



DERECHO A LA SALUD

Situación en países de América Latina



**Plataforma
Interamericana de
Derechos Humanos
Democracia y
Desarrollo**

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA
DE MEDICINA SOCIAL



DERECHO A LA SALUD

Situación en países de América Latina



**Plataforma
Interamericana de
Derechos Humanos
Democracia y
Desarrollo**

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA
DE MEDICINA SOCIAL



Editores:

Mauricio Torres Tovar
Coordinador General Alames Colombia

Natalia Paredes Hernández
*Secretaria Técnica Plataforma Colombiana de
Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo*

Coordinación editorial:

Helena Gardeazábal

Diseño y diagramación:

Marcela Otero

© Plataforma Interamericana de
Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.
regional@pidhdd.org

© Asociación Latinoamericana de Medicina Social - ALAMES

Agencias de cooperación que apoyan
institucionalmente a la PIDHDD:

ICO, 11.11.11., Diakonía, Derechos & Democracia,
NOVIB, HIVOS.

CONTENIDO

Otra salud es posible	7
La salud en Argentina: ¿EN MANOS DE QUIEN?	13
DERECHOS HUMANOS Y SITUACIÓN DE LA SALUD EN BOLIVIA	35
Direito à Saúde No Brasil 2004	53
Chile: EL DERECHO A LA SALUD	65
El caso colombiano: “EL MERCADO NO ES PARA TODOS Y TODAS”	85
Cuba: EL DERECHO A LA SALUD	105
INFORME SOBRE LAS CONDICIONES DE SALUD EN EL SALVADOR	119
Guatemala: POR EL DERECHO A LA SALUD	137
México: EL DERECHO A LA SALUD	149
Informe Panamá: DERECHO A LA SALUD	169
Paraguay: CONTEXTO ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL: SITUACIÓN GENERAL DEL PAÍS	183
INFORME DE LA SITUACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN EL PERÚ	201
El caso uruguayo: “REPORTE DE UN DERECHO TAN ‘SOBREENTENDIDO’ COMO ESQUIVO”	219
Venezuela: EL DERECHO A LA SALUD	237

“Latinoamérica, esta abstracción cultural, religiosa, idiomática y geográfica todavía no se ha definido y dependerá de nosotros los latinoamericanos de ahora que se defina o no, o que pase a la historia como un apéndice dependiente y sin importancia, de la llamada civilización occidental, en proceso de universalización y futura decadencia”.

Héctor Abad Gómez
Médico Colombiano, Salubrista Público,
asesinado el 16 de agosto de 1987

Otra salud es posible

Estimados compañeros y compañeras:

Presentamos a la opinión pública, organizaciones sociales y populares, organizaciones no gubernamentales, entidades gubernamentales, mujeres y hombres del mundo el informe “Derecho a la salud. Situación en países de América Latina”, que recoge algunos de los aspectos más críticos de la situación de este derecho humano fundamental en nuestra región.

Queremos con este esfuerzo, realizado desde diferentes organizaciones sociales, expertas y expertos que trabajan por el derecho a la salud en los países de América Latina, aportar una visión conjunta sobre la situación del derecho a la salud, que nos permita articularnos como movimiento social regional, trazar objetivos y estrategias comunes, mejorar nuestras agendas, y promover una posición cada vez mejor argumentada ante los diferentes organismos multilaterales y la sociedad civil sobre el presente y futuro de la protección de la salud de nuestros pueblos.

Una primera versión de este informe, fue presentada a las organizaciones interesadas en el tema, en el marco del Foro Social Mundial de Salud, realizado en Porto Alegre en enero de 2005. En aquella ocasión nos comprometimos a mejorarlo y ampliarlo, para continuar su difusión y debate en la Segunda Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos, en julio de 2005, Cuenca – Ecuador.

Esta segunda versión del informe incluye la situación de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Guatemala, México, Panamá, Perú, El Salvador, Uruguay, Paraguay y Venezuela; aspiramos a que en un futuro próximo podamos incorporar a otros países de la región.

El informe hace parte de los esfuerzos colectivos de movilización por el derecho a la salud, que en América Latina y el mundo se realizan por parte de diferentes organizaciones, líderes y pueblos.

Para cada uno de los países, se presenta un diagnóstico sobre el contexto económico, político y social; el marco jurídico y constitucional del derecho a la salud; una reseña del sistema de salud vigente; una descripción estadística y analítica que evidencia el estado del derecho a la salud de la población; la conflictividad social que hoy se presenta en torno a este derecho; el vínculo entre el proceso de globalización y el derecho a la salud; las perspectivas de lucha de los movimientos sociales y los principales retos de articulación y acción a corto, mediano y largo plazo.

Se muestra con la lectura del informe la existencia de múltiples desigualdades e inequidades que se viven en el continente Latinoamericano, expresadas en profundas violaciones al derecho a la salud, agravadas por la orientación dada a comienzos de la década del 90 por los organismos multilaterales para estructurar los servicios de salud desde una lógica de mercado. Pero también se evidencian los logros de las experiencias cubana, venezolana y brasilera, que demuestran que sí es posible avanzar en la garantía del derecho a la salud y se narra que la población no está conforme, que la organización y movilización social en el continente se agita y propone, porque entiende que la historia no ha concluido, que la utopía está viva y que otra salud es posible.

Se propone que este informe sea presentado en diversas instancias multilaterales, regionales, y especialmente, en foros nacionales, donde se muestre tanto la situación de cada país, como de la región. Por ello, estará disponible en las páginas Web de las organizaciones convocantes, para que pueda ser impreso y difundido en los diferentes escenarios que sea posible. Los lanzamientos nacionales permitirán contar con argumentos para sustentar que la garantía del derecho a la salud es un problema global, que se inscribe en las luchas actuales de los pueblos contra la globalización financiera neoliberal, y que por lo tanto requiere una respuesta de globalización de la solidaridad, de la esperanza, de las propuestas, de la movilización y de que otro mundo es posible.

Es necesario, que con este informe, entre otros, se genere un hecho político articulado a los diferentes escenarios internacionales y preparatorio de los mismos, como el II Foro Social Mundial de Salud, los Foros Continentales y temáticos para posicionar este tema, las Asambleas de Salud y los diferentes escenarios globales de debate político y resistencia, pues la lucha por el derecho a la salud no puede estar desarticulada de las luchas globales por la transformación de la sociedad.

La movilización por la salud, una realidad:

La movilización por el derecho a la salud en el mundo crece permanentemente, prueba de ello es la realización del I Foro Social Mundial de la Salud y de la II Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos, además de la importante y estratégica organización popular que se da constantemente en los diferentes países, rechazando las medidas neoliberales, de privatización y mercantilización de la vida de las personas. Es así, como se observan marchas, huelgas, paros, proyectos alternativos de salud pública, informes, análisis, debates y planteamientos orientados por principios que sostienen que la salud es un derecho humano fundamental para todas las personas del mundo.

De allí, que desde diferentes sectores, en particular desde la Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos, se proponga la realización de una Campaña mundial por el derecho a la salud, que permita potenciar los esfuerzos que se hacen diariamente para lograr fortalecer un movimiento mundial que frene las reformas de "compra-venta" de la salud e incida en decisiones políticas que viabilicen la construcción de sistemas públicos y universales de salud, que garanticen efectivamente el derecho humano a la salud para todos y todas.

Primer Foro Social Mundial de Salud. Dentro de los principales elementos definidos por el Foro y recogidos en su declaración, se destacan entre otros:

- La necesidad de comprender la salud en su integralidad, incorporando las diferentes dimensiones humanas y sociales, vinculadas a la calidad de vida y los determinantes sociales de la salud.
- Entender la salud como un derecho humano económico y social directamente vinculado al derecho fundamental a la vida, posible de ser exigido de forma inmediata, cuestionando el carácter de progresividad en la efectivación del mismo. El Estado tiene la responsabilidad principal de garantizar el derecho humano a la salud.
- La realización del derecho humano a la salud está fuertemente vinculada con el modelo económico y social vigente, y con la construcción de sistemas y políticas públicas nacionales y globales, que garanticen los principios de universalidad, integralidad, equidad y participación social, entre otros principios esenciales, para la protección de los derechos humanos.
- El proceso de avance de las políticas neoliberales es incompatible con el derecho humano a la salud; los acuerdos comerciales y la actuación de los organismos multilaterales que consideran la salud como un producto comercializable, violan el derecho a la salud y condicionan su acceso a la capacidad económica de las personas.
- Reivindicar el derecho humano a la salud, implica una transformación social, cultural y política de todas las personas, para que se constituyan en ciudadanas y ciudadanos que exijan la realización de este derecho.

Igualmente, es importante destacar el hecho de que en diferentes países, el 7 de abril día mundial de la salud, se convirtió en el día de lucha por el derecho a la salud, realizando foros de debate, movilizaciones y propuestas ciudadanas para evitar su vulneración y por el contrario, avanzar en su protección.

Otras iniciativas de reciente desarrollo, son:

Misión Internacional de Investigación "El Salvador: Violaciones flagrantes al derecho a la salud. La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?". Fihd – Médicos del Mundo Francia, enero de 2004;

Congreso Nacional de Salud: Caracas - Venezuela, marzo de 2004;

Visita del Relator Especial para el Derecho a la Salud de Naciones Unidas, Sr. Paul Huntt a Perú: Lima, junio de 2004;

Congreso Iberoamericano de Derecho Sanitario: Lima - Perú, julio de 2004;

Espacios de debate en el Forum Social Mundial de las Américas: Quito - Ecuador, julio de 2004;

Congreso Asociación Latinoamericana de Medicina Social – ALAMES: Lima - Perú, agosto de 2004;

Segundo Congreso Nacional de Salud: Bogotá - Colombia, noviembre de 2004;

Espacios de debate en el V Foro Social Mundial: Porto Alegre - Brasil, enero de 2005.

Es reiterativo en estos diversos espacios el diagnóstico preocupante sobre la situación de salud de los pueblos, por ello, la articulación de las luchas es cada vez más necesaria, ya que las tendencias observadas durante la década de los 90 muestran la adopción de una serie de reformas a los sistemas nacionales de salud que buscan la privatización de los hospitales públicos, el desmonte de políticas públicas de promoción de calidad de vida y salud, la reducción de los presupuestos públicos para el sector, el montaje de sistemas de aseguramiento como única vía de acceso, la focalización en los “más pobres” que excluye una gran parte de la población, y la consolidación de mercados de salud con alta eficiencia financiera pero baja efectividad sobre la conservación de la misma, con retrocesos en la mayoría de los indicadores básicos de morbilidad y mortalidad.

Al mismo tiempo, las organizaciones concluyen que existen esperanzas, en la medida en que se frenen las reformas neoliberales de los sistemas nacionales de salud, se mantengan los logros de los sistemas universales y públicos, y se construyan alternativas desde la sociedad civil organizada, los movimientos sociales y la ciudadanía en general, para avanzar hacia sistemas de plena vigencia del derecho a la salud coherentes y viables con las realidades y posibilidades de nuestros países. Por lo que es imprescindible desarrollar grandes esfuerzos políticos, nacionales e internacionales.

Algunos aportes para la construcción colectiva de la organización y movilización mundial por el derecho a la salud:

Creemos que el fundamento de una articulación en torno a este gran reto político, está en el objetivo común por la plena vigencia del derecho a la salud y la construcción de sistemas alternativos públicos y universales para los pueblos del mundo.

Para ello, como ya se señaló, se propone la articulación de las diferentes iniciativas en curso, la organización de nuevas iniciativas y el desarrollo de actividades centrales de la campaña mundial, que en su conjunto constituyen un proceso de organización social, construcción de visión colectiva y de propuestas alternativas por el derecho a la salud.

Es necesario desarrollar diferentes estrategias:

- Estrategia comunicativa que identifica la campaña y sus objetivos, capaz de convocar a la ciudadanía en general, para generar la conciencia crítica y propositiva que necesita la movilización por el derecho a la salud. Deberá tener una identidad simbólica, política y comunicativa (producción de materiales).
- Crear una página Web informativa sobre la campaña que tenga además una propuesta de vinculación de la ciudadanía a la campaña, puede ser a través de firmas, foros virtuales u otra iniciativa que apunte a utilizar el espacio virtual como medio para acercar a las personas.
- Continuar la elaboración de informes nacionales, regionales y mundiales sobre la situación del derecho a la salud, las reformas a los sistemas nacionales, las iniciativas de

organización y movilización política, los temas esenciales del sector salud, y las propuestas alternativas hacia la construcción del sistema deseado. Estos informes permiten fundamentar el debate político de fondo en los diferentes escenarios pertinentes y aumentar los diagnósticos y las propuestas que son la fuerza de la discusión pública para convencer a la ciudadanía de la necesidad de movilizarse por la salud.

- Fortalecer los procesos de formación en derecho a la salud y sistemas alternativos, tanto para líderes sociales como para tomadores de decisiones públicas. Realizar escuelas internacionales, regionales y nacionales, que permitan profundizar conocimientos, avanzar en la construcción de propuestas alternativas de sistemas de salud, y formar promotores - defensores del derecho humano a la salud, articulados en Red. Estos cursos pueden realizarse a través de medios electrónicos y actividades presenciales descentralizadas, entre otros métodos.
- Construir conjuntamente una agenda política integrada de la sociedad civil organizada por el derecho a la salud a nivel subregional y mundial; Crear solidaridad y acción conjunta entre las diferentes organizaciones y líderes sociales, hacia la conformación de un Movimiento mundial por el derecho a la salud.
- Acercar e interrelacionar las redes de derechos humanos con las redes de salud, para avanzar en una propuesta de ciudadanía global desde una perspectiva de vigencia plena de derechos humanos.

Julio de 2005

Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo
Asociación Latinoamericana de Medicina Social – ALAMES
Sociedad Internacional de Equidad en Salud

**La salud en Argentina:
¿EN MANOS
DE QUIEN?**

*Dr. Gonzalo Moyano
Dr. José Carlos Escudero*

Contexto económico, político y social: situación general del país

Argentina presentaba a comienzos del Siglo XX una situación de economía próspera (tal vez, en esos años, de las más prósperas del mundo), y logró establecer -hasta comienzos de los años setenta de ese siglo- una sociedad que, de acuerdo a sus indicadores socioeconómicos, a su homogeneidad y a sus posibilidades de ascenso social podía compararse a un país europeo de tipo "mediterráneo", (Portugal, Grecia, el mediodía italiano). Pero hoy el país ha llegado a un deterioro que la coloca por debajo de algunos de sus vecinos, como por ejemplo Chile o Uruguay, con una pobreza que alcanza a casi la mitad de la población, con un cuarto de esta por debajo de la línea de indigencia (imposibilidad de comprar una canasta de alimentos) y con una heterogeneidad social que se asemeja a los demás países "típicos" de América latina, de los cuales se envanecía de diferenciarse.

Algunas cifras ilustran esto. Desde 1970, la pobreza ha aumentado más de seis veces, la indigencia doce veces, la diferencial de ingresos entre el 10% más rico y el 10% más pobre de la población paso de 7 a 1 a 32 a 1, el sistema impositivo se ha vuelto mas regresivo, la Deuda Externa (hasta el reciente default) aumentó 20 veces, y el país -bajo la presidencia del peronista Menem- se desprendió de activos del Estado por valor de 25.000 millones de dólares, lo que no redujo el ritmo de endeudamiento.

Hasta el año 1993 las cifras de desempleo en Argentina eran inferiores a los dos dígitos. Esta cifra se duplicó el año 2002. Por añadidura se destruyó gran parte de la legislación laboral que protegía a los trabajadores, y el subempleo -casi inexistente en los años 70- tomó proporciones significativas. La suma de subempleo y desempleo que en 1990 alcanzaba al 15,2% de la PEA, más que se duplicó a 37,2% en 2002.

La situación de salud relativa ha experimentado un notable deterioro en Argentina si se la compara con otros países. Las tasas de mortalidad infantil (MI) han seguido descendiendo, pero a un ritmo menor a la totalidad de los países del hemisferio occidental. En los años 30 del siglo XX la tasa de MI en Argentina era inferior a la de Italia o España. A comienzos de los 60 era, luego de la de Uruguay, la más baja de América Latina. Al llegar al año 1996, la MI en Argentina llega a ser superior a la de 29 de los 40 países del hemisferio, siendo inferior solo a los 10 restantes.

El genocidio que ocurrió en Argentina bajo la dictadura militar tuvo características particulares. Sus asesores internacionales fueron militares franceses, siendo el papel de Estados Unidos el de brindar su apoyo diplomático, político y financiero a los golpistas. La tasa de asesinados en Argentina duplicó a la de Chile, país cuyo genocidio se hizo emblemático a nivel

internacional. En Argentina se practicó el robo sistemático de niños y bebés (era normal la práctica de ‘conservar’ con vida a la madre hasta el parto y asesinarla luego de apropiarse del recién nacido), el saqueo de propiedades de las víctimas, pero sobretodo la técnica de “detención-desaparición”, con sus tremendas consecuencias psicológicas para las víctimas y sus familias, y un cruel y efectivo modo de instalar el terror en la población con consecuencias que aun hoy pueden comprobarse.

El genocidio estuvo asociado a los militares y cesó con su retirada del gobierno, pero la política económica que estos implementaron fue continuada -con variantes menores- con los gobiernos elegidos por el voto popular. Una débil tentativa de Raúl Alfonsín (radical, pero en sentido argentino del término) de eludir el pago de la Deuda Externa tuvo una vida efímera, mientras que su sucesor, Carlos Menem (peronista, obviamente también en sentido argentino), elevó el empobrecimiento de la población y su desempleo, la desnacionalización de activos públicos y el desguace de la legislación protectora del trabajo a niveles que los militares no se habían atrevido. A su vez, el gobierno que sucedió a Menem (De la Rúa; Alianza de radicales y Frepaso), continuó esta línea, y el colapso de la economía –basada en un modelo calurosamente elogiado por BM y FMI- llevó el año 2002 a la destitución de De la Rúa, a una serie de presidentes provisionales y a la actual presidencia de Néstor Kirchner.

Kirchner ha tenido positivas iniciativas en el campo de la defensa de derechos humanos, del saneamiento de la justicia y en la política exterior latinoamericana. En términos económicos, no obstante el exitoso default de parte de la deuda externa (el mayor en monto y en quita de la historia del mundo), las políticas económico sociales, pese a no ser rígidamente neoliberales, no se han vuelto distributivas. No hay señales de políticas de Estado en los sectores sociales –entre ellos salud –; no se ha intentado, pese a declaraciones, reformar el retrógrado sistema impositivo y la seguridad social privatizada, y (lo que se verá mas en detalle a continuación), las políticas de salud se han ratificado como focalizadas, financiadas por préstamos internacionales, volcadoras de recursos al sector privado y a los efectores de salud que dependen de una dirigencia sindical corrupta. En otra área del sector, Argentina ha declarado enfáticamente por boca de su ministro de salud que no piensa fabricar medicamentos por parte del estado, a diferencia de su vecino Brasil.

Derecho a la salud

A nivel estrictamente jurídico y constitucional, debe establecerse que la Constitución de 1994 llegó a consagrar solamente el derecho a la salud desde el punto de vista del ‘consumidor’ (artículo 42)¹ de bienes y servicios. La reforma de ese año dejó inmodificadas las declamacio-

¹ **Artículo 42.-** *Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno.* Es la única mención explícita de derechos relacionados con la salud. La palabra *enfermedad*, por su parte, solo es mencionada una vez, en el artículo 88, y se refiere a las alternativas (enfermedad, ausencia, muerte, renuncia o destitución) relativas al Presidente de la nación, única preocupación sobre la enfermedad de alguien que la Constitución consagra. Protección de la Salud de los consumidores y usuarios, y enfermedad del presidente son las únicas menciones del tema.

nes sobre derechos que no garantiza, como al acceso a una vivienda digna, protección integral de la familia, al trabajo, remuneraciones dignas, jornada limitada y vacaciones pagas, salario mínimo vital y móvil e incluso participación de las ganancias en las empresas, con control de la producción y colaboración en la dirección de las mismas por parte de los trabajadores. Ninguno de estos derechos está garantizado, y puede decirse que con leves oscilaciones, su garantía tiende a decaer. Pero el derecho a la salud ni siquiera está expresado.

Esta timidez se debió al llamado “Pacto de Olivos”, un mezquino acuerdo cupular entre el peronismo entonces gobernante y la oposición, el partido radical que permitió la reforma constitucional. Tras este pacto, el peronismo obtuvo su mayor pretensión –la habilitación de la reelección presidencial, hasta entonces vedada- y el radicalismo la autonomía de la Ciudad de Buenos Aires y un “tercer senador” por la minoría de cada jurisdicción, lo cual creó la ilusión de un factor de control en el régimen presidencialista vigente. Un elemento central del pacto fue la condición de no incluir los derechos sociales –entre ellos la salud- en el texto constitucional.

Sin embargo, como sucedáneo, dicha reforma incluyó los tratados internacionales de derechos de diversa índole, al agregar el inciso 22 en el artículo 75, donde los consagra con una jerarquía “superior a las leyes”². En particular, tanto la Declaración Universal de Derechos Humanos (de 1948) en su artículo 25, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (de 1966) en el artículo 12, constituyen obligaciones formales, con conceptos tales como el compromiso por “el disfrute del mejor nivel de salud posible”³. Por otro lado, varias constituciones locales (Provincias como la de Buenos Aires, o la Ciudad Autónoma de Buenos Aires - CABA), han establecido derechos relacionados con la salud, en su concepción “integral”^{4 5}, consagrándola como derecho “para todos sus habitantes” (ambos textos constitucionales así lo especifican), e incluso la de la Provincia de Buenos Aires avanza al considerar al medicamento “un bien social”. La Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires establece un marco interesante respecto de la concepción de la salud, pero este concepto suele presentar severos inconvenientes para su cumplimiento.

En términos generales, entonces, estas normas constituyen declaraciones de principios de suma importancia. Sin embargo, la falta de decisión política relativa a su efectivo cumplimiento, resulta en consecuencias pobres en lo concreto. Baste decir que a casi una década de la promulgación de la Ley Básica de Salud (de la CABA, y hablamos de la región más avanzada

2 **Artículo 75. Inciso 22.** (Los siguientes) *Tratados tienen jerarquía superior a las leyes...* La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruces, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño.

3 Véase http://www.unhcr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm

4 Véase http://www.legislatura.gov.ar/1legisla/_Toc405121813

5 Véase <http://www.senado-ba.gov.ar/Contenidos/Educativos/Constitucion/constitucion.cfm>

en la materia de todo el país), sigue registrándose una tendencia al cobro de aranceles en los efectores estatales de salud, supuestamente indirectos, que finalmente resultan en barreras al acceso. Una ley nacional que propicia garantizar la gratuidad de la atención de la salud, sigue sin tener efectos, aun cuando fue votada hace un año: carece de reglamentación y no consigue la adhesión de las jurisdicciones provinciales, condición necesaria para que tenga vigencia efectiva en el territorio concreto de cada provincia.

Es decir, sigue siendo simplemente una declaración de buenas intenciones. Las leyes que efectivamente se cumplen suelen ser las que se han logrado con un fuerte activismo en pos de su formulación, sobre todo por los grupos afectados, y que, en algunos casos aseguran una clientela cautiva para los proveedores privados de medicamentos. Así ocurre con lo relacionado al tratamiento del VIH-SIDA, por ejemplo, así como a enfermedades de gran seguimiento por la OMS.

El sistema de salud

El sistema de salud en Argentina tiene una historia vinculada con la generación de instituciones de caridad (por un lado), que luego tendieron a quedar en manos del Estado, y (por otro) creaciones relacionadas con la solidaridad vinculadas con comunidades de inmigrantes y con grupos obreros, incluyendo organizaciones de mutuo socorro que de algún modo se convirtieron en las actuales Obras Sociales Sindicales (en adelante O. S.) Se suma a estos un sector privado, motivado por el lucro, que tiene un muy alto peso político y que ha tenido una gran expansión en las últimas décadas.

Sobre esta base, la organización del sistema tuvo un cambio radical a partir del primer gobierno peronista (1946 - 1955), bajo la gestión del Ministro de Salud de esa etapa: Dr. Ramón Carrillo. En un estudio muy anterior a su gestión, el propio Carrillo establece una insuficiencia de un 46% en las camas hospitalarias. En los 8 años (1946-1954), que le tocó estar a cargo del Ministerio duplicó esta cifra (de 66000 a 132000 camas)⁶, concomitantemente desarrolló notables políticas de prevención de la salud, estableciendo conceptos como la "centralización normativa y descentralización ejecutiva". La capacidad instalada, pero más aun, las políticas de Estado respecto de la salud (y de la salud en un concepto tan integral como era posible en esa época), no volvieron a tener la importancia que adquirieron durante su gestión. Desde esos años, el sistema se fragmentó, se diría que en forma constante, desarrollándose durante los últimos 50 años un subsistema de seguridad social (las O. S. sindicales) vinculado al trabajo, que si bien compartió cierta efectividad —en épocas de pleno empleo y salarios que finalmente se fueron deteriorando de un modo lento- con un grado variable pero siempre alto de corrupción, sirvió también de justificación para la desinversión del sector público, que fue perdiendo peso en la organización del sistema.

6 Entre los logros de Carrillo, debe acreditarse que durante su gestión se redujo la mortalidad por TBC de 130 por 100000 a 36 por 100000, y la Mortalidad Infantil de 90 a 56 por mil. Se erradicaron las epidemias de tífus, brucelosis y paludismo endémico, y se redujo marcadamente la incidencia de enfermedades como la sífilis.

Capítulo aparte merecería la Obra Social de los jubilados, llamada Plan de Asistencia Médica Integral (PAMI). Creado bajo el gobierno militar de los 60 –en épocas de pleno empleo, salarios y jubilaciones moderadamente aceptables- maneja un presupuesto enorme (el tercer presupuesto sanitario del país) y brinda un servicio muy medicalizado, que oscila entre mediocre y pésimo. Sus oscilaciones se han debido menos a los problemas de gestión que a la disputa por el manejo del dinero de ese presupuesto, que ha tendido a repartirse entre las variantes de corrupción institucional, sindical y política. Las últimas intervenciones tienden a controlar moderadamente la primera, pobremente la segunda, y menos aun la tercera. El otro subsector es el relacionado con los sistemas prepagos (privados), caracterizados por la obtención de renta con los servicios de salud.

En la década del 90, el neoliberalismo tuvo sus años de fuerte instalación en toda la economía y la cultura nacional, probablemente en un grado superior respecto de otros países latinoamericanos, vinculado a características prebendarias del capital argentino, a la corrupción generalizada, pero también a la específica del sector salud relacionada con los sectores sindicales, que compartieron (o se potenciaron debido al rol que jugaron en la cooptación del movimiento obrero, y los beneficios relacionados con los capitales que administran), al punto que no solo manejaron los vinculados a estas O. S., sino que lograron participación empresarial en varias concesiones de servicios para su privatización, e incluso formaron administradoras de fondos de pensión (AFP), por lo cual funcionaron como beneficiarios parasitarios del proceso de contrarreforma neoliberal⁷.

En este momento el sistema de O. S. está en una crisis terminal, difícil de explicar por los observadores superficiales (sobre todo porque aun manejan capitales marginales de donde se sirven beneficios corruptos, y porque su caja es el beneficio más importante que aun mantienen las cúpulas sindicales, y el gobierno cuenta con ellas para controlar a los trabajadores), obstaculizando de este modo salidas accesibles y racionales hacia un sistema público financiado por rentas generales, alternativa perfectamente posible y relativamente sencilla desde el punto de vista técnico. Peor, en los últimos años, y en forma coincidente, todos los sucesivos gobiernos han ido implementando una canasta 'básica' de prestaciones del sistema de O. S. que se llamó Plan Médico Obligatorio (PMO). Dichas prestaciones distan de ser formalmente suficientes, carecen de sustento científico, técnico y económico (como no sea el criterio mezquino y contraproducente del 'ahorro' de recursos sin medir las consecuencias en los niveles de salud), pero además suele no cumplirse, lo que obliga al usuario –que cuente con recursos culturales que pocos tienen- a reclamar la aplicación de esas prestaciones precarias, seguidas entonces de engorrosos trámites que operan como filtro.

Pero esto aun ha empeorado ante la crisis de 2001/2002, ya que el Ministerio creó el llamado PMOE (PMO de Emergencia), que consiste en una canasta sub-básica, aun más limitada e insostenible que la anterior, dado que además ocurre en un período en que los indicadores

7 El subsector 'privado' mantiene una alta tasa de ganancia por vía de "descremar" el sector acomodado y maniobrar para quedarse con los asalariados de altos ingresos, que antes aportaban a las O. S. Esta lógica ha establecido una alianza entre los grandes capitalistas de la salud y los sectores enriquecidos surgidos de los manejos corruptos del sector sindical, ya mencionados. En algunos casos, los actores son los mismos.

empeoraron de un modo dramático, lo que confirma que el Estado decidió alejarse de su responsabilidad en el peor momento⁸. Pero aun no es todo: algunos sectores sindicales privilegiados –notoriamente constantes en su privilegio, independientemente de los gobiernos que se han sucedido- se han reconvertido en empresarios de la salud, formando gerencadoras que aun obtienen ganancias de un sistema exhausto, ganancias que solo son posibles con un altísimo grado de corrupción en el doble sentido de establecer negocios salteando controles débiles del Estado, y de consumir recursos que ponen la situación de la salud, en Argentina, en un estadio paradójico de alto consumo de recursos y pésimos resultados, con una clase profesional altamente calificada y alta concentración urbana. Como fue dicho, la solución –a pesar de la desinversión crónica del sector, vampirizado por la rentabilidad empresaria- es técnicamente sencilla y depende solo de una fuerte decisión política en cuanto a –precisamente- una política de Estado firme y coherente.

El gasto en salud

Como fue mencionado más arriba, el sistema de salud en Argentina tuvo un particular impulso de inclusión desde fines de la década del 40. Sin embargo, en los años posteriores este impulso quedó diluido (en parte por falta de interés desde el Estado, en parte por la influencia de las Obras Sociales sindicales que constituyeron a la vez un recurso que sirvió de contención para las demandas de salud de los trabajadores y una excusa para que el Estado tomara distancia de sus responsabilidades), hasta que en los 90, se tomó la fuerte decisión política de avanzar contra el Estado como prestador. En esos momentos se logró cooptar a la dirigencia gremial que aceptó prebendas miserables (en términos sociales, no en los personales y/o burocráticos que significaron enormes y hasta irritantes privilegios), con tal de no oponerse frontalmente al desguace del Estado. Algunos gremios relacionados con los trabajadores de la salud resultaron de una anémica oposición, logrando algunas victorias parciales, las más de las veces con un carácter casi pírrico (p. ej.: se evitó el cierre del Instituto Malbrán⁹), pero su rol quedó reducido a una expresión más testimonial que efectiva en el sistema de salud. En este sentido, la ‘foto’ que pueda obtenerse de los datos, debe interpretarse con esta perspectiva dinámica.

Por otro lado, durante varios años de las últimas décadas –podríamos decir que con la excepción de los años de estancamiento y/o recesión, de 1998 a 2003- la Argentina ha tenido un crecimiento del PIB, incluso, en algunos años, sorprendente. Sin embargo, con leves oscilaciones, la distribución del ingreso ha tenido una tendencia constante a la concentración en

8 Por supuesto que la población que formalmente posee “cobertura” del sistema de O. S. terminó recurriendo, en forma masiva, a un disminuido y arrinconado sistema público, que fue el único que brindó alguna respuesta, a pesar de sus carencias. Sin embargo debe mencionarse que dada la escasez de recursos disponibles, el cuello de botella del uso del sistema, se resolvió en función de los recursos culturales y económicos de los usuarios que recurrían al sistema, por lo que los más excluidos lo fueron doblemente. De ese modo, el sector más vulnerable debió enfrentar una situación de brutal empobrecimiento, más alejado aun del sistema, que a su vez estaba sobrecargado y desabastecido. De ese modo se explica, sin mucho misterio, la creciente brecha entre la población necesitada de salud y la que efectivamente recibe atención.

9 El Instituto Carlos Malbrán es aun un prestigioso centro de investigación desde varias perspectivas, sobre todo en microbiología y parasitología, pero incluso producía insulina hasta hace algo más de 10 años. Es centro de referencia en varias de las actividades que realiza, incluyendo la producción de suero antiofidico, y de una BCG intravesical a un costo 40 veces menor que el mercado.

los sectores más ricos, y –con algunas oscilaciones- se ha acompañado de una caída del salario, aumento de la desocupación y aumento de la población bajo la línea de la pobreza. Inclusive una llamativa proporción de los trabajadores –incluso algunos de los llamados “en blanco”, es decir, con contratos adecuados de trabajo, que son aun una minoría “privilegiada”, se encuentra también bajo esa línea-, los pobres triplican la cantidad de personas desocupadas. Esta situación de gran desigualdad, instalada en relativamente pocos años, y produciendo un sector de la población muy rico y con acceso a bienes (incluso sofisticados y suntuarios) de todo tipo, da como resultado una sociedad dividida, con expectativas nulas (en algunos casos), o ilusorias (en otros), que ha dado como resultado cifras globales que sugieren algo inexistente. Baste saber que un barrio rico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) consume más medicamentos que la suma de los consumidos en tres provincias del noroeste del país. Por eso hemos seleccionado algunas cifras que muestran los datos del país pero que también establecen algunas de las inequidades más manifiestas.

Debe hacerse la salvedad respecto a la medición de algunas cifras, y se hará con un ejemplo específico que habilita a pensar que no es el único: en la Tabla 1, puede apreciarse la tasa de MI para el país, que aun siendo alta no muestra la enorme disparidad desde un valor de 10,3 por mil de la CABA, a la cifra de Formosa: 25 por mil. Sin embargo, en 2004 la Provincia de Santiago del Estero fue intervenida por el Gobierno Nacional, por una serie de casos de asesinatos cuyos responsables estaban siendo protegidos por el la gobernación de esa provincia. Pero esta intervención –entre otros efectos- pudo establecer que las estadísticas que la provincia informaba eran falsas, y la cifra de MI distaba de ser la real¹⁰. La provincia intervenida no escapa mucho más allá de la media de los casos de corrupción, pobreza, nepotismo y clientelismo de la región. Pero esto no es todo: la cifra de este indicador en la CABA oculta diferencias a su interior entre las regiones norte y sur, dado que esta última duplica a la de la zona más acomodada, incluso en una ciudad moderna y con acceso facilitado a los recursos. Por ello cada cifra que se mencione debe ser interpretada en clave de promedio de un país con desigualdades extremas e inequidades de comportamiento estructural.

Cabe destacar que la población estable de la CABA equivale aproximadamente al 7% de la del país, y la de la Provincia de Buenos Aires es algo menor al 40% de la de la totalidad de Argentina., por lo que casi el 60 % de los médicos se concentran en la región que suma un 45% de la población, tiene mejores establecimientos, más concentrados, y con mejores transportes para distancias más cortas.

En cuanto al gasto en salud, no podría esperarse otra cosa que el refuerzo de las tendencias anotadas. La mayoría de los datos que se tienen son previos a la crisis de 2001 (lo que incluye que sus valores son referidos a pesos convertibles, de igual valor nominal que dólares), y los pocos que se tienen del período posterior, muestran deterioros mayores.

10 En el año 2002, además, la provincia de Tucumán fue sacudida por una brusca visualización de la epidemia de desnutrición que asuela la región y buena parte del país. Se informaron una suma de niños desnutridos, incluyendo un caso paradigmático de una niña (Bárbara) que fue exhibida de un modo patético, con una desnutrición severísima, poco más que buena parte de la población, lo que habilita a pensar –como pensó todo el país, llegando incluso a contaminar el pensamiento de los funcionarios- que la epidemia estaba agudizándose a niveles escandalosos. Sin embargo ese año, Tucumán informó una merma de las cifras de MI, sin que casi nadie se sorprendiera.

Tabla 1
INDICADORES DE SALUD MATERNO INFANTIL

Total país	18,4	99,0	1,2	8,0	0,4	13,8	4,4	16,5	10,5	5,9	0,7	16,2
Indicadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ciud. Aut. de Buenos Aires	14,2	99,7	1,3	7,7	0,1	5,9	1,2	10,3	6,5	3,8	0,5	9,0
Buenos Aires	17,3	99,8	1,2	8,4	0,2	11,3	2,5	16,3	9,8	6,5	0,5	14,8
Chaco	20,9	97,0	1,0	8,3	1,1	22,8	8,1	27,7	18,3	9,3	1,7	26,6
Formosa	25,0	92,2	1,3	7,9	0,8	19,4	13,5	25,0	17,0	8,0	1,8	22,3
Misiones	24,1	97,7	0,9	7,5	0,8	19,1	6,2	20,2	12,6	7,6	1,1	22,6
Jujuy	20,3	96,8	1,6	7,3	0,5	17,2	15,5	19,2	12,3	6,9	0,9	20,4
Santiago del Estero	17,8	94,8	0,9	7,1	0,6	17,5	5,5	14,2	8,2	6,0	0,8	10,5
Tucumán	21,8	98,9	1,4	7,4	0,4	14,8	7,3	23,0	16,5	6,4	0,6	24,4

Elaboración propia sobre datos de INDEC y Ministerio de Salud (los datos corresponden a 2003).

- 1.- Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes).
- 2.- Porcentaje de nacidos vivos ocurridos en establecimientos asistenciales (como del total de nacidos vivos).
- 3.- Porcentaje de nacidos vivos de muy bajo peso al nacer (<1.500grs.) (de peso conocido).
- 4.- Porcentaje de nacidos vivos de bajo peso al nacer (<2.500grs.) (de peso conocido).
- 5.- Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 15 años (de edad conocida).
- 6.- Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años (de edad conocida).
- 7.- Tasa de mortalidad materna expresada por 10.000 nacidos vivos.
- 8.- Tasa de mortalidad infantil expresada por mil nacidos vivos.
- 9.- Tasa de mortalidad neonatal expresada por mil nacidos vivos.
- 10.- Tasa de mortalidad postneonatal expresada por mil nacidos vivos.
- 11.- Tasa de mortalidad de 1 a 4 años expresada por mil niños de 1 a 4 años.
- 12.- Tasa de mortalidad Perinatal (expresada por mil nacidos vivos / defunciones neonatales más las fetales tardías).

Los recursos con que el país cuenta (Tabla 2) expresan el mismo fenómeno:

Tabla 2
INDICADORES DE RECURSOS, ACCESO Y COBERTURA

JURISDICCIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8
TOTAL PAÍS	108.800	153.065	17.845	3.311	14.534	1.271	6.456	48,1
Cdad. DE BS.AS.	32.100	21.944	1.666	172	1.494	39	50	26,2
BUENOS AIRES	26.876	51.517	4.896	811	4.085	269	1.478	48,8
CORRIENTES	1.740	3.525	387	98	289	58	195	62,1
CHACO	1.630	3.537	519	115	404	54	320	65,5
JUJUY	1.306	2.823	394	52	342	22	238	54,2
SANTA FE	10.226	11.011	1.869	356	1.513	138	447	42,0
S.DEL ESTERO	1.197	3.033	526	109	417	54	292	63,7
TUCUMAN	3.700	4.520	702	81	621	35	294	48,2

Referencias (Fuente: Elaboración propia con datos de OPS y Ministerio de Salud).

1. Número de Médicos (1998).
2. Número de camas disponibles en establecimientos asistenciales (2000).
3. Número total en establecimientos asistenciales - todos los subsectores (2000).
4. Número de establecimientos con internación - todos los subsectores (2000).
5. Número de establecimientos sin internación - todos los subsectores (2000).
6. Total de establecimientos de salud del subsector oficial con internación (2000).
7. Total de establecimientos de salud del subsector oficial sin internación (2000).
8. Porcentaje de población no cubierta con O. S. o Plan Médico (2001).

