en el acceso según sus características y el paquete de servicios amparados. Continúan las barreras económicas, territoriales y burocráticas. Hay incremento en los presupuestos de salud, pero una parte importante se ha canalizado al sector privado o ha sido dilapidado en los altos costos de transacción. La introducción de la competencia y el mercado vía la separación de las funciones de regulación, de administración de fondos/compra de servicios y de provisión de servicios no ha mejorado la calidad de los servicios. La cobertura universal por medio de los SUS es el modelo emergente en los países suramericanos con gobiernos progresistas. El único sistema totalmente consolidado es el cubano. El SUS brasileño ha aumentado la cobertura y el acceso aceleradamente, aunque todavía está en proceso de resolver problemas de consolidación y calidad de los servicios, incrementar el presupuesto, y ganar terreno al sector privado de planes de salud. La universalidad sin adjetivos se ha convertido en universalidad “modificada”. La seguridad social se confunde con protección social y la equidad con igualdad.

La situación de la salud en América es una realidad cambiante, uno de los factores que sin duda influye a ello es el progreso económico y social de los países que lleva a cambios demográficos y la manera como se afronta la salud. El comprender las tendencias demográficas de una población ayuda a entender como las naciones formulan sus políticas públicas en salud y organizan tanto el financiamiento como la prestación de estos servicios, de acuerdo con lo anterior Gómez y Arenas (2013) realizaron un estudio de análisis comparado de indicadores demográficos, epidemiológicos y sistemas de salud en países de Latinoamérica (129).

Para ello realizaron búsqueda activa de indicadores epidemiológicos, demográficos y de salud, en las principales bases de datos de organizaciones internacionales consultadas a través de sus páginas web; de estas fuentes recolectaron datos acerca de los indicadores mencionados, elaborando una base de datos utilizada para generar las gráficas. Además, se obtuvo información del Atlas de los Sistemas de Salud de América Latina, del documento Estadísticas Sanitarias Mundiales de la Organización Mundial de la Salud del 2010, de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud, de la Organización Panamericana de la Salud, y de fuentes de estadísticas de cada país. A través del estudio se comprueba como los cambios socioeconómicos de la población tienen gran incidencia en el comportamiento de las tendencias demográficas y epidemiológicas de la población, de allí la importancia de su comprensión, además que la población está envejeciendo progresivamente, esto tiene relación directa con el proceso de transformación epidemiológica hacia las enfermedades crónicas. Por esto la comprensión de los sistemas de salud de América Latina y las características demográficas y epidemiológicas de las poblaciones ayuda en la renovación e introducción de políticas de salud que contribuyan con la salud de la población.

En cuanto el estado de salud, específicamente el nivel de “Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe” (130), cabe destacar el estudio de Cardona, Acosta y Bertone (2013), en este estudio las investigadoras se proponen identificar la desigualdad en salud existente entre los países de América Latina y el Caribe, en los últimos años (2005-2010), considerando que la medición de desigualdades es el primer paso hacia la identificación de inequidades en salud. El método que utilizaron fue un estudio ecológico cuyas unidades de análisis son 20 países de Latinoamérica y el Caribe. Para la medición de las desigualdades en salud aplicaron el Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS), que es un índice sintético, elaborado a partir de indicadores simples. El índice se construye a partir de un proceso iterativo, desde un conjunto de indicadores que reflejen la inequidad en salud.

De cada uno de los países se seleccionaron 16 indicadores de salud, recursos sanitarios, contexto socioeconómico y de saneamiento, calculados por organismos internacionales con los datos más actualizados existentes (2005 a 2010), extraídos de diferentes fuentes de datos secundarias. Este conjunto de indicadores se considera como determinantes proximales de la salud y reflejarían de alguna manera las desigualdades en salud. Mediante la realización de dicho estudio se evidencio que la

región presenta grandes desigualdades en salud, con Cuba como el país mejor posicionado en relación a los indicadores de salud y Haití como el peor. Así mismo se recomienda la evaluación sistemática de las desigualdades en salud en Latinoamérica y el Caribe mediante el INIQUIS y otros índices, con la finalidad de analizar acciones, políticas y programas para disminuir las inequidades en la región.

Sobre la situación del derecho a la salud en América Latina cabe destacar el libro “La lucha por el Derecho a la salud en América Latina” (131), realizado en conjunto entre la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y el People’s Health Movement en (2014), dicha Asociación coordinó la elaboración de varios materiales que dan cuenta de la situación del derecho a la salud en América Latina, la mayoría de los cuales fue traducida al inglés. En él se abordan la situación actual y las luchas de los pueblos alrededor de los sistemas de salud. Se presentan materiales relativos a las reformas neoliberales en salud y luchas contra ellas en Chile, Perú, Colombia, México y República Dominicana, así mismo da cuenta de los efectos que dichas reformas han tenido en reproducir y aumentar las enormes inequidades en salud, así como las deformaciones introducidas por poner por delante la lógica de la ganancia, y los paquetes básicos recortados de servicios, como es el caso de Colombia, donde está regido por la voracidad de las empresas privadas, donde se ha entregado el sistema de salud a las fuerzas del mercado.

En el texto también se analiza los esfuerzos hacia la construcción de sistemas únicos y públicos en aquellos países de la región con gobiernos progresistas. Como es el caso de El Salvador, Brasil, Venezuela y Bolivia. Brasil es un ejemplo en la región que, a contracorriente de los sistemas segmentados de salud, une la seguridad social con los del Ministerio de la Salud en solo sistema (SUS). Todo el material publicado ha sido elaborado por miembros de ALAMES y está dedicado a conmemorar los 30 años de lucha de ALAMES desde su surgimiento en Ouro Preto, Brasil. El anterior estudio permite constatar que los pueblos y gobiernos progresistas están luchando en el campo de la atención a la salud, haciendo frente a la ofensiva neoliberal a nivel mundial sustentada por los países centrales, empresas multinacionales clases dominantes de América Latina. Estas luchas de estos pueblos y gobiernos progresistas de la región pueden servir para orientar luchas y propuestas hacia un sistema de salud único, público, universal y conducido no por la “mano invisible del mercado” sino por el poder popular organizado, orientado no por la sed de ganancia, sino por la lógica del derecho a la salud, de la igualdad social y la justicia.

Gomes y Faria (2014) realizaron el estudio “Reformas de los Sistemas de Salud en Sudamérica: una oportunidad para Unasur” (132), en el cual discutieron los sistemas de salud de América del Sur a partir de los antecedentes históricos políticos y de los avances a partir de las reformas en las últimas tres décadas. Asimismo, presentaron los tres modelos paradigmáticos de reforma y su evolución, bien como los contrastes entre la cobertura universal y los sistemas universales. Las reformas en Chile, Colombia y Brasil se presentan como ilustrativas sobre las tendencias para la región que dieron lugar a tres modelos emergentes y paradigmáticos de sistemas de salud. El modelo dual en Chile, donde el Estado cubre a los pobres mientras que quienes tienen condiciones financieras son direccionados para seguros privados; El modelo plural en Colombia: del cual forman parte empresas públicas y privadas proveedoras en competencia, además de un mecanismo que incluye progresivamente a los más pobres como asegurados; El modelo universal en Brasil: sistema público y universal, pero que convive con seguros privados que utilizan, principalmente, la clase media.

Del anterior estudio se concluye que las reformas actuales son una oportunidad para el logro de cambios estructurales en nuestros sistemas, convirtiendo a Sudamérica un caso interesante de comparación cruzada entre los países, debido a las paradigmáticas reformas de salud que estuvieron conducidas hacia diversas metas y fueron implementadas en diferentes contextos sociopolíticos. Dichas reformas hacen ineludible también tener en cuenta una serie de transiciones como son: la demográfica, la epidemiológica, el patrón alimentario, la tecnológica, la cultural, la organizacional, la económica y científica. Con ánimo de involucrar a toda la sociedad y hacer un pacto de solidaridad y cambio estructural, con el fin de perfeccionar sistemas de salud para alcanzar el más alto grado de desarrollo humano.

En 2014 Cecchini, Robles y Filgueira de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) realizaron el trabajo “Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe, una perspectiva comparada” (133), donde presentaron la primera generación de estudios de caso por país sobre los sistemas de protección social en América Latina y el Caribe, allí fundamentan la importancia de desarrollar los mismos. Así mismo hicieron una aproximación clasificatoria de los sistemas de protección social en la región, buscando aportar claves comparadas para la lectura de los casos nacionales. A partir de datos estandarizados y de estudios de caso establecen las grandes tendencias de cambio que la región atraviesa en materia de

protección social. En este estudio constatan países con brechas de bienestar severas, moderadas y modestas; sitúan los diferentes países que van de modelos más productivistas a más proteccionistas y más segmentados/privados a más homogéneos y públicos. Haciendo uso de datos estandarizados y comparables e incorporando la evidencia que surge de los estudios de caso— establecen las grandes tendencias del siglo XXI en materia de protección social en la región.

Según la OMS la Atención primaria de salud (APS), es el núcleo del sistema de salud del país, en ese sentido es relevante el estudio realizado por Giovanella y otros (2015) sobre el “Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos” (134) en el que los autores presentan los principales resultados de un mapeo sobre la APS realizado en los 12 países de América de Sur realizado por el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), en él se realizaron estudios de caso en cada uno de los 12 países con base en una metodología similar, incluyendo múltiples estrategias de recolección de datos e informaciones: revisión de literatura, análisis de documentos, visitas a ministerios de salud y servicios de APS. Con el apoyo de los representantes nacionales del Grupo de Trabajo en Sistemas Universales de Unasur, fueron organizadas y realizadas visitas a los países con entrevistas en los ministerios de salud, relevamiento de datos y documentos y observación in loco de experiencias y servicios de APS seleccionados por los ministerios de salud en el período de noviembre de 2013 a abril de 2014.

La recolección y construcción de la matriz y la definición de sus dimensiones se basaron en la concepción de atención primaria integral de la Declaración de Alma-Ata y se buscó operacionalizar sus principios fundamentales. La matriz fue organizada en las siguientes dimensiones: conducción, financiamiento, características de la prestación y de la organización, coordinación de los cuidados e integración en la red de servicios, fuerza de trabajo en la APS, participación social, actividades intersectoriales e interculturalidad. A partir de estas informaciones y de la revisión de literatura se elaboró un informe de caso de Mapeo de APS por país.

Las conclusiones que arrojó el estudio es que en América del Sur están en marcha diversos procesos de revitalización de la APS, su implementación es progresiva y en muchos casos aún no se han alcanzado plenamente los resultados esperados. Así mismo es posible identificar movimientos innovadores en la organización y en las prácticas de atención primaria. En algunas de esas experiencias, y en los sistemas públicos mejor consolidados, se observan características de la atención

primaria integral. Sin embargo, la segmentación de los sistemas de salud con diferentes coberturas y redes de servicios para grupos poblacionales y la baja financiación pública de los sistemas de salud son importantes obstáculos para una atención primaria integral efectiva. A eso se suma el debate internacional contemporáneo sobre la cobertura universal de salud, un embate entre lo que se entiende por derecho a la salud y cómo alcanzar el acceso universal, en esa lucha se contraponen posiciones polarizadas: cobertura por seguros segmentados versus sistemas públicos universales.

Para el año 2016 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó la Situación de Salud en las Américas: “Indicadores Básicos” (135), que vienen publicándose de forma ininterrumpida desde 1995, este estudio representa el conjunto mínimo de información necesario para la caracterización de la situación de salud en la Región, para el (2016) la OPS introduce en un formato diferente, nuevos indicadores donde incluye factores de riesgo, la mortalidad por grandes grupos según la lista de causas de la Carga Global de Enfermedad y nuevas tasas de mortalidad específicas.

A estos se unen los factores Estado de Salud, Cobertura de Servicios y Sistemas de Salud. Para esta última publicación se tuvieron en cuenta iniciativas regionales y globales como el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles, la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y a la Cobertura Universal de Salud de OPS y la Lista de Referencia Mundial de los 100 Indicadores Básicos de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La publicación es el resultado del trabajo colaborativo entre la OPS, los países y territorios de las Américas. Los principales participantes han sido los ministerios de salud, las agencias nacionales de los países, los institutos de estadística y las agencias internacionales del Sistema de las Naciones Unidas.

Los resultados o situación que arrojó dicho estudio son los siguientes: Las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) principales son las enfermedades cardiovasculares (ECV), cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. En la Región de las Américas, las ENT fueron responsables de un estimado de 4,8 millones de defunciones (79% de todas las muertes). Las ECV son la causa principal de la mortalidad por ENT representando el 38% de todas las muertes por ENT. Las ECV y el cáncer fueron la causa del 65% de todas las defunciones prematuras por ENT. Entre 1999 y 2012, la mortalidad prematura por ENT declinó significativamente

en la Región de las Américas desde 23% a 18,5% en los hombres, y desde 16,3% a 13,0% en las mujeres.

Así mismo Mientras que en el mundo la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 36,6%, en las Américas alcanza un 59,0%, ubicándola como la Región más obesa del mundo. De manera similar, la tasa de inactividad física en las Américas es una y media veces más altas que el promedio mundial (32,4% vs. 23,3%). Las Américas ocupa el segundo lugar en el mundo respecto a los episodios de consumo excesivo de alcohol, con una prevalencia del 14,0% (comparado con 16,5% en Europa y 7,8% en el mundo. En las Américas la prevalencia de colesterol elevado en sangre es de 12,6% (mientras que la prevalencia mundial es de 9,8%) ocupando el segundo lugar mundial. Las prevalencias comparables de glucosa elevada en ayuna, la ubica en el tercer lugar, consumo de tabaco en el cuarto y presión arterial elevada en sexto lugar en las Américas.

Los resultados anteriores exigen para la prevención y control de las ENT un enfoque multisectorial, incluyendo estrategias de salud en todas las políticas y acción de todas las instancias del gobierno. La OMS ha definido un conjunto de intervenciones de ENT efectivas y de muy bajo costo (conocidas como “best buys”), que tienen gran impacto y son factibles de ser implementadas aún en condiciones de recursos limitados, que cubren el control de consumo de tabaco, consumo dañino de alcohol, dieta y actividad física, así como atención y tratamiento a las ECV, cáncer y diabetes. La OPS brinda cooperación técnica a los Estados Miembros en la implementación de dichas intervenciones para fortalecer la capacidad nacional que permita el monitoreo de su progreso.

De lo anterior constatamos, que los análisis de la literatura sobre los estudios comparados de los sistemas de salud son de distintas y variadas dimensiones que van desde enfoques descriptivos: Mapas, atlas, cuadrantes de análisis, análisis comparados, indicadores básicos, hasta estudios más cualitativos de ellos como: Desafíos, retos, determinantes sociales, inequidades, atención primaria, luchas y reformas de los Sistemas de Salud. Los estudios mencionados sirven de referencia para el estado del Arte, lo cual constituye un aporte importante en el marco referencial de la investigación que se lleva a cabo: Los Sistemas de Salud de Brasil, Chile y Colombia desde la mirada bioética. Países de la región cuyos modelos analíticos son tendencias regionales en las reformas de los sistemas de salud.

Ello nos permite conocer como estos funcionan y se organizan, las similitudes y diferencias, haciendo posible aprender de la experiencia de los demás y mejorar en las áreas de la salud de los nuestros. Y aunque muchos de los países han implementado reformas completas y han tratado la salud como un derecho de la ciudadanía desde sus constituciones, sin embargo, en la práctica no es así, además en la literatura revisada se comprueba que hacen faltan estudios bioéticos de la cuestión, así como profundizar en el acceso a la salud como un derecho que tiene todo ser humano.

4.2 ACCESO Y FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE BRASIL, CHILE Y COLOMBIA

La protección social en salud está vinculada al modelo de financiamiento en salud del país. Esta a su vez es determinante de la universalidad en todas sus dimensiones de cobertura: amplitud, profundidad y nivel. Si bien es cierto que dar cuenta de la financiación en salud en cada país, es tarea casi que imposible, y más cuando las estadísticas no están actualizadas, razón por la cual tomaremos para el trabajo comparativo como año de corte el 2017, últimos datos disponibles a la fecha del estudio.

No obstante, lo anterior, podemos hacer aproximaciones y aunque constatamos que aún está lejana la universalidad, sin embargo, hay que reconocer que se ha avanzado. Hay que tener en cuenta que el modelo de financiamiento es inseparable del modelo de protección en salud, más en nuestros países latinoamericanos que son segmentados por la combinación de coberturas con afiliación y recursos que provienen de cotizaciones a seguridad social, recursos fiscales y pagos de bolsillo. Veamos ahora el tema del acceso a los sistemas de salud de cada uno de los países de estudio, para poder hacer un comparativo de los países seleccionados.

4.2.1 Acceso

La atención básica o atención primaria en salud se conoce como la "puerta de entrada" de los usuarios en los sistemas de salud, su objetivo es orientar sobre la prevención de enfermedades, solucionar los posibles casos de gravedad y dirigir los más graves a niveles de atención superiores en complejidad. Es también la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género y se logra a través de la eliminación de barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud. La atención básica funciona, por lo tanto, como un filtro capaz de organizar el flujo de los servicios en las redes de salud, de los más simples a los más complejos.

El acceso a salud hoy se convierte a la vez que un tema ineludible para la sociedad en un reto, pues según el informe de monitoreo global 2017 de la OMS "Al menos la mitad de la población mundial está privada de servicios de salud esenciales, así mismo unos 800 millones de personas gastan en atención sanitaria más del 10% del presupuesto familiar, y casi 100 millones se ven sumidas cada año en condiciones de extrema pobreza por causa de desembolsos sanitarios directos" (136). Existen unos indicadores que no se pueden olvidar o pasar por alto al momento de querer saber cuál es la situación de la salud de una población, entre los cuales tenemos:

Tabla 11 Indicadores de salud seleccionados, año 2017

ASPECTO	BRASIL	CHILE	COLOMBIA
Esperanza de vida al nacer	75,7	79,7	74,6
Tasa de natalidad	14,2	13,3	15,2
Tasa de mortalidad, neonatal (por cada 1000 nacidos vivos)	8,5	5,0	8,0
Municipalidades con nivel de cobertura de inmunización DTP3	36	49	44
Partos hospitalarios	98,0	98,1	98,9
Recursos humanos Médicos (10.000 hab.)	22,0	10,8	19,4

Recursos humanos (10.000 hab.)	Enfermeras	99,4	11,4	8,6
Tasa de mortalidad		6,2	6,1	6,0

Fuente: Elaborado a partir de la plataforma de los Indicadores Básicos: Situación en las Américas, 2017 de la OPS, OMS.

Según las anteriores estadísticas Chile presenta más expectativa de vida y más baja tasa de mortalidad infantil. Brasil por su parte ha hecho progresos sustanciales hacia la ampliación del acceso a la salud, con resultados expresivos en la reducción de la mortalidad materna e infantil y disminución de las desigualdades. Para el caso colombiano, es de los tres países de estudio es el país con menor esperanza de vida y presenta mayor tasa de natalidad que Brasil y Chile. Veamos a continuación uno a uno aspectos sobre acceso a salud de los países de estudio.

Brasil:

La atención por el SUS ocurre en tres niveles de atención: en el primero, están las Unidades Básicas o Puestos de Salud, la "puerta de entrada" al SUS, donde son marcadas consultas y exámenes y realizados procedimientos menos complejos, como vacunación y vacunación apóritos; en el segundo, entendido como de media complejidad, están las Clínicas, Unidades de pronto Atención y Hospitales Escuelas, que dan cuenta de algunos procedimientos de intervención, así como tratamientos a casos crónicos y agudos de enfermedades; y en el tercero, de alta complejidad, están los hospitales de gran magnitud, donde se realizan maniobras más invasivas y de mayor riesgo a la vida.

El Sistema Único de Salud (SUS) prevé una estructura híbrida de gestión de la salud, basada en el funcionamiento simultáneo de una red de atención pública y gratuita al ciudadano y otra privada, que actúa de manera complementaria y conforme a las directrices del SUS. Con las restricciones de los servicios y recursos invertidos por el Estado para atender las demandas de salud de la población brasileña, el sector privado viene actuando bajo la forma de planes y seguros de salud, así como de hospitales, clínicas, laboratorios, y consultorios privados.

La universalidad es uno de los principios fundamentales del Sistema Único de Salud (SUS) y determina que todos los ciudadanos brasileños, sin ningún tipo de discriminación, tienen derecho al acceso a las acciones y servicios de salud. Antes del SUS, sólo personas con vínculo formal de trabajo o que estaban vinculadas a la

previsión social podrían disponer de los servicios públicos de salud. La opción para las demás personas era pagar por los servicios privados.

Hoy, más de 30 años después de la Constitución y de la creación del SUS, aunque el sistema sufre problemas financieros, políticos y administrativos, prevalece no solo la idea, sino también la atención en él SUS para todos los brasileños (modelo de sistema público universal) y muchas políticas públicas florecieron a partir de esa visión.

En cuanto a la cobertura a los medicamentos en Brasil mediante la ley No 3.916 de 1998 se asegura el acceso gratuito a los medicamentos de los pacientes atendidos en el SUS, en todos sus niveles de atención. Con esto se responde a la integralidad de la asistencia, pues el medicamento es un componente del tratamiento. Así mismo para las personas atendidas en la red privada los medicamentos son ofrecidos a bajo costo por medio del Programa Farmacia.

Tabla 12 Situación de afiliación 2013 - 2017 en Brasil

SITUACIÓN DE AFILIACIÓN	2013 - 2017
Sistema Único de Salud (SUS)	100%

Fuente: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS. Brasília – DF: MS/SGEP

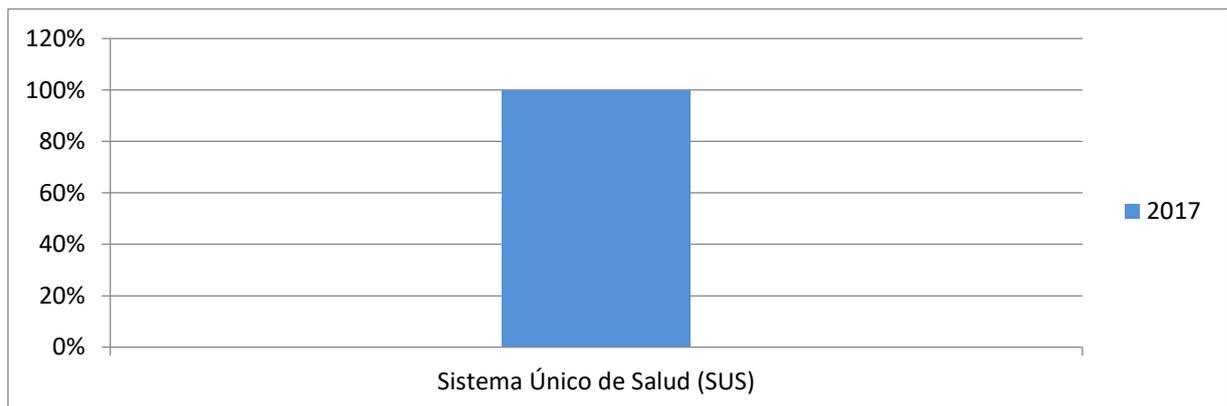


Figura 5. Situación de afiliación y aseguramiento al SUS según el Ministerio de la salud

Fuente: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

La figura nos muestra como en Brasil el SUS tiene cobertura universal y cubre al 100% de la población para todas las acciones y servicios de salud, sin copagos de los ciudadanos por los servicios (los cuales son financiados con impuestos generales)

y aunque las personas puedan o quieran acceder a planes o seguros de salud médicos y hospitalarios privados y pagos, el SUS debe atenderlas y cubrirlas garantizando su acceso integral, universal y gratuito para toda la población del país. El Sistema de Brasil es uno de los mayores y más complejos sistemas de salud pública del mundo, abarcando desde la simple atención a la evaluación de la presión arterial, por medio de la atención básica, hasta el trasplante de órganos. Con su creación, el SUS proporcionó el acceso universal al sistema público de salud, sin discriminación. La atención integral a la salud, y no sólo a los cuidados asistenciales, pasó a ser un derecho de todos los brasileños.

En Brasil, el SUS es universal y cubre al 100% de la población para todas las acciones y servicios de salud, sin copagos de los ciudadanos por los servicios (los cuales son financiados con impuestos generales). Sin embargo, adicionalmente el 23% de la población también opta por estar cubierta por planes privados para consultas, hospitalizaciones, según la Agencia Nacional de Salud Suplementar (ANS).

Se debe mencionar que entre las principales barreras para el acceso universal se encuentran: la insuficiencia de profesionales en zonas desfavorecidas y alejadas; las dificultades en la fijación de los profesionales; pocas plazas para determinadas especialidades en la formación; grandes vacíos asistenciales regionales; barreras geográficas. A pesar de que la población cubierta tenga acceso a todos los servicios, todavía subsisten dificultades para la garantía del acceso oportuno a la atención integral, principalmente a la atención especializada. El acceso a la atención básica es más fácil que el acceso a las especialidades de media y alta complejidad.

Chile:

Allí se distinguen tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria, cada una con sus respectivas unidades en la red pública, dependientes de los servicios de salud o municipalidades. La atención primaria de salud representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, brindando atención ambulatoria. El objetivo de la atención primaria es otorgar una atención integral, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional. La atención secundaria corresponde a atenciones y procedimientos de especialidades ambulatorias, alimentados de solicitudes de interconsultas generada principalmente de atención primaria. La atención terciaria comprende la atención de

urgencia hospitalaria y la atención cerrada de hospitalización, en el cual son incluidas las intervenciones quirúrgicas complejas.

En Chile, el sistema público, a través de Fonasa y el privado, administrado por las Isapres, establecen los distintos mecanismos de financiamiento y cobertura de gastos de salud, como el plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) y la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), el Fondo de Auxilio Extraordinario, etc. Según cifras de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) Chile ocupa el segundo lugar por mayor desembolso en medicamentos que incluyen infraestructura, prestaciones médicas y otros costos.

Tabla 13 Situación de afiliación 2013 – 2017 en Chile

SITUACIÓN DE AFILIACIÓN	2013	2015	2017
Fonasa	78,3%	77,3%	78,0%
Isapre	14,2%	15,1%	14,4%
FF.AA. y del Orden y Otro sistema	3,0%	2,9%	2,8%
Ninguno	4.5%	4,8%	4,8%

Fuente: Ministerio Desarrollo Social. Gobierno de Chile. Observatorio Social –CASEN,2017

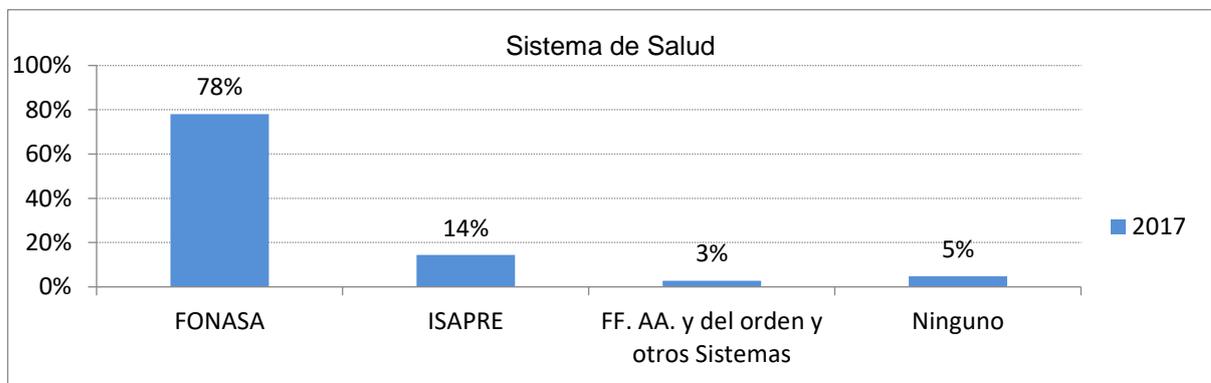


Figura 6. Situación de afiliación según Ministerio Desarrollo Social. Gobierno de Chile. Observatorio Social –CASEN,2017

Fuente: Ministerio Desarrollo Social. Gobierno de Chile. Observatorio Social –CASEN,2017

La grafica nos muestra el porcentaje por beneficiarios al Sistema de Salud, el 3% en regímenes especiales, el 14 % en las aseguradoras privadas ISAPRE, el 78% en la pública FONASA, esta última clasifica a sus asegurados en 4 grupos (A; B; C; D), denominados tramos, de acuerdo a los ingresos imponible que perciban y la cantidad de cargas que posean. La prestación misma de servicios tiene dos modalidades. La Modalidad de Atención Institucional que contempla que el afiliado o

sus cargas reciban la atención de salud en la red pública de prestadores. La otra es la Modalidad de Libre elección, a la que pueden optar las personas de los tramos "B", "C" y "D", donde se puede escoger el prestador de servicios, pero los copagos en ésta opción son muy superiores y dependen del prestador y de la prestación misma.