Desde hace varios años, el gasto en salud oscila en algo más del 8% del PIB, llegando en ocasiones casi al 9%. En el último período informado (2000), el monto en millones de pesos (= a dólares) fue de \$24193. De ello, entre 40% y 45% corresponden a gastos de bolsillo (10390 millones en ese año), lo cual es casi el doble de lo aportado por el Estado (5560 millones) y un 20% más que lo cubierto por la seguridad social (incluyendo lo que el Estado aporta en ese concepto). Es obvio comentar que el gasto del Estado es aportado por el contribuyente y las O. Sociales son sostenidas en un 66% por aportes salariales. Pero además éstas cada vez tienen una cobertura más limitada (se pasó por el PMO y ya estamos en el PMOE, ver sección correspondiente), cada vez cubre menos del gasto en medicamentos (el gasto de bolsillo para medicamentos supera al 45%, ver sección correspondiente), cada vez cubre a una población menor (por la alta desocupación), cada vez recurren más a subsidios estatales discrecionales (distribuidos por el Estado de acuerdo a criterios clientelares), y cada vez se tiene más claro el uso de la "caja" con fines poco claros. A ello se suma la cuestión de la gestión de las O. S. por alianzas con grupos empresarios.

Se necesita insistir en que la estructura tributaria hace que los recursos del Estado estén mayoritariamente sostenidos por el aporte que los sectores más pobres hacen al sistema (60% es sostenido por impuestos al consumo). Si a eso se suma la creciente ineficiencia de las O. S. y la "sobrecarga" de demanda que el sector público está soportando, se tendrá un panorama de la inequidad también en referencia a los gastos. Por ello, y teniendo en cuenta que datos oficiales establecen que cerca del 60% de la población "solo" cuenta con la cobertura estatal, pero sin embargo –por las vías mencionadas- subsidia el régimen de O. S. mientras que estas descargan una parte creciente de los servicios que no prestan al recurrir al estado como "prestador en última instancia", resulta un despilfarro de recursos que se canalizaría mejor con un sistema único financiado por rentas generales, de acceso universal y equitativo.

A riesgo de ser reiterativos, volvemos a encontrar una matriz similar en el gasto per cápita, tanto en cifras, en la falta de ellas en el período reciente como a su distribución. El gasto per cápita a nivel nacional oscilaba (hasta 2001), en poco menos de \$700, siendo el más alto de Latinoamérica (junto con Uruguay). El gasto en general se concentra en la región de la CABA, la Provincia de Buenos Aires (que entre ambas suman el 56%, y sumamos a Santa Fe y Córdoba tenemos el 71% del gasto), si tomamos el gasto per cápita, la CABA más que duplica el promedio nacional. En cuanto al llamado "gasto privado de salud per cápita por mes", aquí nuevamente, para un promedio de \$24,5 para el país, la CABA utiliza dos veces y media esta cifra (\$64,6) estando en el otro extremo las provincias de Corrientes y Misiones.

Por último, no podemos dejar de mencionar la proporción destinada a la prevención, relacionándola con la que se utiliza para prácticas curativas. Se calcula que el Estado invierte en prevención el 20% de su gasto. Dado que es el único sector que programa (con eficacia diversa), acciones estratégicas de envergadura en el área de prevención, relacionándolo con el total, la cifra que la sociedad argentina destina a la tarea de prevenir daños a la salud (que como sabemos es el gasto más eficiente), alcanza un 4%.¹¹

11 La mayoría de los datos del Gasto en Salud (salvo puntualización en contrario) son tomados de Tobar, Federico; El Gasto en Salud en Argentina. Ediciones ISALUD; 2002.

Mucho dinero, aportado por la gente, centralmente los pobres, que financian servicios y prácticas a las que no acceden, con un gasto ineficiente que no es controlado por los que lo aportan, no obtienen sus beneficios, se financian los programas despreciando la capacidad actual o potencial de resolverlos, recurriendo antes al endeudamiento externo que condiciona las políticas para que sigan siendo lo que son y con una inversión en prevención raquítica, este es el panorama del gasto en salud en la Argentina.

Una lucha constante, un costo cotidiano en vidas y sufrimiento

Si bien puede decirse que la conflictividad respecto de la lucha por la salud (el derecho a ella es una de sus expresiones), suele enmarcarse como un aspecto en otras (al menos esto ocurre frecuentemente en Argentina y otros países), en situaciones particulares o excepcionales, hay modos en que estas manifestaciones se expresan de forma algo más elocuentes. En este país es difícil no referirse a lo ocurrido en el período que abarcó desde 1973 hasta entrada la dictadura de 1976, años en los que el escenario de la lucha se colmó de expresiones de la potencialidad popular –para la transformación social, y en los que la respuesta del establishment incluyó el feroz terrorismo de Estado ya mencionado, y una especial repercusión en el área salud-, síntoma de lo cual evidentemente han sido tanto las más de 300 desapariciones forzadas (secuestro y muerte) de trabajadores de la salud, como la acreditación de por lo menos un centenar (que podría ser el triple) de médicos y otros agentes de salud, en asistencia de torturas, partos clandestinos, robo de niños, y varias otras formas de tratos crueles y degradantes instaurados desde antes del golpe militar y cuyas secuelas permanecen hoy.

Pero la situación abierta a partir de las jornadas del 19 y 20 de diciembre de 2001, parece haber establecido una impronta respecto de esta área, al demostraron una larvada reserva ideológica que logró manifestarse de manera diversa, a veces de un modo explícito y dramático, y potencialmente poderoso. En efecto, la crisis permitió (más bien despertó), una enorme capacidad reivindicativa que se tradujo en gran participación y desarrollo de la exigibilidad de la salud. Entre otras cuestiones, se generaron asambleas populares que o bien demandaron (y algunas veces lograron), requerimientos específicos sobre la atención de la salud, aspectos ambientales, etc., o incluso obtuvieron (en un número pequeño pero significativo), participación en instancias de gestión en hospitales u otros efectores,¹² a pesar del poco interés genuino de las autoridades en promoverlas y aun aceptarlas. Este contexto posibilitó un encendido reclamo para la promoción de la Producción Pública de Medicamentos (PPM), con larga y sinuosa historia en el país, con picos (anteriores) en los 40 hasta los 50 y valles profundos en los 90, fruto del desguace del Estado a favor de todo lo que ofrecía una ganancia comercial.

12 Cabe desatacar que, como fuera dicho, existen instrumentos normativos que permiten o aun –supuestamente- alientan la participación comunitaria, tanto en el control de gestión como en la toma de decisiones. Estas normas eran letra muerta hasta que la crisis de diciembre de 2001 les dio cierta vida en manos del avance participativo.

De una capacidad adormilada (y aun boicoteada), la crisis hizo ver la posibilidad de resolver la demanda crítica pero también de desarrollar una verdadera capacidad de producción, ante la inescrupulosa caída en el vacío que resultó de la activa política neoliberal que acababa de explotar, dejando a la población sin medicamentos que hasta hace pocos años se producían, como la insulina, y que a poco de reactivarse por la enorme presión popular, llegó a producir en escala apreciable una gran cantidad de Medicamentos Básicos Esenciales, hasta exportar algunos de ellos, luego de haber sometido a la población a una horrible zozobra en el pico de la crisis (caso Factor VIII, para hemofílicos).

Producto de este impulso a la movilización, generada por el fracaso de las políticas neoliberales y la indolencia de las autoridades (aun en plena crisis; la mayoría de las soluciones fueron poco menos que impuestas por la población, y las que no lo lograron muestran aun hoy la insuficiencia de las alternativas gubernamentales), se obtuvo durante un período considerable un grado interesante de participación popular, que culminó en organizaciones alternativas de gran potencialidad, como el Foro Social de Salud. Este espacio colectivo logró (al menos hasta hace un tiempo), congregar a un importante sector del activismo sanitario, de algunos grupos estudiantiles y de una parte del sector más avanzado de algunas universidades, entre ellas, la de Buenos Aires, y también organizaciones de usuarios, pacientes, grupos piqueteros diversos y asambleas populares. Tuvo dos clases de expresiones, dado que el Foro Social de Salud realiza desde 2002 (hasta hoy), un evento anual que llegó a ser muy concurrido en los primeros dos años, con participación internacional y destacadas figuras nacionales. Llamativamente, su repercusión en los medios de difusión fue escasísima esos años, y nula en el último.

El otro modo de expresión con que el Foro cuenta, es un funcionamiento permanente, que a la vez que organiza el evento anual, motoriza reclamos y movilizaciones sobre temas relacionados con la salud. Se logró tener una sola reunión con quien era el viceministro de salud en 2002, y luego de reiteradas y declinantes promesas, ya no hay ni siquiera ofertas de cumplimiento de promesas de los compromisos de esa reunión, ni expectativas de ser escuchados, ni en el Ministerio del área ni por instancias superiores del Gobierno, aun con insistentes pedidos y movilizaciones de miles de personas.

Sí se lograron inscribir algunas iniciativas parlamentarias (como una ley de gratuidad de la atención de la salud, y otra para el transporte gratuito para concurrir a los centros de salud), pero no se ha logrado que estas iniciativas tengan efectos concretos¹³, evidente producto de la tozuda resistencia de las autoridades gubernamentales para escuchar los reclamos populares. Si bien la legalidad del gobierno no está, de ningún modo, en cuestión, no parece inapropiado recordar que esta estirpe de resistencia a estos reclamos está estructuralmente relacionada con las que erupcionaron en la última crisis, y –además– sobre ella fue que se desencadenaron los hechos que condujeron a las elecciones que encarama-

13 Un rol especial ha cumplido el permanente obstáculo a medidas progresistas que sigue constituyendo el Senado de la Nación, muy sujeto a los intereses clientelares de los gobiernos provinciales, a quienes rinden cuenta apenas un poco menos que a sus intereses personales.

ron a este gobierno. Aun hoy, el oficialismo se reconoce (o se postula) como heredero de esos acontecimientos.¹⁴

El acceso a los medicamentos: cómo negarlo y declamarlo en un solo acto

El acceso a la salud constituye –teniendo en cuenta la historia y las capacidades de la Argentina- un problema grave y paradójico. Del mismo modo que el país sufrió una desindustrialización severa desde la dictadura, desarticulándose su clase obrera de un modo brutal –en todo el sentido de la palabra- vulnerando su potencialidad, algo similar ocurre con la salud¹⁵. El panorama referido al acceso a la salud se expresa de muy varias maneras, comenzando por diversos modos de cobros de aranceles para la atención, a veces mal disimulados. Los reclamos sobre esto son casi siempre formalmente aceptados, pero sin consecuencias serias.

La carencia de insumos ha naturalizado la presión para la exigencia al usuario de proveer de materiales descartables, placas radiográficas, y diversos insumos, casi siempre importados (lo que redundaría en ser onerosos). Los “turnos” a plazos eternos para prácticas diversas –como las quirúrgicas- también están naturalizados¹⁶, así como la falta de personal técnico y profesional, dado que las vacantes suelen no cubrirse (o hacerlo con contratos basura), y las jubilaciones despueblan los servicios (incluyendo algunos que cierran). Merced a estos mecanismos, la consulta que se logra suele ser tardía, y la demanda oculta muy extendida. Los servicios de APS están descoordinados, la relación de referencia/contrarreferencia quebrada, los profesionales que trabajan en el primer nivel aislados y desjerarquizados, trabajando sin incentivos en centros que no pocas veces cobran aranceles. Existen diversos mecanismos tanto en hospitales como en APS que resultan en no asistencia de los pacientes que no son de la jurisdicción a la que el efector reporta.

En particular, una de las (pocas) áreas en las que el gobierno ha tenido una firme iniciativa ha sido la de los medicamentos, pero ésta iniciativa no puede considerarse feliz. Cuando la

14 Para mayores datos sobre conflictividad social y derecho a la salud en 2002, puede consultarse Grimberg, M () “Protesta Social y Salud: un abordaje antropológico de las demandas e iniciativas de salud en el marco de la movilización social en Argentina (2001-2002) En Minayo, C (Editora) *Críticas y Actuales: ciencias sociales y humanas en salud en América Latina*. CLAVES-FIOCRUZ. Rio de Janeiro. En prensa.

15 Así como el desarrollo de su clase obrera (y su especial crecimiento en la postguerra inmediata) devino en expresiones de su fuerza, una de cuyas representaciones fue el desarrollo de las Obras Sociales sindicales (tanto como expresión de su demanda específica: salud; como en demostración de su capacidad operativa: manejo de recursos económicos); así también las necesidades de protección y bienestar popular devino en expresiones de formas del llamado Estado de Bienestar que se mostró en las capacidades de prestación de ese Estado. Ambas expresiones mostraron un grado importante de conflicto, con picos severos en el 73 y síntomas secundarios (cada vez más espurios) en las últimas décadas. Si en los 70 los sindicatos podían temer la pérdida de beneficios genuinos para sus afiliados (y justificar en parte su otro temor, el de perder el manejo de recursos monetarios) hoy esta disputa solo mantiene el componente espurio, cada vez más evidente

16 A este respecto, un ejemplo reciente y muy ilustrativo ha sido la inculpação al personal en huelga de un hospital pediátrico por la reprogramación de operaciones, que por ello ocurrirían en un plazo de más de un año, naturalizando que este tipo de intervenciones no tienen otro destino que la espera de más de 12 meses. Si se perdiera un turno (y la huelga no es un motivo excepcional; hay otros cotidianos, como inundaciones de la zona, falta de insumos, falta de personal, etc), la consecuencia puede ser una nueva eterna espera. Sin embargo, esta injusticia flagrante solo es motivo de queja de los medios de difusión cuando puede ser causada por una protesta de los trabajadores.

crisis los volvió inaccesibles para la mayoría de la población -y para muchos de los afectados por problemas específicos (diabetes, hemofilia, VIH)- las ventas de la industria farmacéutica tuvieron una brusca caída (pasaron de un nivel de ventas de US\$ 3700 millones de dólares a US\$ 1135, de 2001 a 2002), prefiriendo la conservación del margen de ganancias a resignar parte de ellas conservando volumen. Además, las O. S. y prepagas redujeron los descuentos para sus afiliados, desde un 10% a un 30%, dependiendo del plan (o sea de lo que el afiliado paga de cuota).

Debe recordarse que en la década anterior (y hasta meses antes), la industria había acumulado una tasa de ganancia exorbitante, aun para el sector: los aumentos (con un peso convertible, igual al dólar) habían alcanzado cerca de un 150%, en promedio en un momento en que la inflación se acercaba a cero. Solo un 7% de los medicamentos eran producidos por el Estado, habiendo una capacidad ociosa que podría multiplicar rápidamente esa producción por dos o por tres. Pero los dos modos en que se encaró el problema (más allá de la algarabía mediática que caracteriza el Ministerio en autoensalzar sus más que modestos logros cuando lo son), han dado un resultado paupérrimo:

- a) Implementó la ley 25649 de **prescripción de medicamentos por su nombre genérico** (que se empeña en llamarla “de medicamentos genéricos” aunque el mismo nombre lo desmienta). Con ello pretendió lograr que se modificara el modo de prescribirlos a fin de que el usuario comparara medicamentos más baratos. Esta iniciativa no incluyó ninguna medida concreta para mejorar la calidad de ellos, ni su control, por lo que se somete al usuario (que no al médico) a buscar y decidir por el precio. Este es un mecanismo que utiliza al consumidor individual para presionar un mercado poderosísimo, mediado por la corporación médica y la farmacéutica, fuertemente influida por la industria farmacéutica. Además antes de la implementación de esta ley, el 15% de las ventas ya estaba en manos de los mal llamados genéricos (son copias sin control de bioequivalencia), y un 7% era desde hace años producido por el Estado¹⁷. Por otro lado, la O. S. de los jubilados (que consume el 35% de los medicamentos), ha mantenido un trato con la Industria que deja afuera a un número considerable de fármacos. Además, una buena cantidad de medicamentos no tienen alternativas, ya que hay una o dos marcas con diferencias consensuadas de precios. Por último, esta ley promovió las ventas de los mal llamados genéricos, por lo cual, de un promedio de un 30% de aumento que tuvieron los medicamentos desde la implementación de la ley (muy por arriba de la inflación, y recordemos que ya tenían un aumento del 150% en dólares antes de la crisis), la mayor parte fueron de aquel grupo. Desde 2002 a 2004 las ventas aumentaron un 70%, encontrándose en franca recuperación. No promueve el uso de los medicamentos que la OMS llama genéricos, y mucho menos se ha preocupado por hacer

17 No hay cifras actuales, pero la crisis y la respuesta, aun desordenada, voluntariosa y desestimulada por el Estado, parece haber establecido un piso cercano al doble. Varias ciudades populosas como Córdoba y Rosario producen buena parte de los medicamentos para APS, y redoblaron su producción luego de la crisis. Este fenómeno ocurre en menor medida en la Pcia. de Buenos Aires y otros lugares, como Tucumán, y varias ciudades del interior.

racional el uso de los fármacos, en un país con una plétora de productos (15000 específicos), mucho de ellos inútiles y varios dañinos a la salud, y en el cual la población paga en promedio la mitad del gasto en medicamentos de su bolsillo.

- b) Reformuló dos préstamos del BID para aplicarlos a la compra de medicamentos para la APS; el llamado **Programa Remediar**. Uno de los préstamos estaba previsto para la Promoción de la APS (PROAPS), y el otro para el desarrollo de fuentes confiables de agua potable. En monto aplicado a su reformulación alcanza a la cifra de US\$ 233 millones, de los cuales el BID aporta solo 140 millones y el resto el Estado argentino. Del total de este monto, un 65% se utiliza para los medicamentos y su distribución, y el resto para comunicación, auditorías, asesorías, etc. Tiene prevista su terminación a fines de 2006. Con este Programa pretendió asistir a una población de 15.000.000 de personas (tal la población objetivo que establece), con un botiquín de APS, en el que incluye 40 medicamentos en 50 presentaciones. Se reparten a razón de 14000 botiquines mensuales, a un costo por botiquín (incluyendo su distribución) de US\$ 240. Ha ido variando el tipo de laboratorio a quien se efectúan las compras de medicamentos, pero en ningún caso lo ha sido a Laboratorios de PPM. La provisión es muy variable y suelen agotarse los medicamentos de mayor uso a los pocos días de su llegada al centro de APS (sobre todo antibióticos y antihipertensivos), y hay muchos de los medicamentos cuya entrega es discontinúa por meses o definitivamente (atenolol, ranitidina, levotiroxina), por lo cual los usuarios no saben a qué atenerse, deben interrumpir el tratamiento, descreen del sistema y hacen fracasar la atención. Por otro lado, el desabastecimiento de medicamentos en los hospitales ha generado una sobredemanda en los Centros de APS, a los que los usuarios llegan a una consulta repetida luego de la hospitalaria en la cual no se ha provisto de medicación. Finalmente no hubo participación de ninguna entidad prestigiosa en la planificación ni la hay en su control¹⁸.

En definitiva, se utilizan los préstamos dejando de lado su destino original (constituyendo no solo una contradicción en términos de la misma lógica del BID, que pretende dirigir sus préstamos a *inversiones*, sino que además deja sin resolverse la problemática que originó esos préstamos), es una política focalizada para resolver un problema generalizado, suma 140 millones de dólares a la deuda externa, exige una inversión del estado de casi 100 millones más (pero para el mismo Programa), no deja instalada ninguna capacidad, utiliza solo dos tercios de este dinero en medicamentos, no reformula ni promueve la APS –desjerarquiza la prevención y otras acciones- como no sea a partir de la provisión de medicamentos (lo cual constituye una perversión de la APS), sino que provoca obstáculos en la programación de la atención, no planifica el uso racional de medicamentos (y menos en el nivel local), beneficia exclusiva-

18 En cuanto a su control, no lo ejercen ni Cáritas ni la Cruz Roja, las únicas ONG's que figuran, ya que lo hacen solo en función de la "satisfacción del usuario", control que es más ficcional que real. Pero la agencia que debería auditar (Auditoría General de la Nación, dependiente de la Cámara de Diputados) aun no realizó ninguna acción, a casi tres años de iniciado el Programa)

mente a la industria farmacéutica privada y multinacional en un momento de crisis de las ventas, no favorece la PPM en un país con alta potencialidad en el área¹⁹.

Globalización de la salud

Desde 1992 quedó evidente la fuerte impronta del Banco Mundial (BM) en las políticas de salud. Ese año el BM publica su conocido Informe “Invertir en Salud”, donde establece pautas que han tendido a transformar el concepto de salud en la atención a la enfermedad y a brindarla con una lógica que la convierte en una mercancía, previendo modos de proveerla a la población excluida con políticas focalizadas, dejando para otro milenio lo avanzado (entre otras áreas), con la Atención Primaria de la Salud.

En los 90, precisamente se transformó en un clásico la idea de considerar a la Argentina como el mejor alumno de los planes de ajuste. El equipo conformado por el presidente de entonces, Carlos Menem, y su ministro de economía, Domingo Cavallo, realizaron un severo esfuerzo –a costa del sufrimiento popular- para merecer tal distinción. Fue el período en el que se instauró la “convertibilidad”: un peso argentino ‘equivalía’ a un dólar.

Argentina se caracterizó por un alto gasto en salud (para parámetros internacionales, sobre todo de países en desarrollo), constituyéndose en el de mayor *per cápita* en el subcontinente. El gasto total de medicamentos ascendió –en ese período- a US\$ 5.500 millones por año. El período se caracterizó por una fuerte aceptación de las políticas determinadas por los Organismos Multilaterales de Crédito, incluyendo el área de la salud, aunque el monto de los préstamos que el país recibía no superaba el 1,5% del gasto en salud, lo que confirma algo que se ha hecho notar repetidas veces: los préstamos internacionales, pese a su bajo monto, son capaces de torcer políticas y estrategias de los países²⁰.

El Ministerio de Salud no tuvo prácticamente iniciativas, con una sola excepción: se negó a aceptar préstamos del BM para la prevención del VIH debido a que –en este caso- se exigía que se incluyera en las políticas preventivas el uso de preservativos, anatema para un gobierno que se declaraba fuertemente católico, que tenía estrechos vínculos con la jerarquía eclesiástica y cuyo Ministro de Salud pertenecía al Opus Dei. No estuvo ajeno a esta situación que en esos años Argentina sufrió un severo aumento en la epidemia de SIDA y un ascenso significativo de la razón mujer / hombre, que pasó de 1/1,8 a 1/2,5. Sin embargo la situación actual no es más alentadora, al menos claramente en el área de salud. De una pasividad extrema respecto de lo establecido en el área de economía, la actual gestión (Ministro de Salud Ginés González García, presidencia Kirchner), pasó a ser protagonista activa y comprometida

19 Para mayores datos puede consultarse el documento “Política Actual de Medicamentos; un análisis del Programa Remediar”, producido por la Cátedra Libre de Salud y DDHH de la Facultad de Medicina (UBA), disponible en www.fmed.uba.ar/depto/ddhh.

20 La política dictada por los Organismos Multilaterales –y esto no es una novedad, salvo, como fue dicho, en el grado de cumplimiento se estableció en cada área que se propuso, que fueron todas: política económica-financiera, políticas sociales, laborales, educativas, comerciales, obras públicas, y por supuesto, salud. Todas fueron influidas o manejadas directamente por el Ministerio de Economía, absorbiendo áreas –entre ellas el control de los medicamentos que pasó a la Secretaría de Comercio Interior- o sometiéndolas a su control.

con las líneas que bajan del BM, FMI, BID, etc. No se ha revertido la privatización generalizada de servicios (salvo contadas excepciones), la gestión se realiza con los parámetros de estos organismos, las políticas se siguen definiendo en función de la financiación externa que se recibe.

Uno de los casos claros es el Plan Federal de Salud (cuyos detalles están comenzando a hacerse públicos), el cual insiste y potencia la política que se intentó en los 90, basado en políticas focalizadas, en modalidades clientelistas, y sobre todo en el fatídico subsidio a la demanda, postergando y desjerarquizando toda acción preventiva planificada (salvo los programas focalizados que decíamos). En un momento en que la crisis de las Medicinas Prepagas y las O. S. muestran sus limitaciones estructurales²¹, y que el único sistema que ha respondido en el caos de 2002, fue el público (aun con sus severas falencias), la apuesta del Ministerio es subvencionar la actividad privada, y sostener el sistema caduco (y además corrupto) de O. S., desarrollando pagos por prestación o contratos de locación de servicios (contratos basura), para los médicos y demás trabajadores de salud, y ningún lugar para el equipo de salud.

Es aun más ilustrativo el caso de los medicamentos, ya que ha resignado una histórica capacidad científica y técnica (que Argentina en tiempos anteriores ha acreditado, entre otros modos, con tres premios Nóbel) que la habilita para la producción de medicamentos de calidad irreprochable, con planificación estratégica de necesidades y desarrollo de uso más racional en función de ella. De hecho, la atención de la Tuberculosis (TB) se basa en la PPM, produciendo 6.000.000 de comprimidos anuales de 5 drogas tuberculostáticas (incluyendo PAS sódico, medicamento del cual es el único proveedor y por falta de apoyo se careció durante el último año, dejando a los afectados de TB Multirresistente sin este insumo clave), aun con la desidia de las autoridades.

Existen cerca de 40 plantas de PPM, muchas de ellas reactivadas luego de (y debido a) la crisis de 2002, y varias de ellas se construyeron y habilitaron luego de la crisis, incluyendo por lo menos dos plantas que luego de construidas con todos los recaudos y todas las normas para su calidad (y con gran capacidad de producción), no han sido habilitadas debido a una previsible falta de apoyo oficial. Mientras esto ocurre, la política de medicamentos del Ministerio de Salud auxilia y rescata a la industria privada implementando dos iniciativas que no tiene en cuenta ni la producción de Medicamentos Básicos Esenciales, ni la planificación local, ni prácticamente ninguna de las recomendaciones internacionales sobre el tema.

Es más, la agencia de control de los medicamentos (ANMAT) sigue sin tomar seriamente el tema de la calidad ni de la producción de fármacos. Una sola de las plantas ha querido comprometerse para proveer 55 millones de comprimidos al año de Amoxicilina (que es lo que utiliza el Programa Remediar del Ministerio de Salud, que se financia con un préstamo internacional y que compra medicamentos a la Industria), para lo cual necesita un respaldo

21 Ya antes de 2002, el porcentaje de población dependiente exclusivamente de la atención pública pasó del 37,6% (en 1997) al 43,2% (2001), mientras que los que tenían alguna clase de cobertura social (para trabajadores activos o pasivos) decrecieron en ese mismo lapso del 50,3% al 46,7% (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales - Siempro. Buenos Aires, 2002). Actualmente se acepta que más del 50% no tiene otra cobertura que la asistencia en el servicio público. Sin embargo su presupuesto sigue inalterado pese a la devaluación, el aumento vegetativo y la mayor demanda.

mínimo y el compromiso de adquirir su producción. El Ministerio no lo ha considerado. El Programa aun (a tres años de su inicio), no provee Permetrina (para la sarna, problema de gran prevalencia e importancia sanitaria)²², cuya licitación el Ministerio declaró desierta por falta de oferentes) aunque un laboratorio de PPM ha asegurado su provisión para alcance nacional. A pesar de eso, el Ministerio persiste en dejar a la población sin ese medicamento.

No puede pensarse que esto es colateral: la evidencia indica que mientras declara otra cosa, los medicamentos aumentan de precio, recuperan nivel de ventas, aumentan la proporción de gasto de bolsillo de la población (y eso se traduce en un mayor peso significativo para los más pobres), mantienen ganancias exorbitantes, y por otro lado no ha habido ningún avance en el control de medicamentos inútiles o perjudiciales, ni en control de calidad, ni en control de propaganda de medicamentos que inducen a la automedicación. En síntesis, la política de medicamentos está orientada de un modo irresponsable, sostenida mediáticamente –en la prensa, la radio, la TV (incluyendo un uso poco claro de los recursos de la propaganda oficial del Ministerio), y que objetivamente ha beneficiado a la Industria en un momento en que la crisis amenazaba cierto peligro para sus ganancias.

La salud y el futuro. Con qué se cuenta y con qué no, con quién se cuenta y con quién no

Las perspectivas de Argentina son potencialmente promisorias –debemos insistir en ese punto- teniendo en cuenta la calidad de sus recursos existentes o potenciales, la capacidad científica, técnica, y la historia de compromiso de amplios sectores de los trabajadores de la salud. Contar con profesionales en forma abundante (aunque hubiera que reorientar aspectos de su formación), con una estructura valiosa (aunque esté hace años abandonada), con un nivel de gastos no desdeñable (aunque esté orientado de muy mala manera), en un país con un nivel de recursos importante (aunque tenga una inequidad escandalosa: 32 veces entre el decil más rico al decil más pobre), y capacidad de producir alimentos para una población 10 veces superior a la que el país posee (aunque haya una desnutrición atroz, enorme prevalencia de anemias en niños y en mujeres, y una mortalidad infantil oprobiosa, sobre todo con dos tercios de enfermedades evitables y vinculadas con la pobreza y la desnutrición), muestra el claroscuro de lo que se tiene y lo que efectivamente se soporta. Como se dice en esta enumeración, se cuenta con recursos como para afrontar el problema.

Ocurre con la salud algo que ha ocurrido con otras cuestiones, cosa que no puede sorprender: Argentina es un país con enormes riquezas y una cultura de gran nivel. Pero el empobrecimiento de la población ha sido resultado de políticas desaprensivas decididas por los organismos de crédito y aceptadas por la clase política y empresaria argentina. Ha contado además con la anuencia del sector mayoritario de la cúpula sindical y de la iglesia católica.

22 A riesgo de ser obvios, remarcamos que esta carencia afecta de un modo diferencial a los más de 15 millones de pobres, con falta de acceso a elementales insumos para su higiene, incluyendo el agua.

Todos estos problemas se repiten, como calcados, en el área salud. Las especificidades de la iglesia católica (sobre todo en lo relativo a políticas de salud reproductiva), y de la cúpula sindical (en relación con proteger sus intereses con el manejo de las caducas y parasitarias Obras Sociales sindicales), hacen el panorama más sombrío.

A la concepción sostenida por los Organismos Multilaterales de Crédito, debe sumarse, dolorosamente, el auxilio que les ha prestado la OMS y la OPS, no ejerciendo una actuación suficientemente diferenciada de esas políticas. El informe que el equipo de OMS-OPS en Argentina realizó en 2003, establece una interpretación bastante condescendiente con las autoridades, concediendo una seriedad, capacidad organizativa y ecuanimidad que en la realidad es deficiente o inexistente. Minimiza problemas gravísimos (no da cuenta, por ejemplo, de las intervenciones quirúrgicas que se pospusieron, generando riesgos enormes e innecesarios, o que se autorizó a reciclar material descartable con criterios acientíficos y aun discriminatorios, y además se fracasó en crear los comités de crisis hospitalarios dado que los profesionales sintieron una presión injustificada para resolver con criterios poco serios las emergencias), y valida “aprendizajes” de parte de las autoridades que no pasan de intenciones declaradas pero descreídas o aun combatidas por ellas.

Hubiera sido de gran ayuda, que los pueblos legítimamente esperan de de OMS-OPS, que se hubiera hecho un seguimiento de las políticas, por lo menos, erróneas que se perpetraron²³. Pero lo que nos parece más grave es que destaca la “enseñanza” de la crisis (de la que uno de sus factores preponderantes fue precisamente el seguimiento a ultranza de las recetas neoliberales, entre las que se destaca el ajuste perpetuo sin medir consecuencias), con la expresión “convencerse que en gastos generales siempre hay lugar para un ajuste más”²⁴. No podemos menos que considerarla una expresión poco feliz, y un concepto que lamentamos, no solo que así sea dicho, sino que su aplicación aun vigente indica precisamente que una de las mayores enseñanzas no fue aprendida y que una de las oportunidades más preciadas ha sido nuevamente desdeñada.

Está meridianamente claro que, técnicamente, se cuenta con una buena base y se está en capacidad de organizar un eficiente sistema de salud, público, gratuito, equitativo, financiado por rentas generales, universal, incluyendo políticas afirmativas que resuelvan la mayoría de las inequidades, incluyendo las étnicas y las de género, además de las obvias de clase. A esto se suma la importante capacidad –activamente desdeñada –de producción de medica-

23 Entre los muchos ejemplos, está el horroroso referido a las inundaciones en la ciudad de Santa Fe, provocadas por la falta de culminación de obras de defensa del ejido de la ciudad convirtiéndola una trampa, sumado al desdén de la atención a las advertencias sobre el desborde del río. A eso se sumó que la atención misma de la catástrofe fue de una ineficiencia cardinal, pero además, la financiación de la ayuda económica a las consecuencias de ese desastre profundizó la injusticia, ya que incluyó el desvío de la provisión de recursos a localidades no afectadas por la inundación pero sí controladas por sectores afines al Gobernador.

24 Zeballos, José Luis: *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis, 2001 – 2003*; Buenos Aires, OPS, 2003. No se nos escapa la posibilidad de interpretar esta expresión de otros modos. Sin embargo dos factores nos hacen manifestarnos del modo que lo hicimos. Uno; relacionado con la terminología, cara (carísimamente) a los Organismos Multilaterales de Crédito, lo que dificulta darle otra interpretación. El segundo; relacionado con la oportunidad. En el momento clave de la crisis (la mayor crisis del país, desencadenada por años de ajuste pero cuya eclosión fue precisamente una inflexión hacia profundizarlo, reivindicar el ajuste equivale a mentar la sogá en la casa del ahorcado).

mentos adecuados y de calidad (incluyendo vacunas e innovaciones accesibles), en una población necesitada de ellos. El problema está en la oposición que se tiene y se sostiene de parte del *establishment*, de las corporaciones, de los restos –activos y vitales– del poder sindical relacionado con las O. S., y la falta de visión (sea por miopía espontánea o por las alteraciones provocadas por prebendas), de parte de la corporación política. Es cierto que un sector importante de los trabajadores de la salud no ha estado a la altura del desafío²⁵, y también ha sido así respecto de la academia en general y del sanitarismo en particular. Pero el panorama real que se ve cotidianamente y el peso de la crisis sigue siendo tal, que no puede ignorarse que esto sigue brindando esta dolorosa oportunidad. La historia del genocidio de los 70 (y el aprendizaje que cada tanto asoma sobre ese período), y las jornadas del verano 2001 y 2002 (y la potencialidad allí mostrada, a pesar de los errores y su fugacidad), alientan a pensar en una probabilidad basada en un compromiso que los sectores populares parecen guardar para imponer cuando la oportunidad sea propicia.

25 Véase “Qué le hace Falta a la Salud en Argentina”. Corriente 20 de diciembre de Alamos en Argentina. *Boletín Fármacos*, volumen 5 (3), 2002; disponible en <http://www.boletinfarmacos.org/072002/comunicacion.asp?Recid=39> (en dicho número puede consultarse una gran cantidad de documentos sobre las diferentes perspectivas planteadas en ocasión de la crisis de 2002 respecto a salud y medicamentos).

DERECHOS HUMANOS Y SITUACIÓN DE LA SALUD EN BOLIVIA

Ana María Maldonado Canedo

Contexto económico, político y social

Cuadro 1
BOLIVIA: SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIAL

Extensión	1.1 millones de Km ²
Población	8.4 millones de habitantes
Menores de cinco años	13%
Niños y adolescentes entre 5 y 14 años	26%
Edad reproductiva (15-49 años)	47%
Población 50-64 años	8%
Mayores de 65 años	4%
Menores de 25 años	60%

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes (MSD) 2004.

Bolivia ha sido y es un país rico en recursos naturales, pero la propiedad y la administración de estos recursos, renovables y no renovables, así como la cuestión de los derechos de las personas fueron siempre motivo de conflicto político-social. La plata, el estaño, el oro, la coca, la goma, el salitre, la madera, el petróleo, la tenencia de la tierra para la producción agropecuaria y para asentamientos de pueblos indígenas y originarios, fueron medios de subsistencia social mal administrados por sucesivos gobiernos.

Desde la Revolución Nacional de 1952 y hasta 1985, Bolivia vivió un régimen de capitalismo de Estado. Los gobiernos controlaban las empresas estatales de explotación de recursos naturales y servicios públicos estratégicos. En 1985, se inaugura un nuevo ciclo económico en el marco del neoliberalismo, achicando el Estado, privatizando bajo el modelo de capitalización a las empresas estatales y sus reservas de recursos naturales estratégicos; además de medidas colaterales que diluyen a la Corporación Minera de Bolivia y a Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos, empresas encargadas de la explotación y comercialización de la minería y los hidrocarburos, respectivamente. Se disuelve la Empresa Nacional de Transporte Automotor y la Corporación Boliviana de Fomento. Las empresas de telecomunicaciones, ferrocarriles y aeronavegación son privatizadas.

Las nuevas políticas van acompañadas de despidos masivos de trabajadores de las empresas del Estado, que al ser apartados del aparato productivo pasan a formar parte del sector

informal: microempresas, contrabando en pequeña escala, producción de hoja de coca, comercio informal, etc.

La falta de poder adquisitivo de la población y la sobreoferta de productos de contrabando y “ropa usada” de EE.UU., conlleva a su vez, al cierre de fábricas de textiles, manufacturas, entre otras, aumentando la pérdida del empleo. Sólo uno de cada dos habitantes en edad productiva cuenta con una fuente de trabajo. Al mismo tiempo se van desarticulando las organizaciones sindicales de trabajadores que hasta entonces confluían en la Central Obrera Boliviana, produciendo un vacío en la capacidad de interpelación a las políticas del Estado.

Otro de los sectores afectados por la nueva política económica, es el indígena de oriente y occidente. El sector oriental, “los sin tierra” (desde 1990), realiza continuas y largas marchas por el derecho a la tierra, pues grandes áreas de este recurso se encuentran en manos de pocas familias del sector oligárquico del oriente boliviano. Los indígenas de occidente emigran a las ciudades en busca de mejores condiciones de vida.

Por esta situación, desde hace 10 años el país es más urbano que rural y tiende a concentrarse en los departamentos del eje central: La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Los efectos de las migraciones internas, sobre todo de las personas en edad de trabajar, han determinado que en algunas poblaciones del área rural queden las mujeres, los niños y ancianos.

El producto per cápita anual fue de USD 884 en 2002. En ese mismo año, el ingreso per cápita promedio del 10% de la población con mayores ingresos fue 25 veces más alto que el ingreso per cápita promedio del 10% de la población más pobre.

Las nuevas medidas económicas son efectivas gracias a la existencia de una casta política que controla el Estado, conformada por los partidos tradicionales pro modelo de ajuste estructural.

En el año 2000, emergen los movimientos sociales indígenas y originarios que constituyen un frente antineoliberal, logrando en las elecciones del 2002 una votación del 27% (mayor a la del partido ganador). Los partidos tradicionales, no obstante sus contradicciones, realizan alianzas para mantener el poder, integrando una llamada “megacoalición”, que se divide las arcas del estado a cambio de apoyar la continuidad de las políticas neoliberales.

Por primera vez en Bolivia, el parlamento tiene una representación de 52 indígenas (de un total de 157 entre senadores y diputados). Sin embargo, de esta importante representación los movimientos sociales no logran vencer las acciones ilegales e ilegítimas de los sectores oligárquicos que ven afectados sus intereses, optando por retomar las calles y carreteras para ser escuchados, provocando una situación de conflictividad permanente.

El *febrero negro* (2003), y *la guerra del gas* (septiembre/octubre 2003), señalan hitos de la crisis política que vive Bolivia por el desgaste de la democracia pactada, llegando –en menos de dos años- a la renuncia sucesiva de dos presidentes constitucionales en ejercicio, renuncia simultánea de los dos posibles sucesores constitucionales (presidente senadores y presidente diputados), ungiendo como Presidente de la República al último sucesor constitucional que quedaba: el Presidente de la Corte Nacional de Justicia. La presión de los movimientos sociales logra el acortamiento del mandato de senadores y diputados, y la convocatoria a elecciones generales para fines del 2005.

Marco jurídico y constitucional del derecho a la salud

El derecho a la salud en Bolivia está consagrado en la Constitución Política del Estado y en otras disposiciones fundamentales, como el Código Nacional de Salud, el Código de Seguridad Social, el Código de Familia, el Código del Niño, Niña y Adolescente, La Ley del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), y en otras disposiciones conexas como la Ley de Participación Popular, la Ley de Descentralización Administrativa, la Ley del Medio Ambiente y la Ley del Diálogo 2000.

La **Constitución Política del Estado (CPE) de 1938**, señala por primera vez el reconocimiento de la obligación del Estado de proteger la salud de la población. Se confieren al Estado las atribuciones de regular el Seguro obligatorio de la fuerza de trabajo, la protección de la salud y la vida de los trabajadores, la defensa de la salud física, mental y moral de la familia.