Colombia:

Tiene un sistema de salud que corresponde a un sistema organizado como un servicio público, donde la garantía del acceso a los servicios y protección de la población se da a través del aseguramiento social. La atención individual en Colombia se presta principalmente a través del aseguramiento en salud, el cual se encuentra compuesto por tres regímenes:

Régimen contributivo, orientado a dar cobertura en salud a trabajadores dependientes e independientes (sector formal de la economía) y sus familias o población con capacidad de pago. Régimen subsidiado, orientado a dar cobertura a la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago, es decir que no puede participar del contributivo. Y regímenes especiales, que incluyen a los sistemas de salud independientes de las fuerzas militares, los empleados del magisterio, la empresa colombiana de petróleos.

Dentro del Sistema de Salud colombiano el cumplimiento de las prestaciones farmacéuticas fue considerado como una de las debilidades del sistema. En Colombia existen cerca de 90 laboratorios farmacéuticos, entre nacionales y extranjeros. Las ventas de la industria farmacéutica en Colombia se dividen en dos grupos: las institucionales (los medicamentos que compra el sistema de salud y que luego las EPS le entregan a cada ciudadano) y las comerciales (lo que pagamos de nuestro bolsillo cuando vamos a una farmacia, sin importar si el medicamento fue prescrito o no por un especialista). Los medicamentos son el rubro de mayor importancia en los gastos en salud realizados por los hogares. El incumplimiento en la entrega de medicamentos ha llevado a que los colombianos manifiesten sus protestas e inconformidades y esto se ve reflejado por ejemplo en el crecimiento de las tutelas (Mecanismo previsto en la Constitución Política de Colombia vigente, que busca proteger los derechos constitucionales de los individuos), para el año 2000 se realizaron 4.100 y tres años después para el año 2003 ya se habían realizado 60.000.

Tabla 14 Situación de afiliación 2013 – 2017 en Colombia

SITUACIÓN DE AFILIACIÓN	2013	2015	2017
Subsidiado	51 %	48%	47,2%
Contributivo	44%	46%	46,8%
Excepción	5%	6%	6%
Total	100%	100%	100%

Fuente: Ministerio de Salud. Protección Social. Aseguramiento. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/aseguramiento.aspx>

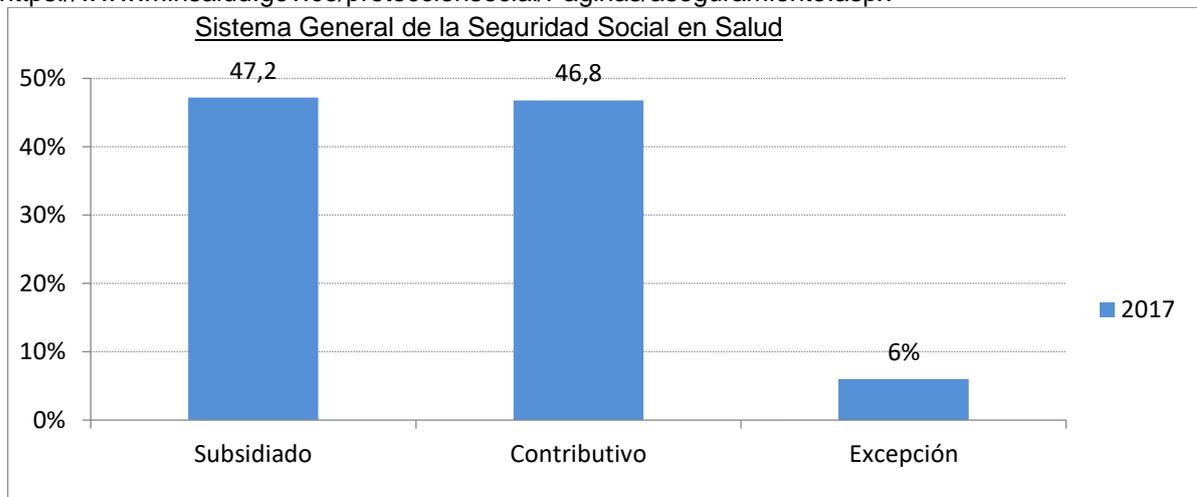


Figura 7. Situación de afiliación al Sistema General de la Seguridad Social en Salud

Fuente: Ministerio de Salud. Protección Social. Aseguramiento. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/aseguramiento.aspx>

La grafica nos muestra que en Colombia a 2017 el 48,4%, está afiliado al Régimen Subsidiado, el Régimen Contributivo cubre el 46,8%, y los Regímenes especiales (excepción) cubren el 6%, incluyen sistemas de salud independientes de las fuerzas militares, los empleados del magisterio y la empresa colombiana de petróleo.

Además, corroboramos en la gráfica una paridad en afiliación en los dos regímenes de salud el subsidiado (cobertura a la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago) y el contributivo (trabajadores dependientes e independientes). Ello refleja el propósito del país de poner el énfasis en el aseguramiento y la provisión de servicios de un programa obligatorio de salud (POS) para los dos regímenes que supuestamente alcanzarían la cobertura universal e igualarían los beneficios entre el programa para población con capacidad de pago y el dirigido a los pobres. Sin embargo, el régimen subsidiado se ha terminado por configurar como un programa

diferencial y discriminatorio de acceso a servicios (para pobres), mediante la asignación de subsidios, sin adaptación cultural ni práctica del modelo de aseguramiento y en donde el usuario ha sido desplazado por los intereses de rentabilidad económica y por la política de los demás actores.

Aunque Colombia como nos lo muestra la anterior figura con un 94% es en América Latina uno de los países con mayor cobertura en salud, (esto es corroborado por una encuesta del Banco Interamericano de Desarrollo) sin embargo, se estima que un 70% de los afiliados está insatisfecho con el servicio, pues, aunque la mayoría está asegurada, el acceso a salud es difícil en ocasiones imposible. Solo un 30% de esa población asegurada puede acceder a la atención primaria, lo cual se refleja en la altísima y mayor concurrencia al servicio de urgencias. No menor es el problema de la baja calidad prestada por las entidades prestadoras de salud que argumentan falta de recursos y ponen más énfasis en los recursos que recibirán del gobierno que en la atención real del paciente.

Veamos a continuación la figura comparativa de los sistemas de salud de los países en estudio.

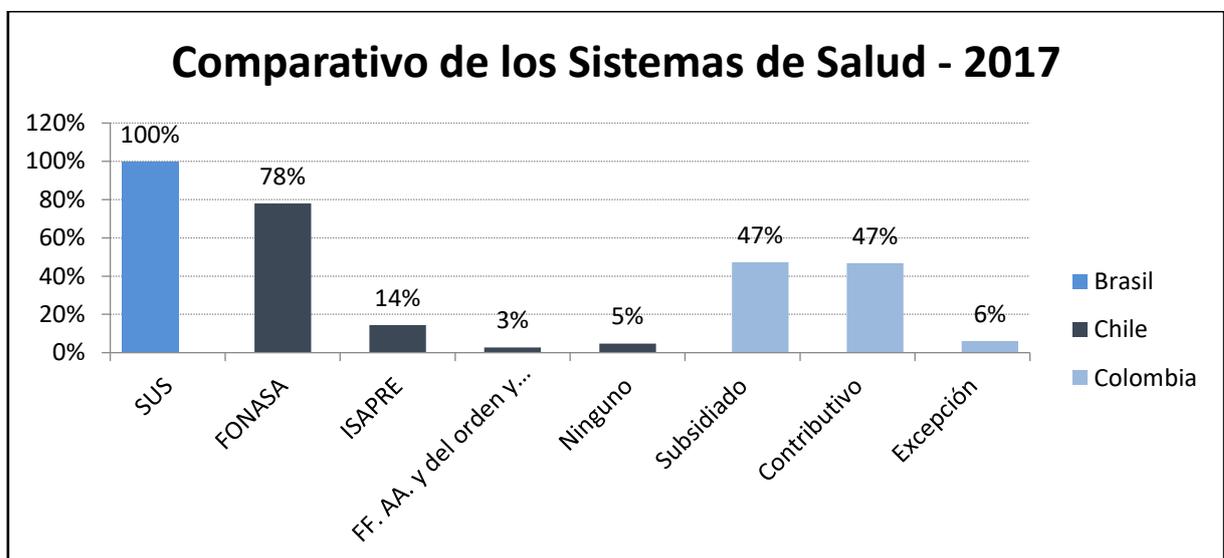


Figura 8. Comparación de los Sistemas de Salud según afiliación o atención

Fuente: Investigación del autor, 2019.

La anterior figura muestra los sistemas de salud Brasil, Chile y Colombia que pueden reducirse a dos, cobertura universal de salud con seguros de salud (Chile y Colombia) y sistema universal público de salud (Brasil). El primer modelo que responde al tipo de reforma neoclásica-neoliberal y que ha llevado a convertir la salud

en un ámbito de ganancias privadas pero que ha fracasado en garantizar el derecho a la salud y el acceso a los servicios. Y el segundo universal público que ha tenido éxito en ampliar el acceso a los servicios y garantizar el derecho a la salud a todos los ciudadanos, sin pensar en la capacidad de pago de los ciudadanos, sin embargo, hoy enfrenta dificultades y tensiones relacionadas con la permanencia de un poderoso complejo médico industrial-asegurador privado.

Al respecto la relación existente entre el artículo 14 de la DUBDH y el acceso a los sistemas de salud, es que precisamente el Documento de la UNESCO aborda el tema fundamental, necesario y desafiante para los países como es la falta de acceso a una atención médica de calidad, así como los medicamentos.

El acceso universal a la salud por tanto paso a integrar la nueva agenda bioética del siglo XXI, y es visto por la DUBDH como derecho de la ciudadanía y responsabilidad de los Estados proveer el mínimo necesario para que las personas vivan con dignidad. Así entonces suministrar y garantizar la asistencia médica, ya no es, como en el pasado, dependiente de la caridad y de la solidaridad, sino que se ha convertido en un derecho de los ciudadanos a ser garantizado por el Estado. La importancia del artículo 14 radica entonces en la ampliación del concepto de responsabilidad social, pues lo aplica no solo al sector privado sino también al dominio público, el Estado también tiene el deber de responsabilidad social.

4.2.2 Financiamiento

Es necesario también anotar que el financiamiento del sector salud impacta tanto los fines últimos de los sistemas a través de un uso de servicios acorde a las necesidades de la población, promoviendo la eficiencia, la calidad, la transparencia y la rendición de cuentas; como también los gastos directos que las familias deben asumir en salud, al respecto el informe de monitoreo global 2017 de la OMS nos dice que 808 millones de personas en el mundo entero contraen gastos sanitarios catastróficos, definidos como gastos directos que exceden del 10% del monto total del consumo o los ingresos del hogar, y la región de Latinoamérica y el Caribe tiene la tasa más alta con el umbral del 10% (un 14,8%), seguida por Asia (12,8%), el Informe estima que, a raíz de los gastos en atención sanitaria, en 2010 se empobrecieron 97 millones de personas (136).

Antes de hacer la comparación de los países de estudio, se debe hacer claridad que al abordar el tema de financiamiento se presentan ciertas dificultades en los países para contabilizar de modo sistemático los gastos nacionales en salud. Ya que la información primaria sobre el gasto en salud es fragmentada, no consolidada en un solo sistema de cuentas nacionales de salud, además existen diferentes estudios y fuentes de información que conllevan a diferentes estimaciones. La falta de información segura resulta en estimaciones dispares, incluso entre diversas fuentes o publicaciones de una misma organización, como es el caso de las Estadísticas mundiales de salud de la OMS.

La ausencia de revisión de información sistemática y periódica dificulta el seguimiento de las reformas y el monitoreo efectivo de la evolución de las coberturas. A esto se suma que muchas veces hay falta de claridad conceptual acerca de qué es público o privado, esto debido por ejemplo a las diversas combinaciones público-privadas que caracterizan a nuestros sistemas de salud, con subsidios públicos a esquemas privados, superposiciones de coberturas y uso de servicios privados y públicos, principalmente por parte de segmentos de la población de ingreso más elevado. Así mismo los tipos de gastos en salud pueden variar en cada país, por ejemplo, los perfiles epidemiológicos, los tipos de enfermedades, así como el precio de los equipos.

Veamos ahora uno a uno los países en estudio con el fin de conocer el financiamiento en salud de cada uno de ellos.

Brasil:

Para Brasil según la OMS las Transferencias de ingresos internos del gobierno, asignados a la salud para el año 2016 fue de US \$69.854 millones de dólares, esta cantidad exceptúa los recursos externos que son una fuente de financiamiento. Se debe tener cuidado al interpretar las cifras de recursos o desembolsos externos pues esta información se obtiene según lo informado por los donantes a los países receptores. La unidad monetaria US (dólares) internacional se calcula utilizando los tipos de cambio promedio del año (137). En la tabla 15 observamos la información según transferencias de ingresos internos para salud.

Tabla 15 Transferencia de ingresos internos del gobierno de Brasil, asignados a la salud - 2016

PAIS	INDICADOR	VALOR
Brasil	Transferencias de ingresos internos del gobierno	US \$ 69.854 millones de dólares

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Base de datos del gasto mundial en salud. Ginebra. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>.

Las transferencias incluyen la cobertura de las acciones y servicios de perfeccionamiento del Sistema Único de Salud (SUS), así como el costeo de la red de atención y pago de funcionarios, entre otras. Para el año 2016 el Gobierno Federal financió un 42% de los gastos y acciones en salud. Los Estados un 22% y los Municipios el 36% del gasto público total de salud.

En Brasil el Sistema Único de Salud (SUS) se financia según la Constitución Federal de 1988 con impuestos y contribuciones que provienen de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal. Los recursos financian la salud desde la esfera federal, debido a la descentralización del sistema, estos recursos son transferidos en mayor parte a los estados y municipios, y complementan los recursos directamente recaudados por estos para la financiación de parte del sistema.

Para garantizar tanto el acceso de la población como el financiamiento del SUS fue creado Sistema de Información sobre Presupuestos Públicos en Salud (SIOPS), operado por el Ministerio de la Salud, y se constituye como un instrumento para el seguimiento del cumplimiento del dispositivo constitucional que determina en el presupuesto la aplicación mínima de recursos en acciones y servicios públicos de salud (ASPS).