“Artículo 122. La Ley regulará el Seguro obligatorio de enfermedad, accidentes, paro forzoso, invalidez, vejez, maternidad y muerte, los desahucios e indemnizaciones a empleados y obreros, el trabajo de las mujeres y de los menores, la jornada máxima, el salario mínimo, el descanso dominical y el de los feriados, las vacaciones anuales y puerperales con goce de salario, la asistencia médica e higiénica y otros beneficios sociales y de protección a los trabajadores.

Artículo 124. El Estado dictará medidas protectoras de la salud y de la vida de los obreros, empleados y trabajadores campesinos; velará porque estos tengan viviendas salubres y promoverá la edificación de casas baratas, velará igualmente por la educación técnica de los trabajadores manuales. Las autoridades controlarán, asimismo, las condiciones de seguridad y salubridad públicas dentro de las que deberán ejercer las profesiones o los oficios, así como las labores en el campo y las minas”.

Artículo 134. Es deber primordial del Estado la defensa de la salud física, mental y moral de la infancia. El Estado defiende los derechos del niño al hogar; la educación y a la amplia asistencia cuando se halla en situación de abandono, de enfermedad o de desgracia. El Estado recomendará el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo a organismos técnicos adecuados”.

El **Decreto Ley N° 15629 de 18 de julio de 1978**, aprueba el **Código de Salud**. Establece la regulación jurídica de las acciones para la conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población mediante el control del comportamiento humano y de ciertas actividades, a los efectos de obtener resultados favorables en el cuidado integral de la salud de los habitantes de la República de Bolivia. Define la salud como un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población, en su totalidad.

Corresponde al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y Deportes (MSD), la definición de la política nacional de salud, la regulación, planificación, control y coordinación

de todas las actividades en todo el territorio nacional e instituciones públicas sin distinción alguna. Se establece el derecho a la salud de todo ser humano que habite el territorio nacional sin distinción de raza, credo político, religión y condición económica y social, derecho que es garantizado por el Estado.

El **Decreto Supremo N° 18886 de 15 de marzo de 1982**, aprueba los reglamentos al Código de Salud sobre el Ejercicio de los Profesionales en Salud, sobre Nutrición, Salud Mental, Deporte, Saneamiento Ambiental, Radiaciones, Higiene, Seguridad y Medicina del Trabajo, Cadáveres, Autopsias, Necrosis y Traslados. Enfermedades Transmisibles, Inmunizaciones, Zoonosis, Prevención de Invalidez y Rehabilitación de Incapacitados, Disposiciones de Órganos y Tejidos, Aparatos y Equipos de Salud, Enfermedades No Transmisibles. Farmacias y Laboratorios, Bancos de Sangre, Plaguicidas, Uso del Tabaco, Investigaciones en Salud Pública, Establecimientos de Salud Pública y Privados, Estadísticas de Salud, Especialidades Médicas y Salud Familiar.

Existen asimismo Leyes y Decretos Supremos que regulan los servicios de medicina, atención a las personas y uso de tecnología. Así tenemos:

Ley N° 1687 de 26 de marzo de 1996. Medicina transfusional y bancos de sangre.

Ley N° 1716 de 5 de noviembre de 1996. Donación y trasplante de órganos, células y tejidos.

Decreto Supremo N° 24671 de 21 de junio de 1997. Reglamenta la ley de donación y trasplante de órganos, células y tejidos.

Ley N° 1737 de 17 de diciembre de 1996. Política Nacional del Medicamento.

Decreto supremo N° 19673 de 24 de mayo de 1996. Modifica el reglamento del servicio social de salud rural obligatorio para los médicos, enfermeras y odontólogos.

Decreto Supremo N° 24303 de 24 de mayo de 1996. Creación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, que otorga a las mujeres gestantes la necesaria asistencia médica durante el embarazo, el parto, el puerperio y las emergencias obstétricas, y al recién nacido hasta los cinco años de edad.

Decreto Supremo N° 24739 de 31 de julio de 1997. Aprueba reglamentos para la organización y funcionamiento de la medicina privada prepaga.

Resolución Ministerial N° 0496 de 9 de octubre de 2001 (Ministerio de Salud). Promueve la inclusión de 9 prácticas y tecnologías apropiadas (conductas, procedimientos, instrumentos y suministros médicos), en la práctica asistencial obstétrica y neonatal de los establecimientos de salud públicos y privados.

A pesar de todas estas disposiciones legales, el acceso a los servicios de salud y a otros determinantes de la salud, se caracterizan por su inequidad y exclusión.

Para el año 1993, un 30% de la población no tenía acceso a servicios de salud; para el año 2004, esta cifra se reduce al 25%. Esto quiere decir que, todavía un cuarto de la población, principalmente rural, no está cubierta por ningún servicio de salud.

Según los informes del MSD, el sector público (dependiente del Estado), cubre el 35% de la población total, la seguridad social el 25%, las ONG el 10% y el sector privado el 5%. Si excluimos de esta cuenta a las ONG (*), entre las que se encuentran las iglesias y organizaciones de caridad y al sector privado (**), vemos que sólo el 60 por ciento de la población está cubierto por el Estado y la Seguridad Social, quedando un 40% sin acceso a estas instituciones, puesto que la atención que ofrecen las ONG y las iglesias (medicina caritativa), es de carácter eventual por depender de financiamiento externo.

Cuadro 2
ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

SUBSECTOR	COBERTURA POBLACIÓN %	POBLACIÓN SIN ACCESO %
PÚBLICO	35	25
SEGURO SOCIAL	25	
ONGs	10 *	
PRIVADOS	5 **	

Fuente: MSD

A la luz de los principios y características de los derechos humanos, podemos afirmar que el Estado boliviano está violando permanentemente el derecho a la salud de la mayoría de la población boliviana.

Desde su creación (1956), el Seguro Social ha sido restringido a las personas con empleo fijo reconocido por la Ley General del Trabajo. Los/as artesanos/as, trabajadores/as independientes, campesinos/as y desocupados/as, han sido excluidos/as de este derecho. Esto significa el no respeto al criterio de **universalidad** del derecho a la salud.

En los 20 últimos años, el incremento progresivo de la pérdida de empleo ha ocasionado el retiro del aseguramiento a las Cajas de Seguridad Social de las familias, con la consecuente negación del derecho a prestaciones sanitarias. El Estado no ha contemplado ninguna medida para proteger a la población que ha sido afectada. Sólo ha dispuesto políticas asistenciales (desde el 2003), dirigidas a las mujeres embarazadas y seis meses después del parto y, a los/as niños/niñas hasta los cinco años de edad. Esto significa también violación al criterio de **progresividad e irrenunciabilidad** del derecho a la salud.

A su vez, el Estado contradice el principio de **igualdad** del derecho a la salud: 1) La estructuración del modelo sanitario clasifica a los servicios por niveles de atención. La distribución de los recursos para la asistencia sanitaria, beneficia a los servicios de tercer nivel que se encuentran en las ciudades capitales de departamentos, excluyendo de estos recursos a los servicios de primer nivel que se encuentra en las zonas rurales. 2) La segmentación de la población para ofrecerle algunos beneficios, como sucede con la asistencia sanitaria dirigida a las mujeres por cortos periodos de tiempo y a niños y niñas, que sólo tienen derecho de asistencia médica hasta los cinco años de edad.

La problemática de la **accesibilidad** muestra otra violación del derecho a la salud, especialmente de los sectores rurales. Los servicios de salud no están **al alcance** de toda la

población, en distancia y tiempo necesarios para obtener la asistencia requerida. Las poblaciones rurales alejadas no cuentan con hospitales ni centros de salud permanentes y cercanos a sus zonas de vivienda. La barrera **económica** impide también a las personas sin recursos acceder a los servicios, aún cuando éstos se encuentren próximos territorialmente. La atención en las instituciones del Estado no es gratuita. Si bien el MSD cubre un 35% de la población, la atención médica es pagada por los usuarios, salvo los servicios especiales que ofrece el Seguro Materno Infantil (SUMI).

Entonces, ¿qué se entiende por “población cubierta” o “cobertura de atención” de salud? “Cobertura de atención” en Bolivia, quiere decir solamente, la posibilidad de encontrar un servicio de salud donde recibir atención, siempre y cuando el usuario cuente con recursos económicos para pagar la consulta, los medicamentos, etc. Esto contradice también los principios de **gratuidad y equidad del derecho a la salud**.

Otro aspecto fundamental es la inaccesibilidad **cultural**, que se presenta en las poblaciones urbanas y rurales. Esto tiene que ver con la formación de los recursos humanos de salud, especialmente el personal médico que desconoce las lenguas y culturas de los pueblos indígenas.

El Estado pretende disminuir los niveles de mortalidad materna con la atención institucionalizada del parto; sin embargo, las barreras culturales entre el personal médico y la población, especialmente rural, impiden el acceso de las mujeres a los servicios de salud, a pesar de la oferta de atención gratuita del parto. Tampoco existe el **acceso a una información** adecuada sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades y riesgos.

Sistema de salud

El sistema de salud boliviano está conformado por el subsector público, las cajas de salud y el subsector privado con y sin fines de lucro.

Subsector Público: Encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD), responsable de las normas e implementación de políticas nacionales de salud. En el ámbito regional, se encuentran las prefecturas, responsables de la administración de los recursos humanos de los servicios de salud. En el ámbito local, los gobiernos municipales son los encargados de la administración de los establecimientos de salud.

Cajas de Salud: Son las prestadoras de servicios de las instituciones de Seguridad Social, dependen del Viceministerio de Previsión Social. Se clasifican en: 1) Cajas de Salud Públicas (Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera de Salud, Caja de Caminos y Caja de la Banca Pública). 2) Cajas de Salud Privadas (Caja de la Banca Privada). 3) Cajas de Salud Militares (COSSMIL), y 4) Seguros Universitarios.

Subsector Privado: Se encuentran las Compañías de Seguro, las de Medicina Prepagada y las Organizaciones No Gubernamentales. Cada sector refleja una característica particular, desde las compañías de seguros que intermedian recursos para ofertar servicios, hasta las ONG que trabajan con una visión más bien preventiva y de promoción.

Estructura del modelo sanitario. La red de servicios

La red de servicios de salud está conformada por niveles de atención de acuerdo a la capacidad técnico operativa de los establecimientos de salud.

Primer nivel: Corresponde al Centro de Salud (puesto de salud, consultorio médico, centro de salud con camas de tránsito).

Segundo nivel: Hospital básico de apoyo con capacidad de atención ambulatoria e internación en las cuatro especialidades básicas: medicina general, ginecología y obstetricia, pediatría y cirugía general, además de anestesiología y odontología básica; guardan relación con Hospitales de Distrito.

Tercer Nivel: Hospital General e Institutos Especializados. Presta atención general de todas las patologías y especialidades.

Cuadro 3
ESQUEMA DEL MODELO SANITARIO

ADMINISTRATIVO	SERVICIOS	UBICACIÓN GEOGRAFICA
NIVEL III	Hospital general e institutos especializados	Capitales departamentos
NIVEL II	Hospital básico	Capitales provincias
NIVEL I	Centro de salud Puesto de salud	Municipios rurales

Estado de salud de la población

Según el fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5), es un indicador fundamental para medir el bienestar de los niños, por tanto, utiliza este indicador para clasificar el nivel de salud de los países. De acuerdo con este referente y por su bajo nivel de salud, Bolivia ocupa el lugar 64 entre 195 países del mundo y el 2º lugar entre los países de las Américas y el Caribe.

Es necesario anotar que, en Bolivia no existe un sistema de información adecuado, existiendo casos de mortalidad que no se registran, especialmente en los lugares alejados; de manera que estas cifras podrían ser mayores.

Si bien las tasas de muerte en menores de uno y cinco años han ido disminuyendo en los últimos años, éstas continúan siendo altas y no son concordantes con el esfuerzo realizado y los recursos empleados en campañas de vacunación para prevenir infecciones respiratorias. Como lo muestra el cuadro 4, existe un alto porcentaje de niños que no recibe vacunas.

El estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años es también preocupante. Para el año 2003, los porcentajes de niños con desnutrición crónica y desnutrición crónica severa son llamativos; siendo alarmantes los porcentajes de niños con algún grado de anemia y más aún en los niños entre 10 y 11 meses (cuadro 4).

La mortalidad materna se ha reducido en los últimos años, sin embargo, continúa siendo muy alta y es calificada de irracional, al producirse estas defunciones por causas fácilmente prevenibles (cuadro 6).

Los procesos de migración internos y externos son también aspectos demográficos que influyen sobre la salud de las madres. La residencia en zonas suburbanas o rurales puede conducir a mayores índices de mortalidad materna e infantil, por la menor disponibilidad y posibilidad de acceso a servicios de salud adecuados.

La atención del parto en los servicios de salud se ha incrementado muy poco en los últimos cinco años (cuadro 7); persistiendo una enorme brecha entre áreas urbana y rural, presentándose serios problemas de cobertura en las áreas rurales de los departamentos de Potosí, La Paz y Chuquisaca, con poblaciones pertenecientes a las etnias quechua y aymara.

La baja utilización de servicios de salud, se debe a la insuficiente capacidad resolutoria de los mismos, ya que únicamente en el 26 % de los centros de referencia se brindan cuidados obstétricos de emergencia; añadiéndose a esto barreras de acceso a los servicios de salud, como las económicas, geográficas, culturales y de calidad. Del total de muertes maternas registradas en el Censo 2001, el 40% murieron en establecimientos de salud y un 60% en su domicilio. Las cifras de inmunización contra el tétanos a mujeres embarazadas confirman las muertes por toxemias, aunque no existen datos desagregados que proporcionen información más cabal (cuadro 7).

Se considera también atención institucional a los partos atendidos por parteras tradicionales en las comunidades rurales, sin retribución económica del Ministerio de Salud, pero sus atenciones son contabilizadas como institucionales para aumentar las estadísticas.

Otra causa de mortalidad es la alta fecundidad de las mujeres. La fecundidad de las adolescentes da las tasas más altas de la Región. Un promedio de 6.5 hijos por mujer hasta 1986, y 5 hijos por mujer para 1992; habiendo disminuido a 3.8 hijos por mujer en el año 2003; pero con diferencias muy marcadas entre la población rural y urbana (INE. MSD, 2003).

A pesar de estas tasas, el crecimiento de la población ha sido más lento en comparación con otros países de América Latina. Los expertos indican que con la tasa global de fecundidad calculada en los 80, la población debiera duplicarse en 18 años (unos 12 a 13 millones de habitantes para el 2000); sin embargo, las elevadas tasas de mortalidad reducen este crecimiento a niveles de un país desarrollado: 2.3 % (1.970-90), 2.2 % (1990-2002). (MSD 2004).

Conflictividad social en torno al derecho a la salud

El modelo de estructuración social de la población boliviana, se caracteriza por la delimitación de los espacios geográficos de residencia, que marcan condiciones de vida desiguales a los diferentes grupos de la población.

Cuadro 4
MORBILIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tasa mortalidad menores 5 años	83		77	71	75	
Tasa mortalidad infantil menores 1 año	64		60	56	54	
Tasa de desnutrición crónica menores 5 años %					27	
Tasa de desnutrición crónica severa menores 5 años %					8	
Prevalencia de anemia niños 6 a 59 meses %					51	
Cobertura de vacunación tuberculosis niños menores 1 año %						83
Cobertura vacunación pentavalente 3a dosis menores 1 año %						84

Fuente: MSD

Cuadro 5
PRINCIPALES CAUSA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MENORES 5 AÑOS

Enfermedades diarreicas
Infecciones respiratorias agudas
Desnutrición crónica
Anemias
Parasitosis

Fuente: MSD

Cuadro 6
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

Hemorragias
Infecciones
Toxemias
Abortos

Fuente: MSD

Cuadro 7
MORTALIDAD MATERNA

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tasa de mortalidad materna	390		390	390	249	
Mortalidad materna en establecimientos de salud %			40			
Mortalidad materna en domicilio %			60			
Cobertura parto institucional %	42					51
Embarazadas inmunizadas tétanos %	59				64	

Fuente: MSD

Cuadro 8

BOLIVIA	1999	2000	2001	2002
Esperanza de vida al nacer	62		63	64
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes			8,9	

Fuente: MSD

Los ubicados en las zonas urbanas, gozan de mayores prestaciones y acceso a servicios que los pueblos indígenas ubicados en las áreas rurales; careciendo, la mayoría de ellos, de servicios básicos y sobreviviendo con formas de producción agrícola precaria, que no alcanza a satisfacer sus necesidades mínimas de alimentación y nutrición. Las principales causas de morbilidad y mortalidad en adultos son las llamadas “enfermedades de la pobreza” (cuadro 9).

Cuadro 9

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ADULTOS

Tuberculosis
Chagas
Malaria
Fiebre Amarilla
Cólera
Dengue

A las “enfermedades de la pobreza”, se han ido agregando otras producidas por los impactos ambientales en las poblaciones cercanas a los lugares de explotación petrolera y minera que contaminan ríos y suelos. El abuso de insecticidas y pesticidas de alto riesgo en la agricultura. El uso de elementos tóxicos en la producción y elaboración de alimentos de consumo masivo, la contaminación de los alimentos por su manipulación y exposición a condiciones adversas, los malos hábitos alimenticios de la población y la exposición de los trabajadores a riesgos por insalubridad ambiental. Estas causas de enfermedad y muerte no llaman la atención del Ministerio de Salud.

Se considera que en Bolivia, el 58.6% de la población es pobre, pero existen grandes diferencias entre área urbana y rural. En la primera, la pobreza afecta al 39%, en tanto que en el área rural se eleva hasta el 90.8%. Esta parte considerable de la población tiene insatisfechas sus necesidades esenciales al no contar con acceso adecuado a los servicios e insumos básicos, educación, salud y/o vivienda.

Los servicios de salud del Estado han sido clasificados por niveles de atención de acuerdo a la ubicación geográfica. Se han instalado servicios de mayor complejidad y resolución, con tecnología de alto costo y recursos humanos más calificados en las ciudades capitales de los departamentos donde reside la población mestiza castellano parlante. En las zonas intermedias, entre las urbes y las comunidades originarias con población bilingüe (castellana/nati-

Cuadro 10

Niveles de pobreza	59%
Nivel de pobreza Bolivia	90,8%
Nivel de pobreza rural	39%
Nivel de pobreza urbana	884 \$US
Producto per cápita anual (2002)	37,73
Población sin acceso a agua por cañería Bolivia % (2001)	17,07
Población sin acceso a agua por cañería urbana %	70,37
Población sin acceso a agua por cañería rural %	36,72
Población sin servicio sanitario Bolivia %	17,64
Población sin servicio sanitario área urbana %	66,86
Población sin servicio sanitario área rural %	93
Hogares sin acceso energía eléctrica área rural %	83
Viviendas con espacio insuficiente y construcción con materiales inadecuados %	

Cuadro 11

Nº DE CAMAS SEGÚN TIPO DE ESTABLECIMIENTO

	1999	2000	2001	2002	2003	2004 (p)
Puesto de Salud	493	503	515	552	571	573 *
Centro de Salud	2,508	2,543	2,614	2,673	2,788	3,089 *
Hospital Básico	3,190	3,190	3,262	3,350	3,625	3,505
Hospital General	3,549	3,549	3,549	3,549	3,653	3,645
Instituto Especializado	1,827	1,827	1,827	1,827	1,827	1,762
BOLIVIA	11,567	11,612	11,767	11,951	12,464	12,574

Fuente: MSD. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (p): Preliminar

* Camas transitorias mientras los usuarios son transferidos a un hospital de referencia.

Cuadro 12

HABITANTES POR CAMAS HOSPITALARIAS

	1999	2000	2001	2002	2003	2004 (p)
CAMAS HOSPITALARIAS	8566	8,566	8,638	8,726	9,105	8,912
Habitantes por Cama Hospitalaria	961	984	998	1,011	991	1035

Fuente: MSD, INE (p): Preliminar

va), se han dispuesto servicios con recursos humanos escasos y tecnología precaria. En los lugares donde residen los pueblos indígenas y originarios de habla nativa, no existen servicios de salud ni profesionales de la medicina oficial; en el mejor de los casos, se encuentra personal con escasa formación (auxiliares de enfermería o promotores de salud), desprovistos de infraestructura y recursos materiales para prestar las atenciones requeridas o transportar a los usuarios a centros de referencia. Sin embargo las estadísticas oficiales muestran datos agregados que no reflejan la real discriminación en salud.

Existen también diferencias marcadas entre los servicios del Estado y la Seguridad Social. Esta última cuenta con mayor cantidad de recursos humanos e infraestructura; sus servicios están ubicados en las zonas urbanas y peri urbanas.

Cuadro 13
RAZONES DE PERSONAL POR 10.000 HABITANTES - 2001

SUBSECTOR PÚBLICO		SUBSECTOR SEGURIDAD SOCIAL	
MÉDICOS	3.2	MÉDICOS	14.67
ODONTÓLOGOS	0.44	ODONTÓLOGOS	0.65
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA	1.6	LICENCIADAS EN ENFERMERÍA	6.02
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	4.7	AUXILIARES DE ENFERMERÍA	10.93

Fuente: MSD.

Cuadro 14
PROPORCIÓN RECURSOS HUMANOS
SUBSECTOR SEGURIDAD SOCIAL - 2001

CATEGORÍA DE PERSONAL	Nº	%
TOTAL	13.197	100.00
PROFESIONALES	5.441	41.23
TÉCNICOS EN SALUD	478	3.62
AUXILIARES EN SALUD	2.338	17.72
ADMINISTRATIVOS	2.926	22.17
SERVICIO	2.014	15.26

Fuente: MSD.

La conflictividad por estas desigualdades está siendo representada por los movimientos sociales que reclaman por fuentes de trabajo y acceso a servicios de educación y salud. Sin embargo, su principal preocupación en los últimos tiempos, es la recuperación de las empresas de explotación de gas natural y otros recursos naturales que han sido capitalizadas (privatizadas), por empresas transnacionales y la realización de la Asamblea Constituyente para reestructurar el país y solucionar los problemas de la tenencia de la tierra.

No existen movimientos sociales que luchen exclusivamente por el derecho a la salud. Las organizaciones de los/as profesionales (médicos, enfermeras, odontólogos, etc.), sólo reivindican sus intereses económicos de gremio. Lo mismo sucede con las organizaciones de trabajadores de la salud (administrativos, manuales y auxiliares de enfermería), que realizan huelgas frecuentes por sus intereses económicos.

El Diálogo Nacional de Salud de la Sociedad Civil, realizado en abril del presente año, con asistencia de representantes de las comunidades campesinas e indígenas y otras organizaciones sociales, ha firmado un acuerdo para trabajar conjuntamente por la defensa del derecho a la salud de la población excluida, pero no se ha constituido un organismo que articule estas demandas.

El periodo preelectoral que se ha iniciado marcará la agenda de los posibles candidatos presidenciales y en ella se incluirá seguramente, la problemática de la salud. Existen esperanzas que los movimientos sociales converjan en un frente sólido para contrarrestar a los partidos tradicionales y puedan lograr los cambios que la sociedad desea.

Estudios de caso

Caso de hemodiálisis

El ciudadano Davor Arcos, de 23 años de edad, afiliado a la Caja Nacional de Salud (CNS), sufría de insuficiencia renal crónica terminal. A petición de los médicos especialistas del Hospital Obrero N° 2 de la CNS, el 4 de julio de 2003, la Junta Médica acordó otorgarle hemodiálisis a la brevedad posible, y se programó una operación de transplante con donante vivo para el 22 de julio de 2003.

El 10 de julio, la Comisión Regional de Prestaciones de la CNS, dispuso la improcedencia del ingreso al programa de hemodiálisis de Davor Arcos, sin ningún fundamento médico legal. Se le negaba la atención por aspectos administrativos, como un supuesto incumplimiento de requisitos por parte de la empresa empleadora, cuya responsabilidad no es del asegurado sino del empleador; siendo además administrativamente subsanables, por lo que de ningún modo podía afectar los derechos del asegurado. Al negarle el tratamiento de hemodiálisis y la operación programada se había puesto en peligro su vida.

Este caso fue presentado por el Defensor del Pueblo ante la Comisión Nacional de Prestaciones de la CNS y ante el Tribunal Constitucional de la Nación, por las graves consecuencias que implicaba la negación del tratamiento de hemodiálisis a Davor Arcos, conculcándose de este modo su derecho a la vida, a la salud y a la seguridad social, pues el tratamiento sugerido por la Junta Médica tenía por objeto evitar el deterioro de su salud mientras pudiera ser sometido a una operación de transplante renal.

El Tribunal Constitucional, determinó que la Comisión de Prestaciones de la CNS carece de competencia para determinar la existencia de infracciones a las normas que rigen la materia, sea por parte de los empleadores o asegurados, imponiendo ipso facto como sanción la suspensión de las prestaciones a que tiene derecho un asegurado, como se lo había hecho en este caso, máxime si al efecto existen las instancias correspondientes y un procedimiento

especial a seguir previsto por el Título VI, Capítulo I del Reglamento del Código de Seguridad Social.

Mediante las gestiones del Defensor del Pueblo, el Tribunal Constitucional aprueba la Resolución de 13 de agosto de 2003, para que la CNS continúe otorgando la atención médica, hospitalaria, quirúrgica y las prestaciones que Dabor Arcos requiera para preservar su vida y su salud, en tanto se resuelva el trámite administrativo correspondiente.

Casos de inamovilidad de servidoras públicas embarazadas

Carmen Encinas ingresó a prestar servicios en el Senado Nacional el 20 de agosto de 1997 y en octubre de 2001 fue designada Jefa de la División de Archivo. En febrero de 2003, quedó en estado de gravidez y fue destituida de su cargo, ignorando la protección legal y constitucional de la que goza por su estado de embarazo.

Delia Quispe Mamani fue designada por la autoridad correspondiente como secretaria del Concejo Municipal de Patacamaya, asumiendo dicho cargo en estado de gestación. Debido a su estado el contador del Municipio se negó a afiliarla a la Caja Nacional de Salud.

Al enterarse las autoridades del Municipio que se encontraba embarazada, le entregaron un memorando agradeciendo sus servicios y prescindiendo de sus funciones, en mérito a una evaluación de desempeño que nunca existió. El 24 de febrero de 2003, nació la hija de Delia Quispe Mamani y pese a las reclamaciones verbales y escritas que realizó al responsable de recursos humanos, así como al Alcalde, no recibió respuesta a su pedido de reincorporación. De manera que se encontraba sin trabajo y sin atención médica.

Estos dos casos fueron representados por el Defensor del Pueblo ante el Tribunal Constitucional logrando la restitución de sus trabajos a las dos mujeres nombradas.

Defensor del pueblo. República de Bolivia, 2003.

Actuación de organismos internacionales

El Ministerio de Salud y Deportes mantiene relaciones de trabajo con un conjunto de instituciones financieras, organismos internacionales, agencias de cooperación, ONG e iglesias, que apoyan o desarrollan proyectos en el área de salud. Entre las principales se encuentran las expuestas en el Cuadro 15.

No se cuenta con datos sobre el monto de la deuda externa destinada al sector de la salud; como tampoco de los ingresos de la cooperación internacional. Se conoce que los créditos han sido empleados para financiar las continuas reformas a la estructura del Ministerio de Salud y Deporte, a la burocracia administrativa, a encuentros nacionales e internacionales, estudios y asesoramiento de consultores nacionales e internacionales, así como a capacitación del personal de salud para la aplicación de los diferentes programas del MSD.

El Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos ha sido rechazado por algunas organizaciones sociales. Existen ONG que movilizan a la población para impedir este tratado. Se conoce que el Gobierno continúa intentando hacerlo efectivo, pero aún no se conocen resultados oficiales.

El escenario futuro es incierto por la crisis política que vive el país; la solución dependerá de los actores sociales que tomen el poder en las próximas elecciones generales y las medidas económicas que determinen.

Cuadro 15
ORGANISMOS DE COOPERACIÓN

INSTITUCIONES FINANCIERAS MULTILATERALES	ORGANISMOS INTERNACIONALES	AGENCIAS DE COOPERACIÓN
Banco Interamericano de Desarrollo Banco Mundial Fondo Nórdico para el Desarrollo	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Fondo de las Naciones Unidas para la Población Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Programa Mundial de Alimentos Comisión de la Comunidad Europea	GTZ - Alemania CTB – Bélgica ABC – Brasil ACDI – Canadá AECI – España USAI – Estados Unidos JICA – Japón DFID – Reino Unido

Fuente: MSD.

Cuadro 16
COMPOSICIÓN DEL FINANCIAMIENTO PARA SALUD POR FUENTES

	1997	2000
DONACIÓN	14 %	28%
CRÉDITO	80 %	62 %
TESORO GENERAL DE LA NACIÓN	28 %	30 %

Fuente: MSD.

BIBLIOGRAFÍA

- CENTRO DE DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES. 1998. *De necesidades a derechos. Reconociendo el derecho a la salud del Ecuador*. Génesis. Quito-Ecuador.
- FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. 2004. *Estado Mundial de la Infancia*.
- FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. 1991. *Estado Mundial de la Infancia*.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2004. *Política Nacional de Salud*. La Paz-Bolivia.
- MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL. 2003. *Política Nacional de Salud*. La Paz-Bolivia.
- PAREDES HERNÁNDEZ, Natalia. 2003. *Derecho a la Salud. Situación en Colombia*. Centro de Investigación y Educación Popular. Bogotá-Colombia.
- PLATAFORMA INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS DEMOCRACIA Y DESARROLLO. ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL. 2004. *Derecho a la salud. Situación en países de América Latina*.
- PROVEA. 1998. *La salud como derecho. Marco nacional e internacional de protección del derecho humano a la salud*. Serie Aportes N° 3.

DIREITO À SAÚDE NO BRASIL 2004

*Eleonora Menicucci de Oliveira
Plataforma DHESC - Brasil*

Contexto econômico, político e social

O Brasil é um país conhecido por suas enormes riquezas naturais, culturais e até mesmo tecnológicas, ocupando atualmente a décima primeira posição na economia do mundo. Apesar disso, conta com uma enorme dívida em matéria de respeito aos direitos humanos como um todo, e em particular em relação aos direitos humanos econômicos, sociais e culturais. Estima-se que 50 milhões de brasileiros vivam na linha abaixo da pobreza. Do ponto de vista formal, o país conta com uma Constituição das mais avançadas do mundo, leis extremamente favoráveis aos direitos humanos, dois programas nacionais de direitos humanos (o primeiro, de 1996, mais relacionado a direitos humanos civis e políticos; o segundo, de 2002, mais relacionado a direitos humanos econômicos, sociais e culturais).

O quadro de desigualdades econômicas e sociais que caracteriza a sociedade brasileira tem expressão na área da Saúde, tanto nos quadros epidemiológicos como nas condições de acesso às ações e serviços.

A situação de emprego-desemprego e renda que persiste em 2000, expressa uma retração na oferta de postos de trabalho, decorrentes de condições estruturais relacionadas às mudanças tecnológicas dos processos produtivos, mas, sobretudo, de fatores recessivos associados às políticas neoliberais de ajuste econômico: juros elevadíssimos, baixa prioridade à expansão do mercado interno, baixa remuneração do trabalho assalariado e crescimento do trabalho informal, com precarização das relações de trabalho, sobretudo da mão de obra feminina. (CNS 2002)

Marco jurídico e constitucional do direito a saúde

- Marcos conceituais: Saúde direito de tod@s dever do estado;
- Saúde bem estar físico, psíquico, social respeitando as diferenças das pessoas;
- Participação e controle social
- Integralidade, universalidade equidade no direito à saúde
- Marcos Legais;
- Constituição da República Federativa do Brasil;
- Documentação produzida pela OPAS e OMS;
- Documentação produzida nas Conferências Nacionais de Saúde, sobretudo na 11

- Conferência Nacional de Saúde que teve como eixos temáticos: avaliação do serviços de saúde sob a ótica do acesso, da qualidade e da humanização do atendimento com controle social;
- Documentos produzidos pelas conferências da ONU (População, Mulheres; Criança e Adolescente, Meio Ambiente, Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, Direitos Humanos entre outras);
- Documentos Produzidos pela I Conferência Nacional de Saúde e Direitos das Mulheres(1986); Conferência Nacional de Mulheres (2004);Documento de Política Nacional de Saúde da População Negra, elaborado pela OPAS-Brasil (2002).
- Princípios do Sistema Único de Saúde ; Integralidade, equidade, universalidade

Condições atuais da Saúde no Brasil¹

O Sistema Único de Saúde:

- Na década de 70 o sistema público de saúde era organizado segundo o modelo médico-assistencial, ligado a previdência social, que beneficiava somente os trabalhadores e seus familiares com vínculo empregatício, isto é, que tinham seus direitos trabalhistas reconhecidos em lei.
- Com a mudança política vivida pelo Brasil na década de 80, profissionais da área de saúde e organizações populares dão início ao movimento, que visava construir um sistema de saúde com características mais democráticas. Em 1986, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de discutir mudanças na estrutura e na política de saúde do país. Surge a Reforma Sanitária.
- Em 1988, com a reforma da Constituição Federal ,a saúde passa a ser um direito de todos, responsabilidade do Estado. A nova Constituição adota as deliberações da Reforma Sanitária e cria o Sistema Único de Saúde, regulamentando-o em 1990.

O SUS é uma política pública, que visa garantir assistência integral e complementar gratuita para toda a população. E está sustentado nos princípios da universalização, integralidade , eqüidade, descentralização da gestão, hierarquização dos serviços e controle social. Sua implantação pressupõe também a reordenação das práticas sanitárias e, em conseqüência, a transformação do modelo assistencial e da organização dos serviços. Operando a partir de uma rede descentralizada com divisão de competências ao nível nacional, estadual e municipal.

O SUS possui 56.642 unidades ambulatoriais que realiza em média 350 milhões de atendimento ao ano. Esta assistência estende-se da atenção básica até os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade.

1 "O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes". Ministério da Saúde, Conselho Nacional de saúde, Brasília/ DF, 2002. Série B. Textos básicos de Saúde./ RADIS Comunicação em Saúde, n. 3 FIOCRUZ, RJ: out.2002./Sistema Público de Saúde Brasileiro. Ministério da Saúde. Brasília/DF: ago.2002.

- O Financiamento do Sistema é uma responsabilidade comum dos três níveis de Governo. Os recursos federais que correspondem, a mais de 70% do total, progressivamente vêm sendo repassados a estados e municípios, por transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais.
- Condições socio sanitárias
- No Brasil, persistem importantes bolsões de fome e miséria, bem como cresce a violência no campo e na cidade.
- Falta políticas governamentais de expansão da infra-estrutura como saneamento básico e é grave a degradação ambiental.
- Ameaças permanentes de surtos epidêmicos e relevantes endemias crônicas.
- Permanência de distorções e carências nos níveis de assistência, apesar da expansão dos serviços municipais de saúde em algumas regiões do país. Maior concentração dos gastos públicos nas regiões sul e sudeste do país para a manutenção de unidades hospitalares (assistência).

Avanços alcançados:

- Gestão descentralizada do sistema de saúde.
- Criação e desenvolvimento de fundos de saúde municipal, estadual e federal, com modalidade de repasse fundo a fundo (do federal/nacional para o estadual e deste para os municipais).
- Criação e funcionamento de conselhos de saúde nas três esferas de governo, para o exercício do controle social e gestão participativa.
- Aumento da cobertura de serviços em todos os níveis de complexidade com ênfase especial na atenção básica a saúde através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família (PSF).
- Na área da saúde integral da mulher, houve um aumento dos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual (35 serviços ao todo no Brasil).
- Destinação de recursos para a prevenção e assistência na área de DST/AIDS. Nesta área, a eficácia dos medicamentos que embora estejam disponíveis para todos os usuários, evidencia uma desigualdade social muito perversa, isto é, os medicamentos para aqueles que têm condições sociais melhores produzem um efeito, e para aqueles que vivem em condições sociais piores têm outro efeito.
- Criação do sistema nacional de vigilância sanitária, em 1999, para promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços de interesse à saúde submetidos à vigilância sanitária.

- No que se refere a Saúde das populações indígenas, desde de 1999, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), assumiu a responsabilidade de prover atendimento integral à saúde dos Povos Indígenas, articulado com o Sistema Único de Saúde. E recentemente ampliou este procedimento para as comunidades quilombolas – remanescentes de quilombos.
- Implantação do Programa de Medicamentos Genéricos.

Indicadores sobre estado de saúde da população

Indicadores básicos de natalidade:

Redução da fecundidade: a taxa caiu de 2,7 para 2,4 filhos por mulher, de 1992 para 2001. A taxa bruta de natalidade também caiu: em 1992 houve 23 nascimentos por mil habitantes e, em 2001, 20,9 nasc. por mil habitantes.

Indicadores básicos de esperança de vida ao nascer:

Ao nascer, a esperança de vida feminina é de 74,9 anos de idade, os homens, até os 67,3 anos de idade. (IBGE-2002)

As cinco principais causas gerais de morbidade e mortalidade por idade e sexo (destacando a morbimortalidade infantil e materna):

Óbitos por Ocorrência - Capítulo CID-10	
Sexo: Feminino - Período: 2002	
IX. Doenças do aparelho circulatório	57.511
II. Neoplasias (tumores)	20.808
X. Doenças do aparelho respiratório	19.319
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	12.987
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	10.760
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	8.419

Fonte: MS/SVS/DASIS - SIM

Óbitos por Ocorrência – Capítulo CID-10	
Sexo: Masculino - Período: 2002	
IX. Doenças do aparelho circulatório	82.770
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	69.616
II. Neoplasias (tumores)	36.613
X. Doenças do aparelho respiratório	30.337
XI. Doenças do aparelho digestivo	17.174

Fonte: MS/SVS/DASIS - SIM

% de óbitos por Ano segundo Grupo de Causas Faixa Etária: Menor 1 ano- Período: 2001	
Afecções originadas no período perinatal	61,38
Doenças infecciosas e parasitárias	8,46
Doenças do aparelho respiratório	7,54
Causas externas	1,92
Doenças do aparelho circulatório	0,94
Outros	19,46

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – SIM

Queda da mortalidade: em 1992 a razão era de 7,5 óbitos para cada mil habitantes e em 2001, 6,9 óbitos por mil.

Queda da mortalidade infantil: a participação de óbitos de menores de 1 ano de idade no total de óbitos registrados caiu de 9,7%, em 1992, para 5%, em 2001. Registrados 27,43 óbitos por mil nascidos vivos (< 1 ano), em 2001.

Segundo dados do Ministério da Saúde, as mortes maternas são responsáveis por 6% dos óbitos de mulheres entre 10 a 49 anos, e está entre as 10 primeiras causas de morte da população no Brasil. “Estima-se que ocorram, anualmente, em torno de 8000 óbitos de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, variando largamente os coeficientes entre os diversos Estados e Regiões. As principais causas de morte materna que afetam diretamente as mulheres são as síndromes hipertensivas, as hemorragias, as infecções puerperais e as complicações decorrentes de aborto. Estas contribuem com o percentual de 66% das referidas mortes.

Cobertura Vacinal:

DPT	Sarampo	Poliomielite	BCG	Hepatite b	<i>Haemophilus B</i>
95,64%	93,29%	97%	100%	88,78%	37,83%

Indicador de atenção primária em saúde:

Até agosto de 2004 estavam cadastradas 25.388.174 famílias nos programas de atenção básica em saúde.

Indicadores de funcionamento do sistema de saúde

Número e tipo de estabelecimentos de saúde por habitante

Dos 55.226 estabelecimentos de saúde contabilizados na Pesquisa *Assistência Médico-Sanitária* do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 1999, 38% deles estavam situados na região sudeste. Sendo que 14% destes possuem internação, 73% não possuem internação e, 13% estão voltados para o diagnóstico e terapia.

Número de leitos por habitante:

Em 2001 o quadro dos leitos era de 486 mil leitos em hospitais vinculados ao SUS – 2,8 por mil habitantes. Do total, 65% estão em hospitais da rede privada, 26% da pública e 9% da universitária. “A oferta de leitos, por mil habitantes, é maior no centro-sul, com valores mais elevados na Região Centro-Oeste (3,3 leitos), com destaque para Goiás (4,3). O valor mais baixo é da Região Norte (1,9), sendo que a menor oferta ocorre no Amazonas (1,6). Verifica-se tendência de maior disponibilidade nas capitais dos Estados, com exceção de Palmas, Rio de Janeiro, São Paulo e Campo Grande, com coeficientes abaixo das respectivas médias estaduais.”