En el Sistema Único de Salud no hay copago. La única modalidad de copago vigente en Brasil es el Programa Farmacia Popular. A pesar de que el sistema público de salud en Brasil es universal y gratuito, sin copagos, existe una oferta de seguros privados de salud, de libre escogencia, para la persona que quiera tomarlos, estos responden por aproximadamente un 23% de la población brasileña. Todos los asegurados privados tienen doble cobertura del SUS y los planes privados de salud. Los recursos presupuestales del SUS deben depositarse en los Fondos de Salud. El Ministerio de Salud distribuye los recursos a los estados y municipios por medio de transferencias regulares y automáticas, remuneración por servicios producidos, convenios, contratos de traspaso.

Existe el programa Farmacia Popular del Brasil que tiene como propósito ampliar el acceso a medicamentos básicos y esenciales a bajo costo para quienes utilizan los servicios privados y tienen dificultades para adquirirlos debido a su alto costo en las farmacias comerciales. A causa de los cambios en las reglas de reajuste de gastos del gobierno federal, el presupuesto del área fue reducido y congelado en el momento en que la presión por los servicios del Sistema Único de Salud (SUS) aumenta.

Desde el 2014, al menos 3 millones de personas han dejado de tener planes de salud a causa de la crisis económica según la Agencia Nacional de Salud Suplementar (ANS). Sin asistencia suplementaria, ese grupo que poco usaba el SUS pasó a depender de él. Además de esto la tasa de desempleo aumento y con esto aumenta también el número de personas que deja de usar planes de salud y que pasa a utilizar el sistema público. A continuación, se presenta la figura 9 con transferencias de ingresos internos del gobierno, el valor está calculado en millones de dólares

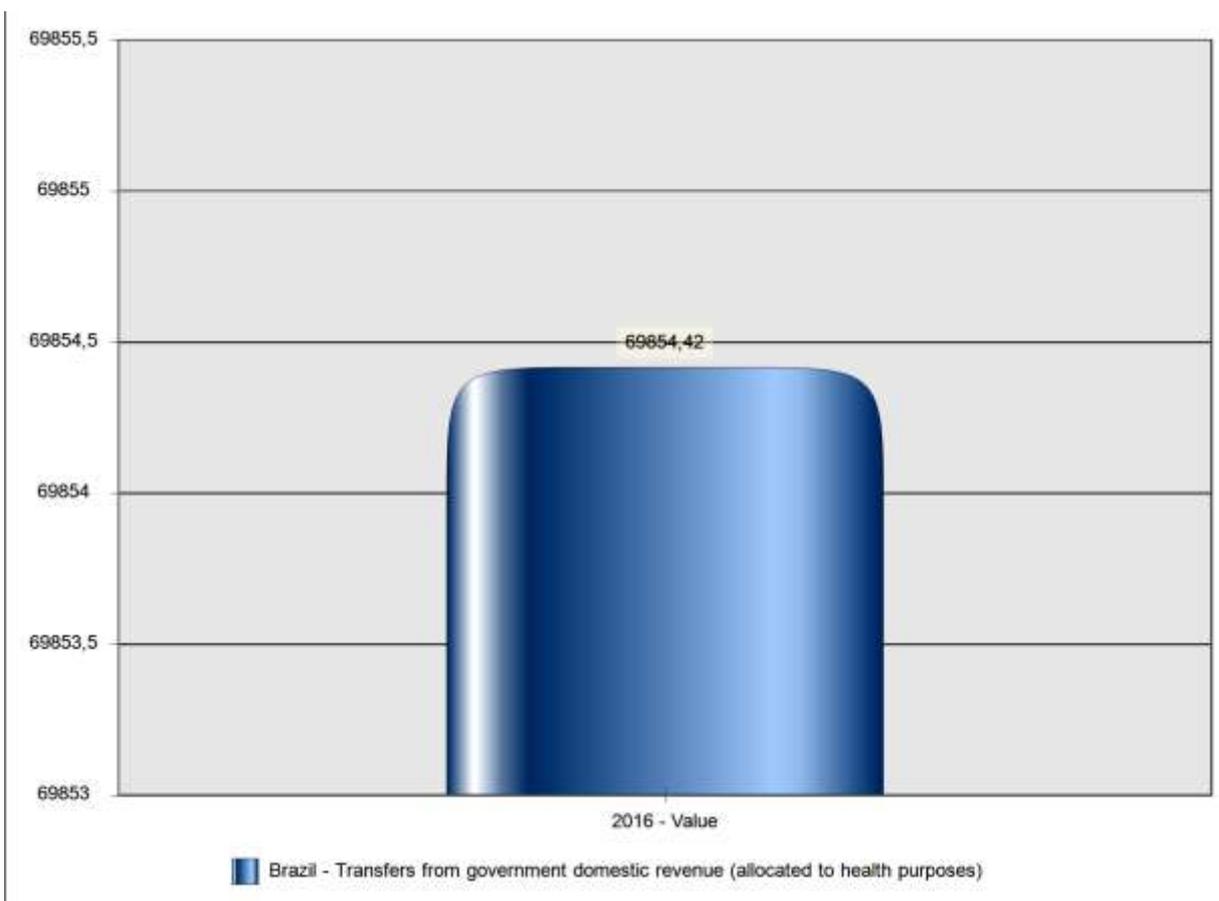


Figura 9. Transferencias de ingresos internos del gobierno en Brasil asignados a la salud para el año 2016.

Fuente Organización Mundial de la Salud. Base de datos del gasto mundial en salud. Ginebra. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>

Chile:

En Chile según la OMS las Transferencias de ingresos internos del gobierno, asignados a la salud para el año 2016 fue de US \$7255 millones de dólares, esta cantidad exceptúa los recursos externos que son una fuente de financiamiento. Se debe tener cuidado al interpretar las cifras de recursos o desembolsos externos pues esta información se obtiene según lo informado por los donantes a los países receptores. La unidad monetaria US (dólares) internacional se calcula utilizando los tipos de cambio promedio del año (137). En la tabla 16 observamos la información según trasferencias de ingresos internos para salud

Tabla 16 Transferencia de ingresos internos del gobierno de Chile, asignados a la salud - 2016

PAIS	INDICADOR	VALOR
Chile	Transferencias de ingresos internos del gobierno	US \$ 7255 millones de dólares

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Base de datos del gasto mundial en salud. Ginebra. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>.

En Chile el financiamiento se da por la combinación entre aportes públicos y privados (mixto). El aporte público en salud proviene del presupuesto general del Estado, que se genera a partir de la recaudación de impuestos generales y específicos hechos de las personas o afiliados al Fondo Nacional de Salud –FONASA-. Dicho presupuesto es del aporte público o fiscal directo que corresponde al aporte municipal y a las asignaciones presupuestarias desde el Gobierno Central hacia el Ministerio de Salud y hacia el Ministerio de Defensa (Fuerzas Armadas) y el aporte público indirecto –que corresponde a las cotizaciones obligatorias que efectúan los trabajadores y las empresas a partir de sus ingresos.

El financiamiento del sistema consta de 4 principales aportes. El primero y más importante a la fecha es el gasto de bolsillo. La segunda fuente de financiamiento son las cotizaciones voluntarias y obligatorias de los trabajadores dependientes e independientes a sus aseguradoras y de los empleadores de estos mediante seguros de vida o contratos con mutuales de seguridad. La tercera fuente de financiamiento es el aporte estatal. La última, el estado aporta financiamiento a la construcción de infraestructura a nivel país.

En cuanto al aporte privado también se compone de aportes directos (gastos de bolsillo de las personas) e indirecto (cotizaciones adicionales) que pueden aportar voluntariamente los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional –Isapre- para mejorar la cobertura de su plan de salud. Dichas instituciones cumplen el rol de asegurador, mientras que los prestadores son variados; desde clínicas hasta doctores y consultas particulares, centros médicos generales y de especialidad, laboratorios farmacias etc.

El financiamiento de la salud en Chile se basa en aportes de los individuos que alcanzan el 74% del financiamiento total, mientras que el aporte del fisco bordea solamente el 26%. El aporte público proviene como principal fuente de las cotizaciones obligatorias de seguridad social, representando un 54% del aporte público total. En cuanto al financiamiento privado, los gastos de bolsillo representan el 91% del aporte privado total, compuesto de copagos por atenciones médicas, gasto en medicamentos y pago particular de atenciones médicas. El gasto público en salud representó 58.7% del gasto total en salud; el resto correspondió al gasto privado. Veamos a continuación la figura 10 con transferencias de ingresos internos del gobierno, el valor está calculado en millones de dólares

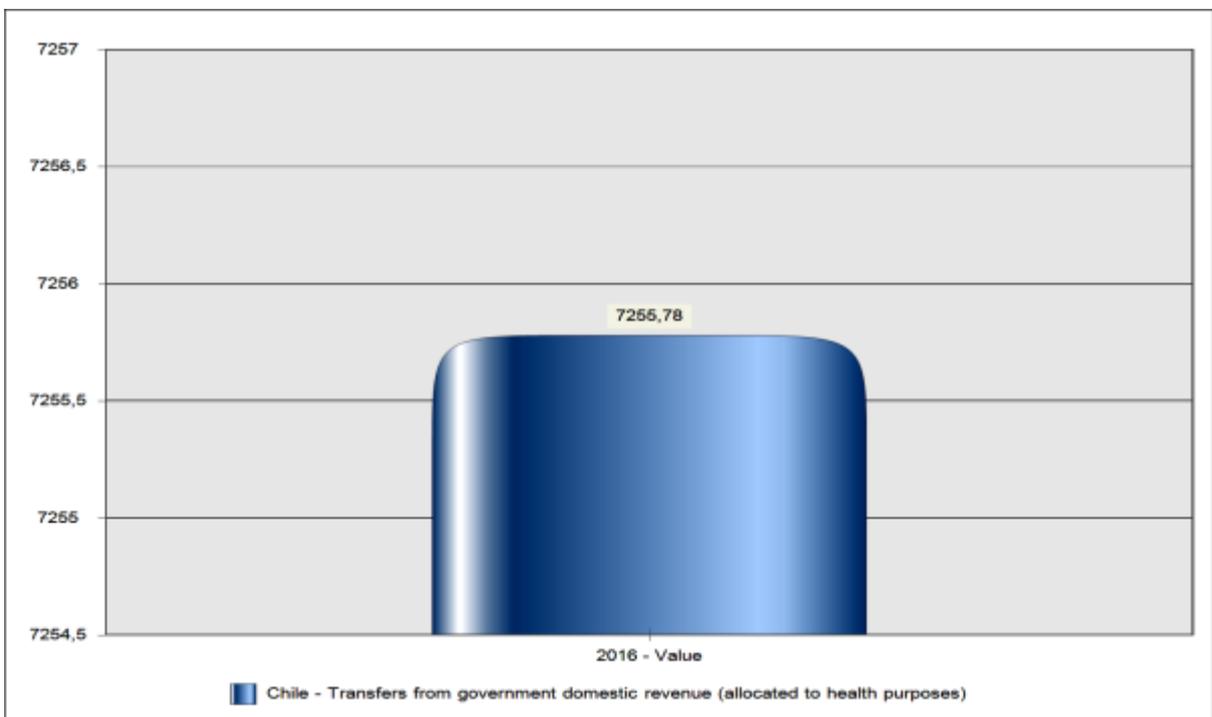


Figura 10. Transferencia de ingresos internos del gobierno de Chile, asignados a la salud para el año 2016

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Base de datos del gasto mundial en salud. Ginebra. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>

Colombia:

Para Colombia según la OMS las Transferencias de ingresos internos del gobierno, asignados a la salud para el año 2016 fue de US \$4454 millones de dólares, esta cantidad exceptúa los recursos externos que son una fuente de financiamiento. Se debe tener cuidado al interpretar las cifras de recursos o desembolsos externos pues esta información se obtiene según lo informado por los donantes a los países receptores. La unidad monetaria US (dólares) internacional se calcula utilizando los tipos de cambio promedio del año (137). En la tabla 17 observamos la información según trasferencias de ingresos internos para salud.

Tabla 17 Transferencia de ingresos internos del gobierno de Colombia, asignados a la salud - 2016

PAIS	INDICADOR	VALOR
Colombia	Transferencias de ingresos internos del gobierno	US \$ 4454 millones de dólares

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Base de datos del gasto mundial en salud. Ginebra. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud moviliza recursos desde fuentes primarias (hogares y empresas) a través de cotizaciones y de fuentes secundarias (recursos de la Nación, departamentales, distritales y municipales) que luego transforma para el financiamiento del régimen contributivo, subsidiado, riesgos profesionales y demás.

Para el Régimen Contributivo: el flujo de recursos parte del proceso del recaudo de las cotizaciones o contribuciones. La financiación de los subsidios proviene, principalmente, de la solidaridad del Sistema (contribución cruzada desde los trabajadores del sector formal de la economía) y de aportes del Gobierno Nacional y los gobiernos locales (orden departamental y municipal). Para el *Régimen Subsidiado*: la Unidad de pago por Capitación del régimen subsidiado se financia con los recursos de las entidades territoriales (rentas, regalías, esfuerzo propio) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y otros (recaudos del IVA, rendimientos financieros).

Las acciones de salud pública se financian con: Recursos del sistema general de participaciones; Recursos de la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga;

recursos de promoción y prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes; Recursos del Presupuesto General de la Nación. Dentro de las fuentes de financiamiento se tienen: El Sistema General de Participaciones –SGP-; el Fondo de Solidaridad y Garantía; Aportes de la Nación, Regalías y Rentas cedidas. A continuación, se presenta la figura 11 con Transferencias de ingresos internos del gobierno, el valor está calculado en millones de dólares

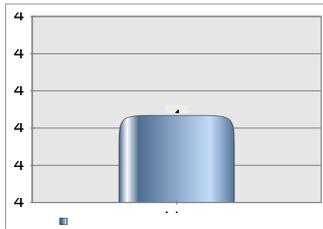


Figura 11. Transferencia de ingresos internos del gobierno de Colombia, asignados a la salud para el año 2016.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Base de datos del gasto mundial en salud. Ginebra. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>.

DATOS COMPARADOS POR TRASFERENCIA INTERNA ASIGNADA A LA SALUD

Veamos en la siguiente figura los tres países comparados con la información de la transferencia interna asignada para salud

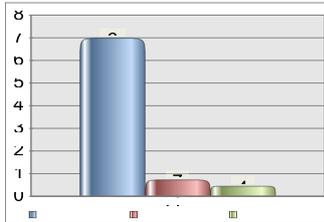


Figura 12. Transferencia de ingresos internos del gobierno de Brasil, Chile y Colombia, asignados a la salud para el año 2016.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Base de datos del gasto mundial en salud. Ginebra. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>.