Sobre a distribuição dos leitos, os dados do IBGE indicam a manutenção do predomínio do setor privado na oferta de leitos (70%), sendo que boa parte destes está disponível aos pacientes do SUS. A rede privada está concentrada nas Regiões Sul e Sudeste, com, respectivamente, 80% e 74% do total de leitos destas áreas. Já os leitos de UTI do SUS somam 11 mil, metade está em hospitais privados, 27% em universitários e 23% em públicos. A distribuição dos leitos por região, mostra o relação da desigualdade social na saúde, uma vez que a concentração se dá nas regiões mais ricas do país.

Número de médicos, enfermeiras, dentistas e promotores da saúde por habitante

- médico: 2,1 médico/ mil habitantes (IDB-2002)
- enfermeira: 0,5 enfermeiro/ mil habitantes – (IDB-2002)
- dentista: 1,0 dentista/ mil habitantes – (IDB-2002)
- promotor de saúde: 2,9 téc. e aux. enf./ mil habitantes – (IDB-2002)

Número e tipo de programas nacionais de promoção e prevenção em saúde

19 programas: Banco de preços em Saúde-Aids; Bancos de Leite Humano; Bolsa Alimentação; Brasil Sorridente; Cartão Nacional de Saúde; Doe vida. Doe Órgãos; Farmácia Popular; HumanizaSUS; Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer; Programa De Volta Para Casa; Programa Etnodesenvolvimento das Sociedades Indígenas; Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher ; Programa Saúde da Família; Projeto Expande; QualiSUS; REFORSUS; SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Sistema de Informação da Atenção Básica.

Número e proporção da população que não tem garantia de atenção em saúde

A PNAD 98 apontou importantes problemas de acesso aos serviços de saúde no País, estima-se que um terço da população não tenha acesso a um serviço de saúde de uso regular.

75,5% da população não possuem plano de saúde privado, 18,3% plano de empresas privadas, 6,1% plano de assistência ao servidor público.

Conflitualidade social em torno ao direito à saúde : iniciativas existentes a favor ou contra ao direito à saúde: iniciativas de exigibilidade e mobilização social

Um das principais iniciativas é a reafirmação pelos movimentos sociais, organizações e redes, da saúde como um direito que deve ser garantido pelo Estado, a exemplo dos resultados da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003) e da campanha permanente de valorização do SUS. Recentemente os movimentos sociais se mobilizaram para a manutenção da vinculação orçamentária dos recursos para a Saúde.

Outra iniciativa importante foi a realização do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra (2004).

Estudo de caso

Escolheu-se um estudo de caso trabalhado pela relatoria de saúde Dhesc, referente as mortes de mulheres por aborto, considerado uma das maiores e inaceitáveis violações dos direitos humanos:

- Morte por Aborto Inseguro em Fortaleza - Ceará

A Relatoria do Direito Humano à Saúde recebeu, denúncia sobre a morte provocada por aborto de uma mulher, Francisca Elizabeth, 32 anos, que residia em Fortaleza, Ceará. Francisca Elizabeth Gomes Soares, 32 anos, mãe de uma filha de oito anos, engravidou em março do corrente ano e faleceu com septicemia aguda em 23/7/2004, após 12 dias internada na CTI do Hospital Geral de Fortaleza. Ela recorreu a Maria Amora, parteira e auxiliar de enfermagem para fazer o aborto. Pagou Maria Amora pela colocação de sonda para posteriormente completar o aborto. Após dois dias, com a sonda, Francisca Elizabeth foi para casa de Maria Amora para completar o aborto e retornar para casa no mesmo dia.

Nos dias subseqüentes, 9 a 11/7/2004, Francisca Elizabeth ficou abrigada na casa de Maria Amora, passando a maior parte do tempo sedada, recebendo visita periódica de sua mãe. Maria Amora informou a Fátima Gomes, mãe de Francisca que ela estava bem de saúde, devendo somente repousar sob os seus cuidados até poder ir embora. Ela também pediu a Fátima que trouxesse mais R\$ 200,00 (duzentos reais) para que pudesse repor as ampolas de anestesia utilizada em Francisca, que usou mais do que o previsto. Além de solicitar que deixasse a documentação de Francisca e roupas para que ela pudesse ir para casa documentada e com outra roupa. A mãe levou roupas, carteira de identidade e R\$ 20,00 (vinte reais) que dispunha em casa.

No dia 12/7/2004, Fátima foi visitá-la e recebeu a notícia de que a filha havia sido internada no Hospital Geral. Ela foi levada por Maria Amora para um hospital em Maracanaú,

região metropolitana de Fortaleza e lá foi transferida como indigente para o Hospital Geral de Fortaleza. Ao ser localizada na referida unidade hospitalar, a irmã de Francisca ofereceu as informações para a constituição do seu prontuário e deram acompanhamento a Francisca até a sua morte.

Maria Amora teve sua prisão decretada e até o momento da visita estava presa preventivamente. Quanto ao inquérito policial, este está tramitando no 3º Distrito, já foi distribuído para o 3º Tribunal do Júri e o caso vai a julgamento. Maria Amora, apesar de já estar presa, teve seu pedido de prisão temporário renovado e a prisão preventiva decretada. E Francisca veio a falecer com septicemia grave. O relatório do chefe do CTI para a delegacia de polícia informou que ela teve vários órgãos perfurados.

Em visita a direção do Hospital fomos recebidos pelo diretor técnico que se colocou a disposição para dar as informações pertinentes ao caso, mas não foi possível conversar com a equipe, especialmente com o chefe da obstetrícia, que pelo telefone nos informou que realiza entre 3 a 4 curetagens dia. O que indica, aproximadamente, 120 curetagens/mês.

Globalização e saúde

Como caso emblemático, surge a necessidade de aprofundar a discussão nos processos internacionais de defesa de direitos humanos e relações comerciais sobre a quebra das patentes, principalmente no que se refere as doenças endêmicas (Malária, Tuberculose e Hanseníase) e as pandemias, a exemplo da HIV/AIDS.

Cenário futuro

Dificuldades encontradas quanto a:

A construção da Equidade é a nosso ver, um dos maiores desafios do SUS -consiste basicamente em investir no acesso aos grupos e pessoas diferentes, garantindo o direito à diferença com acesso diferente , tanto ao serviço quanto na qualidade da assistência. Precedente aos demais por se constituir no princípio e no objetivo estratégico central que perpassa os outros desafios, tornando-se estratégia para a Universalidade e aumento da eficácia do sistema, impondo como prioritário o pleno exercício do controle social .

Acesso:

- Existência anacrônica de dois sistemas de saúde funcionando: o público e o privado. Serviços privados conveniados com o SUS, sendo, alguns deles quase que totalmente financiados pelos recursos públicos, enquanto outros serviços públicos são na prática terceirizados pela “famosa” porta dupla, ou seja, no mesmo prédio público convivem dois serviços com portas de acesso diferenciadas de acordo com o poder econômico d@s usuári@s. Esse quadro se por um lado evidencia a discriminação

no acesso, por outro explicita o exercício da violação dos direitos humanos à saúde, previsto constitucionalmente e regulamentado pela Lei 8080/90.

- Falta de cobertura pública para atenção básica a saúde, com destaque para o pré-natal e parto. Não implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM. Os serviços de urgência e emergência acabam por constituir a porta de entrada do sistema de saúde. Falta de acesso a medicamentos gratuitos pelo SUS. Falta de política voltada para doenças de cunho étnico/racial, especialmente para a população afrodescendentes.

Controle Social:

Dificuldade e fragilidade para o exercício do controle social por parte dos agentes envolvidos no sistema (usuários/profissionais/gestores), sobretudo pela ambigüidade na questão da representação política nos diferentes conselhos de saúde: municipal, estadual e nacional. Ausência de formação e capacitação d@s conselheir@s. Na maioria das vezes existe por parte do Estado um desrespeito na implementação das decisões tiradas pelos diferentes conselhos de saúde e conferências.

Desafios:

Romper o estigma e a discriminação presentes no atendimento direto a população; Promover política de qualificação dos recursos humanos; Adequar a oferta de serviços ao perfil das necessidades e prioridades da população; Constituir a atenção básica como “porta principal” do sistema de saúde; Implantar os programas e projetos especiais federais que visam promover a universalização do direito a saúde a grupos excluídos, na perspectiva da horizontalidade, isto é, de forma descentralizada, tanto no nível da decisão como da operação; e Reforma tributária que contemple a descentralização da arrecadação destinada à saúde.

Chile:
EL DERECHO
A LA SALUD

Coordinación Alames – Chile

Contexto económico, político y social

En Chile se ha consolidado una economía capitalista con amplia libertad de comercio, basada en la exportación de recursos naturales y que se adapta muy bien al sistema financiero internacional globalizado.

Los beneficiados con el crecimiento económico del país son los núcleos productivos relacionados con la explotación minera del cobre, los servicios, la pesca, el sector forestal y la agricultura moderna. Esta forma de economía ha significado para la población una pésima distribución del ingreso. El 20% más pobre recibe el 3,9% del ingreso nacional, en tanto que el 20% más rico recibe el 56,5% del ingreso (Considerando sólo ingresos autónomos, tomado de Mldeplan 2003).

Por otra parte, las grandes empresas han concentrado esfuerzos en reducir los costos de reproducción de la fuerza de trabajo, adoptando nuevas tecnologías y externalizando los contratos laborales.

Así, aunque el 94% de las ventas corresponde a las grandes empresas, se tiene que el 83% de la fuerza laboral pertenece a la pequeña y medianas empresas. Según la OIT, en Chile existe un 35% de trabajadores sin contrato o con trabajos temporales, y además un 70% con empleo regular pero precario debido a la manipulación de los sistemas de ingreso, de los trabajos contratos de trabajo y previsión social, hechos que provocan inestabilidad ocupacional y un debilitamiento de la organización sindical. Todo lo anterior, sumado al fenómeno de mercantilización de las políticas sociales, a raíz de las cuales, la seguridad social, la salud y la educación se han convertido en atractivas áreas de acumulación privada, ha amplificado el panorama de inequidades en Chile.

El patrón productivo tiene escasa integración con la totalidad del sistema económico y a causa de ello, el país está pagando un gran costo ambiental.

El gobierno de la Concertación ha tratado de mantener la imagen de un capitalismo con rostro humano, moviéndose con mucha cautela entre las transformaciones heredadas del gobierno militar y su deseo de implementar estrategias destinadas a disminuir las inequidades del modelo económico imperante; pero lo que se ha conseguido es mantener la política social del *estado subsidiario* destinados a los mas pobres.

Sus acciones han sido: una reforma tributaria de carácter mixto (progresivo y regresivo a la vez); negociaciones tripartitas: fijación de un salario mínimo; reforma laboral de carácter liberalizante, expansiones presupuestarias en salud y educación, que no alcanzan los niveles históricos que el país tuvo en esas áreas.

El resultado es un frágil equilibrio estructural que el gobierno defiende con energía, en el que las estrategias formuladas contra las inequidades, han logrado efectos *nominales* más

bien que concretos. Este aparente equilibrio parece marchar progresivamente hacia un incremento de las desigualdades, por ensanchamiento de la brecha existente entre la acumulación de riqueza corporativa y el deterioro de las condiciones laborales que se extiende a otros muchos aspectos de la vida social.

En un contexto mundial de abogacía por mejorar y potenciar la participación ciudadana, Chile no ha sido la excepción. A partir del año 2000, se formula el Instructivo sobre Participación Ciudadana, con el objetivo de "crear canales y mecanismos eficaces que permitan a las personas y grupos organizados de nuestra sociedad, conocer, involucrarse y participar del proceso de elaboración y aplicación de los diversos Programas y Acciones gubernamentales destinados a beneficiar a los ciudadanos y comunidades". A pesar de este esfuerzo, y según el último informe del PNUD Chile 2004, un 49% de las personas menciona como principales desafíos de los líderes políticos y económicos, el "conocer mejor las necesidades de la gente", y un 14% menciona el "incentivar la participación de la gente", ambos aspectos están muy relacionados con el hecho de escuchar a la sociedad civil, y crear los canales propicios para que se generen procesos de participación ciudadana.

A esto se agregan los resultados de un estudio elaborado conjuntamente por Corporación PARTICIPA y ADIMARK, en el cual se menciona que Chile "destaca por presentar mayor participación social que política. Así, las actividades de beneficencia, religiosas, artísticas, culturales y deportivas son las que más convocan, en tanto que aquellas asociadas a la participación política, como participar (...) en una ONG, sindicatos, actividades de gestión pública, etc. tienen muy bajo nivel de participación". Esto implica que las actividades destinadas a involucrar a las personas con los temas que las afectan diariamente se encuentran debilitadas o son inexistentes. Se puede decir que la participación es percibida como la posibilidad de realizar actividades voluntarias, o como una forma de pertenecer a un grupo, más que un proceso destinado a modificar el estado de cosas o influir en el curso de los acontecimientos (41,8% de los encuestados piensa que participar, es pertenecer a algún grupo, un 29% piensa que la participación se relaciona con ayudar, y sólo un 7% de los encuestados piensa que participar, es involucrarse, comprometerse y actuar). A esto se agrega que el año 2003, sólo un 4,3% de los encuestados/as participó en algún comité o consejo consultivo de algún ministerio o servicio público, y en el año 2004, sólo un 2,3% participó en alguna actividad de gestión pública, control y fiscalización de política pública del país, región o comuna. Esto quiere decir, que ni siquiera los espacios de participación consultivos existentes a nivel público están siendo utilizados por la ciudadanía, para incidir en la toma de decisiones en los distintos ámbitos (nacional, regional y comunal). Esta tendencia se reproduce en todos los ministerios y servicios públicos, y salud, no es la excepción.

Descripción del marco jurídico y constitucional del derecho a la salud

La Constitución de 1980 (impuesta por la dictadura militar) en su artículo 19, N° 9 "asegura a todas las personas el derecho a la protección a 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 el 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 podría establecer cotizaciones obligatorias.
- Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado

Según reza en el artículo 12 N°1 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, del cual Chile es mandatario: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, y para asegurar la efectividad de ese derecho, ordena en el mismo artículo 12 N°2 Lit. d): “La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

Cabe tener presente que la Constitución consagra una concepción instrumental del Estado, asignándole a éste un fin determinado, disponiendo en su Art. 1° Inc.4° que: “El Estado está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el Bien Común, por lo cual debe contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible, con pleno respeto a los derechos y garantías que esta Constitución establece”.

Según se ordena en el inciso segundo del Art.5° de la Carta Fundamental, es deber de todos los órganos del estado respetar y promover—esto es, procurar su logro efectivo—los derechos garantizados por ella, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile, que se encuentren vigentes.

Así, de la constelación de normas precitada, surge evidente el deber de todos los órganos estatales, de respetar y promover, efectivamente, el derecho a la protección a la salud que tienen las personas

En síntesis, la Constitución no garantiza a la población el derecho universal e igualitario a acceder a servicios de salud bajo responsabilidad del Estado. Todo se reduce a asegurar el derecho a disponer del acceso a servicios públicos o privados, lo que queda sujeto a una supuesta libre decisión de elección por parte de cada persona en particular.

El mandato de tratados internacionales permitiría plantear una modificación a la Constitución que haga posible instalar el efectivo derecho a la salud bajo responsabilidad del Estado.

Descripción del sistema de salud chileno

El gobierno militar instaló las bases de una reforma radical del sistema de salud y de la seguridad social en los años 80. Se le asigna al mercado un rol central en el aseguramiento y en la provisión de atención médica (creación de las Administradoras de Fondos de Pensiones AFP y de las Instituciones de Salud Provisional - ISAPRES).

Hacia fines de los años 90, en los albores del retorno a la democracia, se encontraba en pleno desarrollo la privatización de la salud y seguridad social con el consecuente avanzado desmantelamiento del sector público (el Servicio Nacional de Salud creado en 1952 había sido ejemplo reconocido de sistema solidario técnica y financieramente eficiente y de gran impacto en la situación de la salud pública).

Los primeros 2 gobiernos de la Concertación, aparte de asignar mayores recursos al debilitado sector público, no introducen mayores cambios al modelo heredado de la dictadura.

El tercer gobierno de la Concertación, con Ricardo Lagos a la cabeza, propuso generar una gran reforma de carácter solidario para eliminar los intolerables niveles de inequidad en salud, para lo cual se planteó crear un Fondo Único Solidario para financiar la salud, lo que en la práctica significaba que las Isapre dejarían de existir tal como se las creó en 1980, bajo el régimen militar. Sin embargo ese proyecto se desechó y la reforma quedó transformada en un conjunto de cinco proyectos de ley que dan cuenta de transformaciones administrativas y financieras, sin llegar a constituirse en una *reforma* sanitaria real.

Un aspecto central del proceso de construcción de la reforma es la escasa participación que se dio a los diferentes actores socio políticos involucrados.

Objetivamente, los fundamentos neoliberales de la reforma se evidencian en:

1. implantación de una canasta básica de prestaciones garantizada (paquete AUGÉ – *Acceso Universal con Garantías Explícitas*) que posterga el resto de las atenciones actualmente cubiertas.
2. avance hacia la autonomía hospitalaria, con competencia en el mercado y búsqueda de autofinanciamiento, lo que lleva a privilegiar las prestaciones más rentables. y condena al desfinanciamiento a aquellos hospitales que atienden a sectores de mayor pobreza.
3. el financiamiento no resuelve la diferenciación de primas por riesgo de los seguros privados y la consecuente discriminación hacia los adultos mayores, mujeres en edad fértil, enfermos y discapacitados, minorías sexuales, etc.
4. se deja una ventana abierta para instaurar un sistema de «subsidio a la demanda o portátil» en salud, que de hacerse realidad, significará un subsidio estatal directo al lucrativo capital especulativo de las Isapre y de los prestadores privados y generará un impacto grave en las condiciones de equidad en el país.

El Sistema de Salud Chileno permanecerá tanto o más segmentado en un subsistema estatal (Sistema Nacional de Servicios de Salud-SNSS + Fondo Nacional de Salud-FONASA y Caja de Fuerzas Armadas) y un subsistema privado (ISAPRE + Mutualidades), con un mayor peso de sectores privados con fines de lucro integrados vertical y horizontalmente (ver cuadro).

El Sistema visto desde la perspectiva de género

Desde la perspectiva de género el modelo ha significado la profundización de la brecha también entre los sexos ya que los problemas de redistribución del ingreso afectan más a las mujeres. Ellas son más pobres respecto de sus pares masculinos, y un tercio de las familias son

Cuadro 1
Características generales de los Subsistema de Salud públicos y privados

Subsistema	Fuentes de financiamiento	Modalidades de entrega	Características Generales
SNSS-FONASA Sistema Nacional de Servicios de Salud – Fondo Nacional de Salud	Estado: aporte fiscal aporte municipal Individuo: cotización 7% del sueldo Copagos	Servicios de Salud Servicios Municipales Libre elección privada Convenios c/privados	Mixto por estructura (modalidad institucional pública más libre elección privada) Solidario Cobertura 70% población
ISAPRE Instituciones de Salud Previsional	Estado: Subsidios cruzados Individuo: cotización 7% del sueldo Prepagos y Copagos	Servicios propios Convenios c/privados Libre elección privada	Privado con fines de lucro No solidario Cobertura 20% población
Fuerzas Armadas	Estado: aporte fiscal Individuo: cotización 7% Copago	Servicios propios Convenio c/privados	Público con población específica Solidario Intrasistema Cobertura 3% de la población
Mutuales (Enfermedades Profesionales y Accidentes Laborales)	Empleador: cotización específica (Estado como empleador)	Servicios propios: mutuales y administración delegada. convenios c/privados y públicos	Privado sin fines de lucro Solidario intra mutual Cobertura 100% trabajadores asalariados
Codelco (Corporación del Cobre)	Estado: como empleador Individuos: 7% cotización del sueldo	Servicios propios Convenios con otros públicos y con privados	Público con población específica Solidario intrasistema Cobertura 100% empleados Codelco
Teletón	Individuos: Beneficencia Copagos	Servicios propios	Privado sin fines de lucro Solidario Cobertura 100% de niños discapacitados físicos.

encabezadas por mujeres. En la actualidad Chile es el país latinoamericano con menor participación laboral de mujeres, con cifras que disminuyen hacia los quintiles de menores ingresos y en áreas rurales. En el ámbito laboral se concentran en ocupaciones del área de servicios y en labores agrícolas en condiciones de riesgo y de trabajo precario (de temporada, exposición a químicos). El desempleo es mayor en las mujeres, concentrándose en los quintiles inferiores. Por otra parte se mantiene una diferencia en el ingreso de las mujeres respecto de los hombres a igualdad de trabajo y nivel educativo, brecha que aumenta en los estratos sociales superiores, alcanzando hasta un 40%.

En relación al sistema de salud, la mayor parte de las mujeres está en el sistema público. En el caso de aquellas que cotizan en el sistema Isapre su aporte del 7%, dados sus salarios más bajos en relación a los hombres, tienen acceso a peores planes de salud, y por esta razón, y además por el hecho de ser mujeres, en función de su capacidad reproductiva, pagan más.

En relación a la Reforma, cuesta analizar desde el punto de vista de género una reforma que verdaderamente no lo es, una reforma que no toca los aspectos fundamentales que debieran ser tocados, sobre todo si los principios orientadores fueran, como esperábamos, la garantía del derecho igualitario y equitativo a la salud.

De manera que podríamos equivocarnos al plantear desde un enfoque de género lo que le falta a esta reforma, cuando en realidad más allá de lo que no tiene, lo que importa es que no es y por ende no podrá ser.

Por esta razón solo cabe reconocer que en la medida en que el sistema valida el modelo actual y la sobrevivencia inalterable de dos sistemas de salud paralelos, uno para ricos y otro para pobres, las mujeres no verán beneficio alguno que desde el sector salud sea capaz de combatir en forma consistente la distribución inequitativa de recursos y riesgos en nuestra sociedad y aminorar sus consecuencias.

Hecho este alcance diremos que el conjunto de leyes aprobadas por el parlamento no contienen miradas que apunten a las diferentes necesidades de salud ni sobre la desigual capacidad de pago de mujeres y hombres. Tampoco hay nada sobre el reconocimiento de la carga y riesgos asociados al cuidado informal que asumen las mujeres, por el contrario, mucho de lo que se espera en el cambio del modelo descansa sobre la posibilidad de instrumentalizar la participación de las mujeres en ese terreno. También diremos que siendo las mujeres las mayores consumidoras de atención en lo preventivo, por sus necesidades específicas, y una vez que sólo está resguardado lo curativo, (que tampoco está garantizado para todas las patologías), el énfasis para las acciones preventivas y promocionales queda claro en el discurso, pero no se evidencia la traducción de estas intenciones en medidas concretas de protección.

Como aspectos positivos es necesario señalar que el Plan Auge ha permitido por lo menos la erradicación de los planes sin útero en las Isapres. También se ha logrado la asignación de recursos para los programas de atención integral en violencia de género en la red de atención primaria, lo cual es un cambio que beneficia a muchas mujeres, en especial pobres.

Es necesario destacar también que en la aplicación de las leyes de la reforma, en especial de la ley de Autoridad Sanitaria, a nivel ministerial se ha definido un proceso de transversalización de género que se deberá aplicar en todos los planes nacionales y regionales de salud.

Por otra parte, el Ministerio de Hacienda ha elaborado una normativa para aprobar proyectos de mejoramiento de la gestión (PMG) a las reparticiones ministeriales incluido el Ministerio de Salud, que define como uno de sus requisitos la incorporación de enfoque de género (PMG de género). Esto ha presionado al sistema en cuanto a su capacidad para formular proyectos que incluyan género, so pena de ver afectados sus presupuestos. Es así como a comienzos de 2005 se capacitó en género a niveles de decisión ministeriales y regionales (1 por cada SEREMI y 1 por cada Servicio de Salud del país) y en estos momentos está en curso una capacitación para equipos de atención primaria que trabajan en atención integral de violencia de género.

Descripción estadística y analítica de la garantía del derecho a la salud de la población

INDICADORES SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

	2000	2001	2002	2003
Población (nº hab.) ¹	15.211.308	15.401.952	15.589.147	15.773.500
Tasa Natalidad (x 1000 hab.) ³	17.2	16.8	16.1	15.6 ²
Esperanza de vida al nacer (años) ²	75.2	75.7	76.0	77.4
Tasa Mortalidad General (x 1000 hab.) ⁴	5.4	5.3	5.2	5.3 ²
Tasa Mortalidad Infantil (x 1000 RNV) ⁴	8.9	8.3	7.8	7.8 ²
Tasa Mortalidad Materna (x 10.000 RNV) ³	1.87	1.74	1.71	1.21
Cobertura vacunación BCG < 1 año % ⁴		98.5		94.7
Cobertura vacunación DPT < 1 año % ⁴		94.0		96.0
Cobertura vacunación sarampión				
< 2 año % ⁵	97	99	99	95.5 ⁴

	2000	2001	2002	2003
Mortalidad (5 primeras causas) ⁴	Sist. Circulatorio (27.9%) Tumores malignos (24.2%) Enf. Respiratorias (10,5%) Causas externas (9,8%) Enf. Digestivas (7,2%)	Sist. Circulatorio (27.7%) Tumores malignos (23.4%) Enfermedades respiratorias (10,4%) Causas Externas (9,3%) Sist. Digestivo (7.8%)	Sist. Circulatorio (27.7%) Tumores malignos (24.6%) Enfermedades respiratorias (9,5%) Causas Externas (9,0%) Sist. Digestivo (7.5%)	Sist. Circulatorio (28.4%) Tumores malignos (23.6%) Enfermedades respiratorias (8.9%) Causas Externas (8.8%) Sist. Digestivo (7.9%)
Morbilidad (5 primeras causas de egresos hospitalarios) ⁴		Embarazo, parto y puerperio (20.9 %) Sist. Digestivo (11.6 %) Sist. respiratorio (11.5 %) Causas Externas (9,5%) Sistema Génitourinario (7.4%)	Embarazo, parto y puerperio (20.5 %) Sist. Digestivo (11.8 %) Sist. respiratorio (10.6 %) Causas Externas (9,8%) Sistema Génitourinario (7.5%)	

Fuentes:

1. Censo 2002
2. Instituto Nacional de Estadísticas
3. Centro Estadísticas Vitales
4. Departamento Estadísticas e Información en salud. MINSAL
5. World Bank

Esta y otras medidas evidentemente no superan la situación de inequidad de fondo, pero mientras se trabaja por espacios para cambios profundos son medidas que deben ser y están siendo seguidas por las instituciones y organizaciones sociales preocupadas por la equidad de género en salud.

Los indicadores ratifican la aseveración de que los resultados sanitarios *promedios* dejan a Chile en uno de los primeros lugares de la región. Claro está que en la mayoría de estos datos se oculta una profunda inequidad al interior del país: por ejemplo la tasa de Mortalidad Infantil en la Comuna de Lonquimay (mayoritariamente de etnia mapuche) fue de 32.2 x 1000 RNV en 2003.

Son muy destacables los altos niveles de cobertura de inmunizaciones alcanzado en menores de un año, lo que se refleja en la muy escasa cantidad de casos nuevos de las enfermedades inmunoprevenibles que se dan año a año. (*El último caso de sarampión notificado correspondió a un caso importado desde Japón en el 2003*).

En cuanto al perfil de mortalidad y morbilidad, Chile muestra el cuadro de la transición epidemiológica clásicamente descrita, sin embargo, y al igual que con los indicadores básicos, las cifras globales esconden la inequidad existente: en los grupos de población más pobre las tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias es mucho más elevada, situación que se repite para los casos de enfermedades del sistema digestivo (cirrosis hepática fundamentalmente).

La red asistencial pública instalada en el país es extensa y en general bien distribuida. Los problemas mayores están en su funcionalidad, la cual en muchos casos es poco adecuada a las necesidades de la población. La red de establecimientos privados (fundamentalmente clínicas con fines de lucro), al contrario, está muy mal distribuida concentrándose en los centros urbanos más poblados. En la red específica de Atención Primaria Pública (municipalizada en su mayoría) se observa que se ha logrado instalar una gran cantidad de dispositivos: desde los menos complejos (postas) hasta los más modernos (Centros de Salud Familiar - CESFAM).

Los principales problemas se encuentran en la cantidad de profesionales y técnicos contratados en el sistema público, además de ser escasos están muy mal distribuidos: la mayor parte de los médicos se desempeña a tiempo parcial en los establecimientos públicos y ejerce liberalmente la profesión en el sector privado; existe un déficit creciente de enfermeras/os en los distintos niveles de atención; los técnicos y auxiliares también presentan déficit sobretodo en la atención cerrada.

Como se observa los programas de salud oficiales están estructurados de acuerdo a grupos específicos de personas (adultos, mujeres, etc.), así como de acuerdo a entidades nosológicas específicas (cáncer, nutrición, etc.). Estos presentan contenidos promocionales, preventivos, curativos y rehabilitadores de la salud. El único programa eminentemente promotor de la salud es el denominado "Vida Chile" el cual se está implementando con grados diferenciales de éxito desde 20002.

El acceso, medido a través de las coberturas en % de población cubierta por cada sistema de salud, marca la existencia de dos grupos de población claramente separada de acuerdo a los niveles de ingresos familiares. Al interior de cada uno de ellos se encuentran diferentes niveles de acceso real a las atenciones de salud: es en el sector privado donde se dan las

**TASAS DE AÑOS DE VIDA POTENCIAL PERDIDOS EN COMUNAS SELECCIONADAS, CHILE.
QUINQUENIO 1994-98**

COMUNA	Región	Tasa AVPP / 1000 hab.
Portezuelo	Bio Bio	161.1
Trehuaco	Bio Bio	157.4
Saavedra	Araucanía	157.1
O'Higgins	Aysen	156.1
Palena	Los Lagos	153.6
La Florida	Metropolitana	66.8
La Reina	Metropolitana	64.8
Las Condes	Metropolitana	59.5
LoBarneschea	Metropolitana	49.7
Vitacura	Metropolitana	47.5

Fuente: Departamento de Epidemiología Minsal.

INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

	2000	2001	2002	2003
Nº Hospitales públicos ²	211	209		194 ⁴
Nº Hospitales privados ²	185	195		
Nº Consultorios (nivel primario, urgencia primaria) ²	531	619		635 ⁴
Nº consultorios (nivel secundario) ⁴				189
Nº postas de salud ²	1.111	1.170		1.165 ⁴
Nº camas hospitalarias x 1000 hab. ²	2.7	2.6	2.5	1.7 ⁴
Nº profesionales x 1000 hab. ⁴			1.36	
Nº hab. x médicos ²	834	830	814	
Nº enfermeras x 10.000 hab. ⁴	2.4			
Nº técnicos y auxiliares x 1000 hab. ⁴			2.5	

Fuentes 2. INE

4. Departamento Estadísticas MINSAL

PROGRAMAS DE SALUD EXISTENTES EN EL MINSAL 2005

• Bancos de Sangre	• Cáncer	• VIH / SIDA
• Emergencias y Desastres	• Enfermedades	• Cardiovasculares
• Epilepsia	• Farmacia	• Infecciones Respiratorias
• Lactancia Materna	• Nutrición	• Rehabilitación
• Salud Ambiental	• Salud Bucal	• Salud Adolescentes
• Salud Adulto	• Salud Adulto Mayor	• Salud de la Mujer
• Salud Mental	• Salud Visual	• Transplantes
• Tuberculosis	• Vacunas	• Vida Sana

mayores variabilidades de acceso ya que la multiplicidad de planes de salud individuales permiten la existencia de diferentes niveles de aseguramiento de acuerdo a las rentas de las personas. En el sector público esta dispersión es menor, sin embargo, hay vacíos de coberturas específicos para la población más pobre que es la que no puede salirse voluntariamente de las listas de espera ya que no puede pagar a través de la libre elección.

ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

	2000	2001	2002	2003
% población total beneficiaria del sistema público (FONASA- SNSS) ⁹	66.4	67.2	67.5	69.1
% población total beneficiaria del sistema privado (ISAPRE) ⁹	19.9	19.1	18.5	17.3
% población total beneficiaria del sistema de las FFAA ¹⁰	3.1			3.0
% Total	89.4	86.3	86.0	89.4

Fuentes:

9. Superintendencia de Salud. Minsal

10. MIDEPLAN, División Social Asuntos Sociales

PERTENENCIA AL SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD QUINTIL INGRESO (en %) AÑO 2000

Sistema previsional	Quintil de ingreso autónomo Per cápita del hogar					Total Población
	I	II	III	IV	V	
Público						
Fondo Nacional de Salud	87.5	80.1	67.0	53.4	29.6	66.5
Sistema FFAA y Orden	0.0	0.5	1.6	4.4	5.6	3.1
Seguros privados de pago						
Instituto de Salud Previsional	3.1	7.8	17.6	29.5	54.2	19.9
Sin Sistema previsional	8.5	9.7	10.0	10.3	10.4	9.7
Otros y no sabe	0.4	0.8	1.0	1.2	1.0	0.8
TODOS LOS SISTEMAS	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: MIDEPLAN, División Social Asuntos Sociales, CASEN 2000

En el caso chileno el alto porcentaje de personas que figuran sin previsión en salud se debe fundamentalmente a trabajadores/as del sistema informal y/o a personas de muy altos ingresos económicos que no cotizan en ningún seguro de salud. Esta situación no implica déficit de cobertura real de los sistemas de atención de salud, ya que la mayoría de esa población accede a los servicios de salud públicos como "indigentes" ya que no se les puede comprobar renta, y también acceden a esos servicios a través de puertas "laterales" no siempre de acuerdo a la normativa vigente. Pero los de más altos ingresos de este grupo la situación se soluciona pagando a los prestadores directamente.

INDICADORES ECONÓMICOS

	2000	2001	2002	2003
% PIB salud ⁹	6.8	7.0		
Gasto Público salud % PIB ¹⁰	2.7	2.8	2.9	3.0 ¹¹
Gasto Privado salud % PIB ⁸	4.1	3.9		
Gasto Per cápita sistema público USD de 2005 ¹¹	186.1	197.5	219.5	226.7
Gasto Per cápita salud privado USD ⁸		463		

Fuentes:

8. PNUD.

9. OMS.

10. Dirección de Presupuesto. Minhac.

11. Fonasa.

El gasto total en salud en Chile está dentro de un rango alto para la región. No obstante, las cifras demuestran que dicho gasto está mayoritariamente determinado por el gasto privado en salud.

Esta situación es una expresión más de la inequidad al interior del sector salud chileno, ya que el gasto en el sector público, encargado de dar protección a cerca del 70% de la población en materias curativas y al 100% en los temas de promoción y prevención, tiene una presencia menor al 50% en el gasto total. Dicho de otra manera, el 20% de la población más rica gasta el 60% de los recursos en salud privada.

Además debemos aclarar que el aporte del Estado en forma directa (desde los impuestos generales) a este gasto público es sólo un 55% aproximadamente (equivalente a un 1,7 % del PIB), el resto es aportado directamente por las personas a través de su cotización obligatoria del 7% del salario y los copagos que realiza por las prestaciones entregadas tanto en la modalidad institucional como en la libre elección del sector público.

Conflictividad social en torno al derecho a la salud

Los gremios y Colegios de la Salud se destacan por su amplio rechazo a la Reforma en curso. El reclamo unánime se refiere a la ausencia de participación en la formulación de los proyectos. Lo más criticado es el sistema AUGE en su conjunto, entendido como un proyecto que no toca fundamentalmente a la salud privada y que pondría en peligro la existencia del sector público de la salud. Asimismo se pronuncian en contra de la fórmula de financiamiento, destacando la oposición al subsidio a la demanda o portabilidad de los fondos individuales desde el sector público al privado. Su desacuerdo con el alza del IVA y la supresión del fondo único solidario.

Los empresarios se pronuncian en contra de nuevos impuestos que perjudicarían la recuperación de la situación económica y proponen racionalizar el gasto en salud a través de una mejor gestión y la supresión del fondo universal y solidario.

El sector privado de salud se pronuncia a favor de la portabilidad de un subsidio a la demanda y en contra de un fondo solidario redistributivo. No aceptan, por lo tanto, el término de la discriminación por riesgo según edad, sexo y otras condiciones. Se consideran prepara-

das para solventar el AUGÉ siempre y cuando se produzca una apertura a la compra de servicios hospitalarios en el sector público.

La derecha política comparte los planteamientos del empresariado y del sector privado de la salud, mientras los partidos de la concertación muestran inicialmente discrepancias, especialmente por el retiro del fondo universal solidario que deja intacto el sistema Isapres. Posteriormente terminan asumiendo el marco establecido de continuidad con el modelo de mercado.

En algún momento, al inicio del año 2000, la población fue invitada a participar en "mesas de diálogo" sobre una minuta restrictiva de análisis de la reforma. En el momento en que se estableció coincidencia de enfoque entre la comunidad y los gremios de la salud, en un rechazo del marco privatizador de la reforma, éstas se disolvieron. Esta postura de principios no se traduce posteriormente en una movilización efectiva. La articulación de ella alcanza expresiones políticas en sectores de izquierda extraparlamentaria cuya gravitación electoral continúa siendo aún insuficiente para influir el curso de la actual reforma.

En los últimos años, el movimiento de mujeres ha desarrollado abogacía en torno a aspectos concretos de la Reforma de salud, en especial en materia de financiamiento y en materia de erradicación de inequidades en las Isapres. Durante varios años han realizado Parla-mentos de Mujeres por la Reforma de Salud, el último de los cuales tuvo lugar en el Parlamento de la nación. Fue en torno a la defensa del financiamiento de las licencias maternas, que las mujeres feministas, en alianza con las mujeres de la Central Unitaria de Trabajadores y de los gremios de la salud (FENPRUSS) realizaron una estrategia de abogacía dirigida al Ministerio de Salud, SERNAM, Ministerio de Hacienda y Parlamento, que logró suspender la tramitación de esta adversa legislación. En el contexto de la reforma, este constituye el logro más importante.

Por otra parte, desde 2004 un sector de mujeres ligadas al ámbito jurídico vienen desarrollando un trabajo de vigilancia y abogacía que ubica la salud en los derechos económicos, sociales y culturales y que recoge los planteamientos de DESC de NU. Realizaron un tribunal que ha sensibilizado a integrantes de los niveles de decisión legislativa.

Las organizaciones sociales que defienden el derecho a la salud de las mujeres han concentrado sus esfuerzos fundamentalmente en el ámbito de la salud y derechos sexuales y reproductivos. En el año 2000 en un esfuerzo concertado se presentó la Ley Marco sobre derechos sexuales y Reproductivos, la cual duerme que en el Parlamento hasta el día de hoy.

Por otra parte se mantiene el debate y el activismo en torno al acceso libre e igualitario a anticonceptivos de emergencia, lucha a través de la cual se consigue que actualmente esté disponible en el comercio, pero que no supera la inequidad en su acceso, ya que por acción de la derecha política, en el sistema público su acceso está restringido sólo a mujeres que acrediten haber sido violadas. Recientemente, coincidiendo con el Día Internacional de la Mujer, el Subsecretario del Ministerio de salud dio el anuncio de la disponibilidad de la píldora de emergencia sin restricciones para todas las chilenas, hecho que culminó con su salida del Ministerio de Salud y la abrupta e indefinida detención de una campaña que habría estado a días de ser lanzada por el Ministerio.

Otro problema frente al cual el movimiento feminista se mantiene activo es el aborto, cabe recordar que el artículo del Código Sanitario (publicado en 1968) que autorizaba el abor-

to por razones terapéuticas fue eliminado en 1989 y hasta hoy no ha sido repuesto, y se mantiene la penalización y la obligatoriedad de la denuncia.

Esta situación sólo contribuye a mantener un invisible y lucrativo negocio de alrededor de 250.000 prestaciones por año, determinando que el acceso a un aborto en condiciones seguras exista solo para quienes tengan recursos.

Para las mujeres que no los tienen sólo quedan como alternativas el embarazo no deseado o un aborto en malas condiciones, sufriendo complicaciones e incluso la muerte, causa que representa cerca de un 30% de las muertes maternas.

No es de extrañarse entonces que el porcentaje de embarazo adolescente vaya en aumento, por supuesto con importantes diferencias relativas entre quintiles de ingreso. En el año 2000, del total de mujeres que se encontraban fuera del sistema educacional entre los 14 y 24 años, en el quintil más pobre un 11,6 % era debido a embarazo o maternidad, al contrario, en el quintil más rico ese porcentaje fue solo de un 4,3%.

Es importante establecer que el movimiento de mujeres tiene escasas instancias de participación. La descentralización de la salud, sin descentralización de decisiones y sin participación de las mujeres en las estructuras de poder ha conducido a una participación instrumental.

Estudios de caso

Casos de vulneración de derechos de las mujeres en salud

Presentado por Alicia Muñoz Toledo, Asociación Nacional de Mujeres Rurales e Indígenas ANAMURI

La organización, ANAMURI, Asociación Nacional de Mujeres Rurales e Indígenas, representa a mujeres trabajadoras del campo de casi todo el territorio nacional, y trabaja en la campaña llamada "por nuestras manos comienza la exportación: Exigimos salud, contrato y previsión", la que da cuenta de los principales problemas que afectan al sector. Y dentro de estas demandas, la salud es un tema que se ha transformado en al defensa de la vida.

Las mujeres asalariadas temporeras son un sector olvidado en las declaraciones del Gobierno y de los empresarios. De un total de 400.000 temporeros/as que hay en Chile, la mitad son mujeres. El 50% no tiene contrato de trabajo. La informalidad y la desprotección laboral, social y previsional son una constante en la vida de las mujeres temporeras.

El proceso de feminización del trabajo asalariado agrícola se origina a fines de los años 80', producto de la modernización del campo. Son familias y mujeres que vienen de la herencia de la cultura del inquilinaje, con todas las repercusiones en la vida social que esto tiene en las conductas de sumisión de las mujeres. Hoy, un tercio de las temporeras son urbanas, un tercio de las mujeres son rurales y un tercio de las mujeres son suburbanas.

El salario es un dato preciso que da cuenta de la situación que deben sufrir las mujeres, con una brecha salarial enorme, donde las mujeres ganan aproximadamente el 70% del salario de los hombres. En ambos casos el promedio mensual es inferior al sueldo mínimo que ganan los y las trabajadoras en nuestro país. La principal forma de pago es el llamado "trato", donde

la mayoría de las veces se les paga por unidad, por gamela (nombre que tiene la caja de plástico de fruta), etc. este sistema de pago significa trabajo a destajo.

Detrás de las mujeres asalariadas de la agroexportación también tenemos otros costos ocultos, como la destrucción de la familia (largas horas fuera del hogar, familias disgregadas y en el desamparo); baja autoestima, cargando además la culpa de la "madre ausente", el trabajo infantil oculto, muchas de las madres parten con sus hijos de los parking a los predios para que ayuden en las labores; problemas de salud mental, cansancio, fatiga y el riesgo constante de sus vidas por las prácticas homicidas de los empresarios en el tratamiento de los plaguicidas.

Todo este cuadro no podría darse si no existiera tras esta situación de desamparo y explotación un marco legal vigente impuesto por el modelo capitalista neoliberal, que se ha impuesto en el mundo a través de la utilización de herramientas como el derrocamiento de gobiernos elegidos democráticamente y la instalación de dictaduras criminales que destruyeron las organizaciones representativas a través de la tortura y los crímenes en contra de la humanidad, como es el caso de Chile. O a través de la invasión de territorios por el ejército estadounidense, como es el caso de Colombia, y tantos otros países. Pero no han sido los únicos mecanismos. Gracias a la complicidad de los Estados Nacionales, se han firmado tratados de libre comercio a espaldas del pueblo, lo que ha permitido que hoy el mercado imponga las reglas. Y este mercado lo gobiernan las empresas transnacionales.

En este marco se ha impuesto la flexibilidad laboral, que no es otra cosa que la sobreexplotación. Las mujeres trabajadoras no tienen ninguna posibilidad de tener negociación colectiva. Se ha institucionalizado el contratista, el traficante de la mano de obra, con condiciones laborales de alto riesgo vital, malos tratos y violencia por parte de los jefes.

Son miles de mujeres que día a día, con sus manos generan una de las mayores riquezas que ha permitido el crecimiento económico, del que se ufana gobierno y empresarios. Son las mujeres que trabajan en la agroexportación las que deben sufrir los costos ocultos del éxito, siendo el tema de la salud uno de los temas más invisibles, donde ninguna ha tenido la posibilidad de acceder a la información para conocer sus derechos laborales, para conocer los riesgos que enfrentan al manipular o exponerse a los plaguicidas.

Los empresarios han demostrado profundo desprecio por la vida de las mujeres cuando han implementado prácticas como la de tirar químicos encima de las trabajadoras, en los lugares de trabajo, o cuando las introducen en un predio agrícola con plaguicida sin importar los riesgos para las mujeres.

Un ejemplo son las trabajadoras de San Clemente, ellas no contaron con las instituciones del Estado para protegerlas. No basta con sumarios para saber si la normativa laboral vigente se cumple, un simple chequeo no salva vidas. Las compañeras de San Clemente acudieron a los centros de salud y allí nadie se preocupó de profundizar en las razones de su enfermedad, pese a que ellas siempre señalaron las causas de sus quemaduras.

Las trabajadoras no tienen información debida para saber cómo y de qué forma deben manipular los plaguicidas, cuáles son los efectos crónicos, por ejemplo, en el amamantamiento de sus guaguas y en posibles malformaciones congénitas a sus hijos, en el caso de estar embarazadas. No existe hoy una política clara de prevención para evitar accidentes con plaguicidas.

La exposición a accidentes laborales las deja en absoluta desprotección, porque las leyes que existen al respecto son impunemente violadas por el empresariado, el que muchas veces se limita a pagar irrisorias multas antes que cumplir con los protocolos establecidos por los organismos institucionales para salvar vidas o para costear los gastos que acarrearán a las trabajadoras los accidentes laborales.

El relato de este caso representa la posibilidad de denunciar lo que día a día sufren las mujeres trabajadoras, y también, una esperanza muy concreta: lograr que en un futuro cercano se pueda vivir una realidad más justa, equitativa y solidaria en nuestro país.

Caso Isapre Vida plena

En la salud privada se presentó recientemente una quiebra fraudulenta de la Isapre Vida Plena vinculada al holding de una financiera (Inverlink). Los afiliados beneficiarios perdieron todos sus fondos por un valor de U\$ 10 millones y con ello quedaron sin cobertura de servicios médicos ni de prestaciones económicas. Frente a ésta situación no contemplada en la Ley, la Superintendencia de Isapres determinó la reubicación de los beneficiarios en las demás Isapres. Estas lógicamente se resistieron, debiendo promulgarse una Ley especial que facultó a la autoridad a exigir dicha reubicación. El trámite fue nuevamente resistido por las Isapres por la vía de recursos judiciales en contra de los pacientes de mayor siniestralidad, generando un segmento de población desprotegida que finalmente debió acogerse al sistema público (Fondo Nacional de Salud).

La quiebra de Vida Plena se acompañó con la quiebra del Holding Inverlink, arrastrando inversiones en Fondos de Pensiones, Ahorros previsionales y fondos estatales por un monto de US\$ 100 millones.

Globalización y salud

El modelo neoliberal aperturista de libre mercado, impuesto en el país desde los años 80, ha acarreado importantes cambios en la estructura económica y en el mercado laboral, así como en las políticas sociales, ocasionando un severo impacto en las condiciones de trabajo y de vida de la población y en consecuencia en su situación de salud enfermedad.

Por otra parte, en un nuevo rol del Estado, los derechos ciudadanos (seguridad social, salud, educación) han sido transformados progresivamente en mercancías:

Desde el tiempo de la dictadura se advierte la influencia en el pensamiento de las élites gobernantes, de una corriente tecnoburocrática formada en la escuela de Friedman que preconiza la instalación de una reforma a la seguridad social y a la salud de marcado tinte neoliberal.

A comienzos de los años 90 el Banco Mundial decide asesorar la reforma a la salud y financiar dos elementos claves: a) La restauración de la capacidad de los hospitales públicos a través de una importante línea de créditos dirigida a modernizar el sector b) La reforma del sistema de gestión financiera del sector público (se plantea básicamente el subsidio a la demanda y un conjunto o paquete mínimo de prestaciones).

En este marco la reforma se plantea y consigue avanzar en el desarrollo de un mercado de aseguradores y de prestadores públicos y privados en competencia, remedando el modelo

de la llamada Salud Administrada (Eindhoven, USA), bajo regulación de una superestructura denominada Superintendencia de Salud.

Este proceso es congruente con los Acuerdos de la Organización Mundial de Comercio que abre al comercio las transacciones de los servicios (incluidos seguros y servicios de salud).

En el tema de medicamentos, la dictadura declara la liberalización del mercado terminando con el control de precios y el rol regulador ejercido por un laboratorio estatal que se privatiza (Laboratorio Chile).

Actualmente, las transnacionales farmacéuticas se benefician de la protección de patentes contenida en el Acuerdo sobre Propiedad Intelectual (TRIPS) establecida en la OMC, con lo cual el país se obliga a reconocer patentes (de productos y procedimientos) y así cerrar el camino al ingreso oportuno de medicamentos genéricos. Este trance se ve más crítico a partir de la firma del TLC entre Chile y EEUU, tratado que refuerza los derechos de propiedad intelectual que otorgan monopolio a las compañías tecnológicas estadounidenses y donde la presión de la industria farmacéutica norte-americana (Pharma) consigue incorporar una cláusula de protección de información no divulgada por 5 años a la llamada nueva entidad química (lo que equivale a una pseudopatente en sus efectos comerciales).

Escenario futuro

Resumiendo, la reforma de la salud de Chile se caracteriza por los siguientes elementos:

- Reducción del derecho a la atención de salud a un número limitado de patologías o prestaciones.
- Segmentación de la población de acuerdo a su capacidad de pago (la cual se ve limitada por condiciones estructurales de distribución de la riqueza y de acceso al empleo).
- Desarticulación del sistema público de atención, a través de la separación de funciones (Ley de Autoridad Sanitaria), y la atomización de los prestadores desfavoreciendo las economías de escala.
- Favorecer la inversión privada, debido a la "complementariedad" con ese sector amparada en el cuerpo legal, lo que permitirá aumentar aún más la rentabilidad de dicho sector.
- Disminuir la responsabilidad financiera y gerencial del Estado, favoreciendo su papel subsidiario: atomización de la responsabilidad Ministerial.
- Aumentar la carga financiera directa de la población (aumento del IVA, discriminación de patologías, cierre de ciertas unidades de atención, aumento del gasto de bolsillo, etc.).
- Normatización del ejercicio profesional, con distracción de recursos (proyectos de leyes de garantía y de derechos y deberes de las personas).

- Desatención a otros componentes sanitarios, especialmente tecnológicos, del sistema de salud: medicamentos, equipos, recursos humanos entregados al libre juego del mercado.
- A pesar de que se dice que la Atención Primaria es el eje de la reforma no se realiza ninguna propuesta de reorganización (se mantiene la municipalización), ni se realizan explicitaciones claras respecto de cuales serán los mecanismos mediante los cuales se logrará centralidad de la APS como estrategia y nivel de atención.
- En general, todo el planteamiento de reforma carece de enfoque de género, desconociendo todo el desarrollo teórico en el tema y lo que es peor, la determinación de género en los procesos salud enfermedad y en la provisión de los servicios sanitarios.
- La participación social es tratada de manera utilitaria, constituyéndose una serie de consejos de carácter consultivo, no vinculantes, que ciertamente no apuntan hacia el control social en salud y menos aún a generar una acción ciudadana que aumente el capital social.

El caso colombiano: “EL MERCADO NO ES PARA TODOS Y TODAS”

*Mauricio Torres Tovar **
*Natalia Paredes Hernández***

* Médico, Coordinador General de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y miembro del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social de Colombia.

** Economista, Magíster en Ciencias Políticas. Secretaria Técnica de la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.

Agradecemos los comentarios hechos para el ajuste de este Informe por parte de Catalina Borda y Lidice Álvarez, compañeras del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social.

Este Informe hace un balance general de la situación actual del derecho a la salud en Colombia, teniendo como elementos fundamentales las evidencias sociales y sanitarias luego de más de 10 años de implementación de la Ley 100 de 1993, que configuró la política de Estado en salud para Colombia y que actualmente el gobierno nacional ha propuesto modificar en una perspectiva de profundización del modelo de mercado y reversión de los procesos de descentralización en salud, que como muestra este informe impide la garantía efectiva del derecho a la salud para la mayor parte de la población.

Contexto económico, político y social: situación general del país

El contexto político de Colombia se caracteriza por ser una democracia a nivel formal, con elección popular de autoridades, pero con prácticas gubernamentales antidemocráticas y regresivas en términos de participación y construcción colectiva de país. El conflicto armado interno, que lleva más de 50 años, permanece y sus causas estructurales no se han superado.

El país se encuentra bajo un gobierno centrado en la lucha antiterrorista, que criminaliza la protesta social y persigue a la oposición política y a los líderes sociales, adelanta reformas políticas, económicas y sociales a la Constitución Política Nacional sin participación popular. Es así como viene recortando libertades fundamentales de movilización, opinión y derecho a la justicia, censando poblaciones enteras por “sospecha”, otorgando suprapoderes al ejecutivo, otorgando facultades judiciales a los organismos de seguridad del Estado y realizando reformas tributarias regresivas e inequitativas.

El gobierno actual hizo aprobar en el Congreso de la República un proyecto de reelección presidencial inmediata, lo que coloca al Presidente en condiciones de candidato y por lo tanto toda la estructura del Estado a su servicio. En definitiva, la división de poderes, la participación política y social democrática, las libertades fundamentales, la igualdad económica y social han sufrido un retroceso importante en el contexto político colombiano.

Las políticas del Estado en materia económica y social de los últimos gobiernos, incluyendo el actual, no han conducido a desarrollar una política consistente para disminuir la brecha de inequidad y de extrema pobreza, prueba de ello es:

- el comportamiento de la pobreza medida por ingresos muestra un panorama supremamente preocupante, de 1997 a 2003 la población colombiana por debajo de la

línea de pobreza aumentó de 55 a 66%, en tan solo 6 años subió 11 puntos, lo que significa en términos absolutos que en el período 5'346.843 personas más no contaban con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas;

- en 1997 ante una caída de sus ingresos, los hogares disminuyeron sobre todo el consumo de educación y transporte; para el 2003 los hogares disminuyeron su consumo de alimentos, prendas de vestir y servicios médicos y se mantuvo la tendencia en educación¹;
- el sistema tributario del país no favorece la equidad, por el contrario beneficia a los sectores de altos ingresos en detrimento de los de bajos ingresos y de los trabajadores. Un estudio de la Contraloría General de la República sobre la política tributaria evidencia dos cosas: primero, que los declarantes que reciben salario aportan \$2,40 pesos por cada \$100 de patrimonio, mientras que los que reciben utilidades de capital contribuyen con solo \$0,60 por cada \$100 sobre activos declarados; segundo, la estructura tributaria referida a la renta favorece significativamente a las personas de más altos ingresos frente a los trabajadores de menos de 7 salarios mínimos², tendencia que se acentúa con las reformas tributarias del presidente Uribe;
- persiste una alta desigualdad en la distribución de los ingresos. En el 2003, la Encuesta de Calidad de Vida muestra cómo el 50% de la población ubicada en los deciles inferiores de ingresos percibe solamente el 16,4% de los ingresos totales, mientras el otro 50% ubicado en la parte superior, los más ricos, concentran el 83,7%, quedándose el decil 10 con el 41,7% de éstos;
- el desempleo, el subempleo y la informalidad se han convertido en un factor determinante de exclusión social y de pérdida de las condiciones materiales para ejercer los derechos conexos del derecho al trabajo. La reforma laboral (Ley 789 del 27 de diciembre de 2002), cuya intención era estimular al sector privado para la generación de empleo, significó en realidad aumentar la producción y las utilidades, disminuyendo costos sin crear nuevos empleos.

El marco jurídico y constitucional del derecho a la salud

El derecho internacional de los derechos humanos está reconocido por el Estado Colombiano a nivel de la Constitución como norma superior y vinculante en su artículo 93, el cual estipula que los tratados y los convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. El concepto de Bloque de Constitucionalidad gana en importancia, entendido

1 Contraloría General de la República. Universidad Nacional de Colombia. *Bien-estar: macroeconomía y pobreza. Informe de coyuntura 2003*, p. 18. Bogotá.

2 Contraloría General de la República (2002). *Reasignación de la Carga Tributaria en Colombia, propuestas y alternativas*. Edición Alfa Omega Colombiana, pp. 61-68. Citado en: *Reelección: El embrujo continúa. Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez*, Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, septiembre de 2004, p. 27. Bogotá.

como la existencia de normas que, pese a no estar expresamente consagradas en la Constitución, tienen rango constitucional y sirven, en consecuencia, como parámetro de constitucionalidad de las leyes y como criterio de relevancia constitucional para decidir un determinado asunto³.

Colombia ha suscrito y ratificado las principales normas internacionales relacionadas con el derecho a la salud: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales mediante la Ley 74 de 1968; la Convención Internacional contra todas las formas de discriminación racial mediante la Ley 22 de 1981; la Convención Internacional contra todas las formas de discriminación contra las mujeres mediante la Ley 51 de 1981; la Convención sobre los Derechos de los Niños mediante la Ley 12 de 1991; el Convenio No. 169 de la OIT sobre la protección de pueblos indígenas y tribales, mediante la Ley 21 de 1991 y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de DESC (Protocolo de San Salvador) mediante la Ley 319 de 1996.

El sustento del derecho a la salud en el plano nacional lo dan las normas constitucionales referidas al tema de salud y seguridad social (artículos 48, 49 y 50, principalmente), la Ley 100 de 1993 y el conjunto de normas que la reglamentan, y la jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia del derecho a la salud y derecho a la seguridad social.

La Constitución Política de 1991 estableció que la salud y la seguridad social son servicios públicos regulados por el Estado, que pueden ser prestados por actores públicos o privados.

En el artículo 49, se establece el derecho a la atención en salud para todas las personas, y que la prestación de servicios debe hacerse conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

En los artículos 44 y 50 de la Constitución Política de 1991 se consagra el derecho a la salud de los niños:

“Son los derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social...”.

“Todo niño menor de un año que no este cubierto por cualquier tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia”.

Para el caso de los niños, la Constitución Política consagra la salud como un derecho fundamental, y establece la atención gratuita para los niños menores de un año, en concordancia con la Convención sobre los Derechos de los Niños, adoptada en noviembre de 1989 por Naciones Unidas, buscando así que por mandato constitucional, se cumpla con el precepto de que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás. Sin embargo, es de aclarar que la Constitución considera niños a toda persona menor de 18 años, es decir que lo de gratuidad para los menores de 1 año es un avance pero no recoge plenamente la Convención y por lo tanto por ahora en el país no se reconoce a todos los niños y niñas como ciudadanos sujetos sociales de derecho, sino solo a una pequeña fracción.

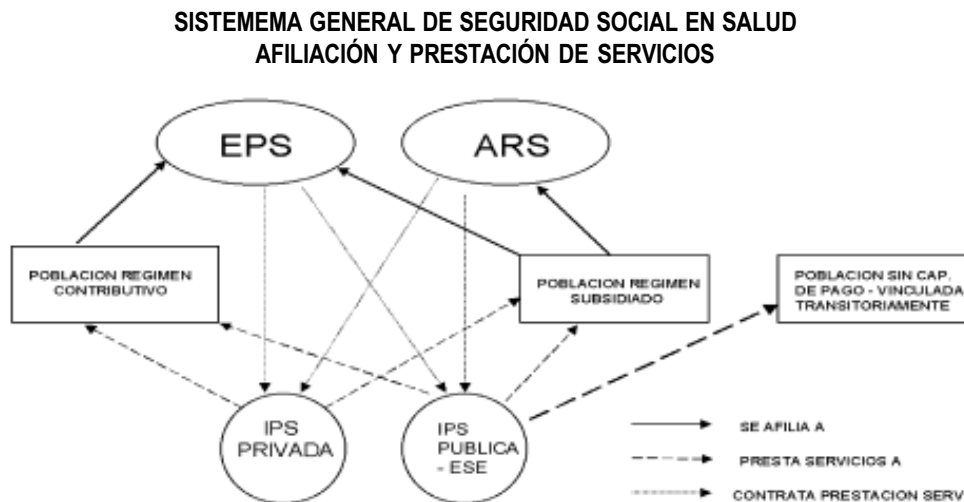
3 Uprimny, Rodrigo. “El bloque de constitucionalidad en Colombia. Un intento de sistematización jurisprudencial”, en: *Compilación de jurisprudencia y doctrina nacional e internacional*. Volumen I. Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Bogotá. 2001.

En términos generales, se puede afirmar que la Constitución Política de 1991, establece principios básicos universales progresivos, como son la dignidad humana, los fines esenciales del Estado Social de Derecho, la igualdad y la participación ciudadana, sin embargo, al precisar el alcance de los derechos a la salud y a la seguridad social, adopta una visión estrictamente de prestación de servicios o asistencia social, reduciendo el alcance que poseen estos derechos⁴.

En desarrollo de este mandato constitucional, la Ley 100 de 1993 creó el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, el cual optó por el aseguramiento como vía para alcanzar la universalización de los servicios de salud y por la creación de un mercado de servicios que superará los problemas de calidad y eficiencia, bajo la lógica de regulación por la vía de la oferta y la demanda. A la Ley 100 de 1993 subyace una comprensión de la salud como un bien privado, responsabilidad directa de los individuos, quienes acceden a ella a través de un mercado de servicios, en donde el Estado, a través de una política de focalización de subsidios, incorpora a los miembros de la comunidad que no tienen capacidad económica. Esta política ha orientado la salud en el país durante la última década y ha consolidado la concepción de salud como una mercancía. Esto último ha alejado aún más las políticas públicas de la comprensión de la salud como un derecho humano que debe ser garantizado por el Estado a todos los ciudadanos.

El sistema de salud en Colombia⁵

En diciembre de 1993 se expidió la Ley 100 con el fin de integrar, en un único sistema, a todas las instituciones e intervenciones del sector, denominado Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo mecanismo rector de financiación, administración y prestación de servicios es el de la afiliación mediante un seguro de salud.



4 Paredes, Natalia. Derecho a la Salud. Su situación en Colombia. GTZ – CINEP. Bogotá, 2003. pág. 49

5 Paredes, Natalia. "A cinco años de la reforma del sistema de salud colombiano ¿qué ha pasado con el derecho a la salud?", en: *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos*. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá, 2000. p.p. 168-171.

Se creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), adscrito al Ministerio de Salud (actualmente Ministerio de la Protección Social), como organismo de dirección del sistema, en el cual participan representantes de las instituciones públicas y privadas y dos representantes de los trabajadores y uno de las asociaciones de usuarios del sector rural.

Este sistema se rige bajo los principios de administración eficiente y competitiva, canaliza mayores recursos para el sector salud, no se gira directamente los recursos a los centros de atención sino que se utiliza un sistema de intermediación y se deja buena parte del sector en manos de agentes privados.

Creó dos mecanismos de afiliación:

- El Régimen Contributivo, dirigido a las personas con capacidad de pago que deben afiliarse a las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las EPS son básicamente administradoras de recursos. Están encargadas de la afiliación y registro de los usuarios, del recaudo de sus cotizaciones y de la organización y contratación de los servicios para sus afiliados con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Mensualmente las EPS reciben una suma fija de recursos por cada persona afiliada (Unidad de Pago por Capitación, UPC), haga uso o no de los servicios. Estos recursos, dado su volumen, se han convertido en una fuente de capitalización de las entidades privadas que no tienen la responsabilidad de proveer servicios de salud a población no afiliada.
- El Régimen Subsidiado destinado a las personas sin capacidad de pago y cuyo acceso depende del subsidio a la demanda. El anterior sistema público de salud funcionaba bajo el esquema de subsidio a la oferta, transfiriendo los recursos para financiar directamente a las instituciones hospitalarias. En el actual sistema se pasa el subsidio a la demanda que consiste en asignar recursos por persona asegurada y no por institución, es un pago fijo por medio del cual una persona puede acceder a un determinado plan de servicios. El subsidio se genera al momento de afiliación de la persona al Sistema de Seguridad Social el cual gira los recursos a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), que contratan con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) la atención de sus afiliados.
- Existe una tercera forma de vinculación al sistema de salud que inicialmente recibió el nombre de vinculados (un eufemismo porque son realmente desvinculados) y que ahora se denomina población pobre no asegurada. Son aquellas personas que tienen y demuestran su condición de pobreza y que tienen derecho a recibir subsidio pero no lo reciben por que simplemente no alcanzan los subsidios para todos y son atendidas por los hospitales públicos (ESE) en aspectos de urgencia y de salud básica.

Dentro de este modelo se cambió la atención integral en salud desarrollada anteriormente por el Instituto de Seguros Sociales por un paquete preestablecido de servicios, denominado Plan Obligatorio de Salud (POS), que incluye servicios de promoción de la salud, pre-

vención de la enfermedad, atención de la enfermedad general, diagnóstico y tratamiento, protección a la maternidad y rehabilitación física. Se diseñó teniendo como criterio las enfermedades más frecuentes de la población colombiana, la disponibilidad tecnológica para su atención y el costo - efectividad de los tratamientos.

El POS para los afiliados al régimen contributivo incluye intervenciones de los tres niveles de atención en salud, mientras que el POS para los afiliados al régimen subsidiado sólo incluye intervenciones del primer nivel de atención y para mujeres embarazadas y niños menores de un año las intervenciones de nivel I, II y III. Se estableció la cobertura familiar, es decir, las personas que componen el núcleo familiar del afiliado se benefician de los mismos servicios.

Bajo el nuevo sistema se ordena la conversión de los hospitales de carácter público en Empresas Sociales del Estado (ESE)⁶. En términos prácticos significa que se acaban los presupuestos históricos de las instituciones públicas y se pasa al pago, al final del período, por los servicios prestados⁷. Las instituciones públicas deberán ser empresas autosostenibles financiera y administrativamente, para ello, deberán como cualquier IPS, vender servicios a las EPS y competir en el mercado por los contratos.

Las ESE entraron a competir en desventaja con el sector privado, entre otras razones, porque han dependido para su funcionamiento de presupuesto estatal, tienen deficiencias físicas y tecnológicas, no tienen incorporada una racionalidad gerencial y financiera de rentabilidad y carecen del patrimonio y la liquidez inicial requerida para entrar en mejores condiciones al mercado abierto. Al no resistir la competencia, las instituciones públicas se han quebrado y han recurrido al arrendamiento parcial de su infraestructura y equipos o a su privatización, en condiciones favorables a los grandes capitales. Es decir, que el patrimonio que el Estado y la sociedad conservaban, viene pasando fácilmente a manos privadas.

Al Estado se le asignó la función de coordinación y control del sistema, de promover la incorporación de las personas que no pueden pagar su seguro y de realizar acciones de impacto colectivo como el control epidemiológico, las campañas masivas de prevención y educación en salud, etc., inmersas en el Plan de Atención Básica (PAB).

Descripción estadística y analítica de la garantía del derecho salud

Este acápite lo abordamos con las evidencias que dan los 10 años de implementación de la Ley 100, teniendo como referentes de evaluación el conjunto de principios que la sustentan⁸.

6 Las Empresas Sociales del Estado son entidades públicas descentralizadas, regidas por el derecho privado en materia contractual y con un régimen presupuestal basado en reembolsos contra prestación de servicios.

7 Estos servicios sólo podrán ser prestados a las personas que los cancelen, a las personas del régimen subsidiado remitidas cuya atención deberá ser cancelada posteriormente por su respectiva ARS, o a las personas sin capacidad de pago que lo demuestren (vinculadas). El resto de la población que no cumpla con los requisitos de «miseria absoluta» debe cancelar sus servicios, ya que los hospitales no cuentan con los recursos necesarios para su atención.

8 Torres, Mauricio. "Colombia, avanza la privatización de la seguridad social", en: *Le Monde Diplomatique*. Bogotá, noviembre, 2003. pp. 13-14.

Universalidad: el mercado no es para todos

La Ley 100 de 1993 estableció que para el año 2001 existiría cobertura del 100% de aseguramiento en salud para toda la población colombiana. Sin embargo, la situación es la siguiente:

Porcentajes de población cobertura en salud antes y después de 1993

Subsectores	Antes de 1993	2003
Red Pública Hospitalaria	35%	
Seguridad Social*	23%	60.7%**
Medicina Privada	15%	5%
Total población cubierta	73%	65.7%

Fuente: Elaboración propia con base en información de Mújica, Javier. *La reforma de los sistemas de seguridad social en los países andinos*. Consejo consultivo laboral andino. Lima, julio de 2003 y Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de la Protección Social. *Datos Básicos de Salud en Colombia*. Bogotá, 2004.

* Incluidos los regímenes especiales

** 31% régimen contributivo, 26.7% régimen subsidiado y 3% regímenes especiales

Al desagregar la información de la cobertura por regiones se observa que el mayor porcentaje se encuentra en las grandes ciudades. En relación con las diferencias urbano rurales, la Encuesta de Calidad de Vida del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de 1997 evidenció que mientras en el área urbana se alcanzaba una tasa de afiliación del 60,9% de la población, de la cual el 21,4% correspondía al régimen subsidiado, en el área rural, la población afiliada era del 47,49% del total, de la cual el 76,6% estaba afiliada al régimen subsidiado.

En este aspecto de la universalidad se puede concluir que la Ley 100 a pesar de haber aumentado coberturas de aseguramiento, muestra una gran debilidad, al no lograr lo prometido y evidenciar un retroceso en el aspecto de acceso real a los servicios de salud; situación que no va a mejorar en la medida en que el modelo se soporta sobre el empleo formal y en el actual escenario de crisis económica, desempleo e informalidad, se hace cada vez más inviable, tanto por la vía de los cotizantes directos como por la de la focalización del seguro para los pobres.

Eficiencia: viva el monopolio privado, muera la salud

Vista la eficiencia como el uso adecuado de los recursos con los mejores resultados, se destacan en este aspecto las siguientes evidencias del desarrollo de la reforma a la seguridad social en salud.

Uno de los efectos positivos más destacado por los defensores del modelo esta en relación con el incremento de los recursos para el sector salud.

Se plantea que el total de recursos pasó de \$4,2 billones de pesos en 1994 a \$13,9 billones de pesos en el 2000, alcanzando el nivel mas alto en 1999 (\$15,1 billones), lo que representa una tasa de crecimiento real de estos recursos del 39,1%, entre 1994 y 2000, a

pesar de los decrecimientos presentados en 1998 (0,4%) y 2000 (15,7%). Estos recursos representaron el 6,3% del PIB en 1994 y el 8,2% en el 2000 (durante 1997 y 1998 alcanzó a ser 9,3% del PIB, y en el año 1999 del 10,2%). Por su parte, el gasto público en salud como porcentaje del PIB pasó del 3,3% en 1994 al 4,5% en 2000, y el gasto privado pasó del 3,0% al 3,7% para tales años respectivamente⁹.

Al contrastar el aumento de los recursos con los efectos que han debido producir, se ubica que el nivel de cobertura del aseguramiento ha crecido, pero no a los ritmos esperados, estando actualmente el 46% de la población sin acceso a servicios de salud básica¹⁰.

A nivel del gasto privado se encontró que en el 2000 los colombianos invirtieron 15,6 billones de pesos de 1999, de los cuales, las familias aportaron 7,6 billones, entre cotizaciones (2,54 billones) y gastos adicionales (4,18 billones). Entre tanto, del presupuesto nacional salieron 4,38 billones y de los Departamentos y Municipios 446 millones más, lo que evidencia que el gasto público comenzó a ser inferior al privado¹¹.

Los porcentajes de inversión de las EPS en el 2000 muestran que éstas gastaron el 50,2% de sus ingresos en la prestación de servicios de atención, mientras en servicios de prevención y promoción sólo invirtieron el 3%, el resto se dirigió hacia inversión de capital, infraestructura, patrimonio, entre otros¹².

Por otro lado, al observar las cifras financieras de los hospitales públicos se encuentra que a finales de 1998 su déficit financiero era de US\$250 millones; un año después se había incrementado hasta US\$600; al explicar esta situación una de las causas más importante se ubica en la deuda acumulada de las ARS con los hospitales. Según la Superintendencia Nacional de Salud dicha deuda alcanzaba, a mediados del 2000, los US\$200 millones y el promedio de mora en la cancelación de las deudas era de 270 días¹³.

El cambio central del esquema de financiamiento pasando del subsidio de oferta al subsidio a la demanda como ya se mencionó, exigió a las instituciones de la red pública generar sus propios recursos para sostenerse económicamente a partir de la venta de servicios, lo que acarreo un aumento de las dificultades económicas para la mayoría de instituciones, llevando a varias de ellas incluso al cierre total, ejemplo: Hospital Universitario de Cartagena, Hospital Universitario de Caldas y Hospital San Juan de Dios de Bogotá.

La situación es similar para las Instituciones Públicas de Seguridad Social (ISS, Cajanal y Caprecom), en la medida que han disminuido drásticamente sus ingresos, por un lado al perder un número considerable de afiliados que han sido cooptados por las EPS privadas (el ISS para 1996 contaba con cerca de 10 millones de afiliados y para el 2002 era cerca de 3,5 millones, mientras que las EPS privadas para 1996 tenían cerca de 3,5 millones de afiliados y

9 Cifras citadas en Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES No. 3204. Bogotá. Noviembre de 2002.

10 Garay, Luis Jorge. "Políticas públicas y garantía de los DESC", en: *El embrujo autoritario. Primer año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez*. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá, septiembre de 2003.

11 Cifras citadas en Hernández, Mario. *El debate sobre la Ley 100*. Op. Cit.

12 *Ibíd.*

13 Cifras citadas en Franco, Saúl. *Para que la salud sea pública*. Ponencia presentada en el Foro "Perspectiva de la Salud Pública en México". Ciudad de México. Abril de 2003. Mimeografiado.

para el 2002 eran cerca de 9 millones)¹⁴, y por otro lado, al tener que asumir los pacientes con enfermedades de alto costo, que por diversos mecanismos no se encuentran afiliados a las EPS privadas.

En relación con los efectos de la Ley 100 en la situación de salud los resultados no son más alentadores, dado el énfasis del modelo en la atención a la enfermedad, lo que debilita y limita los programas de promoción y prevención. A programas tan importantes relacionados con la atención a la malaria, la fiebre amarilla y la tuberculosis se les ha disminuido el presupuesto, conduciendo al cierre, por ejemplo, del Servicio de Erradicación de la Malaria.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones, que llegó a tener un reconocimiento internacional importante, se ha debilitado reduciendo las tasas de cobertura de vacunación por debajo del 95%, que es el porcentaje de cobertura útil para prevenir las enfermedades infectocontagiosas, lo que de hecho ha generado la reemergencia de algunas de éstas. Para mostrar algunas cifras la cobertura de vacunación para 2000 con antipoliomelítica era del 81,9% de los niños, la de BCG del 90,1% y la de triple DPT al 77,8%.¹⁵ Diez años antes, en 1989 las coberturas habían llegado hasta el 94% de la población.

Porcentaje de coberturas de vacunación en Colombia

Vacuna	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2003
Polio	94	93	83	75	69	81,9	83.9
DPT	92	92	80	73	67	77,8	83.5
Hepatitis B	90	94	79	84	70	77,5%	83.5
Sarampión	90	93	89	86	89	s.d.	s.d.
BCG	100	100	95	76	69	90,1	87.5

Fuentes: Álvarez, Luz Estela. "La situación de salud de la población colombiana", en: Facultad Nacional de Salud Pública, *Pensamiento en salud pública*. Medellín, 2001; Ministerio de Salud. *Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2001*. Bogotá.

Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de la Protección Social. Datos Básicos de Salud en Colombia, 2004. Bogotá.

En 2003 no se alcanzaron en el país coberturas útiles para niños menores de 1 año en ningún biológico (excepto BCG). Los nuevos departamentos son los más graves con coberturas para DPT de 28%, 37% y 46% en Vichada, Guanía y Vaupes respectivamente¹⁶.

Como evidencia de estos efectos de la política, se puede mencionar que para el periodo comprendido entre 1995-2000 el dengue clásico registró un promedio anual de 30.232 casos, con una tasa a mitad de período de 75,6 por 100.000 habitantes; el dengue hemorrágico un promedio anual de 2.758 casos; la fiebre amarilla, un total de 21 casos; el sarampión 3672 casos sospechosos; la tasa promedio de tuberculosis pulmonar fue de 12 por 100.000 y el promedio anual de casos de malaria ya casi llega a los 100.000¹⁷.

14 Observatorio de la seguridad social. Universidad de Antioquia. Año 3 No. 7. Medellín, Junio de 2003.

15 Ministerio de Salud y OPS. *Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2001*. Bogotá, 2002.

16 Instituto Nacional de Salud. Programa MIPASOF. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Informes mensuales de vacunación de las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud. Bogotá, 2003.

17 Franco, Saúl. Op. Cit.

**Enfermedades transmisibles de notificación obligatoria
Casos periodo 2000-2003**

Enfermedad / Año	2000	2001	2002	2003
Malaria	139.637	112.581	137.924	124.917
Dengue Clásico	22.782	55.282	76.579	53.205
Dengue Hemorrágico	1.824	6.568	5.245	4.976
Tuberculosis	11.638	s.d.	7.950	8.287
HIV / SIDA*	3.818	4.041	1.807	1.885
Fiebre Amarilla	5	8	21	109**
Sarampión**	s.d.	2	128	982
Rubéola**	s.d.	77	62	70
Rabia Animal	113	114	78	27

Fuente: Elaboración propia a partir de la información suministrada por el SIVIGILA. www.ins.gov.co

* Suma vivos y muertos de cada año.

** Casos comprobados en laboratorio.

Al revisar otros indicadores relevantes desde el campo tradicional de la salud pública como son las tasas de mortalidad materna e infantil, las cifras muestran que las dos han disminuido permanentemente desde las dos últimas décadas con excepción de la mortalidad materna que en el 2001 aumentó significativamente, esto sin contar con el subregistro y con las diferencias que existen entre regiones y entre zona urbana y rural. La mortalidad materna pasó de 89,8 por 100.000 nacidos vivos, en el periodo 1992-1996, a 71 en 1998 y 98.6 en el 2001, pero 16 Departamentos superan el promedio nacional; las tasas más altas están en la Orinoquía (141 X 100.000), la Región Oriental (110 X 100.000) y la Pacífica (105 X 100.000)¹⁸.

Por su parte la mortalidad infantil también ha descendido, de 35 X 1.000 nacidos vivos en 1995 paso a 21 en el periodo 1995-2000 y a 19.9 en el 2001; pero las desigualdades entre zonas persisten mientras en la zona urbana es de 21 X 1.000 nacidos vivos, en la rural es de 31 y en Departamentos como La Guajira, Cesar y Magdalena es de 36¹⁹.

Al indagar sobre la calidad de los servicios, una investigación de la Defensoría del Pueblo arrojó como resultado de la evaluación de los servicios de salud que brindan las EPS y ARS, un incumplimiento de éstas instituciones en los aspectos de promoción y prevención, ya que el 64% de los encuestados (de una muestra total de 3.586) manifestó no haber sido invitado a participar en ningún tipo de programa²⁰. Destaca la investigación que existen recursos importantes para promoción y prevención, definidos por la propia ley, y que para el caso del Régimen Contributivo en el año 2001 fueron de \$160 mil millones.

18 Echeverri, Esperanza. "La situación de salud en Colombia", en: Universidad Nacional de Colombia. *La salud pública hoy*. Bogotá, 2003 y Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de la Protección Social. *Datos Básicos de Salud en Colombia*. Bogotá, 2004.

19 Ibíd.

20 Defensoría del Pueblo. *Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud. Índice de vulneración o cumplimiento de los diferentes componentes del derecho a la salud en el esquema de aseguramiento*. Bogotá. 2003.

En el aspecto de suministro de información por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud a los usuarios, la investigación encontró que también es precaria, dándole una calificación de 5,3 sobre 10: al 36,9% de los usuarios no se les da a conocer la red de prestadores de servicios, al 39,3% no se les informa sobre los servicios a que tienen derecho y al 64% no se les informa sobre programas de promoción y prevención. Esta situación va en contravía de lo esgrimido por los propios defensores del modelo que plantean que el mercado genera eficiencia y calidad a partir de la libre escogencia del usuario, aspecto que no se puede desarrollar adecuadamente sino cuenta con información pertinente y oportuna.