Llama la atención la alta cifra presupuestada en Brasil a la salud, esto debido a la importancia que tiene la salud para este país considerada un derecho de todo ciudadano y un deber del estado proveerla, esto es corroborado desde su misma carta política donde el pueblo brasileño tuvo esa gran conquista de incluirla en su constitución como un derecho, otra de las razones es la magnitud de la población que posee, aunque organismos internacionales afirmen que por las características de su modelo de salud (Universal) deba invertir más en él, sin embargo por las estadísticas

y expuesto anteriormente es el sistema que tiene acceso universal, sin copagos, que más invierte y mejor funciona de los tres países comparados.

La figura además nos muestra que Chile asigna mayor presupuesto a pesar de tener una menor población que Colombia, lo cual además de cuestionante se convierte en una debilidad de este país, donde se invierte más en su conflicto violento interno más que a la propia salud, conllevando a la crisis del sistema por falta de recursos.

Si tenemos en cuenta las anteriores cifras y estadísticas vemos como primordial el aporte de la DUBDH donde afirma como el papel primordial en la promoción de la salud lo tiene el gobierno y ello está relacionado directamente con la financiación pues hoy asistimos a hechos y realidades como la privatización de la salud que va en contra del papel del Estado pues minimiza sus funciones, esto se constata por ejemplo en la transferencia de instituciones como hospitales públicos o del estado para organismos privados. Esto lo estamos viendo en la realidad no solo de Chile y Colombia con la afiliación de gran número de personas a prestadores privados, sino además en Brasil donde hay un pequeño aumento de la población en la participación a planos privados de atención en salud.

A lo anterior se suma el ingreso de empresas aseguradoras externas a los sistemas de salud donde priman son los intereses lucrativos, sus "ganancias". Por otra parte, tenemos estrategias como la mencionada Cobertura Universal en Salud-CUS- que lo que busca es tanto la privatización, como la tercerización de los sistemas de salud al mercado, pues está basada en la idea de seguros y servicios subsidiados y pagos por el creciente sector privado. Según la CUS pasa entonces la salud a ser reconocida no como un derecho al ciudadano sino como un servicio básico, determinado por políticas financieras que deben adecuarse a sistemas económicos y de inversión en detrimento de la salud de los seres humanos.

Dos de los casos más conocidos en los que se ha aplicado esta estrategia es Colombia y Chile, países en los que a través de una reforma integral de la seguridad de la seguridad social establecen el seguro de la salud como obligatorio, en Chile donde se segmentó y fragmentó el componente privado del sistema en los ISAPRE, con proveedores privados y FONASA fondo nacional público, persistiendo exclusión de personas de alto riesgo (como ancianos, enfermos).

Para el caso colombiano donde los recursos son transferidos a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), en su mayoría privadas que administran y pagan a prestadores privados y públicos; todo esto ha llevado a segmentación y fragmentación del sistema, debilitando el sector público, incluso cerrando y vendiendo hospitales públicos, dando paso a la corrupción, clientelismo, al llamado “cartel de la salud”, al no acceso o en ocasiones acceso con paquetes de servicios diferenciados, razones entre otras que han llevado a declarar en varias ocasiones la emergencia social.

Lo anterior se convierte en un desafío mencionado desde sus categorías iniciales por la Bioética de Intervención con las llamadas situaciones persistentes, dentro de las cuales tenemos conflictos de naturaleza persistente en nuestro contexto latinoamericano como la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, por ello esta propuesta postula como punto de partida la equidad en la priorización del recurso a la salud pública necesaria en el contexto actual en los países de estudio; más cuando las fuerzas mercantilistas y lucrativas bombardean hoy los sistemas de salud, llevándolos incluso a sostener la idea que la salud, más que un derecho de la sociedad es un servicio ofrecido según los ingresos de cada uno, mediado por el mercado, y ante este paradigma economicista el Estado se minimiza y los gobiernos dejan de ser rectores, su papel pasa a ser el de simple regulador y proveedor de medidas asistencialistas.

Otro aspecto importante en cuanto a la financiación de la salud en los países, lo ocupa el gasto en salud en proporción al Producto Interno Bruto (PIB), como sabemos el PIB es un indicador económico que refleja el valor monetario de todos los bienes y servicios finales producidos por un país o región en un determinado periodo de tiempo, normalmente un año, se utiliza para medir la riqueza de un país. Así el gasto en salud como proporción del PIB es el valor promedio por persona de la suma de los gastos público y privado en bienes y servicios por el cuidado de la salud para una determinada economía. En la siguiente figura, No. 13 observamos el Gasto corriente en salud como % del producto interno bruto (PIB) de Brasil, Chile y Colombia.

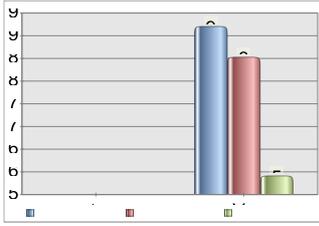


Figura 13. Comparativo del gasto corriente en salud como % del PIB en Brasil, Chile y Colombia.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Base de datos del gasto mundial en salud. Ginebra. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>.

Como lo observamos en la gráfica anterior, Brasil que cuenta con el mayor y más robusto presupuesto no solo de los países en estudio sino de América Latina, es el país que más destina dinero del PIB en salud de los tres países, lo que indica una mayor inversión en salud, corroborando con ello la importancia de este sector que lo consideran como un derecho y por esto la gran asignación y gasto del gobierno como porcentaje del PIB. Llama la atención que en las cifras que tenemos entre Chile y Colombia, los chilenos transfieren más a salud a pesar de contar con menor población que la colombiana.

La premisa entonces tiene que ver con aquello que: “Si la salud es un componente central de los derechos humanos y el acceso a la atención de la salud es parte de ese derecho” el Estado debe proporcionar este derecho de atención a esa necesidad básica de la salud para toda su ciudadanía. Para ello debe incrementar sin reparos los recursos económicos, dar un trato adecuado a los usuarios de los servicios y un nivel aceptable de protección financiera; los gobiernos deben ser los órganos

rectores y primeros fiscalizadores para que se den y cumplan a cabalidad estos propósitos. El Estado es el primer responsable en responder por estas expectativas.

4.3 DISCUSIÓN A LUZ DEL ARTICULO 14 DE LA DUBDH Y DE LA BIOÉTICA DE INTERVENCIÓN

Aunque desde las mismas constituciones de los países se ampara y legisla por el derecho o cobertura de la salud, en la práctica o vida diaria no es así, ello lo observamos en el comparativo de los 3 países en estudio, pues no obstante todos dicen tener cobertura al sistema de salud, sin embargo, el acceso para toda la población y sin diferencias de ninguna especie no es el mejor y de mayor calidad.

Para el caso chileno, aunque estadísticas muestran como allí se presenta más expectativa de vida y una más baja tasa de mortalidad infantil de los tres países, sin embargo y pese a las notables mejorías en los indicadores de salud, prácticamente los problemas de salud más acuciantes de la actualidad en Chile tienen un comportamiento desigual, afectando preferentemente a las personas más pobres, las que tienen menos años de escolaridad y las de mayor edad. Esto es constatado por ejemplo en que las aseguradoras privadas ISAPRE, aunque solo tienen el 14% de población afiliada, recauda el 56% de las cotizaciones, allí están los más sanos y más jóvenes. Y por el contrario el menor porcentaje es para el Fondo Nacional en Salud (FONASA) que afilia a la mayor cantidad de población el 78%, lo cual se ha debatido y criticado por ser un negocio.

Brasil por su parte desde la implantación del SUS hizo progresos sustanciales hacia la ampliación del acceso a la salud, con resultados expresivos en la reducción de la mortalidad materna e infantil y disminución de las desigualdades. Uno de los puntos clave para ello fue la expansión de la Atención Primaria en Salud (APS). Entre 2000 y 2016, la estrategia de salud de la familia (ESF) aumento la cobertura de 13,2 a 120,2 millones de personas, alcanzando el 58,5% de la población predominantemente en las regiones más pobres. No obstante, lo anterior aún se presenta insuficiencia de profesionales en zonas desfavorecidas y alejadas, pocas plazas para determinadas especialidades, subsisten dificultades para la garantía del

acceso oportuno a la atención integral, principalmente a la atención especializada. El acceso a la atención básica es más fácil que el acceso a las especialidades de media y alta complejidad.

En el caso de Colombia, aunque subió la esperanza de vida a 74,4 en referencia a años anteriores, es de los tres países de estudio el de menor esperanza de vida. Así mismo, aunque la cobertura en salud es alta con un 94% sin embargo, se estima que un 70% de los afiliados muestra su insatisfacción con el servicio, pues, aunque la mayoría está asegurada, el acceso a salud es difícil en ocasiones imposible, esto es corroborado con la alta concurrencia al servicio de urgencias.

La relación del derecho a la salud, estipulada en las constituciones de los países en estudio con uno de los referentes de este estudio: la Bioética de Intervención(BI) viene dada desde su misma fundamentación, esta concepción bioética, está orientada a los problemas más comunes dados en América Latina como el no acceso de las personas a la salud, el desarrollo de esta postura bioética desde su inicio se ha centrado en el derecho de las personas a acceder a la atención médica, reafirmando los estrechos vínculos que existen entre las políticas de salud, reducción de desigualdades y bioética.

De la misma manera la BI reconoce y afirma el papel y responsabilidad primordial que tiene el Estado en defensa de la promoción de la equidad por los grupos más vulnerables. En ese sentido, dentro de una de sus más importantes categorías llamada “Situaciones persistentes” justifica la mirada bioética sobre los macroproblemas sociales que comúnmente encontramos en los países de América Latina como es la desigualdad en el acceso a la salud.

El acceso a salud en los países de América Latina y por ende a nuestros países de estudio ha estado influenciado por los ajustes neoliberales que llevaron a que nuestros países suramericanos se enfrascaran en una tarea que consistía en ofrecer servicios de salud a grupos poblacionales determinados por sus niveles de ingreso o de participación en el mercado laboral.

En este contexto neoliberal debemos incluir modelos que están fundamentados en políticas neoliberales caracterizados por la medicina individualista, donde el papel del Estado pasa a ser controlador de las aseguradoras en salud; además se cambia la concepción de la salud de derecho social y humano, dando paso a su

mercantilización, es decir la salud es concebida como un elemento del mercado, ofrecido por la empresa privada. Incluimos allí a Chile con la reforma que resultó en un sistema dual, pues, aunque el Estado dice cubrir a los pobres, no es así, pues allí siguen muriendo las personas en las filas de espera, los que tienen condiciones financieras van para seguros privados y acaban comprometiendo gran parte de sus ingresos, ya que los planes privados no cubren todos los gastos de atención hospitalaria, cirugías, etc. Así si una persona está enferma y se salva, seguramente sale con una enorme deuda que tendrá que pagar por muchos años. Es decir, un sistema equitativo pues los pobres se endeudan para pagar sus servicios de salud, es decir la salud de calidad solo es para los que puedan pagar y se puedan endeudar.

Como vimos anteriormente en este estudio, si bien es cierto que el 78% de los chilenos está en el sistema público FONASA, sin embargo, la crítica que se le hace a este sistema es que hay una enorme brecha entre ricos y pobres. Además, los gastos de bolsillo de los ciudadanos para este sector son muy altos, llevando incluso a deudas insostenibles, lo que además puede presentar un problema grave de acceso, ya que obtener la salud depende de la capacidad de pago de los hogares.

En este contexto tenemos también, el caso colombiano, que dio lugar a un modelo plural, del cual forman parte empresas privadas y públicas, allí se registran dos regímenes de afiliación el contributivo (trabajadores) y el subsidiado (los más pobres), es un sistema más de generalización y no de universalización. Sistema de seguridad social diseñado para países con desempleo o informalidad laboral baja, sin embargo, en este país con la precariedad laboral, y las no cifras exactas de empleo formal este modelo se hace inviable. A ello se suma la gran carga burocrática de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), y los sistemas de información inadecuados, manipulados en gran parte por estas empresas privadas. Allí al igual que Chile las personas siguen muriendo en los pasillos por falta de atención, lo mismo el sistema no cubre todos los planes de salud y se debe acudir a medicina prepagada que lleva al endeudamiento.

Características de los sistemas de estos dos países es el auge del individualismo, la ambición de poder y de consumo, así como la continua búsqueda desmedida de nuevas tecnologías que influye en el acceso a salud, pues esto aumenta los costos al quererse tecnologías más sofisticadas. En este sentido tenemos el aporte de la Bioética de Intervención, que en el campo de la salud pública reconoce

la necesidad de priorizar la asignación de recursos, esta Bioética también se centra en el papel de la ciencia en la contradicción ética, pues al avanzar hacia la oferta de tecnologías complejas, tales como trasplantes de órganos y manipulación genética, se deja de lado medidas sanitarias básicas que podrían salvar la vida de innumerables personas en situación de pobreza.

Por otro lado, tenemos a los modelos implantados en estados sociales y democráticos de derecho o progresistas como el caso de Brasil, que cuenta con el SUS, como una conquista histórica lograda, aunque si bien es cierto que hoy se encuentra bombardeado por propuestas de privatización de algunos sectores, percibidos por ejemplo por la fuerte presencia del capital con intereses en el presupuesto público federal, así como el incentivo financiero público concedido a la salud privada por medio de renuncia fiscal.

Al respecto la BI nos advierte como en el Brasil en los últimos años se viene aumentando la participación de empresas privadas, así como la inclusión de medidas que disminuyen la inversión del estado tanto en la infraestructura como en la contratación del personal de la salud. Además, esta postura bioética se presenta como una crítica en los espacios públicos dentro y fuera de Brasil para defender su Sistema Único de Salud (SUS), reconociendo que los problemas de salud pública más graves de la población brasileña son caracterizados no por lo que categoriza como las situaciones emergentes como la asimilación de nuevas tecnologías médicas, sino por situaciones persistentes como la desigualdad de acceso a los servicios de salud.

No obstante, lo anterior, el SUS hoy es un modelo de salud digno de tenerse en cuenta por ser un sistema universal, igualitario, donde la salud es un derecho que responde a la ciudadanía y el Estado provisiona y contrata con el mercado. Respondiendo a un enfoque igualitario, con énfasis en la equidad y el derecho a la salud, la cual no ha de ser objeto de consumo. Con todo y las dificultades presentadas en el Sistema, Brasil hoy es reconocido internacionalmente por tener uno de los programas de atención médica más equitativos y amplios en el mundo.

Observamos además, que estrategias como la “Cobertura Universal de Salud” (CUS) lideradas por la misma OMS y la OPS que buscan que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud y medicamentos de calidad, no han tenido los mejores resultados debido entre otras razones a que una de sus mayores preocupaciones es alcanzar la eficiencia y

sostenibilidad financiera, reduciendo los gastos públicos que conllevan a mayor participación y lucro del capital privado, así como de las alianzas entre lo público y privado.

Ante la anterior estrategia la BI ha reaccionado, pues ha constatado como en el contexto brasileño, la CUS ha ganado fuerza en contra de lo promulgado por la constitución federal, que establece la salud como un derecho, estas posturas se ven reflejadas en propuestas como la transferencia de la administración de hospitales públicos estatales a organizaciones privadas, disminución drástica de la inversión estatal en la contratación de profesionales especializados y en poner fin al libre acceso a muchos procedimientos clínicos, o cobrar por los servicios que hasta entonces habían sido previstos.

Con todo lo anterior, la estrategia ha llevado incluso a que empresas privadas participen del financiamiento en salud nacional, en ese sentido la responsabilidad social del Estado cambia frente al modelo de economía de mercado y los que antes eran considerados bienes públicos, como la salud, hoy se constituyen el negocio moderno a escala global. En este escenario el Estado se minimiza ante el paradigma economicista y su papel pasa a ser el de simple regulador y proveedor de medidas asistencialistas.

La anterior realidad es muy distante y lejana de lo enunciado por la DUBDH quien establece en su artículo 14 que la promoción de la salud ya no es solo un objetivo sino “un cometido esencial de los gobiernos” es decir un encargo o función esencial de los gobiernos que se debe perseguir de diferentes maneras como la persuasión moral, las políticas gubernamentales, la protección de los ciudadanos ante enfermedades u otras amenazas actuales como la pobreza o el deterioro ambiental.

La salud según la DUBDH es vista como un derecho, radica en que la falta de atención médica o de fomento de la salud vulnera el primer derecho que es la piedra angular: el derecho a la vida, por este dicho documento menciona que el disfrute del grado máximo de salud de todas las personas y el acceso a la atención médica de calidad sin distinción, es una muestra que garantiza la equidad y la justicia, defendiendo así la dignidad humana. Es en ese sentido que para que un sistema sanitario sea justo y equitativo necesita ser eficiente y no desperdiciar, ni negar la atención a los pacientes, eso es Responsabilidad Social en la atención médica.

En ese aspecto es loable y destacable lo logrado por Brasil, única nación de los países en estudio que, en su misma Carta o Constitución Política, considera a la salud como un Derecho que debe ser garantizado por el Estado, la salud entonces según esto no se puede negar, es más holística y global, mientras que Chile establece el derecho a la seguridad social, así como Colombia que enuncia la seguridad social como un servicio, según estas dos posturas en estos países se tiene derecho es a la salud, en el trabajo, en el ámbito personal, pero la salud dista mucho de ser un derecho, por lo menos en la realidad, aunque si bien es cierto que en estos sistemas se ha resuelto el tema de la cobertura, (libertad de escoger para la entidad prestadora de salud) no el del acceso, que sigue siendo limitado y dependiente de la capacidad de pago de cada uno de los ciudadanos.

Debemos reconocer en ese sentido la contribución que en la construcción y consideración de una bioética con sentir latinoamericano ha venido desarrollando y consolidando la Bioética de Intervención la cual considera de suma y vital importancia la priorización del derecho a la salud, por medio de la universalización de este, situándola como derecho humano, como un derecho a la propia vida, no solo de manera individual, sino como responsabilidad colectiva. Otra característica de este enfoque es el énfasis que da al papel y la responsabilidad del estado en la defensa de más grupos de población vulnerables para promover la equidad y la igualdad.

En cuanto al derecho primordial a la salud para todos los ciudadanos por parte del Estado, Brasil que cuenta con más de 30 años de experiencia nos demuestra a través de sus cifras e indicadores de salud, que implementar una política basada en el derecho a la salud que incluya a todos los ciudadanos sin excepción ni distinción alguna y con el financiamiento estatal es menos costosa y cuenta con mejores resultados que el caso de Chile y Colombia donde se han implementado el modelo de cobertura universal bajo la forma de seguro social público, debido a que estos tienen su orientación comercial, regidos por las fuerzas del mercado y los subsidios estatales que generan inequidad.

Tanto la cobertura en salud como las desigualdades presentadas se convierten hoy para América Latina en una tarea pendiente. Y el financiamiento desempeña un papel esencial en el logro de dicha cobertura, pues aún se constata que, en la mayoría de los países de nuestra región, el gasto público en salud es insuficiente, y está por debajo del porcentaje recomendado por la Organización Mundial de Salud el "6% del

PIB” que debiera destinarse, a esto se suman otras razones como son la excesiva dependencia del gasto privado en salud y a los altos costos de los medicamentos, así como la inclusión de nuevas y costosas tecnologías.

A lo anterior uno de los referentes de este estudio la BI propone como herramientas para pensar cómo abarcar los avances tecnológicos y científicos en la salud pública, que nos orientemos por las llamadas cuatro P, la prudencia frente a los avances, por la prevención de posibles daños e iatrogenias, por la precaución frente a lo desconocido y por la protección de los más frágiles / desasistidos.

América Latina se caracteriza entonces porque sus sistemas de salud son financiados por diversas fuentes, es decir diferentes esquemas redistributivos, particularmente en nuestra región se da la mezcla o combinación de unas fuentes de financiamiento contributivos (impuestos sobre los salarios) y no contributivos (impuestos generales). Y aunque por esta razón son solidarios pues cada uno contribuye según sus medios o posibilidades, sin embargo, en muchas ocasiones son inequitativos, pues aumentan el gasto de bolsillo de unos (contributivos), en otros momentos no permiten el acceso a servicios básicos de otros (subsidiados) los cuales tienen que esperar a la disponibilidad tanto del escaso personal de salud como de los medicamentos, incluso en caso de urgencias.

Con todo lo anterior se constata que, a pesar de los cambios y mejoras de casi todos los sistemas de salud en América Latina, a pesar de estrategias como la cobertura universal en salud, hoy se presenta un patrón irregular en el efectivo acceso a la atención médica en esta región. Debido en otras causas al desempleo, el gasto público insuficiente, al modo inadecuado en que se asignan presupuestos, al mercado voraz del que han sido presa incluso la salud de los ciudadanos.

Estas realidades se suman a la mencionadas por la BI como es la desigualdad social e inequidad, donde las personas pobres son obligadas a convivir con el dolor (por la inaccesibilidad a un servicio básico como el sanitario, muy común en regímenes como el capitalismo, donde la salud es vista y tratada como un bien, fruto del mercado -accesible a unos e inaccesible a otros-, porque no se tienen las mismas posibilidades económicas), diferente a las personas con posibilidades económicas que tienen mayor probabilidad de vida (por alimentación, vivienda, salud, etc., para todas ellas la BI propone como herramienta una mayor equidad que es el trato igual a los desiguales.

Por último una de las principales características del enfoque de la BI, que ella incluye dentro de una de sus categorías como situaciones persistentes, en nuestro caso particular el acceso a salud, es precisamente lo que enuncia la DUBDH con el destacado y necesario papel del Estado en la responsabilidad y en la defensa de los grupos de población más vulnerables, en dicho documento se trata de la preocupación dirigida a la dimensión social de la bioética y sobre todo a la salud, es decir que la bioética no debe restringirse solo a los problemas de desarrollo científico y tecnológico, sino que también implica la preocupación por el medio ambiente y los problemas éticos relativos a la atención y el cuidado por la vida y la salud.

5 CONCLUSIONES

El anterior estudio ha constatado que las reformas realizadas en los sistemas de salud en América Latina y específicamente en los tres países en estudio (Brasil, Chile y Colombia), en la década de 1980 e inicios de los años 90 en su mayoría han sido influenciadas por las políticas o propuestas neoliberales, de disminución del papel del Estado (de rector a controlador), de reducción de las cuentas públicas, regidas por las fuerzas del mercado, lo que sin duda llevo a la reducción de las políticas sociales en el continente, a la mercantilización y privatización de la salud. Estos ajustes neoliberales llevaron a que nuestros países suramericanos se enfrascaran en una tarea que consistía en ofrecer servicios de salud a grupos poblacionales determinados por sus niveles de ingreso o de participación en el mercado laboral.

La Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) es el primer documento internacional que incluye al campo de la Bioética e incorpora al contexto de la responsabilidad, la temática del Derecho a la Salud en su artículo 14 “Responsabilidad Social y Salud”, según la Declaración si la salud es un componente central de los derechos humanos y el acceso a la atención de la salud es parte de ese derecho, el Estado debe proporcionar este derecho de atención a esa necesidad básica de la salud para toda su ciudadanía.

Lo expresado anteriormente por la DUBDH, es propuesto y defendido por la Bioética de Intervención (BI) postura bioética nacida en Latinoamérica, específicamente en Brasil, la cual considera de suma y vital importancia la priorización al derecho a la salud, ella confirma y propone a la salud no solo como un bien de consumo. Según la BI la salud es considerada como un derecho que se debe priorizar a través de la universalización en el acceso, ello no solo individual, sino como una responsabilidad colectiva.

De acuerdo a la pregunta propuesta para esta investigación, verificamos que la relación del artículo 14 de la DUBDH y la BI, viene dada desde su formulación del acceso a la salud como un derecho de todo ser humano, que debe ser garantizado primero por el Estado y por la sociedad en general defendido por la DUBDH y la BI. El cumplimiento de este derecho fundamental en los sistemas de salud de Brasil, Chile y Colombia lo constatamos a través de los indicadores de acceso y financiamiento; según estos indicadores comprobamos que el único país que cumple con lo

promulgado por la DUBDH y la BI es Brasil, país que desde 1988, no solo incluye en la Constitución de 1988 el Derecho a la Salud, sino que en su modelo implementado cuenta con el Sistema Único de Salud (SUS) como una conquista histórica social del pueblo brasileiro.

El SUS cuenta con más de 30 años de experiencia y demuestra a través de sus cifras e indicadores de salud, que implementar una política basada en el derecho a la salud que incluya a todos los ciudadanos sin excepción ni distinción alguna y con el financiamiento estatal es menos costosa y cuenta con mejores resultados. Así mismo el acceso universal para toda la población brasileira es una realidad, esto y a pesar de que las personas que tienen el dinero pueden pagar un plan privado de salud, todos sin excepción pueden y deben ser atendidos en el SUS.

Por el contrario, países como Chile y Colombia no cumplen con lo promulgado en el artículo 14 de la Declaración de la UNESCO, pues son países en los que la salud es ofrecida como un servicio, en estos dos países la garantía del acceso a los servicios y protección de la población se da a través del aseguramiento social. Estos dos sistemas se han caracterizado por responder a las reformas neoliberales de los años noventa, que proponen la privatización de la salud que va en contra del papel del estado, una de las estrategias que responden a lo anterior es la denominada “Cobertura Universal en Salud” (CUS), es decir que toda la población esté asegurada al sistema de salud, pero el acceso efectivo no está garantizado, además una de sus principales preocupaciones es la sostenibilidad financiera, reduciendo los gastos públicos, proponiendo la privatización, la tercerización de los sistemas de salud al mercado, pues está basada en la idea de seguros y servicios subsidiados y pagos por el creciente sector privado.

En Chile donde se segmentó y fragmentó el componente privado del sistema en los ISAPRE, con proveedores privados y FONASA fondo nacional público, persistiendo exclusión de personas de alto riesgo (como ancianos, enfermos). Para el caso colombiano donde los recursos son transferidos a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), en su mayoría privadas que administran y pagan a prestadores privados y públicos; todo esto ha llevado a segmentación y fragmentación del sistema, debilitando el sector público, incluso cerrando y vendiendo hospitales públicos, dando paso a la corrupción, clientelismo. Convirtiendo entonces estos modelos en inequitativos, pues se accede a los servicios según los ingresos de cada uno, los

pobres se endeudan para pagar sus servicios de salud, es decir la salud de calidad solo es para los que puedan pagar y se puedan endeudar.

Con todo lo anterior se constata que, a pesar de los cambios y mejoras de casi todos los sistemas de salud en América Latina, a pesar de estrategias como la cobertura universal en salud, hoy se presenta un patrón irregular en el efectivo acceso a la atención médica en esta región. Debido en otras causas al gasto público insuficiente, al modo inadecuado en que se asignan presupuestos, al mercado voraz del que han sido presa incluso la salud de los ciudadanos.

En todo el panorama presentado, corroboramos que sin lugar a dudas la bioética constituye hoy una herramienta de reflexión que contribuye tanto al análisis de las implicaciones éticas de las acciones sanitarias como a la toma de medidas destinadas a disminuir la falta de equidad y justicia, así mismo se constituye en un vehículo que ilumina la formulación y ejecución de los sistemas de salud, llevando a cambiar la concepción de la salud como “mercancía” y reivindicándola como un bien social y un derecho al que debe acceder todo ser humano sin distinción de raza, credo o condición social, logrando alcanzar el cometido de la “salud para todos con equidad”.

El presente estudio pretendió entonces reflexionar sobre el análisis comparativo de los Sistemas de Salud de Brasil, Chile y Colombia a la luz del Artículo 14 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (DUBDH) que se refiere a la Responsabilidad Social y Salud, cuando se habla en el artículo 14 se formalizan los compromisos que debe tener el Estado en la atención plena a los ciudadanos, en especial con la salud como derecho universal, sin distinción de raza, religión, condición económica o social. La Declaración va más allá, al describir con mucha claridad de qué forma estos derechos humanos, bioéticamente deben ser analizados.

Así como la DUBDH vincula la Bioética con las problemáticas sociales las políticas en salud y los Derechos Humanos, he querido presentar en este trabajo la contribución que en la construcción y consideración de una bioética con sentir latinoamericano ha venido desarrollando y consolidando la Bioética de Intervención la cual postula dentro de una de sus categorías las situaciones persistentes, o problemas macro, común en los países latinoamericanos que requieren atención por parte de una interdisciplina que apunte a la responsabilidad social y la salud en línea con la DUBDH, considerando de suma y vital importancia la priorización del derecho a la salud, por medio de la universalización de este, situándola como derecho humano, como un

derecho a la propia vida, no solo de manera individual, sino como responsabilidad colectiva. Ella procura mostrar como los principales conflictos morales existentes en occidente se relacionan con la disparidad de poder y la inaccesibilidad a los bienes de consumo básicos a la supervivencia como el acceso a salud, proponiendo el derecho a la salud, como un derecho humano, necesario de priorizar a través de la universalización.