Con relación a la atención oportuna de urgencias y de entrega de medicamentos también se rajan las EPS y ARS en la evaluación; situación ratificada por las acciones de tutela interpuestas por los ciudadanos, evidenciada por el análisis del conjunto de acciones interpuestas por la Defensoría del Pueblo en 1999, en donde la mayoría de acciones fueron interpuestas por: negación de servicios (52,6%), falta de oportunidad en el tiempo para la atención (31,5%) y no entrega de medicamentos (9,1%)²¹.

Los datos mostrados permiten concluir que la eficiencia del modelo también está cuestionada y que esto es su lógica interna. Por un lado, atención a la enfermedad como bien privado a cargo de las aseguradoras (es donde está el negocio), que genera las inequidades propias del mercado y un marginamiento de la promoción y la prevención; y de otro lado, acciones de salud pública como bien colectivo a cargo del Estado (no rentables) y que se han debilitado por el cambio de rol del Estado y la crisis de las instituciones públicas de salud, quienes son las encargadas de desarrollarlas.

Ineficiencia reflejada en mayor disponibilidad de recursos económicos pero con menor acceso a la garantía del derecho a la salud para la población y aumento de las arcas de las instituciones intermediarias (EPS y ARS); deterioro de las condiciones de salud de la población reflejada en la regresividad de diversos indicadores de salud y deterioro de la calidad de la prestación de los servicios de salud expresado en las quejas, denuncias y tutelas en salud que son pan de cada día.

Equidad: a la Hood Robin

Entendida la equidad como que cada uno aporta de acuerdo a sus capacidades y cada uno recibe según sus necesidades, podríamos decir que los datos muestran que el sistema colombiano ha aumentando la inequidad.

Al desagregar la distribución porcentual del subsidio en salud por condiciones socioeconómicas se encuentra que los deciles de mayor ingreso se ven más favorecidos que los de menor ingreso. Es así como el subsidio para salud que tiene el decil 1 es de 4,8%, mientras que para el decil 9 es de 12,8% y para el decil 10 es de 14%²².

21 Giraldo, Juan Carlos. *Ejercicio del derecho a la salud en Colombia*. Defensoría del Pueblo. Bogotá, 2000.

22 Gonzáles, Jorge Iván. "Imparcialidad financiera y equidad. Otra lectura del informe de la OMS año 2000", en: *¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud*. Alames y Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá, 2001.

Al observar los denominados “gastos de bolsillo” se observa también discriminaciones de índole económica ya que mientras los hogares donde los jefes pertenecen a regímenes especiales gastan el 5,7% de su ingreso, los del régimen subsidiado gastan el 14% y los que no están afiliados (vinculados) 12,4%²³.

En relación con el uso efectivo de los servicios de salud las razones más frecuentes para no acudir a éstos tienen que ver con los costos que genera, bien por las cuotas moderadoras y los copagos en el régimen contributivo, o por el pago porcentual que se debe hacer del costo de los servicios en el régimen subsidiado. El Ministerio de Educación en un estudio realizado en 1995 planteó que el 47,5% de la población estratos 1 y 2, en nueve ciudades colombianas, no utilizan servicios, aduciendo en un 66% razones económicas; en tanto que la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, de Profamilia de 2000, afirma que la falta de dinero es la razón del no uso de servicios en un 51% de los casos²⁴.

Las inequidades también se expresan en otros terrenos, como son las diferencias por regiones y entre zonas urbanas y rurales, por género, por régimen de afiliación (el plan obligatorio de salud subsidiado ofrece menos servicios que el contributivo), edad, condición cultural, entre otras²⁵.

Se puede decir entonces que el modelo de salud, al estar orientado por la lógica del mercado, origina inequidades propias de su concepción, estableciendo diferencias de beneficios y calidad, al establecer salud para ricos (medicina prepagada), salud para trabajadores (régimen contributivo), salud para pobres (régimen subsidiado) y excluyendo un sector importante de la población (vinculados)²⁶; no tiene en cuenta las especificidades regionales, ni de género, ni culturales, homogeniza por el rasero económico y se comporta como un modelo Hood Robin, es decir los que más tienen se ven favorecidos a expensas de los que menos tienen.

Conflictividad social en torno al derecho a la salud

Es indudable que el tema de la salud está a la orden del día en el país. La marcha de los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander hacia Bogotá exigiendo recursos para que no se cierre el Hospital Universitario “Ramón González Valencia”; la toma de tres iglesias en Bogotá por parte de trabajadores del sector salud exigiendo el respeto a la misión médica y a condiciones laborales dignas; las denuncias hechas por el propio presidente Uribe sobre el desvío de recursos del régimen subsidiado de salud para financiar grupos paramilitares y las acciones judiciales contra la administración de Riohacha por este tipo de actos; las diversas movilizaciones en contra del cierre del Hospital Universitario de Caldas y otras por la precaria situación del Hospital Universitario de Barranquilla, el Hospital Universitario San José de Popayán

23 Observatorio de la Seguridad Social. Op. Cit.

24 Echeverri, Esperanza. *La situación de salud en Colombia*. Op. Cit.

25 Paredes, Natalia. “A cinco años de la reforma del sistema de salud colombiano ¿qué ha pasado con el derecho a la salud?”, en: *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos*. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá, 2000.

26 Hernández, Mario. *El debate sobre la Ley 100*. Op. Cit.

y el Hospital Universitario San Jorge de Pereira; el Congreso Itinerante de los Indígenas del Cauca donde se exige respeto a sus procesos e instituciones de salud, son entre otras, expresiones de lo candente que está el tema de salud en Colombia²⁷.

Esta situación, es el acumulado de 10 años de implementación de la Ley 100, que ha generado un conjunto de problemas entre los que sobresalen: la no universalidad de la cobertura del aseguramiento a pesar de contarse con más recursos económicos en el sistema; la presencia de barreras económicas, geográficas y administrativas para el acceso a los servicios de salud; la lentitud en el flujo de recursos en el sistema y su apropiación indebida por parte de los intermediarios (aseguradoras); la crisis hospitalaria con sus efectos en cierre de instituciones de salud y pérdida de empleos; la marginalidad de las acciones de salud pública, que han llevado a situaciones críticas como la baja cobertura en vacunación; la precarización de las condiciones laborales de los profesionales y los trabajadores del sector de la salud, donde existen promedios de hasta un año o más sin recibir salario.

Se podría decir entonces que se rebotó la copa, razón por lo cual existe un acuerdo entre la casi totalidad de actores políticos y sociales, al reconocer que el sistema de salud requiere cambios, lo que de alguna manera se expresó en el conjunto de proyectos de reforma a la Ley 100 que se presentaron en el Congreso de la República en el periodo parlamentario finalizado que sumaron 18.

Se prevé mayor conflictividad en este terreno de la salud y la seguridad social, dado que el proyecto de ley presentado por el gobierno nacional para reformar el sistema tiene la intención de profundizar el modelo de aseguramiento y su manejo mercantil, a través de la reorganización del régimen subsidiado mediante un esquema financiero centralizado y la entrega de los programas de promoción y prevención a empresas administradoras de salud, lo que desconoce el rol del Estado en sus diferentes niveles territoriales y fortalece el esquema de subsidio a la demanda con el consecuente debilitamiento de la red hospitalaria pública²⁸. La importancia de los entes territoriales y de la salud pública es casi nula, reafirmando que el sistema de salud es un sistema de atención a la enfermedad y un negocio del sector financiero.

De ser aprobado por el Congreso de la República este proyecto, que es seguramente lo que ocurrirá, tendremos más de lo mismo por lo menos por otros 10 años, con el agravante de que todas las secretarías de salud del país se verán debilitadas y que los proyectos en dirección a una real garantía del derecho a la salud, que vienen surgiendo de gobiernos territoriales democráticos y progresistas, como el caso de la apuesta de Bogotá, pueden ser abortados.

Estudio de caso

Son muchos los casos que pueden ilustrar la constante violación al derecho a la salud en Colombia. De hecho en un reciente estudio de la Defensoría del Pueblo de Colombia, se ana-

27 Torres, Mauricio. "Colombia, el dilema de la reforma a la salud: continuidad o ruptura", en: *Le Monde Diplomatique*. Bogotá. Noviembre, 2004. Págs 8 – 9.

28 Paredes, Natalia. "La salud pública: entierro definitivo", en: *Reelección: el embrujo continua. Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez*. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá, 2004.

lizó el conjunto de tutelas en salud interpuestas por los ciudadanos en todo el país desde 1999, el total fue de 145.360, de las cuales 87.300 (60%) fueron falladas positivamente por negociaciones arbitrarias de las aseguradoras al no autorizar servicios asistenciales a los que legítimamente tenían derecho por hacer parte del POS²⁹.

Uno de los problemas más apremiantes tienen que ver con que cerca de 1.000 hospitales de primer nivel, 139 de segundo y 25 de tercer nivel para un total de 3.018 en la red pública, se encuentran debilitados financieramente, lo que los ha llevado al borde del cierre o en diversos casos a ser cerrados, por las siguientes razones³⁰:

1. Conminación desde el Estado para que operen como si fueran empresa privada (mercadeen, contraten y facturen en la lógica de la autosostenibilidad financiera) sin consideración de su necesaria protección efectiva como bienes públicos.
2. Integración vertical, sobre todo a favor de las EPS y ARS privadas, que contratan con sus redes propias y disminuyen la oportunidad de contratación con la red pública.
3. Crecimiento de manera concentrada, inequitativa de infraestructura privada en todos los niveles como parte de la integración vertical del sector privado, con base en las utilidades generadas por el sistema de Salud y Seguridad Social.
4. Formas de contratación inequitativas con traslado del riesgo desde el asegurador al prestador y con cartera vencida superior a un año para el 30% de la deuda entre aseguradores y prestadores.
5. Procesos de reestructuración, saneamiento, conversión en ESE de clara tendencia privatizadora sin resultados en función de la sostenibilidad, la viabilidad y el mejoramiento a la vista.
6. Sistema tarifario desfasado.
7. Hospitales emblemáticos a nivel universitario, cerrados como el San Juan de Dios de Bogotá, El Hospital Universitario de Cartagena, el Hospital Universitario de Caldas, al borde del cierre el Materno Infantil de Bogotá, disminuidos en su capacidad resolutive y con posibilidades de cierre, como el caso de Santander, Cauca, Valle, entre otros.
8. El sistema de mercado regulado que somete a la competencia a la red pública, ha generado una crisis profunda, favorecida por las políticas del Estado en materia de reestructuración, disminución y privatización de lo público. Un estudio de la Academia Nacional de Medicina demuestra que entre 21 hospitales analizados, 11 reestructurados y 10 no, las diferencias de viabilidad financiera no son significativas.

De esta manera queda evidente que el Estado disminuye la disponibilidad real de servicios de salud prestados por la red pública hospitalaria, lo que atenta contra la garantía del derecho a la salud de la población colombiana.

29 Defensoría del Pueblo. *La Tutela y el Derecho a la Salud. Causas de la tutela en salud*. Bogotá. 2004.

30 II Congreso Nacional por la Salud y la Seguridad Social. *Demanda política contra el Estado Colombiano por la violación al derecho a la salud*. Bogotá, noviembre, 2004.

Globalización y salud

Los cambios mundiales en las políticas económicas impulsados a comienzos de la década del 80, incorporaron la idea que a través de la liberalización comercial los países avanzarían por una senda de desarrollo.

Tal planteamiento viene teniendo su mayor expresión a partir del impulso de acuerdos de libre comercio entre naciones. El primero de ellos a nivel continental, que ya cumple su primera década, es el denominado TLCAN (Tratado de Libre Comercio de América del Norte), suscrito entre Canadá, Estados Unidos y México. Le sigue el reciente Tratado de Libre Comercio (TLC) suscrito entre Estados Unidos y Chile, a partir del cual se abrió un abanico de negociaciones individuales de naciones que esperan avanzar en la misma vía con los Estados Unidos. Estos acuerdos van abriendo y abonando el camino para la propuesta más importante que impulsa los Estados Unidos, que es el Acuerdo de Libre Comercio de las Américas (ALCA).

El planteamiento central de estos acuerdos de libre comercio es generar un gran mercado de carácter continental, que permita la circulación libre de mercancías, donde las reglas que primen sean las de la oferta y la demanda.

Entre los principales sectores que buscan estar en la propuesta de integración económica se encuentran los de bienes y de servicios. Estos sectores tienen una enorme incidencia en el sector salud producto de su participación en el mercado del aseguramiento en salud; venta de servicios de salud; comercialización de insumos y tecnología médica (sectores que comercializan bienes sobre los cuales se establece derechos de propiedad intelectual); producción y distribución de medicamentos; y en la venta de servicios de educación en salud.

De tal suerte, que el sector salud es visto como un sector potencial en el cual existen varios negocios sobre los cuales hay mucho interés de empresas internacionales para captar su mercado³¹.

Efectos del TLC en el sector de la salud

Desde diversos sectores de la sociedad se plantea que estos acuerdos de libre comercio van a impactar negativamente la garantía del derecho a la salud en Colombia principalmente al avanzar en la privatización de los servicios de salud y al establecer patentes sobre medicamentos esenciales. Esto se deduce del hecho que la propuesta de acuerdos de libre comercio en su relación con el sector salud va a generar:

- apertura del mercado a las multinacionales de prestación de servicios de salud, las cuales tienen mayor capacidad de competir y captar mercado, debilitando por esta vía la red nacional prestadora de servicios de salud tanto pública como privada, lo que puede de hecho llevar a muchas de estas instituciones a la quiebra y establecer mayores barreras de acceso económico a los servicios de salud;

31 Torres, Mauricio. "TLC y Estados Unidos: la salud en la mira de las multinacionales", en: *Diario Desde Abajo*. Bogotá, noviembre de 2004, pp. 6-7.

- menos acceso a los medicamentos, dado el aumento de barreras económicas, ya que los derechos de propiedad intelectual sobre estos bienes los encarecen;
- mayor deterioro en el componente de salud pública, ya que este tipo de programas no son de interés de estos mercados al no considerarse suficientemente rentables;
- empeoramiento de las condiciones laborales de los trabajadores del sector de la salud, dado que se contratará a más bajos precios y con mayores cargas laborales. Esto a su vez, puede propiciar migración de profesionales de la salud, trayendo más dificultades de disponibilidad de talento humano en salud en el país.

Efecto en acceso a medicamentos

Los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio (OMC) suscritos en el marco de los ADPIC ó TRIPS (Acuerdos sobre Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el comercio) establecen derechos de propiedad intelectual sobre los medicamentos, dándole a las industrias farmacéuticas que los producen derecho de producción exclusiva por 20 años, es decir aprueba el monopolio de su producción y comercialización, lo que conduce a un encareciendo de estos.

Para citar un ejemplo, un tratamiento para SIDA con medicamentos antiretrovirales que tienen patente cuesta al año 12.000 dólares, mientras que con medicamentos genéricos (sobre lo que ya no existe patente) cuesta 420 dólares anuales.

Esto demuestra que habrá mayor exclusión para el acceso a medicamentos prioritarios y novedosos, ya que el patentamiento eleva considerablemente los precios y coloca barreras de carácter económico para su acceso.

A su vez, esto hace que el énfasis en la investigación y desarrollo de medicamentos se concentre en enfermedades que padecen poblaciones con capacidad de pago, lo que hará que se produzca mayor abandono de las enfermedades descuidadas (como el caso de la lepra y la leishmaniasis en Colombia), sobre las cuales las farmacéuticas multinacionales no producen investigación ya que no es rentable.

Es importante mencionar que como una acción para evitar poner en peligro la salud de las poblaciones, en caso de emergencias sanitarias, se firmó en el año 2001 la *Declaración de Doha* en el seno de la OMC, que estableció que el acuerdo sobre los ADPIC puede y debe interpretarse e implementarse de manera tal que apoye el derecho de los miembros de la OMC a proteger la salud pública, y en especial a promover el acceso a todos los medicamentos. Esto permite que los países produzcan medicamentos patentados, pero solo en casos de crisis de la salud pública y sin derecho para exportarlos a países pobres que no los pueden producir.

En este aspecto de medicamentos el TLC que Estados Unidos quiere firmar con Colombia, busca ir más allá de los acuerdos en este tema definidos en la OMC a través de establecer patentes por más de 20 años, establecer patentes de segundo uso (es decir cuando a un medicamento se le descubre una segunda propiedad, puede establecerse otro periodo de patente), patentes espurias (patentes cuando hay cambios en la forma de presentación del

medicamentos, por ejemplo de tableta a ampolla); protección exclusiva de datos (las autoridades sanitarias nacionales no podrían sustentarse en un registro previo para aprobar un producto farmacéutico similar, durante cinco, ocho o diez años); e impedimento de importaciones paralelas.

Escenario futuro

El escenario futuro es oscuro pero a la vez se constituye en una problemática que el movimiento social y popular sigue enfrentando.

Se espera que las reformas propuestas por el gobierno nacional en salud y pensiones sean aprobadas, lo que profundizará el modelo de mercado y aumentará las inequidades y violaciones a la garantía del derecho a la salud y la seguridad social.

Ante este panorama y la magnitud de los problemas sociales y sanitarios actuales y sus graves incidencias en la protección del derecho a la salud, el movimiento social sanitario y diversas organizaciones populares acordaron en el marco del II Congreso Nacional por la Salud y la Seguridad Social, realizado en el mes de noviembre de 2004 en Bogotá, trabajar en los siguientes objetivos:

1. Luchar por construir de manera colectiva y democrática un nuevo modelo de seguridad social y salud orientado desde la perspectiva integral de los derechos humanos, que apunte a garantizarlos efectivamente para todos y todas, rompiendo con barreras de orden económico, geográfico, administrativo, informativo, de género, étnico, cultural y laboral, entre otras.
2. Trabajar en pos de la salud, entendida como un derecho humano fundamental, individual y colectivo, de forma integral y que el nuevo modelo de salud responda a las siguientes características: a) Sistema Público Nacional: único, autónomo y democrático; b) Sistema de Salud universal, equitativo, solidario, integral y que reconoce la diferencia (cultural, de género, de etnia, de edad); c) Sistema que combina la centralización en la definición de lineamientos de política, con la descentralización de la gestión y en los recursos; d) Administración pública, donde la participación ciudadana se desarrolla de manera amplia hasta llegar a convertirse en un real gobierno con decisión de la ciudadanía; e) Presupuesto nacional manejado a través de un Fondo Público Nacional Único y Fondos Regionales; f) Sistema de salud que priorice la promoción, prevención, educación y el fomento de la salud en todos los niveles y que se articule con la atención a la enfermedad, la rehabilitación y la integración social; g) Sistema que responda a las necesidades de los habitantes y que permitan incluir los avances tecnológicos que se van requiriendo para la adecuada prestación de los servicios sin discriminación de ningún tipo; h) Sistema cuya vigilancia y control se realiza con una fuerte participación social y ciudadana bajo la orientación del cumplimiento de metas de salud y bienestar que garanticen el derecho a la salud y a la seguridad social.
3. Presentar una demanda política contra el Estado por las continuas y sistemáticas violaciones al derecho a la salud y a la seguridad social, y se inste a la Corte Constitucional

- para que se haga la “declaratoria del estado de cosas inconstitucional, en materia de salud y seguridad social”, como consecuencia de las violaciones masivas, constantes y generalizadas del derecho a la salud y derechos conexos, originadas en las ilegales, inconstitucionales y prolongadas acciones y omisiones del Estado.
4. Exigir que el Estado colombiano y el gobierno actual respondan públicamente a la ciudadanía, a los organismos de control, al Congreso de la República, a las altas Cortes y a los organismos internacionales por la grave situación de la violación del derecho a la salud y para que tomen las medidas inmediatas necesarias de respeto, protección y realización del derecho.
 5. Convocar a los organismos internacionales, OMS, OPS, Comité del PIDESC, Corte Interamericana de Derechos Humanos para que haciendo uso de los mandatos e instrumentos pertinentes demande del Gobierno Nacional soluciones prontas y permanentes a la grave situación denunciada.
 6. Convocar a las organizaciones sociales y políticas, y en general al pueblo colombiano a desarrollar diversas estrategias para detener las negociaciones del TLC y el ALCA, por considerar que este tipo de acuerdos comerciales aumentarán el desempleo, empeorarán las condiciones laborales con sus consecuentes repercusiones negativas sobre la salud de los trabajadores, incrementarán la enfermedad y la muerte producto de la mayor privatización y comercialización de la salud y el encarecimiento de los medicamentos, y habrá mayor inseguridad alimentaria debido a la inundación de productos importados, entre otras.
 7. Rechazar el proyecto de ley de reforma a la Ley 100 presentado por el gobierno nacional, dado que refuerza el modelo de salud centrado en el mercado, centraliza los recursos y el poder en el gobierno nacional, fortalece a las aseguradoras privadas, acelera la liquidación de los hospitales públicos y deja a los departamentos, distritos y municipios por fuera del manejo de la salud.
 8. Dar pleno respaldo e impulso al *Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social* como instancia organizativa de ciudadanos/as y organizaciones sociales para ser interlocutor ante las autoridades nacionales, regionales y locales en el proceso de presentación y seguimiento al cumplimiento de este Mandato Ciudadano.

Con relación a este último punto, el futuro coloca como reto consolidar un movimiento social nacional que tenga la capacidad de incidir de manera efectiva en la orientación de la política de Estado en salud, ruta fundamental para concretar el anhelo de salud para todos/as a través de la construcción de un nuevo modelo de salud y seguridad social. Este proceso deberá fortalecer alianzas con todos los sectores que consideren que la salud se debe realizar como derecho humano y debe recoger la actual experiencia de gobiernos locales progresistas, que como en el caso de Bogotá, impulsan una política pública para avanzar en la garantía del derecho a la salud. A su vez esta alianza debe articularse con movimientos sociales latinoamericanos y mundiales que tienen como bandera central la salud como derecho humano y bien público.

Cuba:
EI DERECHO
A LA SALUD

Dra. Leticia Artiles Visbal
Dra. Ada C. Alfonso Rodríguez
ALAMES Cuba

Contexto económico, político y social: situación general del país

Cuba, desde el triunfo de la Revolución en 1959, se ha visto sometida a agresiones económicas por parte de los diferentes gobiernos de Estados Unidos de América. La aplicación de la Ley Torricelli y la Ley Helms-Burton, en los noventa, buscaban reforzar el bloqueo y asfixiar al Gobierno cubano. Es importante señalar, que dichas medidas, tenían como telón de fondo, la desaparición del campo socialista en la Europa del este, con quién Cuba mantenía entre 75-80 % de sus relaciones comerciales.¹

Este cambio en la correlación de fuerzas en la arena internacional, unido al bloqueo económico aceleró una contracción económica, sin precedentes, y el inicio en los noventa del “Período Especial”. De ahí, la aplicación de un conjunto de medidas dirigidas a reanimar la economía cubana con especial cuidado en mantener los programas sociales en especial, la salud y la educación; mantener los empleos y los ingresos de los trabajadores con un ajuste gradual, la distribución lo más equitativa posible de los bienes de consumo, y el incremento de médicos que mitigara el impacto de la reducción de medicamentos y sostuvieran los logros alcanzados por el Sistema de Salud Cubano.

El último quinquenio del siglo XX, y los años del presente siglo evidencian la voluntad política del Estado en la inversión en capital social y humano, y la participación de la ciudadanía en hacer sostenible los logros alcanzados por la Revolución en materia social y de salud.

La revolución en el campo de la salud, en estos últimos años, puede resumirse en: cambios en los servicios farmacéuticos con énfasis en su estructura productiva, la reparación capital, remodelación y ampliación de servicios de los policlínicos del país que incluyen servicios de emergencia para atención de personas con accidentes vasculares, servicio de ambulancia y personal capacitado; la creación de servicios de electrocardiografía en todos los policlínicos del país y de rehabilitación, para lo que se han construido nuevas salas de rehabilitación en los territorios, el incremento de servicios de ultrasonido con equipos de alta resolución en policlínicos y hospitales modernos que buscan acercar los servicios a la población; cursos de perfeccionamiento médico en más de 373 temas que han beneficiado a 34 451 profesionales de la salud entre médicos y enfermeras. Se han dotado a las áreas de salud de nuevos equipos de atención estomatológica, Rayos X, y algunos ya cuentan con servicios

1 Centro de Información para la Prensa. 1996. Periodo Especial. Citado por: Miguel Márquez. 2002. La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Cuba: 1989-1996. Universidad de Cuenca, Ecuador. Pág. 26.

endoscópicos para el diagnóstico temprano de afecciones digestivas. Los centros de salud y bibliotecas médicas están conectados a la Red Telemática de Salud de Cuba (INFOMED) que garantiza la actualización e intercambio científico de los recursos humanos de la salud².

Marco jurídico y constitucional del derecho a la salud³

El artículo 49 de la Constitución de la República de Cuba, establece el derecho que tienen todos los ciudadanos a que se les atienda y proteja su salud y la obligación que tiene el Estado de garantizar ese derecho con la prestación de la asistencia médica de forma gratuita, mediante la red de instalaciones de servicios médicos.

El 13 de julio de 1983 se aprobó por la Asamblea Nacional del Poder Popular la Ley N° 41. Ley de la Salud Pública, que establece los principios básicos para la regulación de las relaciones sociales en el campo de la salud pública, con el fin de garantizar la promoción de salud, la prevención de enfermedades, el restablecimiento de la salud, la rehabilitación social de los pacientes y la asistencia social.

La citada Ley en su Artículo 4 plantea que: La organización de la salud pública y la prestación de los servicios que a ella corresponde en nuestra sociedad socialista se basan en:

- El reconocimiento y garantía del derecho de toda la población a que se atienda y proteja adecuadamente su salud en cualquier lugar del territorio nacional;
- el carácter estatal de las instituciones, la gratuidad de los servicios de la salud y de la asistencia médica, de acuerdo con las regulaciones que al efecto se establecen;
- e) el carácter social del ejercicio de la medicina, de acuerdo con los principios de la moral socialista y de la ética médica establecida;
- ch) la orientación profiláctica como función altamente priorizada de las acciones de salud;
- la planificación socialista;
- la aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y de la técnica médicas mundiales;
- la participación activa y organizada de la población en los planes y actividades de salud pública;
- la colaboración internacional en el campo de la salud;
- la prestación de ayuda en el campo de la salud como un deber internacionalista.

La plataforma legal sustenta la salud como bien público y derecho ciudadano.

2 Discurso pronunciado por el Presidente de la República de Cuba Fidel Castro, en el acto de inauguración de obras del extraordinario programa de salud ya en marcha, que se lleva a cabo en Cuba, efectuado en el teatro Astral, el 7 de abril del 2003.

3 El Segundo Congreso del Partido Comunista de Cuba, traza objetivos generales a alcanzar en los servicios de la salud, y ello hace necesaria la promulgación de una ley que rijan en forma general el trabajo a desarrollar para, entre otros, normar las relaciones entre los órganos y organismos estatales y establecer en esta actividad los derechos y deberes del pueblo, del Ministerio de Salud Pública, de las instituciones o unidades que comprenden el Sistema Nacional de Salud. La información es tomada de la Ley 41. Ley de la Salud Pública. Aprobada 13 de Julio de 1983 por la Asamblea Nacional del Poder Popular de la República de Cuba. Gaceta Oficial de la República.

Descripción del sistema de salud

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de unidades administrativas, de servicios, producción, docencia e investigación, responsabilizadas con la atención integral de la salud de la población. Estas unidades se encuentran relacionadas entre sí, de acuerdo con el principio de la doble subordinación cuando se trate de unidades dependientes de los órganos locales del Poder Popular, además se relacionan con las organizaciones sociales y de masas⁴.

Está estructurado por tres niveles en correspondencia con la estructura administrativa del país:

El nivel nacional representado por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), como órgano rector, cumple funciones metodológicas, normativas, de coordinación y control. Es el encargado de ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado y del Gobierno en cuanto a la Salud Pública y el desarrollo de las Ciencias Médicas. Sus principios son: carácter estatal y social de la medicina; accesibilidad y gratuidad de los servicios, orientación profiláctica, aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica, participación de la comunidad e intersectorialidad, colaboración internacional, centralización normativa y descentralización ejecutiva⁵. A él se subordinan los centros universitarios, de investigación y asistencia médica, empresas distribuidoras y comercializadoras de medicamentos y equipos médicos, y una empresa de comercio exterior importadora y exportadora de medicamentos y tecnologías médicas.

El nivel provincial está representado por las Direcciones Provinciales de Salud Pública, directamente subordinadas administrativa y financieramente de las Asambleas Provinciales del Poder Popular. Las unidades dependientes a este nivel son: hospitales provinciales e intermunicipales, bancos de sangre, centros provinciales de higiene y epidemiología, centros provinciales de educación para la salud y de prevención de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, centros formadores de profesionales y técnicos de nivel medio, red de farmacias y ópticas de venta a la población.

El nivel municipal está constituido por las Direcciones Municipales de Salud Pública dependientes administrativa y financieramente de la Asamblea Municipal del Poder Popular. Las unidades subordinadas son: los policlínicos, hospitales municipales, locales y rurales, unidades y centros municipales de higiene y epidemiología, clínicas estomatológicas, instituciones de asistencia social a ancianos, impedidos físicos y mentales, hogares maternos y otros.

El Sistema Nacional de Salud es un sistema único, integral y descentralizado para la atención de salud de la población, y su pilar fundamental lo constituye la Atención Primaria de Salud (APS) y el modelo de la medicina familiar.

4 Ibíd. Artículo 5

5 <http://www.dne.sld.cu>. Ministerio de Salud Pública. Cuba. 10 de enero de 2004

Indicadores de estado de salud de la población

En Cuba la esperanza de vida al nacer es de 77 años, 75,13 años para los hombres y 78,97 años para las mujeres, con una diferencia entre los sexos de un aproximado de 3 años, aspecto que requiere de observancia para poder detectar y solucionar la baja sobrevivencia de las mujeres con relación a los hombres.

En cuanto a la natalidad y la cobertura de atención por las instituciones del sistema nacional de salud, la siguiente tabla muestra que 99,9% de los nacimientos ocurren en instituciones de salud, comportamiento que se ha mantenido estable en los años que se analizan (ver Tabla1).

Tabla 1
INDICADORES SELECCIONADOS SOBRE NATALIDAD 1999 - 2003

AÑOS	TOTAL DE NACIDOS VIVOS	NATALIDAD POR 1000 HABITANTES	NACIDOS VIVOS EN INSTITUCIONES DE SALUD	
			NÚMERO	PORCENTAJE
1999	150 785	13.5	150 590	99.9
2000	143 528	12.8	143 355	99.9
2001	138 718	12.4	138 564	99.9
2002	141 276	12.6	141 115	99.9
2003*	136 795	12.2	136 661	99.9

*Provisional. Fuente: Anuario Estadístico de Salud 2003

Al cierre del año 2003, la inmunización de los niños menores de 2 años con todas sus dosis fue 95,1%. El esquema de vacunación vigente incluye las siguientes enfermedades: difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, tuberculosis, parotiditis, enfermedad meningocócica B-C, hepatitis B (1992), poliomielitis, rubéola, fiebre tifoidea y H. influenzae tipo B (1999)⁶. Es importante destacar que dos de las vacunas del esquema comenzaron a administrarse durante el Periodo Especial lo que demuestra que la salud de la población es centro de las políticas del Estado cubano.

En Cuba, las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, la influenza y neumonía, y los accidentes figuran entre las primeras causas de muerte. La tabla 2 muestra la Tasa por 100 000 habitantes para estas causas de muerte. Nótese el comportamiento de la mortalidad (primeras tres causas de muerte) por enfermedades no transmisibles. Es importante señalar la sobremortalidad masculina con excepción de las enfermedades cerebrovasculares en que la razón de tasa por sexo M/F fue 0.9.

Tabla 2
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE DE TODAS LAS EDADES 1990 - 2003
 (Tasa por 100.000 habitantes)

CAUSAS*	1990	1995	2001	2002	2003 **
Enfermedades del corazón (I05 - I52)	201.3	201.3	185.5	170.5	181.2
Tumores malignos (C00 - C97)	128.8	133.2	149.8	155.5	162.4
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	65.4	70.7	71.9	68.3	72.6
Influenza y neumonía (J10 - J18) **	35.4	40.0	61.6	45.8	52.5
Accidentes (V01-X59, Y85-Y86)	49.4	53.3	42.8	39.5	38.8

* Causas según lista abreviada 41 del 2003 ** Provisional. Fuente: Anuario Estadístico de Salud 2003

La prevención de la muerte materna es una prioridad del Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública, por lo que cada caso es analizado casuísticamente con el fin de determinar los factores causales del deceso de la madre. La Tabla 3 muestra las causas de muerte materna relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio a partir del año 2001.

Tabla 3
**MORTALIDAD MATERNA RELACIONADA CON EMBARAZO, PARTO
 Y PUERPERIO SEGÚN CAUSAS 2001 - 2003**

CAUSAS	DEFUNCIONES			TASA **		
	2001	2002	2003*	2001	2002	2003*
DIRECTAS	41	43	48	29.6	30.4	35.1
INDIRECTAS	6	15	6	4.3	10.6	4.4
OTRAS CAUSAS	20	24	14	14.4	17.0	10.2
Mortalidad relacionada con el embarazo, parto y puerperio	67	82	68	48.3	58.0	49.7

* Provisional. Fuente: Anuario Estadístico 2003; ** Por 100 000 nacidos vivos

Notas aclaratorias / definiciones que la CIE-10 introduce:

Mortalidad relacionada con el embarazo, parto y puerperio: Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción.

Un logro de la Revolución cubana y de su sistema de salud ha sido la reducción sistemática de la mortalidad infantil. En el 2004 la cifra fue 5,8 por mil nacidos vivos. Nótese en el comportamiento de las causas de muerte en niños menores de 1 año durante los años 1970, 1980, 2002 y 2003, la tendencia a la disminución debido al impacto directo de la política nacional de salud a través de las acciones de sus programas nacionales, tales como: la captación precoz del embarazo, el seguimiento de las embarazadas en las consultas prenatales, los servicios perinatales y neonatales, el parto institucional y los servicios de atención al bebé en la atención primaria de salud.

Tabla 4
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MENORES DE 1 AÑO
 1970 - 2003

CAUSAS	1970	1980	2002	2003*
NÚMERO DE DEFUNCIONES				
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	3 562	1 289	426	406
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	907	552	273	236
Influenza y neumonía (J10-J18)	1 202	221	29	38
Accidentes (V01-X59, Y85-Y86)	159	84	33	26
Enfermedades del corazón (I05-I52)	40	45	14	15
TASA POR 1 000 NACIDOS VIVOS				
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	15.0	9.4	3.0	3.0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3.8	3.9	1.9	1.7
Influenza y neumonía	5.1	1.6	0.2	0.3
Accidentes	0.7	0.6	0.2	0.2
Enfermedades del corazón	0.2	0.3	0.1	0.1

* Provisional. Fuente: Anuario Estadístico de Salud 2003

Indicadores de funcionamiento del sistema

El país contaba en el año 2003 con un total de 267 hospitales, 13 institutos de investigación, 7 clínicas de Retinosis Pigmentaria, 444 policlínicos, 165 clínicas estomatológicas, 166 puestos médicos, 5 balnearios, 276 hogares maternos, 27 bancos de sangre, 141 hogares de ancianos, 177 casas de abuelos, 34 hogares de impedidos.⁷ Sin contar la amplia red de farmacias, ópticas, y otros centros dirigidos a apoyar y satisfacer las demandas de la población. En la actualidad el número de unidades se ha incrementado con la construcción de las modernas salas de rehabilitación construidas en diferentes territorios del país.

El número de camas dedicadas a la asistencia médica y social entre los años 1999 -2003 se muestran en la Tabla 5. Es importante señalar, que en el país existen un número reducido de camas en instituciones privadas de carácter religioso. También para una mejor comprensión de las cifras se requiere comentar que debido al desarrollo alcanzado por la APS y la amplia participación de la población en la gestión comunitaria se ha logrado la rehabilitación social de personas que permanecían en instituciones de salud de larga estadía, garantizándose en la actualidad su atención en los centros comunitarios de salud de sus territorios con el acompañamiento de los diferentes actores comunitarios.

7 Fuente: Dirección Nacional de Planificación y Economía citado en Anuario Estadístico de Salud 2003.

Tabla 5
DOTACIÓN DE CAMAS DE ASISTENCIA MÉDICA Y SOCIAL
1999 - 2003

AÑOS	ASISTENCIA MÉDICA		ASISTENCIA SOCIAL		TOTAL	
	CAMAS	POR 1 000 HAB.	CAMAS	POR 1 000 HAB.	CAMAS	POR 1 000 HAB.
1999	61 756	5.5	14 808	1.3	76 564	6.9
2000	58 713	5.2	14 444	1.3	73 199	6.5
2001	56 868	5.1	14 383	1.3	73 157	6.3
2002	55 864	5.0	14 560	1.3	70 424	6.3
2003*	55 428	4.9	14 575	1.3	70 003	6.2

* Provisional

** Incluye camas de unidades de subordinación nacional

Nota: Incluye camas de instituciones privadas

Fuente: Dirección Nacional de Planificación y Economía citado en Anuario Estadístico de Salud 2003

Tabla 6
MÉDICOS Y ESTOMATÓLOGOS
1999 - 2003

AÑOS	MÉDICOS			ESTOMATÓLOGOS		
	TOTAL	POR 10.000 HAB.	HAB. POR MÉDICO	TOTAL	POR 10.000 HAB.	HAB. POR ESTOMAT.
1999	64 863	58.2	172	9 918	8.9	1 123
2000	65 997	59.0	170	9 917	8.9	1 128
2001	66 325	59.1	169	9 877	8.8	1 137
2002	67 079	59.6	168	9 955	8.8	1 130
2003*	68 017	60.4	165	10 167	9.0	1 107

* Provisional. Fuente: Registro de Profesionales de la Salud

Durante los años más difíciles del Periodo Especial, no se detuvo la formación de médicos, tomemos como referencia en año 1990, en el que existían 38690 y la cifra de médicos en el año 1996 que era de 60129, igual con los estomatólogos. En los años comprendidos entre 1990 y 2003 el incremento se mantuvo (ver Tabla 6)

La Tabla 7 recoge la ejecución del presupuesto y gastos por habitantes entre los años 1999 y 2003. Puede observarse que a pesar de la crisis económica que ha vivido el país durante la década del noventa se observa una tendencia al incremento de la ejecución del presupuesto y los gastos por habitantes en los últimos tres años que se analizan.

Tabla 7
EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO Y GASTOS POR HABITANTE (UM: Pesos)
1999 - 2003

AÑOS	EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO	GASTOS POR HABITANTE
1999	1 710 638 700	153.52
2000	1 857 035 500	165.99
2001	1 796 598 700	159.99
2002	1 923 032 100	170.92
2003*	2 028 100 000	180.26

* Provisional. Fuente: Dirección de Finanzas y Contabilidad citado en Anuario Estadístico de Salud (2003)

Conflictividad social en torno al derecho a la salud

Como se ha mencionado con anterioridad el Estado cubano garantiza el derecho de toda la población a que se atienda y proteja adecuadamente su salud en cualquier lugar del territorio nacional. Sin embargo, la defensa por el mantenimiento del estado de salud de la población es un compromiso ciudadano

Veamos el ejemplo de la lucha por la erradicación de mosquito *Aedes Aegyti*. Existe un Programa Nacional para la erradicación del mosquito *Aedes Aegyti* monitoreado por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), sin embargo, en los últimos años ha sido necesario convocar a todas las fuerzas sociales para lograr la erradicación de los focos de estos insectos y así lograr la prevención del Dengue. La batalla se ha librado en cada cuadra, centro de trabajo, centros de recreación, espacios de uso comunitario, no ha quedado un espacio del país que no se haya saneado y esto solo ha sido posible por la movilización social para la protección de la salud. Los medios masivos de comunicación han informado a la población sobre las principales medidas para la erradicación de focos y los síntomas de la enfermedad; y las autoridades sanitarias han tenido un espacio permanente tanto radial como televisivo para la educación de la salud de la población. En dicha batalla participan los adolescentes y jóvenes estudiantes, los miembros del Ejército Juvenil de Trabajo, los organismos e instituciones del Estado entre los que se encuentran las instituciones de salud y las organizaciones no gubernamentales como los Comités de Defensa de la Revolución, la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños y la Federación de Mujeres Cubanas, pilares fundamentales en el desarrollo de acciones de salud; y de la participación de cada ciudadano tanto en su cuadra como en su centro de trabajo. El Gobierno cubano garantiza los fondos para la compra de todos los recursos materiales necesarios para que la ciudadanía libre la batalla por su salud a la vez que brinda atención y seguimiento a las acciones que se desarrollan y su cumplimiento por los diferentes organismos del Estado.