Se constata del estudio la existencia de un contexto neoliberal donde debemos incluir modelos que están fundamentados en políticas neoliberales caracterizados por la medicina individualista, donde el papel del Estado pasa a ser controlador de las aseguradoras en salud; además se cambia la concepción de la salud de derecho social y humano, dando paso a su mercantilización, es decir la salud es concebida como un elemento del mercado, ofrecido por la empresa privada. Incluimos allí a Chile con la reforma que resulto en un sistema dual, pues el Estado cubre a los pobres y los que tienen condiciones financieras van para seguros privados. Por esto la critica que se le hace a este sistema es que hay una brecha entre ricos y pobres. Además, los gastos de bolsillo de los ciudadanos para este sector son muy altos, llevando incluso a deudas insostenibles, lo que además puede presentar un problema grave de acceso, ya que obtener la salud depende de la capacidad de pago de los hogares.

En el contexto mencionado tenemos también, el caso colombiano, que dio lugar a un modelo plural, del cual forman parte empresas privadas y públicas, allí se registran dos regímenes de afiliación el contributivo (trabajadores) y el subsidiado (los más pobres), es un sistema más de generalización y no de universalización. Sistema de seguridad social diseñado para países con desempleo o informalidad laboral baja, sin embargo, en este país con la precariedad laboral, y las no cifras exactas de empleo formal este modelo se hace inviable. A ello se suma la gran carga burocrática de las EPS, y los sistemas de información inadecuados, manipulados en gran parte por estas empresas privadas.

Características de los sistemas de estos dos países es el auge del individualismo, la ambición de poder y de consumo, así como la continua búsqueda desmedida de nuevas tecnologías que influye en el acceso a salud, pues esto aumenta los costos al quererse tecnologías más sofisticadas, contribuyendo a acrecentar la mercantilización de la salud.

Por otro lado, tenemos a los modelos implantados en estados sociales y democráticos de derecho o progresistas como el caso de Brasil, que cuenta con el

SUS, como una conquista histórica lograda, aunque si bien es cierto que hoy se encuentra bombardeado por propuestas de privatización de algunos sectores, percibidos por ejemplo por la fuerte presencia del capital con intereses en el presupuesto público federal, así como el incentivo financiero público concedido a la salud privada por medio de renuncia fiscal.

No obstante, lo anterior, hoy es un modelo de salud digno de tenerse en cuenta por ser un sistema universal, igualitario, donde la salud es un derecho que responde a la ciudadanía y el Estado provisiona y contrata con el mercado. Respondiendo a un enfoque igualitario, con énfasis en la equidad y el derecho a la salud, la cual no ha de ser objeto de consumo.

De los países en estudio se corrobora además que conviven con la desigualdad social, pues gran parte de la población tiene un nivel financiero bajo, que conlleva a que no puedan acceder a medicamentos de calidad como si lo pueden hacer sectores que acceden a sistemas privados y pagos que pueden pagar por ellos altas sumas, esto ciertamente conlleva cada vez más a el aumento de desigualdades, la reducción y privación en el acceso a ellos. Ante estas situaciones presentadas la Bioética de Intervención propone desvincular y tener cuidado en las prácticas de los sistemas de salud todos los intereses capitalistas y hegemónicos, ella propone promover otra cultura y sociedad más pluralista, solidaria, justa y responsable. Además, propone la equidad como eje central de las políticas en la reducción de las desigualdades producidas por los sistemas económicos.

Se confirma entonces que tanto la cobertura en salud como las desigualdades presentadas se convierten hoy para América Latina en una tarea pendiente, en esto juega un papel central, indelegable e ineludible los gobiernos los cuales deben regular equitativamente tanto las acciones como los servicios ofrecidos y coordinar las diferentes políticas sanitarias del Estado. Ellos deben dedicar todos los esfuerzos y recursos posibles en procura de una mejora en la salud de sus ciudadanos que como hemos visto no se reduce solo a una asistencia médica. Es el estado el primer actor y rector de las políticas que lleven a la perfección y regulación de la participación tanto pública como privada en los sistemas de salud, que permitan el crecimiento de la universalización y cobertura en la atención.

Para construir una sociedad más justa y equitativa se debe trabajar muy en serio en el acceso y la cobertura universal de la salud, en universalidad del acceso a servicios integrados, que sean suficientes e igual para todos, en ese sentido los

gobiernos deben mejorar la asignación y distribución del gasto en salud, gastar más y financiar los sistemas de manera equitativa, es decir que las personas y comunidades tengan acceso a los servicios integrales de salud con calidad y sin dificultades financieras.

Los sistemas de salud de los países en estudio, deben buscar que se dé el efectivo acceso a la asistencia, centrado ante todo en la persona humana (la cual se debe considerar como paciente y no como cliente) que debe ser tratada con calidad, es decir teniendo en cuenta su dignidad, de ahí que su atención debe ser digna y no solo por una mera cobertura del servicio, en otras palabras se debe reducir la inequidad en la atención, aumentar el acceso a los servicios y la equidad de sus beneficios, esto con el fin de mejorar la eficiencia y efectividad del servicio que busca la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Es en el anterior sentido que la DUBDH en su artículo 14, llama la atención en la promoción de la salud, ya que no solo es un objetivo sino “un cometido esencial de los gobiernos” es decir un encargo o función esencial de los gobiernos que se debe perseguir de diferentes maneras como la persuasión moral, las políticas gubernamentales, la protección de los ciudadanos ante enfermedades u otras amenazas actuales como la pobreza o el deterioro ambiental. Este artículo es claro en manifestar que cualquier cambio social que mejore por ejemplo el acceso a la atención médica de calidad, constituye por sí mismo un desarrollo social que ha de ser promovido tanto por los gobiernos y sectores de la sociedad. Todo ello en consonancia por lo enunciado por la Bioética de Intervención que destaca y prioriza el necesario papel del estado en la responsabilidad y defensa por los grupos de población más vulnerables, teniendo como base la promoción de la equidad y la igualdad.

6 CONSIDERACION FINAL

Si bien es cierto que los sistemas de salud cambian y varían de un país a otro de acuerdo y dependiendo a diferentes factores como lo social, lo histórico, lo cultural, lo económico y lo político. También lo es, lo incluido para el campo de la Bioética por uno de los referentes del anterior estudio: la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) de la UNESCO en el artículo 14 sobre la Responsabilidad Social y Salud, en este documento internacional además de los temas biomédicos y biotecnológicos, para la agenda de la bioética se incluye aspectos como el derecho de acceso a la asistencia sanitaria, tema fundamental, necesario y desafiante para los distintos países y por ende para nuestros países en estudio: Brasil, Chile y Colombia.

La relación existente entre el artículo 14 de la DUBDH y el otro referente de esta investigación: la Bioética de Intervención (BI) desarrollada en Brasil, viene dada desde su misma fundamentación, pues esta concepción bioética, está orientada a los problemas más comunes dados en América Latina como el no acceso de las personas a la salud, el desarrollo de esta postura bioética desde su inicio se ha centrado en el derecho de las personas a acceder a la atención médica, reafirmando los estrechos vínculos que existen entre las políticas de salud, reducción de desigualdades y bioética.

Los sistemas de salud deben buscar que se dé el efectivo acceso a la asistencia, centrado ante todo en la persona humana (la cual se debe considerar como paciente y no como cliente, es decir que la atención no dependa de mi capacidad de pago como ciudadano) que debe ser tratada con calidad, es decir teniendo en cuenta su dignidad, de ahí que su atención debe ser digna y no solo por una mera cobertura del servicio, en otras palabras se debe reducir la inequidad en la atención, (no hacer la distinción entre los que tienen para pagar sus servicios y los que no lo tienen, es decir los pobres) aumentar el acceso a los servicios y la equidad de sus beneficios, esto con el fin de mejorar la eficiencia y efectividad del servicio que busca la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Es ante la anterior realidad que responden la DUBDH en su artículo 14 y la Bioética de Intervención que postulan el derecho a la salud como muestra de equidad

y como eje central de las políticas en la reducción de las desigualdades producidas por los sistemas económicos. En ese sentido las inversiones y las acciones del Estado deben priorizar las poblaciones más necesitadas. Así el derecho a la salud, es situado como derecho humano, necesario de priorizar a través de la universalización, como el derecho a la propia vida.

Con todo lo anterior verificamos a través de los indicadores como: acceso y financiamiento a salud que el único país que cumple con lo promulgado por la DUBDH y la BI es Brasil, pues este país no solo incluye en su Constitución de 1988 el Derecho a la Salud, sino que en su modelo implementado cuenta con el Sistema Único de Salud (SUS) como una conquista histórica social del pueblo brasilero, el SUS es universal y gratuito y cubre al 100% de la población para todas las acciones y servicios de salud, sin copagos de los ciudadanos por los servicios (los cuales son financiados con impuestos generales).

Diferente es lo que sucede en países como Chile y Colombia, allí no se cumple con lo promulgado en el artículo 14 de la Declaración de la UNESCO y la BI, pues son países en los que la salud es ofrecida como un servicio, en estos dos países la garantía del acceso a los servicios y protección de la población se da a través del aseguramiento social, es decir se asegura al ciudadano, pero ello no garantiza que este sea atendido por el sistema, además como son sistemas basados en políticas neoliberales cuyas principales preocupaciones es la sostenibilidad financiera, reduciendo los gastos públicos, proponiendo la privatización y la tercerización de los sistemas de salud al mercado.

Así pues, si bien es cierto que no se puede imponer la salud universal, o una única solución para los países, también lo es que es necesario fomentar el acceso equitativo, integral y de calidad, así como la inversión gradual tanto para los cuidados, atención, medicamentos; lo anterior contribuirá a eliminar barreras en el acceso como lo son pagos directos de los ciudadanos tanto a la atención como a los altos costos de los medicamentos y tratamientos.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Strengthening health systems to improve health outcomes: Who's framework for action. Geneva, Switzerland WHO Library Publication 2007. Internet (Consultado 10 Abril 2017). Disponible en: https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf?ua=1
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Paris. 1948. Internet (Consultado 3 Marzo 2017) Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights>.
3. Organización Mundial de la salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York. 1946. Internet (Consultado 3 Abril 2017) Disponible en: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
4. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo: Sistemas de salud. Paris. 2003; (Consultado 20 Abril 2017) Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/>
5. Saltman R, Figueras S. Reformas sanitarias en Europa. Analisis de las estrategias actuales. Who. 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo
6. Almeida C. Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. Gerencia y Políticas Salud. 2005;4(9):6–60.
7. Herrera J., García R., & Herrera K. La encrucijada bioética del sistema de salud colombiano: entre el libre mercado y la regulación estatal. Rev bioética y derecho. 2017. (36), 67-84.
8. Ramos B. La nueva salud pública. Revista Cubana de Salud Pública 2000; 24(2): 77-8
9. Corbin A. El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos XVIII y XIX. México: Fondo de Cultura Económica; 1987.
10. Giovanella L, Escorel S, Lobato, L, Noronha J, Carvalho A, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. 112 p.
11. Günter B. La época del absolutismo y la ilustración (1648-1779). México: Siglo XXI; 1997.

12. Terry M. Diferenciación entre Salud Pública y la Medicina Comunitaria-Social-Preventiva Temas de Epidemiología y Salud Pública. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 1988: 1-5 p
13. Laurell A. La salud y la enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud (México, D.F.) 1982 abril;2:7–25.
14. Galeano D., Trotta L., Spinelli, H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. Salud colectiva, 2011. 7, 285-315.
15. García J. La educación médica en América Latina. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1972. (Publicación Científica No. 255).
16. Nunes, E. Universidad Estadual de Campinas: entrevista realizada en abril de 2011, Campinas, Brasil. Entrevistadores: Diego Galeano y Lucía Trotta. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús
17. Duarte, E. Tendencias y perspectivas de las investigaciones en ciencias sociales en salud en América Latina: una visión general. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). CIESU. 1986.
18. Alames. Acta de Ouro Preto. Brasil. Constitución de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Revista Medicina Social. 1984. (Consultado 26 Abril 2017) Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/380/748>
19. Laurell A. “La salud–enfermedad como proceso social.” Revista latinoamericana de Salud, (1982) 2(1), 7-25.
20. Laurell A. “Sobre la concepción biológica y social del proceso salud–enfermedad”. En: Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos 101, 1994. OPS, Washington: 1–12 p
21. Laurell A, Noriega M. La Salud en la Fábrica Estudio sobre la industria siderúrgica en México. México, D.F.: 1989. Colección problemas de México. Ediciones Era
22. Granda E. La salud y la vida. Quito: Ecuador, Ministerio de Salud, OPS/OMS, 2011.P 211-229

23. Franco, S. Teoría y práctica de la salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Bogotá. 1995. Vol.12 (2):63-76
24. Passos NR. De la Medicina Preventiva a la Medicina Promotora. En: Arauca, S. El dilema preventivista: contribución a la comprensión y crítica de la Medicina Preventiva. p.168. 2008. Buenos Aires
25. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.campusvirtualesp.org/es/la-medica-salvadorena-maria-isabel-rodriguez-es-nombrada-heroína-de-la-salud-publica-por-la-opsoms>
26. Rovere MSL. Cañones, mercancías y mosquitos. El Agora. 2007.
27. Sojo A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. Cien Saude Colet. 2011. Vol. 16. No 6. Rio de Janeiro. 2673-2685
28. Fleury S. ¿Universal, Dual O Plural? Modelos y dilemas de atención de la Salud en América Latina. 2002;(January 2002)
29. Gomes J, Faria M. Reformas de los Sistemas de Salud en Sudamérica: una oportunidad para unasur. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2014. 31, 740-746. Internet (Consultado 5 Mayo 2017). Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=99817962&lang=es&site=eds-live>.
30. República DA, Do F. Constituição Federal do Brasil. 1988; Internet. Consultado 19 Mayo 2017) Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
31. Chile. Constitución Política. 1980. Internet. Consultado 19 Mayo 2017) Disponible en: https://www.bcn.cl/historiapolitica/constituciones/detalle_constitucion?handle=10221.1/60446
32. Colombia. Constitución Política. 1991; Internet. Consultado 19 Mayo 2017) Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
33. Londoño J, Frenk J. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interam Desarro. 1997.
34. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Revista Panamericaba de Salud Pública. 2005;17(3):210–20.

35. Sojo A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2011;16(6). pp. 2673–85.
36. Llano A. La Bioética en América Latina y en Colombia. En Pessini, Barchifontaine y Lolas. *Perspectivas de la Bioética en Iberoamericana*. OPS, Chile. P. 51.58. 2007
37. Garrafa, V. Radiografía bioética de Brasil. *Acta Bioethica*; 6(1) (2000) 165-181.
38. Garrafa V. *Contra o monopólio da saúde*. Rio de Janeiro: Achiamé; 1981
39. Garrafa V. Bioética, saúde e cidadania. *Humanidades* 1994;9(4):342–51.
40. Garrafa V. *Dimensão da ética em saúde pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP/Kellogg Foundation; 1995.
41. Schramm FR. *Bioética – a terceira margem da Saúde*. Brasília: Editora UnB; 1996
42. Fortes PAC. *Ética e saúde*. São Paulo: EPU; 1998
43. Garrafa, V., da Cunha, T., & Manchola, C. Access to Healthcare: A Central Question within Brazilian Bioethics. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 27(3), 431-439. 2018
44. Lolas, F. (editor) *Dialogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Santiago de Chile, Unidad de Bioetica OPS/OMS. 2004
45. Tealdi, J. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Universidad Nacional. Bogotá, 2008.
46. Universidad de Brasilia. Programa de Post graduación en Bioetica. Disponible en: <https://fs.unb.br/pgbioetica/pos-graduacao-em-bioetica>
47. Tealdi J. Los Principios de Georgetown, análisis crítico, en Keyeux M. , Penchaszadeh, V., Saada, A., 2006. Op cit: 35- 5
48. Tealdi, J. "La bioética latinoamericana: ¿ante un nuevo orden moral." *Bioética* ¿Estrategia de dominación para América Latina (2004): 43-58?
49. Schramm F, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Publica* 2001; 17(4):949-956.
50. Tealdi, J. Valores bioéticos y derechos humanos. En Conferencia de cierre de las III Jornadas Provinciales de Bioética. Área de Bioética. Ministerio de Salud Córdoba. 2002.

51. Cantú, J. Entrevista a José Cantú. Entrevistador: Centro de Bioética do CREMESP. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=EntrevistaIntegra&id=30&p=>
52. Schramm F. Información y manipulación: ¿Cómo proteger los seres vivos vulnerados? La propuesta de la bioética de la protección. *Revista Brasileira de Bioética* 2005;1(1):18-27.
53. Lessa S, Schramm F. Individual versus collective protection: bioethical analysis of the national program of mass child vaccination. *Ciência e saúde coletiva* 2015 Jan; 20(1):115-124.
54. Vidal S. Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina. *Revista Red bioética UNESCO*. Vol 1, Nro 1. Disponível em: <http://revista.redbioeticaunesco.org>, p.82
55. Porto D, Garrafa V, Martins GZ, Barbosa SN. Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois. Brasília: CFM; 2012.
56. Garrafa, V, Pessini, L. (Orgs.) *Bioética: Poder e Injustiça*. Ed. Loyola. São Paulo. 2003
57. *Revista Red bioética/UNESCO*, Año 4, 2 (8): 17-27, julio - diciembre 2013 ISSN 2077-9445 Garrafa, Volnei - Diez años de la Red bioética.
58. *Revista Red bioética/UNESCO*, Año 4, 2 (8): 29-45, julio - diciembre 2013 ISSN 2077-9445 Vidal, Susana - Veinte años de bioética en la UNESCO. P. 35
59. García R, Montagner M. Epistemología de la bioética: ampliación a partir de la perspectiva latinoamericana. *Revista Latinoam Bioética*. Disponível em: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/2256>
60. Potter, V. *Bioethics. Bridge to the future*, New Jersey: Prentice-Hall. P. 122. (1971).
61. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Rev Bioética*. 13.1 (2009). Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/96
62. Martorell L. *Análise crítica da bioética de intervenção: um exercício de fundamentação epistemológica*. (Tese): Faculdade de Ciências da Saúde/Universidade de Brasília, 2015
63. Feitosa S, Nascimento W. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. *Rev. bioética*. 2015; 23(2): 277-284.

64. Garrafa V. Dimensão da ética em saúde pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP/Kellogg Foundation; 1995
65. Berlinguer G. Apresentação. In: Garrafa V. Dimensão da ética em saúde pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP/Kellogg Foundation, 1995.
66. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. O Mundo da Saúde. 2002; 26(1): 6-15. Brasil
67. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. Bioethics. Brasília. 2003; 17(5-6): 399-416.
68. Garrafa V. De una “bioética de principios” a una “bioética interventiva” crítica y socialmente comprometida. Rev Argent Cir Cardiovasc. 2005;3(2):99-103.
69. Garrafa V. La bioética de intervención y el acceso al sistema sanitario a los medicamentos. SIBI. Gijón. 2005.
70. Garrafa V. Reflexões bioéticas sobre ciência, saúde e cidadania. Revista Bioética, 1999, vol. 7, no 1.
71. Garrafa, V. Bioética de intervención. En Tealdi JC,(director). Diccionario Latinoamericano de Bioética. Bogotá. 177-180. 2008.
72. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. Revista bioética. Brasil. 2009; Vol. 13, no 1.
73. Porto, D. Bioética de intervenção: retrospectiva de uma utopia. Em Porto D, Garrafa V, Martins GZ, Barbosa SN, coordenadores. Bioéticas, poderes e injustiças, 2012, vol. 10, p. 110.
74. Porto D; Garrafa, V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva, 2011, vol. 16, p. 719-729.
75. Garrafa V. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. Revista Bioética (Impr.) 2012; 20 (1): 9-20, p. 16
76. Garrafa V, Martorell L. Memórias do XI congresso brasileiro de bioética. Conselho Federal de Medicina. Sociedad brasileira de bioética, bioética clínica. Brasília 2016. Organizadores José Eduardo de Siqueira, Elma Zoboli, Mário Sanches y Leo Pessini.
77. Garrafa, V. Contra o monopólio da saúde: temas para debate. Achiamé. Rio de Janeiro. Vol. 2., 1981.
78. Garrafa V. Ética y salud pública: el tema de la equidad y una propuesta bioética dura para los países periféricos. Actas de las 5ª Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética. Asoc Argentina Bioética. 1999.

79. Rivas F., Garrafa V.; Feitosa S.F.; y Nascimento W. Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad. 2015. *Revista Saúde e Sociedade*;141–51.
80. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura UNESCO. Informe del Comité Internacional de Bioética (CIB) sobre Responsabilidad Social y Salud. París.2018. (Consultado 25 junio 2017) Disponible en:
<https://www.cibir.es/files/biblioteca/2018-UNESCO-Bioetica.pdf>
81. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura -UNESCO-. Declaración universal sobre el genoma humano y los derechos humanos. 1997. (Consultado 25 junio 2017) Disponible en:
http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
82. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura -UNESCO. Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos. 2003. (Consultado 25 junio 2017) Disponible en:
http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=17720&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
83. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2005. (Consultado 25 junio 2017) Disponible en:
<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180S.pdf>
84. Bergel S. Responsabilidad social y Salud. *Rev Latinoamericana de Bioética*. 2007;7(12):10–27
85. De Oliveira, A. "Bioética e direitos humanos: tratamento teórico da interface." *Revista de Direito Sanitário* 11 (1). 2010: 65-94.
86. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006. (Consultado 5 Julio 2017) Disponible en:
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
87. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS; 1946. (Consultado 3 junio 2017) Disponible en:
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
88. Organización Mundial de la salud. Atención Primaria de Salud. Reporte de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata.

- 1978;93. (Consultado 5 junio 2017) Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
89. Organisation mondiale pour la santé. Rapport sur la situation dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé. 2006;243. (Consultado 3 junio 2017) Disponible en: http://www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf .
90. Organización de las Naciones Unidas para la educación la ciencia y la cultura. Carta de Buenos Aires sobre bioética y derechos humanos. 2004. (Consultado 3 junio 2017) Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/Carta de Buenos Aires RED.pdf>
91. Organización Mundial de la salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Cuarta Conferencia Internacional. 1997. Traducción OPS. Washington. (Consultado 23 junio 2017) Disponible en: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf
92. Barbosa NS. Bioética no Estado Brasileiro. Situación actual y perspectivas futuras. Univ Brasilia. 2010
93. Engelhardt T. Jr. Fundamentos da bioética. Loyola,. 1998.
94. Organization Mundial de la Salud. Carta De Ottawa. Opas. 2010. Disponible en: <http://www.opas.org.br/carta-de-ottawa/>
95. Sen A. El desarrollo como libertad. Mexico. 2000. Gac Ecológica No 55. 14–20 pp. (Consultado 25 junio 2017) disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=539/53905501>
96. Organización de Naciones Unidas (ONU). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1966. (Consultado 6 junio 2017). Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
97. Organizacion Panamericana de la Salud. Plan estratégico 2008-2012. Repositorio Institucional-IRIS. Washington. 2009. (Consultado 10 mayo 2017). Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6219/DO-328-completo-s.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
98. Comisión Económica Para América Latina. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. (Consultado 10 mayo 2017). Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf2013;1-40.

99. Hoepers R. O Princípio Da Responsabilidade De Hans Jonas E O. Thaumazein. 2005;69–85.
100. Neves M. Alocação de Recursos em Saúde: Considerações Éticas. Rev Bioética. 1999;1–4.
101. Consejo de Ministros de Europa. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Abril 1997. Madrid. Cuadernos de Bioética (Vol. 23, No. 2, pp. 301-309). 2000
102. Jefatura del Estado. Convenio de Oviedo.36825–30. 2000. Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Oviedo1997.pdf>
103. Donabedian, A. The Definition of Quality and approaches to Its assessment [= Explorations in Quality Assessment and Monitoring, vol. 1]. Ann Arbor: Health Administration Press, 8-11. 1980.
104. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Cons Nac das Secr Munic Saúde – 3 ed – Brasília/DF. 2009;3 ed.:480 il.
105. Callaham, D. La inevitable tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes. Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. 2000. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética, OPS/OMS, 91-100
106. Organización Mundial de la Salud. Selección de Medicamentos Esenciales: Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra. Serie de Informes Técnicos; no. 615. Internet (Consultado 25 junio 2017) Disponible en: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s20185es/s20185es.pdf>
107. World Health Organization. (2004). *El concept de medicamentos esenciales: desde sus inicios hasta hoy* (No. WHO/EDM/2004.3). Ginebra. (Consultado 25 junio 2017) Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69136/WHO_EDM_2004.3_spa.pdf
108. Wannmacher L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. In: OPAS. Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados. Vol. 3, Número 2. Brasília: OPAS; janeiro de 2006.
109. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 2014. 53 Consejo Directivo 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 14.

110. Angell M. The Truth About Drug Companies-How They Deceive Us and What To Do About It, New York: Random House. Random House,. 2004
111. Franco S; Marcela A; Chantal A; Marisol M. Encuentros y tensiones. Bioética y salud pública. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2007.
112. Bergel S. Responsabilidad social y Salud. Revista Latinoamericana de Bioética. 2007;7(12):10–27
113. Casado M. (coordinadora) MC. Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco. 2009.
114. Cruz, M., Solange, de L. Cordón J.. "A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos–contribuições ao Estado brasileiro." Revista Bioética 18.1, 2010.
115. Bergel S. Diez años de la Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. Rev Bioética. 2015;3:23
116. Schwartzman H. Ethnography in Organizations. 1993;27. Disponible en: <http://methods.sagepub.com/book/ethnography-in-organizations>
117. Corbin J. & Strauss A. Basic Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques. Beverly Hills; 1990
118. Araújo A. Artigos científicos – como redigir, publicar e avaliar. J Vasc Bras [Internet]. 2016;15(1):80–80. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-
119. Beltrán Ó. Revisiones Sistemáticas de la Literatura. Rev Colomb Gastroenterol. 2015;20(1):60–9.
120. Urrutia G. y Bonfill X. Revisiones Sistemáticas. Elsevier. 2ª edición. P.191. 2016. Barcelona
121. Higgins J. Handbook for systematic reviews of interventions version. Cochrane Collab [Internet]. 2011;(September):2–3. Disponible en: <http://handbook.cochrane.org>
122. Fleury S. ¿Universal, Dual O Plural? Modelos y Dilemas de Atención de La Salud En América Latina. 2002
123. Giedion U. Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Papel del Seguro Privado. 2010
124. Galilea S, Letelier L, Ross K. Los casos de Brasil , Chile , Colombia , Costa Rica y México en salud , educación , residuos , seguridad y fomento. CEPAL- Coleccion Doc Proy. 2011;292.

125. Gómez O, Knaul F, Lazcano P, Sesma S, & Arreola H. Atlas de Los Sistemas De Salud De America Latina. 2011
126. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. ISAGS. 2012;854.
127. Maceira D. Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina. UNICEF. 2014;1–78
128. Laurell A. Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos. Inst Suramericano Gob en Salud. 2013. Disponible en: <http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/sistemas-universais.pdf>
129. Gómez A, Arenas D. Análisis comparado de indicadores demográficos, epidemiológicos y sistemas de salud en países de América Latina. Monit Estratégico Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/sistemas-de-salud-paises-America.pdf>
130. Cardona D, Acosta L, Bertone C. Inequidad en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). Gac Sanit. 2013;27(4):292–7.
131. Gonzalez, R. Sengupta A. & Barria S. La lucha por el derecho a la salud en América Latina. Disponible en: <http://www.alames.org/index.php/documentos/libros/medicina-social/libros-1/58-la-lucha-por-el-derecho-a-la-salud-en-ame-rica-latina/file>
132. Gomes J, Faria M. Reformas de los sistemas de salud en sudamérica: una oportunidad para unasur. 2014 Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=99817962&lang=es&site=eds-live>
133. Cecchini, S., Robles, C., & Filgueira F. Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: una perspectiva comparada. 2014
134. Giovanella L, Almeida P, Vega R, Oliveira S, Tejerina S. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde em Debate Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200300&lng=es&tlng=es
135. OPS. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2017. (Consultado 12 junio 2017) Disponible en:

http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34330%0Ahttp://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34330/IndBasicos2017_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

136. OMS. Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: Informe de monitoreo global 2017. (Consultado 12 junio 2018) Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310924/9789243513553-spa.pdf>

137. Organización Mundial de la Salud. Base de datos del gasto mundial en salud. Ginebra. (Consultado 27 noviembre 2019) Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>).