Un segundo ejemplo relaciona con el componente educativo para la prevención del VIH. Desde la década del ochenta, en Cuba, se desarrollan acciones dirigidas a disminuir los riesgos de infección por VIH entre las que se encuentran: un sistema de vigilancia epidemiológica para la detección, el estudio de las personas con enfermedades identificadas como oportunistas

tas, la capacitación técnico y profesional; la adquisición de reactivos y medios necesarios para el diagnóstico de la infección, la atención en las unidades del sistema de las personas viviendo con VIH (PVVIH), consejerías cara a cara y líneas de ayuda entre otras. No obstante, durante los últimos años, se ha facilitado la formación de promotores pares como un recurso de incalculable valor, promotores voluntarios que participan junto a los recursos humanos de la salud tanto en la promoción de salud sexual como en la prevención de las infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA y el acompañamiento de PVVIH y sus familiares. El Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual, el Programa Nacional de Prevención del SIDA ambos del MINSAP, el Grupo Operativo para el enfrentamiento y lucha contra el SIDA (GOPELS) que integra a diferentes organismos del Estado se constituyen en parte de la Respuesta Multisectorial para enfrentar el VIH-SIDA; los promotores pares son parte de ese pueblo cubano que participa en la defensa de la salud.

Estudio de caso

Atención a la mujer de edad mediana

Un grupo poblacional prácticamente ignorado en la mayor parte de los programas de salud es el de las mujeres comprendidas entre los 40 y 59 años de edad. En Cuba desde 1993 existe un Modelo de Atención a la Mujer Climatérica (MACLI) que orienta la atención de la mujer de edad mediana con un enfoque integral en los diferentes niveles de atención, fortalece la docencia de pre y postgrado y la investigación científica en temas de climaterio y menopausia. Como resultado se ha capacitado a los recursos humanos de todas las provincias del país con la finalidad de incorporar el diagnóstico médico social a las prácticas de salud dirigidas a esta etapa de vida femenina.

MACLI incorpora la perspectiva de género al análisis de la situación de las mujeres de edad mediana, en lo concerniente a su salud y a su desempeño en la vida cotidiana, promueve las buenas prácticas médicas para evitar la ooforectomía indiscriminada, la atención personalizada a la mujer en su contexto social, y la prescripción individualizada de la terapia de reemplazo hormonal.

El Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia realizado en 1999⁸ reunió a un grupo importante de expertos, con el fin de lograr consenso y proporcionar una guía que sirva como base para:

1. Favorecer una mejor calidad de vida a la mujer durante la senectud.
2. Lograr un uso racional de los medicamentos o drogas a emplear durante esta etapa de la vida.
3. Proporcionar a las autoridades competentes lineamientos para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las consecuencias clínicas del cese de la función reproductiva del ovario desde una concepción de salud.

8 Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia. Ciudad de La Habana, 15 al 19 de marzo de 1999. Editorial Ciencias Médicas, 1999.

Dos áreas que reciben especial atención en MACLI son: el disfrute de la sexualidad por las mujeres y la desmedicalización del climaterio como proceso.

El disfrute de la sexualidad por las mujeres es abordada desde la concepción de la mujer como sujeto sexuado y su relación con la autopercepción de su imagen corporal y la autoestima. Educar a las mujeres para la apropiación de su cuerpo sexuado y las prácticas de autocuidado es una de las tareas que se realizan en los niveles de atención de salud.

La desmedicalización del climaterio es un principio de la atención en MACLI. Conceptuar el proceso climatérico como fisiológico significa posicionar la atención de la mujer de edad mediana en el logro de mayores niveles de calidad de vida a partir de promover hábitos de vida saludables, la práctica de ejercicios físicos sistemáticos y la prescripción de fármacos solo en aquellas mujeres que así lo requieren.

Globalización y salud

Numerosos organismos internacionales gubernamentales y no gubernamentales han apoyado proyectos y acciones en Cuba. Se destacan entre estos los organismos del Sistema de las Naciones Unidas: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS); Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Oficina de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Programa para el Desarrollo Humano Local (PDHL), Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y otros. En los dos últimos años Cuba ha recibido el apoyo de Fondo Global de Lucha contra la Malaria, La Tuberculosis y el SIDA para potenciar las acciones que se vienen desarrollando en la prevención del VIH-SIDA desde la década del ochenta.

El Sistema de las Naciones Unidas acompaña al Estado cubano en la atención a las problemáticas identificadas. Como ejemplo de este acompañamiento el Programa Mundial de Alimentos (PMA) del sistema de las Naciones Unidas asignó en el año 2004 tres millones de dólares para el apoyo nutricional a los territorios orientales, seriamente afectados por la sequía, la desertificación y en algunos casos la salinización de sus suelos, concentrando los alimentos donados en los segmentos poblacionales más vulnerables (mujeres gestantes, niños, ancianos y discapacitados).

La globalización neoliberal que sufre hoy América Latina encuentra una respuesta en Cuba, la globalización de la solidaridad. Esta se expresa en la colaboración cubana en el área de la salud: la conclusión de la primera etapa del Hospital St. George, en Granada; la atención a pacientes venezolanos en Cuba, el Programa Integral de Salud (PIS) en el cual Cuba aporta personal de salud calificado a regiones pobres y con insuficiente cobertura de salud, y la formación de estudiantes en la Escuela Latinoamericana de Medicina..

Cuba rechaza el ALCA por ser un proyecto más de neoliberalismo lo que significa un aumento de la desigualdad, la inequidad y la injusticia social que vive nuestra región y apoya y promueve la integración y la unidad, proyecto proclamado como Alternativa Bolivariana para las Américas (ALBA). El ALBA, propuesta a nuestros pueblos por el presidente Hugo Chávez y cuyas primicias adelantaron los gobiernos de Cuba y de Venezuela en recientes convenios, traza los principios rectores para la verdadera integración de las naciones de América Latina y

del Caribe, basada en la justicia social y la solidaridad y revive el pensamiento de Bolívar, Martí y otros tantos próceres.⁹

Escenario futuro

El Estado cubano, inicio una nueva revolución en el campo de la salud, como parte de la Batalla de Ideas que libra nuestro país contra el imperialismo hegemónico del norte. Durante más de 40 años el pueblo cubano ha enfrentado las limitaciones de un bloqueo económico y financiero sin precedentes. No obstante, la voluntad política del Estado ha sido preservar las conquistas de la Revolución y el socialismo en materia social y de salud.

Las medidas aplicadas por las administraciones del Gobierno estadounidense para reforzar y recrudecer el bloqueo en la década noventa, encontraron una fuerte resistencia e iniciativas para preservar el Estado de salud de la población. Las enfermedades emergentes y reemergentes fueron controladas gracias a la inversión en Capital humano y en recursos materiales del Gobierno de Cuba, tal fue el caso de la Polineuropatía epidémica, el Dengue Hemorrágico, y otras,

El país se prepara para continuar elevando la calidad de los servicios de salud y la atención a la población con una alta inversión en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud y de la red hospitalaria unido al mejor control y distribución de los medicamentos y aplicación de nuevas tecnologías en el campo de la salud.

Hace algunos años Fidel Castro (1997)¹⁰ decía una frase que define la decisión de Cuba frente a las políticas neoliberales y a las propuestas neoliberales del ALCA *“No entreguemos al mercado la solución de los problemas de la salud humana”*.

9 América Latina 2005: ALBA vs. ALCA. Mesa Redonda Informativa, Miércoles, 5 de Enero del 2005

10 Fidel Castro. 1997. Discurso pronunciado en la clausura de la Cumbre de Ministros de Salud de los Países no Alineados en el Palacio de Convenciones, Ciudad de La Habana, 26 de Junio de 1998 y publicado en el Periódico Granma, el 30 de Junio de 1998.

INFORME SOBRE LAS CONDICIONES DE SALUD EN EL SALVADOR

Comisión de Derechos Humanos de El Salvador – CDHES

Contexto económico, político y social: situación general de país

El Salvador forma parte de la región centroamericana, siendo el país con menos extensión territorial y mayor densidad demográfica. Luego de los procesos sobre litigios territoriales, el territorio nacional quedó reducido a 21,040 km². y se estima una población de 6,8 millones de habitantes (312/Km².), con una tasa de crecimiento anual de 1,9 % y una tasa de fecundidad de 3,3%. El conflicto armado desplazó a la población civil de las áreas rurales y ahora, el área urbana concentra el 61% de la población.

Durante el año 2004, el Producto Interno Bruto ha sido estimado en 14.287 millones de dólares y su estructura se distribuye así: 9% agricultura, 30% Industria y 61% servicios, alimentados por el consumo generado por las remesas familiares¹.

Las exportaciones para el año crecieron a ritmo muy lento, destacándose los productos no tradicionales, se estima que los ingresos en este rubro fueron de \$3.045 millones, mientras que las importaciones crecieron a \$5.675 millones, casi el doble de las exportaciones, lo que conlleva a un déficit en la balanza comercial, equilibrado por las remesas familiares que envían los salvadoreños desde Estados Unidos y que según estima el Banco Central, durante 2004, experimentaron su mayor incremento, unos 2.540 millones de dólares ingresaron en concepto de ayuda familiar.

Se calcula una tasa de inflación anual del 7.8 %, cuya tendencia es al crecimiento, a partir del primer trimestre del año 2005. Tal como lo sostiene la CEPAL, el país no alcanzó la tasa proyectada de crecimiento del PIB que era del 2.3%, muy trabajosamente se llegó al 1.8%, la tasa más baja de la reciente historia.

Se estima una tasa creciente de adultos analfabetos de un 20%. La situación de la pobreza continúa siendo mal estimada y abordada, el proceso para la superación de la misma se encuentra estancado y existen tendencias que pronostican un incremento en los niveles de pobreza y pobreza extrema, unos 3 millones de habitantes habrían resultado afectados por su condición de pobreza el año 2004.

Luego del conflicto armado y sus desastrosas consecuencias, El Salvador se caracteriza por reformas al sector financiero, apertura de la industria manufacturera, liberación del comercio, privatización de los fondos de pensiones y las telecomunicaciones, y dolarización de la

1 Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004 y World Development Indicators 2003.

economía a partir del 2001. Todo este proceso ha permitido la existencia de una economía menos regulada, que promueve el consumo mientras depende cada vez menos de las agroexportaciones, lo que ha permitido, de alguna manera, mejorar el nivel de vida de los estratos medios de la población y acrecentar los ingresos fiscales a través del impuesto sobre la renta y el impuesto al consumo. El crecimiento económico se ha venido deteriorando a partir del año 97, agravándose con los dos terremotos del 2001.

El Salvador mantiene los indicadores de salud más bajos de la región, el gasto social se ve reducido cada año como consecuencia de la poca recaudación fiscal, la violencia representa un gasto del 11.2 % del PIB, y para el sentir de los ciudadanos, es el principal problema junto al encarecimiento del costo de vida y la falta de empleo.

Una gran parte de la población (2,3 millones), reside en grandes ciudades de los Estados Unidos de Norteamérica, a donde emigraron por los peligros de la guerra en los años 80 y siguen emigrando por la falta de oportunidades nacionales. Para el año 2004, unos 2.5 millones de dólares fueron enviados a familiares que se han quedado en el país. La inversión extranjera sigue viendo con desconfianza al país, para este año, solo se contabilizan \$370 millones en inversión.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID), ha manifestado que las remesas enviadas desde los Estados Unidos equivalen a nueve veces la ayuda extranjera y superan en 7 veces la inversión extranjera directa, no obstante la importancia de éstas, no se combate la pobreza ni se supera la desigualdad social, las remesas familiares en gran parte solo están orientadas al consumo.

El último informe del PNUD sobre el Desarrollo Humano en El Salvador, destaca principalmente la situación de la pobreza mal contabilizada por el gobierno y señala: "Al menos 43 de cada 100 habitantes del país continúan siendo pobres. Además, 19 de cada 100 personas están en pobreza absoluta, es decir, sus ingresos son inferiores al costo de la canasta básica de alimentos (\$602 USD aproximadamente)... Además, la dimensión del problema en El Salvador se subestima, debido a que la metodología para su cálculo utiliza supuestos que han perdido vigencia. Por ejemplo, se asume que el costo de la canasta ampliada (línea de pobreza relativa), equivale a dos veces el costo de la canasta básica alimentaria (línea de pobreza absoluta), pese a que en los últimos 10 años los precios de varios rubros de la primera, como electricidad y combustible, vivienda y educación han aumentado entre 4 y 10 veces más que los precios de los bienes incluidos en la segunda. Un ajuste para reflejar los precios actuales de estos rubros significaría la ampliación del segmento que se encuentra por debajo de la línea de pobreza relativa. Entre la población rural la situación es peor. La pobreza total afecta a 55.8%, y 29.1% se encuentran en pobreza absoluta. Además, la canasta básica de alimentos para la zona rural es inferior en calidad y en costo a la urbana. La brecha entre los niveles de pobreza rural y urbana, sería aún mayor si se midiera en forma estandarizada."²

Un 60% de la población tiene menos de treinta años. Según un informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), sobre Centroamérica del 2001, el 21,4% de la

2 PNUD, ibid

población (o sea 1.393.214 personas), sobrevive en una situación de extrema pobreza con menos de un dólar diario. Estudios realizados demuestran que al ser consultados, un 60 % de los salvadoreños aspira a emigrar a los Estados Unidos u otros países en busca de mejores alternativas de vida.

El PNUD resalta que más del 44% de la población salvadoreña no tiene acceso a agua potable; un 24.1% no tiene acceso a los servicios de salud, pese a su estrechez territorial. El gobierno reconoce una tasa de analfabetismo del 17 %, sin contar el otro porcentaje de analfabetas funcionales. El déficit de vivienda alcanza las 173.506 unidades en el área urbana y 378.098 en el área rural. El Salvador solo conserva un 0.5% de sus bosques y presenta el más grande déficit de recursos hídricos en la región centroamericana.

Un 12% de niños no tienen acceso a la educación primaria, un 75% logra llegar solo hasta el 5º. Grado, un 25% de los niños menores de 5 años sufren desnutrición y en el área rural la cifra se incrementa al doble, durante el 2004, 23 niños fallecieron solo en un municipio del occidente del país a causa de hambre y desnutrición.

Para el año 2000, la asignación presupuestaria para el ramo de educación apenas alcanzó el 3.0 % del PIB, para ese entonces el promedio latinoamericano sobrepasaba el 4.5%. Para el 2003, pese al reconocimiento de ciertos logros relacionados con el desarrollo humano, la asignación apenas alcanzó un 3.2% en este rubro. El más reciente estudio del PNUD, señala que esta asignación no es comparable con la inversión que el Estado realizaba a finales de la década de los 70 en pleno auge de la primera reforma educativa. Para el año 2004, el gobierno asignó al ramo de educación \$ 463.5 millones, siendo preocupante la reducción de 20.9 millones de dólares con respecto al año anterior. Para el 2005, se acordó una asignación del 2.9%, es decir, 483 millones de dólares del total de un presupuesto de cerca de 3.000 millones, financiado con préstamos por 547 millones, para el pago de amortizaciones a la deuda externa hay una asignación de 587 millones de dólares. *“La escolaridad promedio apenas supera los cinco años, la tasa bruta de educación media es de 40% y la tasa de analfabetismo de personas de 15 años ó más de 18%”*³

Para el 2003, más de 250.000 niños y niñas no alcanzaron matrícula escolar, pese a la propaganda para el 2005, unos 218 mil menores no asistirán a clases de párvulos, en algunos casos por falta de cupo, en otros por la imposibilidad del pago obligado de las llamadas “cuotas voluntarias”. Un 50% de la infraestructura escolar de nivel primario y básico se encuentra en completo deterioro y no se cuenta con laboratorios equipados ni suficientes áreas de recreación, mucho menos con bibliotecas.

El país cierra con la inflación más alta en los últimos 5 años⁴, el costo de la canasta mínima se ha visto incrementado (\$135, área urbana, \$104, en el área Rural), pan francés, tortillas, arroz, carnes, grasas, huevos, leche, frutas, frijoles, verduras, y azúcar, en el área rural se omite pan francés y verduras. La canasta básica ampliada que incluye salud, vivienda y educación supera los \$560, por lo que se calcula que para superar situaciones de extrema

3 PNUD/IDHES 2003

4 Banco Central de Reserva

pobreza, las familias salvadoreñas necesitan al menos, dos salarios mínimos y medio para su sobre vivencia (\$298). El año que está iniciando hace prever que este será un año muy difícil para la mayoría de hogares salvadoreños, se ha incrementado al menos en un 7,8 % el costo de productos de consumo popular como el maíz, el fríjol y el azúcar.

“En El Salvador, no existe una política nacional de vivienda, sino simples programas habitacionales”, ha señalado la Cámara Salvadoreña de la Construcción, CASALCO, la cual ha estimado que para el año 2001 existía un déficit habitacional de 554.000 unidades, habiendo aumentado con los terremotos de ese mismo año a 718.000 viviendas; según la Dirección General de Estadísticas y Censos, la destrucción causada por los terremotos dejó sin casa a 98.320 familias del sector informal y 65.546 del sector formal, registrándose un total de 107.787 unidades dañadas, de las cuales el 60% son de familias con ingresos inferiores o iguales a 2 salarios mínimos.

Un 60 % de la PEA, se encuentra dentro del sector informal y no tiene acceso al sistema de seguridad social ni al sistema de retiro, de esta cifra, la mitad no tiene una ocupación permanente o segura, si bien se reconoce una disminución en el desempleo (7%), lo cierto es que cada día los empleos que se obtienen son menos remunerados, más precarios y no se reconocen derechos laborales inherentes de los trabajadores. El 85% de la población subempleada trabaja más de 40 horas semanales y percibe ingresos mensuales menores a un salario mínimo, el cual ha no se ha aumentado en los últimos 4 años.

Si bien es cierto que se han ratificado algunos tratados de la OIT, en la práctica no se cumplen y se sigue negando a los empleados del Estado derechos de organización (no se han ratificados los convenios 87 y 98 que regulan la libertad de sindicalización y la libre contratación colectiva).

Cerca de 300 personas abandonan diariamente el país en busca de mejores oportunidades en los Estados Unidos, unas 70.000 son deportadas anualmente y otras 30.000 permanecen detenidas en las cárceles de México y los EE.UU.

El empleo de niños en trabajos peligrosos como el corte de caña de azúcar, fabricación artesanal de explosivos, servicio doméstico y otras tareas a las que se ven forzados para colaborar en la economía del hogar, sigue siendo una situación preocupante.

Frente a la incapacidad de generar cambios favorables que promuevan la justicia social y la equidad, los grandes medios promueven falsos discursos como este: La situación se debe a “variables económicas derivadas del comportamiento de condiciones externas”... Lo cierto es que El Salvador es el país de la región centroamericana con el menor índice de crecimiento, contrario a ello, el año que recién finaliza ha dejado para muestra la peor cifra de crecimiento en los últimos 5 años, el más bajo en la región⁵. El Fondo Monetario Internacional señala que el nivel de competitividad del país cayó del puesto 48 que tenía en el 2003 al puesto 55, el endeudamiento superó el porcentaje recomendado (40%), y el déficit fiscal se acerca al 3% del PIB.

El gobierno espera poder equilibrar los desajustes con la entrada en vigencia del Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos, cuando sea ratificado por el congreso de este país.

5 CEPAL: Documento Informativo del Balance Preliminar de las economías de América Latina y el Caribe, dic. 2004.

Pese a las protestas de organizaciones de la sociedad civil, los contenidos del Tratado no fueron suficientemente publicitados y concertados, los diputados del partido de gobierno y otros de centro derecha, ratificaron el tratado sin haber revisado su contenido, el cual es criticado hasta por algunos miembros del congreso norteamericano y manifiestan la poca información sobre derechos adquiridos de los trabajadores, respeto a las leyes laborales internas, subsidios y efectos contra el medio ambiente y la seguridad alimentaria.

En conclusión, ni la privatización de los bienes y servicios del Estado, ni la dolarización, ni el TLC, parecen estarle funcionando a los gobiernos, para darle respuesta a las grandes carencias de las mayorías traducidas en falta de empleo formal justamente remunerado, salud y seguridad social, cobertura universal en salud y educación, seguridad pública, justicia pronta y cumplida, vivienda, servicios públicos, entre otras. La falta de planes de desarrollo y crecimiento generan confianza en el consumo, las remesas, las maquilas y el TLC con Estados Unidos, mientras la realidad da como datos concretos: déficit fiscal, déficit comercial, alto índice de endeudamiento, penoso crecimiento económico, inflación acelerada, abandono del agro y corrupción.

El gobierno impulsa un plan contra la pobreza, de cara al cumplimiento de los objetivos del milenio para reducirla, durante la actual gestión presidencial, en 5 puntos porcentuales; este plan surge en medio de todas las incredulidades, pues aparece anunciado por todos los medios, pero no se explica de donde obtendrán los fondos, es más, no aparece ningún rubro adicional en el presupuesto para el 2005, y el ministro de Hacienda ha manifestado que es muy probable que tampoco se incluya para el 2006.

El Salvador es parte de los sistemas de protección a los derechos humanos de la ONU y de la OEA, ha ratificado tratados de derechos humanos que según el artículo 144 de la Constitución de la República constituyen leyes del país y en caso de conflicto entre la ley interna y el Tratado, deberá prevalecer el tratado. No se han ratificado entre otros instrumentos internacionales los siguientes: El Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos, Penas crueles, inhumanas o degradantes; el II Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Protocolo Facultativo de la Convención Sobre la Eliminación de Toda forma de Discriminación contra la Mujer; el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de niños en la pornografía; El Estatuto de Roma que le da vigencia a la Corte Penal Internacional; la Convención Interamericana sobre Desapariciones Forzadas de Personas; la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados de 1969; los Convenios 87 y 98 de la OIT en relación a la Contratación Colectiva y la Libre Sindicalización.

No se han presentado informes periódicos ante las instancias de Naciones Unidas tales como: Convención Contra la Tortura (2º. Periodo); Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (6º. Periodo); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2º y 3º. Periodo); y Convención de los Derechos del Niño (3º. Periodo).

El país es signatario del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas de 1966, vigente desde el 23 de noviembre de 1979. De igual forma, para asegurar su responsabilidad frente al derecho internacional, El Salvador ha ratificado el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos de la OEA, en materia

de Derechos Económicos, Sociales y culturales, conocido como “Protocolo de San Salvador de 1988”, con vigencia desde el 5 de mayo de 1995.

El derecho a la salud

Sustentación Jurídica

En primer lugar, debemos definir que se entiende por *salud*. En la legislación sanitaria y los textos académicos de los últimos cincuenta años, se pueden identificar más de una veintena de definiciones, desde las más simples, como aquella que dice que “salud es la ausencia de enfermedad”, hasta otras más generales y comprensivas, como la que recoge el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad” (Romero, 2001).

Al relacionar estas definiciones con las Declaraciones y Planes de Acción de las Conferencias Mundiales de Naciones Unidas, como el Plan de Acción de El Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing, que definieron lo que se entiende por salud sexual y reproductiva, así como con los esfuerzos realizados por la Organización Internacional del Trabajo, otras agencias especializadas y el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, se concluye:

En primer lugar, la salud tiene la característica de ser, por un lado un *derecho en sí mismo* y, por el otro, *condición habilitante* para el ejercicio de otros derechos. En ningún otro, como en la salud se observa la interdependencia entre los derechos. A veces las condiciones de salud de una persona varían según el grado de libertad que vivan, o de la vivienda que habitan, del acceso a alimentación adecuada, al vestido y trabajo.

Pero sabemos que no siempre la salud fue un derecho instituido como tal, los obstáculos para que se consagrara como tal, se pueden resumir en el hecho de que al plasmar en tratados obligatorios los derechos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se los dividió en dos pactos: por un lado los derechos civiles y políticos, cuya obligatoriedad era inmediata y por el otro los derechos económicos, sociales y culturales, dentro de los que se encuentra la salud, los que el Estado debería proveer de manera progresiva, en la medida que cuente con los recursos necesarios.

En las Constituciones de 1950 y 1962, se incrementó notablemente el papel del Estado en la vida económica y social. Con respecto a la salud pública y asistencia social, la exposición de motivos de la Constitución de 1950, manifestaba que: “Se establece como una de las obligaciones primordiales del Estado la protección, conservación y restablecimiento de la salud, porque se estima ésta como el don más preciado del hombre; la salud de un pueblo constituye la condición indispensable para su progreso y todo Gobierno que propenda a tal fin, tiene que procurar mantenerse a la altura de los progresos de la ciencia, para asegurar a sus gobernados el pleno goce de la salud”⁶.

6 El Salvador, Asamblea Constituyente. Documentos Históricos 1950-1951.p.221

En la vigente Carta Magna salvadoreña, se contempla el área de salud pública y asistencia social en la sección cuarta del capítulo segundo, que trata de los derechos sociales. Cada uno de los derechos allí contenidos, tiene ahora rango constitucional y puede ser exigido por cualquier ciudadano o ciudadana, sin distinción alguna por motivos étnico-raciales, religiosos, de edad, sexo, capacidad, o cualquier otro.

Fue a partir de la Constitución de 1950, que se consideró que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público. En ese sentido, podríamos decir que al declarar la salud como bien público, se hace relación a que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, que va más allá de la sola ausencia de afecciones o enfermedades, como diría la OMS, y que debe ser disfrutado por todos los habitantes de la República, como aspiración de la sociedad salvadoreña.

Existe en esto un interés comunitario y no solo una obligación del Estado, ello quiere decir que la sociedad en su conjunto debe propiciar el logro de ese estado de salud, por eso la Constitución salvadoreña dispone en su Art. 65: “el Estado y las personas *-como sujetos de derechos, es decir que abarca individuos y personas jurídicas-*, están obligados a velar por su conservación y restablecimiento”, pero también podemos citar la disposición del Art. 1, en que se define como obligación del Estado el asegurar a los habitantes de la República, entre otros bienes, la salud. Esto pues, en el entendido de que el Estado salvadoreño reconoce a la persona humana –desde el instante de la concepción-, como el origen y el fin de su actividad.

La exposición de motivos de la Constitución de 1983, dice: “Dentro de la concepción del Estado que sustenta el proyecto organizado para la consecución de los valores de justicia, seguridad jurídica y bien común, en beneficio de la persona, lo obliga a velar por la salud de los habitantes de la República. La salud es, uno de los factores más determinantes en la consecución de ese bien común, que se valora como una de las metas finales de la organización estatal. La persona humana no es un ser abstracto sino viviente, cuyas necesidades primarias son corporales”... En tal sentido, tanto la salud preventiva como la curativa, es parte de los medios que el Estado debe promover para la realización de sus propios fines. La realidad salvadoreña hace que el Estado tenga que definir y aplicar determinadas políticas de salud... “Por lo tanto se establece con claridad que la política nacional de salud es determinada, controlada y supervisada por el Estado”⁷.

Interpretando lo establecido en el Art. 66 de la Constitución, al Estado le corresponde el proporcionar la asistencia gratuita a los enfermos que carecen de recursos y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible, caso en que los individuos están obligados a someterse al mismo. Ello no obstaculiza que la protección y promoción, sean prestadas por entes descentralizados o por particulares. En este último caso corresponde al Estado la función de control y vigilancia.

Seguidamente, en el artículo 67, se estipula que “los servicios de salud pública serán esencialmente técnicos. Se establecen las carreras sanitarias, hospitalarias, paramédicas y de administración hospitalaria”.

7 El Salvador. Asamblea Constituyente. Informe único, Comisión de Estudio del Proyecto de Constitución, (Exposición de motivos de la Constitución de 1983), cit. p. 54

El Artículo 68, da nacimiento al Consejo Superior de Salud Pública, el cual es el que “velará por la salud del pueblo”, y su composición estará formada “por igual número de representantes de los gremios médico, odontológico, químico farmacéutico y médico veterinario”.

Así el Sector salud se divide en tres subsectores:

- a) Público, integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS);
- b) Seguridad Social, integrado por el ISSS, Sanidad Militar y Bienestar Magisterial;
- c) Privado lucrativo compuesto por hospitales y clínicas comerciales; y,
- d) Privado no lucrativo brindado por iglesias y ONG.

En nuestro país, las condiciones violatorias más frecuentes al derecho a la salud, que podemos mencionar, son: Negación de los servicios médicos gratuitos; Abandono del paciente; Negligencia Médica; Discriminación por motivos de edad o salud; Omisión de acciones oportunas y eficaces por parte del Estado en caso de epidemias o de enfermedades infectocontagiosas; Autorización ilícita o falta del debido control en la venta, distribución o suministro de productos químicos, farmacéuticos y veterinarios nocivos para la salud.

Situación Actual

A partir de datos estadísticos de la Organización Panamericana de la Salud OPS, en el año de 1998, la población en El Salvador fue estimada en 6.031.326 habitantes, con una densidad de 291 habitantes por Km²., con una proporción de 49% hombres y 51% mujeres, distribuida el 51.8% en el área urbana y 42.2% en la rural. La proyección de El Salvador de acuerdo a la Dirección de Estadística y Censo (1996), es de 6.8 millones de habitantes para el 2005 y de 7.9 millones para el año 2015⁸.

De acuerdo a datos del PNUD, la tasa de mortalidad infantil registrada en 1998, es aproximadamente 35 por 1000 nacidos vivos. El 67% de la niñez rural y sub-urbana menor de cinco años tiene anemia, lo que la hace extremadamente vulnerable a las epidemias.

El país no cuenta con medidas eficientes de recolección y tratamiento de basuras y más del 34% de los hogares no tienen donde depositar las excretas. El 45% no cuenta con energía eléctrica⁹.

Estos indicadores son un parámetro para analizar las condiciones de salud en El Salvador, partiendo de factores ambientales, económicos y sociales que tienen gran incidencia en la salud de la población.

De acuerdo al Ministerio de Salud las enfermedades que prevalecen de naturaleza transmisibles son: dengue, paludismo, cólera, infecciones gastrointestinales, tuberculosis, enfer-

8 Situación de la Salud en El Salvador. Indicadores básicos y seleccionados 1998._OPS/OMS. Folleto impreso, 1999.

9 Informe de Misión de la Federación Internacional de Derechos Humanos FIDH sobre condiciones de Salud en El Salvador, 2003.

medades de transmisión sexual, infecciones respiratorias agudas, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, y enfermedades prevenibles con vacunación. En los últimos años se ha notado un incremento en enfermedades crónicas como cáncer de estomago, mamas, cervico-uterino, próstata y enfermedades cardiovasculares, hipertensión, daño renal y diabetes.

El Ministerio de salud reporta en el 2004: 4.100 casos de dengue, 25% más que en el 2003, las enfermedades diarreicas entre, ellas el rota virus, siguen cobrando vidas infantiles, el 90% de los embarazos corresponden a menores de edad y de cada 10 mujeres que dieron a luz, dos murieron por falta de atención oportuna.

La mortalidad Infantil

Se pretende reducir en El Salvador en dos terceras partes la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años, el dato base es de 52 muertes por mil nacidos vivos/as para niñez y de 41 para mortalidad infantil.

Indicador	Año 1993	Año 2002	Año 2004	Meta 2015
Tasa de mortalidad en menores de 5 años.	52	31	31	17
Tasa de mortalidad infantil.	41	25	25	14
Porcentaje de niños vacunados contra sarampión	98%	93%	84%	100%

Indicadores propuestos para evaluar el cumplimiento de la meta de reducir para el 2015 en dos terceras partes la mortalidad de menores de 5 años

La tasa de mortalidad infantil de referencia a nivel nacional es de 25 muertes por mil nacidos/as vivos/as¹⁰. Se reconocen diferencias sustanciales en las tasas presentadas, de acuerdo a la procedencia socioeconómica de las muertes, que van desde 30 muertes en el nivel socioeconómico bajo o pobre, 23 en el nivel socioeconómico medio y 13 en el nivel alto, la tasa de menores de 5 años es de 31 muertes por mil nacidos vivos¹¹.

El porcentaje de niños menores de 1 año vacunados contra el sarampión, es uno de los indicadores que reflejan la calidad y acceso a los servicios esenciales de salud, evidenciándose un franco retroceso. En el informe de país, se reconoce un retroceso que va del 98% de cobertura en 1993, 93% en el 2002 y el Ministerio de Salud, reporta para el año 2004, un 84% de cobertura. Esto disminuye la posibilidad de lograr alcanzar la meta planteada.

Los casos de mortalidad de niños menores de 5 años, están directamente relacionados con las condiciones socioeconómicas de la población, nivel educativo de las madres, principalmente, acceso a servicios básicos y la mejora de estos, para garantizar una adecuada atención durante el embarazo, post parto y la atención y control de la niñez.

10 Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL 2002-2003

11 Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL 2002-2003.

Mortalidad materna

De la misma forma, se pretende reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, teniendo como parámetro el valor de 120 muertes maternas por 100.000 nacimientos reportado por el PNUD, encontrándose entre las tasas más altas de Latinoamérica¹².

Indicador	Año 1993	Año 2002	Año 2004	Año 2015
Tasa de mortalidad materna	120	173	173	30
Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado.	51%	69%	69%	100%

Indicadores propuestos para evaluar el cumplimiento de la meta de reducir para el 2015 En tres cuartas partes la mortalidad materna.

El informe de país, solamente destaca los avances reportados en la atención del parto intrahospitalario, que muestra un aumento del 51% en 1993 a 69% en el 2002¹³. Sin embargo, en este informe no se menciona la brecha existente de acuerdo al lugar de residencia de las mujeres, ya que la cifra oscila entre el 87.3% para el área urbana y el 54% para la rural; no se hace un verdadero análisis integral del dato de mortalidad materna, reconociéndose un esfuerzo insuficiente para lograr la meta.

En el país las causas de decesos femeninos se deben en gran parte, a causas relacionadas con embarazos, partos y puerperio, como es el caso de hemorragias post parto que necesitan una intervención inmediata, pero en muchos casos estas se encuentran con dificultades como la falta de transporte adecuado y oportuno, caminos inaccesibles y falta de personal especializado brindando servicios en horas nocturnas.

La falta de políticas públicas integrales y el incumplimiento de algunas ya existentes dirigidas al desarrollo y bienestar de la mujer, permiten este tipo de situaciones que se vuelven graves violaciones al derecho a la vida e integridad de este sector poblacional.

Cobertura del sistema de salud

El sistema de salud se presenta como un ente integrado por varios sistemas, que pertenecen a dependencias diferentes, carentes de una política global tanto de gestión como de estrategias sanitarias comunes; 30 hospitales, 357 unidades de salud, 171 casas de salud, 52 centros rurales de nutrición.

El 80 % de la población se encuentra atendido por del Ministerio de Salud Nacional, los trabajadores inscritos al Seguro Social conforman solo el 17% de la población. Este funciona como una entidad autónoma y se relaciona con los poderes públicos a través del Ministerio de Trabajo y Prevención Social. No cuenta con participación de los trabajadores en las tareas de

12 PNUD, El Salvador 2003.

13 Encuesta Nacional de salud Familiar. FESAL, 2002-2003.

gestión, de control financiero o de evaluación de resultados. Atiende a los trabajadores de las empresas privadas e instituciones públicas. La red de servicios del ISSS está formada por 10 hospitales, 34 unidades médicas, 31 clínicas comunales y 177 clínicas empresariales. Los servicios de salud de subsectores como la Fuerza Armada y Bienestar Magisterial, no abarcan más que el 3% de la población.

Existe un sector que está conformado por clínicas privadas y entidades no gubernamentales con y sin fines de lucro, que cuenta con consulta externa y prácticas hospitalarias y que cubre un 3% de la población, las cuales se encuentran ubicadas en la capital y en las principales ciudades del interior del país.

En cuanto al recurso humano, este es limitado, se ha considerado que existe un profesional de salud por cada 865 habitantes y un técnico en salud por cada 865. Lo que demuestra las dificultades existentes en la cobertura del sector público, del cual depende la mayoría de la población Salvadoreña. Aunado a ésta situación el problema se agudiza, si se considera que estos servicios tienen serias deficiencias de infraestructura, equipos e insumos.

Es común que los pacientes se encuentren con que luego de su consulta médica, no se les puede proporcionar los medicamentos indicados, ya que no hay en existencia y la indicación es que debe consultar otro día o de lo contrario se ve en la obligación de comprarlo debido a la necesidad del tratamiento, pero no todos tienen la capacidad para hacerlo¹⁴.

El sistema tiene serias dificultades económicas para la reposición de equipo e infraestructura, cabe mencionar que los principales hospitales cuentan con más de 30 años de funcionamiento y sus condiciones de salubridad no son las óptimas. Esta situación, se torno aun más crítica a raíz de los terremotos del 2001, en los que la mayoría de hospitales fueron fuertemente afectados en su infraestructura y equipo, hasta la fecha no se han completado las tareas de reconstrucción.

El servicio se vuelve insuficiente y en muchos casos deficiente, debido al déficit de infraestructura hospitalaria y a la poca disponibilidad de servicios de salud. Un ejemplo claro, es que el Ministerio de salud registro en 1998 la existencia de 7.212 camas hospitalarias, lo cual implica un índice de 11.9 camas por 10.000 habitantes, en muchos momentos se ha constatado que los pacientes deben compartir una cama para poder ser ingresados, sujetos a incomodidad e inconvenientes en su tratamiento.

Vulnerabilidad

En la problemática de salud existen diferencias marcadas por aspectos como género, condición social y geográfica, que llevan a plantear la existencia de sectores poblacionales vulnerados por discriminaciones múltiples.

La distribución geográfica de los centros de salud, implica que gran cantidad de la población del área rural tiene poco o nulo acceso al servicio. El 68% de los establecimientos de segundo y tercer nivel, se encuentran concentrados en las zonas urbanas, a pesar que la teoría

14 Informe de Misión de la Federación Internacional de Derechos Humanos FIDH sobre condiciones de Salud en El Salvador, 2003

nos indica que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles de hecho y de derecho a los sectores más vulnerables y marginados de la población”. Esta parte de la población no cuenta con suficientes centros de atención a su alcance y los existentes no cuentan con el personal ni medicamentos suficientes para responder a la demanda. Para obtener la atención deben incurrir en gastos para trasladarse a las zonas urbanas y sobre esto deben de pagar “cuotas voluntarias” para garantizar el servicio completo.

La problemática de salud va más allá de la falta de centros asistenciales, estos sectores se enfrentan a otras carencias que aumentan los riesgos en su salud, como por ejemplo, falta de recursos económicos para lograr mantener una alimentación saludable que brinde una buena nutrición tanto para adultos, como para niños y niñas; falta de viviendas adecuadas que cuenten con los servicios básicos como el agua potable y servicios sanitarios, de acuerdo a CEPAL, el 57% de los hogares no tienen agua potable y quienes cuentan con ella está altamente contaminada. Esto da como resultado, el padecimiento de enfermedades como gastroenteritis, enteritis y otras enfermedades diarreicas, que se consideran la causa de altos índices de morbilidad y mortalidad infantil en el país, lo que demuestra que dentro de la población, los más afectados son los menores de edad quienes por su condición de desarrollo y dependencia, se ven más expuestos a condiciones de salud deterioradas. Para esta población la atención se vuelve más difícil, ya que el ISSS solo atiende a menores de edad en seis consultorios y a pesar que se ha aumentado la edad de cobertura de seis a nueve años, así como los centros de atención, la mayoría de ellos no cuenta con las condiciones adecuadas para darles el servicio.

Otro sector afectado es el femenino, las mujeres se convierten en un sector desprotegido, partiendo de que sus condiciones de trabajo son desfavorables comparadas con las de los hombres, ejemplo de ello, su salario es 25% más bajo. La desocupación de la población económicamente activa femenina, creció un 10% durante el 2002, lo que obliga a trasladarse al sector informal, debido a las necesidades de mantener sus hogares, pues un gran porcentaje son totalmente responsables por ser madres solteras, lo que implica que no tienen acceso a servicios de seguro social.

El 80% de la mano de obra en las maquilas, está constituido por mujeres con condiciones de trabajo precarias, lo que constituye otra causa de deterioro de su salud, tanto física como mental. Las Maquilas en su mayoría cuentan con clínicas afiliadas al ISSS, esto es una estrategia para evitar que salgan de las instalaciones; a través de denuncias, se conoce que los patronos en muchos casos niegan la posibilidad de recibir atención o de hacer uso de incapacidades por enfermedad o maternidad, a través de intimidaciones y amenazas de correr el riesgo de perder la plaza de trabajo.

La inseguridad generalizada las convierte nuevamente en víctimas, debido a la discriminación social, son objeto de abusos físicos y psicológicos, los casos de abusos sexuales han sufrido incrementos alarmantes, de acuerdo a investigaciones realizadas por grupos feministas, en 1998, se denunciaban 6.06 delitos contra la libertad sexual por día y en el año 2000, las denuncias aumentan a 8.6 delitos por día. La tasa de delitos contra la mujer el mismo año, fue de 9.6 por día (los agresores en la mayoría de los casos son miembros de su propia familia). La violencia intrafamiliar se ha vuelto parte de la cotidianidad, las denuncias en la PNC son regis-

tradas día con día, sin que se busquen soluciones al problema, los programas existentes son desarrollados en su mayoría por entidades no gubernamentales que velan por el respeto y la garantía de sus derechos.

En cuanto a aspectos de salud preventiva y curativa, la población femenina no cuenta con programas que permitan disminuir la incidencia de enfermedades propias de la mujer, así como el acceso gratuito a exámenes periódicos para prevenirlos, aumentando el riesgo de muerte. La educación en salud sexual, se ve restringida por prejuicios y moralismos que impiden a la población informarse adecuada y oportunamente, consecuencia de ello, altos índices de embarazos en adolescentes, entre el 20% y 25% de los nacimientos en el país, son resultado de una maternidad precoz, por cada 1000 adolescentes 116 están embarazadas, esto aumenta los riesgos ya que por sus condiciones físicas y psicológicas, ponen en riesgo su vida y la de sus hijos/as.

Este tipo de campañas y programas son insuficientes y de poco impacto para educar a la población en temas como el VIH - SIDA, ocupando el cuarto lugar entre los países de América Latina en cantidad de portadores. En 1999, se registraron 24.000 personas infectadas con el virus. La falta de claridad y permanencia en las campañas informativas, deja a la población aun más indefensa y propensa a adquirirlo.

Las personas cero-positivas son víctimas a su vez de discriminación dentro del mismo sistema, los medicamentos necesarios son disponibles solo para la población que tiene las condiciones económicas para adquirirlos. El ISSS, actualmente provee AZT a los pacientes con VIH, pero es necesario mencionar que el 80% de la población infectada se encuentra desempleada por la misma discriminación de la cual son objeto, el mismo sistema de salud se encarga de violar el derecho de confidencialidad de los pacientes y de su tratamiento completo.

En el caso de los menores de edad, si no tienen antecedentes de atención previa en el Hospital Bloom no son recibidos, ni en los hospitales nacionales por que son menores de edad, entonces deben recurrir a consultas privadas, que difícilmente la gran mayoría puede pagar.

Salud Mental

El deterioro de la salud mental de la población es evidente, este se refleja en los niveles de inseguridad que se viven día a día. La salud mental en nuestro país está concentrada en el Hospital Psiquiátrico, que no cuenta con las condiciones óptimas para rehabilitar a los y las pacientes. Una investigación de la Universidad Tecnológica, demuestra que el síndrome obsesivo compulsivo, la ansiedad y los rasgos sicóticos, son los padecimientos más comunes en la mitad de la población.

Las condiciones económicas, la post-guerra y los desastres naturales, generan diferentes trastornos que en su mayoría se reflejan en trastornos psicossomáticos. Podemos hablar de trastornos colectivos de conducta si tomamos en cuenta que la sociedad está expuesta a condiciones que desequilibran sus condiciones de vida.

Se registran un promedio de siete asesinatos por día, los suicidios van en aumento, en el hospital de Ahuachapán se registran 198 casos en el 2004, las violaciones y secuestros solo pueden explicarse desde una perspectiva psicopatológica.

Es necesario enfocar esfuerzos y recursos a esta área tan descuidada, intensificar los programas de prevención y atención a las víctimas, para lograr un equilibrio entre los problemas sociales y la demandas de solución de la población.

Reforma de salud y privatización del sistema

En el sector se ha desarrollado todo un proceso de antagonismos a partir de las decisiones del ejecutivo, al impulsar medidas que afectan el acceso de la población a los servicios. El 2 de junio del 2002, el presidente de la república, Sr. Francisco Flores, ordenó eliminar los cobros por los servicios en centros de primer nivel, lo que llevó a que en muchas unidades de salud se iniciara el cobro de "cuotas voluntarias", justificadas en la reducción de los ingresos, de los cuales depende el pago de salarios y gastos generales de estos centros. La población denunciaba los hechos sin que hubiera una solución concreta.

El 13 de octubre del mismo año, la Asamblea Legislativa aprobó el decreto 156 que proponía suprimir las cuotas voluntarias a todos los servicios públicos de salud, es decir a los hospitales de la red, pero este fue vetado por el Presidente el 22 de octubre, dejando claro su falta de interés en la población de escasos recursos que conforman la mayoría.

Otra iniciativa que confirma la orientación de intereses económicos en la toma de decisiones, es la tendencia del gobierno a privatizar los servicios del Estado como el sistema de salud. La cual inició en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social con la compra de servicios a empresas de limpieza y alimentación, reduciendo las posibilidades de empleo y funciones dentro del mismo. Todo con la justificación de brindar un servicio de calidad, que hasta el momento no ha tenido mayores resultados.

Los primeros meses del 2003, fueron el inicio de un gran movimiento impulsado por el Sindicato de Médicos del Seguro Social SIMETRISSS, y apoyado por el sindicato de trabajadores del mismo STISSS, así como también por diferentes organizaciones de la sociedad civil, que salieron a las calles en las llamadas "Marchas Blancas" para protestar en contra de las medidas y paro de labores en diferentes centros de atención tanto del ISSS, como de Hospitales Estatales.

Este conflicto se resuelve por medio de negociaciones, del cual resulta la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud. Con el cambio de gobierno esta reforma no ha tenido seguimiento alguno, solo se tienen promesas del actual presidente, Sr. Antonio Elías Saca, que mantiene su lema: "Un gobierno con sentido humano", pero lo que se espera realmente es una respuesta concreta en este sector tan primordial para la vida de los salvadoreños y las salvadoreñas, por lo que las intensiones de continuar luchando por una verdadera reforma continúan en el ambiente.

En este sentido, se habla de la necesidad de una reforma integral de salud que responda a las verdaderas necesidades de la población, pero lastimosamente no se observan avances sustanciales en su estructuración. Luego de la huelga en octubre del 2003 y como producto de las negociaciones se conformó la Comisión nacional de Seguimiento a la propuesta de reforma Integral de salud, compuesta por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la dirección general del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, representantes de la Asociación Nacional de la Empresa Privada ANEP, representantes del Colegio Médico de El Salvador, re-

presentantes de gremiales profesionales de la Salud, la Asociación de trabajadores y sindicatos del Seguro Social SIMETRISSS, representantes de la maestría de Salud Pública de la Universidad de El Salvador y dos representantes de la sociedad civil designados por el presidente de la república.

La Comisión pro defensa del derecho a la salud de los ciudadanos, conformada por 16 ONG vinculadas al sector, solicitó un espacio en dicha comisión, pero la presidencia no aceptó la propuesta, solo nombrando como suplente para la Comisión de Seguimiento a una persona de la terna propuesta por las ONG, pero bajo título personal no como representante del colectivo.

Esto demuestra la poca apertura que manifiesta el gobierno para que otros sectores ajenos a sus intereses se involucren en el seguimiento de la reforma, sector que tiene la capacidad de brindar grandes aportes para la construcción de una verdadera propuesta en beneficio de la población en general.

Lastimosamente la reforma vista desde la óptica del gobierno actual, está íntimamente relacionada con la descentralización del sistema de salud y conlleva otros intereses más de índole económico que de seguridad y bienestar, la privatización de los servicios se ha convertido en la parte medular tanto de la propuesta como de la confrontación.

“La consolidación de la democracia y la necesidad de legitimizar las acciones estatales, cuestionan ampliamente la capacidad gestora de los gobiernos y ponen de manifiesto las limitaciones del modelo de Estado: intervencionista, subvencionador y centralizado... El resultado de estas prácticas netamente de estructura organizacional, no ha tenido el impacto y resultados esperados. El Estado sigue siendo esencialmente el mismo y lo sustancial continúa sin modificarse”¹⁵

La idea que se ha querido vender hasta el momento es la ineficiencia e inoperancia del sistema actual, la concentración de los servicios en el sector público es considerada como obsoleta y contraria a los sistemas de modernización vigentes, que involucran la incorporación del sector privado en la administración de los servicios.

“La participación del sector privado en funciones que tradicionalmente han sido consideradas del Estado, ha permitido crear mayores espacios para la provisión de servicios, tanto en el campo propiamente de la salud, como en competencias administrativas-financieras. En El Salvador es una opción que debe ser considerada y dimensionada; si se considera que cada vez es mayor la participación local y privada en modelos descentralizados”¹⁶.

La salud en manos de la empresa privada no es la solución al problema, por el contrario, agudizará la crisis debido a que los servicios serán distribuidos inequitativamente, se traslada la responsabilidad de la salud a la población, desligándola de la responsabilidad que tiene el Estado en garantizarla y esta dejaría de ser un derecho, convirtiéndose en una mercancía que generaría más ganancias al sector privado, ya que se abriría la oportunidad al capital financiero para manejar la salud a través de seguros y en un marco más general pero más visible a la vez, más enfermedades.

15 Descentralización en el Sector de Salud en El Salvador, Pacheco Wilford OPS/OMS, San Salvador, 1999.

16 Descentralización en el Sector de Salud en El Salvador, Pacheco Wilford OPS/OMS, San Salvador, 1999.

En el mes de septiembre del 2004, como una medida paliativa para responder a las demandas en el sector salud y encaminada a ser un elemento de la campaña permanente que mantiene el partido del gobernante en turno, se crean reformas fiscales incrementando los impuestos al consumo de cerveza y otras bebidas alcohólicas y a la venta de armas y municiones, para garantizar fondos para el sector salud, el impuesto llamado FOSALUD tiene como proyección recaudar \$20 millones anuales.

Con esto, el gobierno espera mejorar los servicios tanto en unidades de salud como en servicios hospitalarios, a finales de abril del presente año el Ministro de Hacienda, plantea que se cuenta ya con \$11 millones recaudados y de forma contradictoria, el presidente Elías Antonio Saca, el mismo día expresa que solo se cuenta con 3.5 millones, finalmente plantean que la recaudación será de 11 millones durante el primer año, pero el proceso de mejoras se ha retardado, ya que no se ha dado la elección para conformar la dirección del FOSALUD y de igual forma se modificaron las tasas y se contrajo la proyección de recaudación establecida en un inicio, por las presiones de los empresarios que consideraron que no tenían por que cargar con las limitaciones del sector.

Así también, estas medidas han producido incrementos y acaparamientos en productos de la canasta básica, elevando los niveles de inflación y reduciendo la capacidad adquisitiva de la población que sigue obligada a los pagos de "cuotas voluntarias" en los centros de atención de salud, siendo siempre los últimos en la escala y quienes al final tienen que pagar los costos.

FUENTES BIBLIOGRAFICAS

- Informe de Misión de la Federación Internacional de Derechos Humanos FIDH, sobre las condiciones de Salud en El Salvador, 2003.
- Editorial de la Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud – ASPS, Octubre 2004.
- Situación de la Salud en El Salvador. Indicadores básicos y seleccionados, 1998._OPS/OMS, folleto impreso, 1999.
- Análisis del sector de agua potable y saneamiento en El Salvador. CEPIS/OPS.
- Boletín Mensual de las Dignas.
- Informe de salud Provida, 2004.
- Informe PNUD. El Salvador, 2003.
- Encuesta Nacional de salud Familiar. FESAL, 2002-2003.
- Descentralización en el Sector de Salud en El Salvador, Pacheco Wilford. OPS/OMS, San Salvador, 1999.
- Centro de salud en la vivienda-CSV-ES/OPS-MSPAS, año 2000.
- Banco Central de Reserva.
- Informe sobre el Desarrollo Humano, El Salvador. CEPAL: Documento Informativo del Balance Preliminar de las economías de América Latina y el Caribe, diciembre, 2004.
- Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004 y World Development Indicators, 2003.
- El Salvador. Asamblea Constituyente. Informe único, Comisión de Estudio del Proyecto de Constitución, (Exposición de motivos de la Constitución de 1983), cit. p. 54
- El Salvador, Asamblea Constituyente. Documentos Históricos 1950-1951, p.221.

Guatemala: POR EL DERECHO A LA SALUD

*Sergio Tumax, Carlos Lix, Hugo Icó;
(Equipo de incidencia en políticas públicas de Salud -
Asociación de Servicios Comunitarios de Salud ASECSA)*

Contexto económico, político y social

El 60 % de la población guatemalteca vive en zonas rurales y el 50 % de la población urbana se concentra en la capital. En el año 2000, Guatemala ocupaba el puesto 120 entre los 174 países que figuran en el índice de desarrollo humano de Naciones Unidas (IDH), sus indicadores sociales son los más bajos de América Central en lo que se refiere al gasto público social, al acceso a los servicios sanitarios y al índice de mortalidad infantil y materna. Guatemala posee una población indígena de 50 % a escala nacional, proporción que se eleva al 80 % en algunos departamentos, esta población se reparte en 22 grupos étnicos diferentes, que hablan 24 lenguas de origen maya, garífuna y xinca. Aun no se ha reconocido ni aprovechado la diversidad étnica de la nación y los pueblos indígenas son objeto de una fuerte discriminación racial, social, económica y cultural; el 70 % de la población indígena es pobre¹.

En general, la falta de oportunidades de empleo y la pobreza afectan a más de 6 millones de guatemaltecos o sea más de la mitad de la población (56.7%)² y más de 3 millones viven en extrema pobreza (7.6%).

Guatemala está en el segundo año de gobierno del presidente Oscar Berger; un gobierno conformado por empresarios, varios cuya experiencia en el plano gubernamental ha sido limitada y que representan los intereses económicos y tradicionales de la oligarquía nacional, con una clara exclusión en los poderes de decisión de los campesinos, indígenas y mujeres. El congreso de la república está conformado por partidos tradicionales de derecha sin que ninguno de ellos tenga mayoría absoluta, lo genero expectativa ya que en los últimos tres períodos legislativos existió mayoría del partido gobernante; lamentablemente esta pluralidad partidaria (más de 10 partidos), no se tradujo en negociaciones de altura para beneficio de la población, sino en chantajes por intereses partidarios y componendas para la designación de puestos clave como el Contralor General de Cuentas, Fiscal General (del partido oficial), y Magistrados en la Corte Suprema de Justicia (afines al partido del general Ríos Mont, vinculado a la corrupción del gobierno anterior y graves violaciones a los DDHH en el pasado).

1 Guatemala Estrategia 2002-2006. Unión Europea, Marzo 2001.

2 Protección Social en Salud, Guatemala enero de 2002. OPS/OMS, Ministerio de Salud Pública.

En lo social la población vive a merced de los delincuentes, dada la inseguridad en donde mueren diariamente entre 5 a 10 guatemaltecos. Las luchas sociales de la población se han manifestado en forma poco contundente y desarticulada para el logro de objetivos en el tema de tierra, minería a cielo abierto, impuestos, Tratado de libre comercio con Estados Unidos (ya ratificado por el congreso), y la ley de Concesiones (aprobada en segunda lectura); las manifestaciones de oposición de la población han sido reprimidas en forma implacable por las fuerzas de seguridad. Los espacios de negociación con el gobierno son un “diálogo de sordos”.

Marco jurídico y constitucional del derecho a la salud

El derecho a la salud de los guatemaltecos se garantiza en la Constitución Política de la República y el Código de Salud. También existen los Acuerdos de Paz que son compromisos de Estado.

La Constitución Política de la república establece: Artículo 3: Derecho a la vida. El Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona. Artículo 93: Derecho a la salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna. Artículo 94: Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social. Artículo 95: La salud, bien público. La salud de los habitantes de la nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento. Artículo 98: Participación de las comunidades en los programas de salud. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud. Artículo 100: Seguridad social. El Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para el beneficio de los habitantes de la Nación. Su régimen se instituye como función pública, en forma nacional, unitaria y obligatoria.

El Código de salud expresa: Artículo 1. Del derecho a la Salud: Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud sin discriminación alguna. Artículo 4. Obligaciones del Estado: El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con las instituciones estatales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como a las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. Asimismo el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios prestados.

Descripción del sistema de salud

El sistema de salud guatemalteco está conformado básicamente por 3 sectores: El público, el privado y la Medicina Indígena Maya. El primero es representado principalmente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que a la vez que es el principal proveedor de servicios, debe ejercer la rectoría del sector salud del país³ y formular las políticas nacionales de salud, entre otras funciones. También pertenecen al sector público el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que atiende a los trabajadores del sector formal afiliados; la Sanidad Militar que atiende a los miembros del ejército y el hospital de la policía nacional destinado al personal de esa institución. El sector privado se subdivide en lucrativo y no lucrativo; integran el subsector lucrativo las compañías de seguros médicos, sanatorios, hospitales y clínicas particulares. El subsector no lucrativo lo integran las organizaciones no gubernamentales - ONG de la sociedad civil organizada, cooperación internacional e Iglesia (católica y protestante). Existen aproximadamente 1.100 ONG, de las cuales 82% son nacionales y de éstas el 18% realiza acciones relacionadas con la salud preventivas (80%) y servicios clínicos (20%)⁴. También las municipalidades que representan el poder formal a nivel local hacen acciones concretas de salud, las universidades proveen servicios y recursos humanos en muchas áreas del país.

El acceso es restringido, por múltiples factores, a los servicios de salud (cerca del 59% de los hogares no tiene acceso a un centro de salud, de los pobres el 63% no tiene acceso y es peor en las áreas rurales 64%⁵), lo que hace del autocuidado de la salud la principal forma de atención de la población; también existe el modelo paralelo e invisibilizado oficialmente, la Medicina Indígena Maya. Siendo el sistema de salud excluyente, hegemónico y discriminatorio hacia los pueblos indígenas (más del 60 % de la población⁶), éstos siguen haciendo uso de su propio modelo de atención basado en su cosmovisión, de acuerdo a su cultura y básicamente de tipo preventivo y de promoción de la salud, en armonía con la naturaleza y el cosmos. Este modelo no es reconocido oficialmente, pero investigaciones recientes lo describen como tal y la población lo reconoce como un modelo que resuelve y cura⁷.

Descripción estadística y analítica de la garantía del derecho a la salud:

Ver tablas en la página siguiente.

3 Artículo 9, inciso "a" del Código de Salud.

4 Resumen de la Situación de Salud de Guatemala, 2001. OPS/OMS

5 Informe para Guatemala 2004 del Banco Mundial, capítulo 8, Pág. 96.

6 Camposeco Aroldo. Instituto de Estudios Interétnicos USAC. Diferenciación Étnica y estratificación social en la comunidad Popti, Guatemala 2001.

7 Modelo de la Medicina Indígena Maya en Guatemala, Asociación de Servicios Comunitarios de Salud –ASECSA-, Mayo de 2003.

Indicadores de salud⁸

No	INDICADOR	AÑOS				
		2000	2001	2002	2003	2004
1	Tasa de Mortalidad Materna	10.7	SIN DATOS	9.5	9.4	9.0
2	Tasa de Mortalidad Infantil	27.4		25.3	27.9	22.0
3	Tasa de natalidad	33.75		31.1	25.9	24.9
4	Cobertura de vacunación en menores de un año ⁹	93.56		95.1	95.4	96.01
5	Morbilidad Infantil, cinco primeras causas en orden prioritario. (IRA = Infección Respiratoria Aguda)			IRA	IRA	IRA
			Diarrea	Diarrea	Diarrea	
			BNM	BNM	BNM	
			Parasitos	Piel	Piel	
			Malaria	Amigdalitis	Parasitos	
6	Mortalidad Infantil, cinco primeras causas en orden prioritario.	BNM	SIN DATOS	BNM	BNM	BNM
		Diarreas		Diarrea	Diarrea	Diarrea
		Septicemia		Sepsis	Sepsis	Sepsis
		Prematurez		Prematurez	Prematurez	Prematur.
		Mal definida		Asfixia	Asfixia	Fiebre et.
7	Morbilidad Materna, cinco primeras causas en orden prioritario.		SIN DATOS	Anemia	Abortos	Abortos
				ITU	Leucorrea	Leucorrea
				Enf. péptica	Sépsis	Vaginitis
				IRA	Malaria	Hemorra.
				Parasitos	Hemorragia	Eclamp.
8	Mortalidad materna, cinco primeras causas en orden prioritario.	Hemorragia	SIN DATOS	Hemorragia	Ret. Placen.	Ret.Plac.
		Ret. Placen.		Ret. Placen.	Sepsis puer.	Hemorra.
		Sepsis puer.		Sepsis	Eclampsia	Eclamps.
		Eclampsia		Eclampsia	Ectópicos	Sepsis
		Mal definido		Atonia uteri.	Abortos	Abortos

Indicadores de funcionamiento¹⁰

No	INDICADOR ¹¹	AÑOS					
		2000	2001	2002	2003	2004	
1	Número de habitantes por cama hospitalaria	2614	SIN DATOS	1997	2138	644	
2	Número de habitantes por médico	8950			10732	12218	
3	Número de enfermeras profesionales	815			660	656	
4	Número de odontólogos	99			94	58	
5	Número de personal de promoción	5073			4820	4766	
6	Población (millones de habitantes)	11.3			11.9	12.3	12.6
7	Hospitales públicos	43			44	44	42

8 Memorias de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud Pública 2000, 2001, 2002, 2003, 2004.

9 Promedio de coberturas en BCG, OPV, DPT y VAS.

10 Ibid 7.

No	INDICADOR ¹¹	AÑOS				
		2000	2001	2002	2003	2004
8	Centros de salud	256	SIN DATOS	281	270	293
9	Puestos de salud	861		940	917	937
10	Maternidades cantonales	22		18	24	17
11	Centros de urgencias de 24 horas	31		25	21	22
12	Clínicas periféricas	15		32	22	52
13	Centros comunitarios	23075		2890	2530	3801
14	Clínicas privadas	2395		1555	2306	SIN DATO
15	Hospitales privados	242		297	678	DATO

Porcentaje de la población que no tiene garantía de atención en salud

INDICADOR	2000	2001	2002	2003	2004
Población sin acceso a servicios de salud (aproximadamente sin servicios oficiales)	42%	Sin Dato	11%	15%	59% ¹²

Indicadores económicos¹³

No	INDICADOR	AÑOS				
		2000	2001	2002	2003	2004
1	Porcentaje del presupuesto nacional para salud	7.10	9.20	8.10	8.20	8.10
2	Gasto en salud per cápita (en dólares)	13.70	15.47	14.21	14.27	14.41
3	Porcentaje del PIB para salud	1.1	1.3	1.0	0.9	0.85

Conflictividad social en torno al derecho a la salud

La reforma al sector salud en Guatemala, iniciada desde hace más de 10 años, ha sido un tema de debate constante hasta la fecha por la forma en que esta fue concebida, implementada y operacionalizada. Básicamente obedeció a requerimientos del Banco Interamericano de Desarrollo -BID-, que financió el Estudio Básico del Sector Salud (1991-1992), el cual se convirtió en el ABC de los gobiernos de esos años hasta la fecha. Esta reforma impuesta y de carácter neoliberal plantea, implícitamente, la privatización de los servicios de salud, contraviniendo El Derecho a la Salud de los guatemaltecos (crea la demanda de servicios con una oferta económicamente incierta y disminuye el gasto público para la salud).

El primer nivel de atención es el componente donde se han instrumentalizado cambios inéditos de esta reforma, a través de la implementación del Sistema Integral de Aten-

11 Los indicadores del 1 al 13 son relacionados al Ministerio de salud.

12 Informe para Guatemala 2004 del Banco Mundial.

13 Instancia Nacional de Salud, Primer Informe, Monitoreo del Derecho a la Salud.

ción en Salud –SIAS-, en el año 1.996. Lo novedoso del sistema es la contratación por parte del Estado de organizaciones privadas para la prestación de servicios de salud en áreas determinadas y la administración de recursos para tal fin, reemplazar la figura comunitaria histórica del Promotor de Salud por la de Vigilante de la salud (algunos de ellos promotores, pero la mayoría son vecinos comunitarios sin experiencia y preparación para las actividades designadas), y un sistema basado en el voluntariado comunitario con una responsabilidad seria en la salud del lugar. A pesar de que los informes oficiales reportan avances de todo tipo con el SIAS, los indicadores principales demarcan retrocesos principalmente a nivel de nutrición y acceso a servicios.

Los Acuerdos de Paz¹⁴, plantean el marco general de un proceso de reforma integral, vinculado a acciones estratégicas fundamentales como coordinación interinstitucional real para universalizar el acceso de la población a servicios de salud integral, aumentar el gasto en salud en relación al PIB, priorizar el 50% del gasto en salud a los programas preventivos de grupos vulnerables (mujeres y niños), abastecimiento, abaratamiento y calidad de medicamentos equipos e insumos, rescate de la Medicina Indígena, participación social, descentralización y desconcentración administrativa. La reforma oficial va en sentido contrario del derecho constitucional de la salud de los guatemaltecos.

Estudios de caso

Guatemala firmó con los Estados Unidos de Norteamérica, en agosto de 2004, los Tratados de Libre Comercio –TLC-, estos fueron ratificados por el Congreso de la República en abril de este año, pese a la oposición generalizada de los sectores populares, que manifestaron su inconformidad en foros, audiencias públicas del Congreso, reuniones con el Ejecutivo y protestas masivas en las calles.

Dicho tratado oficializa la violación del derecho a la salud en lo concerniente a medicamentos, ya que el Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Medicamentos -PROAM-, debe garantizar como fin primordial el acceso de la población a medicamentos de calidad¹⁵. En esta materia los TLC benefician al más poderoso, Estados Unidos, en el capítulo de Propiedad Intelectual, concretamente en tres aspectos que repercuten en la salud Pública de los guatemaltecos: el aumento del plazo de duración de las patentes; la protección de los datos de prueba de eficacia y seguridad de medicamentos y un requisito que vincula la protección por patentes al registro de productos farmacéuticos. Esto puede determinar a futuro la libre competencia y por lógica al acceso de la población a medicamentos.

La mayor duración de las patentes desestimulará los mecanismos especiales que implementan los países para la entrada al mercado de medicamentos baratos por el vencimiento de las patentes que los amparan. Los TLC extienden el plazo de las patentes por 20

14 Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria, suscrito por el gobierno de Guatemala y la Ex guerrilla, México 6 de mayo de 1,996.

15 Código de Salud de Guatemala decreto 90-97, capítulo III, sección II, artículo 172.

años, amparándose en los artículos 15.9.6 que hacen referencia a demoras injustificadas en la adjudicación de la patente y permisos de comercialización sin especificar esas demoras injustificadas, ni donde se produzcan ni los tiempos específicos de años máximos. Lo contrario sucede con Estados Unidos en donde los plazos de extensión por demoras no deben superar los 5 años y la exclusividad no debe de pasar los 15 años¹⁶.

Las organizaciones de la sociedad guatemalteca se han organizado en la Alianza Civil por el Acceso a Medicamentos -ACAM-, en defensa del derecho a la salud mediante el acceso a medicamentos de calidad y a bajo costo; previo a la ratificación de los TLC, se logró hacer presión en el Congreso y Ministerio de Salud para derogar el Decreto 9-2003, que imponía la exclusividad sobre los datos de prueba de medicamentos, el Presidente de la República ratificó esta iniciativa en diciembre del mismo año; esto como muestra incipiente de luchas y presiones de la sociedad civil organizada en defensa del Derecho a la Salud. La situación actual evidencia desventajas obvias para la sociedad guatemalteca ya que dichas extensiones de plazos benefician económicamente a las transnacionales farmacéuticas y sus referentes nacionales, manteniendo precios a su conveniencia amparados en la vigencia de patentes injustas para países como Guatemala.

El gasto en salud de los guatemaltecos proviene en un 60% del bolsillo de la población, empobrecida y sin expectativas reales, ante gobiernos serviles y complacientes con el imperio del norte, sin importarles la salud de millones de connacionales que se debaten a diario entre el desempleo, la pobreza, delincuencia y exclusión.

Globalización y salud

La globalización de la economía neoliberal mediante la apertura de mercados vía los TLC, se constituye en la capitalización para seguir siendo dependientes económica, política y socialmente de Estados Unidos. La política exterior de ese país en materia de seguridad replantea el terreno y mediante esa vía o se es amigo o se es enemigo, y esto conlleva una serie de condicionantes que limitan al Estado guatemalteco y lo atan de manos, reduciéndolo a ser un administrador de los recursos públicos, incapaz de tomar decisiones nacionalistas en beneficio de sus habitantes. Una de las formas de materializar esta imposición globalizadora, son los TLC recientemente negociados por el gobierno y los empresarios, y ratificados por el Congreso de la República.

Las implicaciones de la globalización y la entrada en vigencia de los TLC, lamentablemente son negativas y preocupantes para el futuro del Derecho a La Salud de los guatemaltecos; principalmente por la posibilidad latente de limitar el acceso de la población a medicamentos de calidad, a bajo costo y culturalmente aceptables, colocando en riesgo la salud de miles de personas; la patentización de las semillas de plantas medicinales y la propiedad intelectual construida por los pueblos indígenas en torno a la Medicina Maya, incrementa la exclusión étnica y el racismo en la atención pública a la salud, también se afecta la seguridad alimentaria

16 Médicos Sin Fronteras, Efectos del CAFTA en salud, Guatemala 2005.

al modificar genéticamente los alimentos tal como se demostró en un estudio reciente, donde se encontró maíz genéticamente modificado por empresas estadounidenses¹⁷.

Aún con las abismales diferencias en desventaja para Guatemala, se aceptó, la liberación de los mercados, Estados Unidos mantuvo la protección a sus productos agrícolas por la vía de los subsidios (como muestra de no afectar a sus ciudadanos), esta liberación puede provocar la invasión de empresas transnacionales.

Empresas que tienen ahora el soporte legal para demandar al Estado guatemalteco cuando consideren lesionados sus intereses económicos, al privilegiarse la inversión extranjera se restringe la potestad del Estado de regular y orientar la inversión en función del desarrollo social, violentando en forma implícita la soberanía del país.

Liberalización, desregulación y delegación de los servicios públicos, son términos con los que solapadamente la globalización y los TLC plantean la privatización de servicios y bienes públicos, servicios que debe prestar el gobierno; esto implica reducción de salarios y de condiciones laborales, amenaza a la producción de medicamentos genéricos y utilización de un sin fin de maniobras para dar por concesión a determinados administradores y gradualmente apropiarse con fines de lucro privado de los beneficios de los mismos.

Escenario futuro

El futuro del Derecho a la Salud de los guatemaltecos es preocupante, existe un gobierno de empresarios preocupados por sus intereses, sordos en 16 meses de ejercicio del poder, le han dado la espalda a los planteamientos críticos que se han presentado para discutir y construir una visión de país y de desarrollo nacional, ignorando las demandas populares y planteamientos de la sociedad civil para abordar y buscarle solución integral a problemas estructurales tales como la conflictividad agraria y laboral, la minería de metales a cielo abierto, los Tratados de Libre Comercio, el acceso a medicamentos, la atención primaria de salud. Una preocupación actual es la iniciativa de ley general de concesiones, esta ley debería estar en la agenda social y ser rechazada como tal ya que a futuro se constituye en una amenaza a los derechos constitucionales de los guatemaltecos, principalmente en salud, ya que plantea "otorgar a particulares, para que estos por su cuenta y riesgo construyan, produzcan, instalen, mejoren, adicione, conserven, restauren y administren obras, bienes, o servicios públicos, bajo el control y/o coordinación de la entidad pública concedente, con o sin ocupación de bienes públicos¹⁸", demostrado está de sobra la incapacidad gubernamental de supervisar/controlar a las prestadoras de servicios de salud del SIAS, para verificar la eficiente prestación de servicios y la administración de los mismos.

La mayoría han sido afines en su momento al partido político de turno y las condiciones de salud de esas comunidades en 9 años de SIAS no han mejorado en la magnitud de lo

17 Presencia de OGM en Centro América y el Caribe, Alianza Centroamericana en Defensa de la Biodiversidad, Guatemala febrero 2005


18 Iniciativa de ley con registro 2837 del 7-4-03, del Congreso de la República, capítulo I, artículo 1.

esperado. También contempla esta iniciativa de ley en su artículo 10 el listado de obras y servicios susceptibles de concesión incluyendo en: literal i Servicios de Salud, concesiones hasta por 50 años. Por todo esto el futuro del derecho a la salud es preocupante.

Le queda a la sociedad cerrar filas en torno a la defensa de sus derechos y hacer incidencia para el fortalecimiento de un Estado incluyente, redistribución del gasto público en salud (gasto social en general), ampliación de la seguridad social, garantizar el primer nivel de atención en salud y defender el acceso a los medicamentos. La defensa de la biodiversidad y en especial de las semillas de plantas medicinales y nutritivas, junto a la propiedad intelectual de los pueblos indígenas del país está y seguirá en marcha buscando terminar con la marginación y exclusión del desarrollo del país. El establecimiento de nuevas metas, tales como elevar el gasto e inversión social en relación al porcentaje del PIB. La unidad de la sociedad es fundamental para enfrentar estratégicamente ese futuro incierto para los derechos de los guatemaltecos y seguir creyendo que un país diferente es posible, que un mundo diferente es posible.

México: EL DERECHO A LA SALUD¹

Alejandro Cerda García²

-
- 1 La realización de este informe contó con la colaboración de Alejandrina Cabrera, Carolina Tetelboin, Catalina Eibenschutz, Oliva López Arellano, Joel Heredia, Asa Cristina Laurell y Juan Manuel Castro, todos ellos miembros de ALAMES – México.
 - 2 Profesor – Investigador de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México y miembro de la Comisión Ejecutiva de la Red Nacional Convergencia de Organismos Civiles y del Centro Antonio de Montesinos.
- 

Contexto económico, político y social

Durante las últimas tres décadas se han aplicado en México una serie de políticas económicas de corte neoliberal centradas en las medidas de ajuste estructural, la apertura comercial y la regulación económica a través de las leyes del libre mercado. Estas medidas económicas han repercutido en el cumplimiento del derecho a la salud de los mexicanos por un lado a través del deterioro de sus condiciones de vida, situación que a su vez se refleja en la disminución de su niveles de salud y, por otro, en la reducción del gasto público en materia social y, específicamente, en salud, situación que ha transitado en detrimento de las políticas sociales.

Estas consecuencias han venido a agudizarse a partir de la implementación del Tratado de Libre Comercio con América del Norte (TLCAN) signado entre los Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y México en 1992 y que en los últimos años ha venido promocionándose como instrumento emblemático a implementarse a nivel de Latinoamérica a través del Acuerdo de Libre Comercio para las Américas (ALCA).

Las repercusiones más significativas de la puesta en marcha del TLCAN en el campo de la salud han sido provocadas a partir de sus lineamientos encaminados a la liberalización de la prestación de servicios, y de forma específica, a través de aquellos que son brindados por instituciones financieras. Al respecto, en el texto del tratado se establece que "Las partes reconocen como principio que a un inversionista de otra Parte se le debería permitir establecer una institución financiera en territorio de una Parte con la modalidad jurídica que elija tal inversionista"³. Asimismo se señala que ninguno de los países firmantes podrá adoptar ningún tipo de medida que restrinja el comercio transfronterizo de servicios financieros⁴, comprometiéndose así a otorgar "a los inversionistas de otra Parte trato no menos favorable del que otorga a sus propios inversionistas, en circunstancias similares, respecto al establecimiento, adquisición, expansión, administración, conducción, operación y venta u otras formas de enajenación de instituciones financieras e inversión de instituciones financieras en su territorio"⁵.

Así, la permisión de la instalación de instituciones financieras extranjeras, entre las cuales se encuentran las aseguradoras privadas en el campo de la salud, se articula con la disminución del gasto público en salud y el impulso de una reforma sanitaria enfocada a la privatización

3 Tratado de Libre Comercio con América del Norte. Capítulo XIV, Artículo 1403.

4 TLCAN, Op. Cit. Artículo 1404.

5 TLCAN, Op. Cit. Artículo 1405.

de estos servicios. Este crecimiento de la intervención de instituciones financieras internacionales ha tomado auge a partir de la puesta en marcha de las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afore)⁶ : “Hoy se puede constatar que doce de las trece afore están en manos de bancos o compañías aseguradoras privadas, y la única con participación pública, afore Siglo XXI, está asociada con el banco Ixe que controla el 50 por ciento del capital accionario. En cuatro de ellas la mayoría accionaria es de grupos extranjeros, en otras seis hay una participación importante de grupos financieros internacionales (Atenía, Aegon, Allianz, Metropolitan, Zurcí Insurance, etc.)...”. De esta forma se provoca que los fondos financieros más importantes de México sean controlados por un número muy reducido de grupos financieros a quienes se hace la transferencia de fondos públicos más grande de la historia del país.⁷

A más de 10 años de su puesta en marcha (enero 2004), el TLCAN ha generado una serie de repercusiones que, al igual que en campo de los servicios educativos⁸, continúan afectando a la mayor parte de la población mexicana:

- a. El deterioro del ingreso y de las condiciones de vida de la población de más del 50% de la población mexicana que actualmente vive en condiciones de pobreza, aspectos que se reflejan en que “el salario mínimo general a precios de 1994 y deflactado con el índice nacional de precios al consumidor, era de 15.91 pesos diarios, en tanto que para 2000 era de sólo 10.58 pesos diarios. De acuerdo con diversas fuentes mexicanas, el deterioro de los salarios reales, desde que el TLCAN entró en vigor y hasta la fecha, indica una pérdida de 80% en el poder adquisitivo de los salarios mínimos.” Asimismo, durante este período se observa una insuficiente generación de empleos incluso para tan sólo enfrentar el reto de una población que se incrementaba en un millón de personas a la edad de trabajar durante los últimos catorce años.⁹
- b. El deterioro de las instituciones públicas para la prestación de servicios de salud a través de la disminución progresiva de su presupuesto y de la realización de modificaciones legales tales como la Reforma a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social que pasaba de ser obligatorio para todo trabajador formal, a abrir la posibilidad de contratación de servicios médicos particulares.¹⁰
- c. La creación de condiciones básicas para la intervención privada en la prestación de servicios de salud y en la seguridad social a través de la adopción de los lineamientos del Banco Mundial tales como los expresados en los documentos *Invertir en Salud*¹¹ y

6 Las Afore fueron creadas a través de las reformas a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1995.

7 Laurell, Asa Cristina. *Mexicanos en Defensa de la Salud y la Seguridad Social*, Ed. Planeta Mexicana, México 2001, p. 46 y 47.

8 Hugo Aboites, Revista *Memoria*, CEMOS, México, No. 187, Septiembre 2004. pp. 23-28.

9 Alvarez Béjar, Revista *Memoria*, CEMOS, México, No. 187, Septiembre 2004. pp. p. 10.

10 Laurell, Asa Cristina. *La reforma contra la salud y la seguridad social*. Editorial ERA – Fundación Friedrich Ebert, México, 1997.

11 Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud*. Washington, 1993.

*Mexico Health System Reform*¹² que se implementaron a través del Programa de Reforma del Sector Salud publicado en 1995, el cual desarrolla una estrategia dual de mercantilización de la administración de fondos y prestación de servicios y establece el Paquete Básico de Servicios para los pobres que se reduce a 13 acciones de salud, primordialmente preventivas y de bajo costo.¹³ Es mediante esta Reforma del Sector Salud que se otorga carta de naturalización a la intervención del sector privado en la prestación de servicios de salud a través de la promoción de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) que tienen el monopolio de la administración privada de los fondos de salud.¹⁴

Descripción del marco jurídico y constitucional

México ha suscrito y ratificado el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales que bajo el lineamiento del Artículo 133 constitucional se considera como “Ley Suprema de la Unión”, entrando así en vigor en este país el 23 de junio de 1981.

En el ámbito nacional existen dos ordenamientos legales que hacen referencia al Derecho a la Salud. En primer lugar la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en cuyo artículo 4º. Se señala que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. En segundo término y derivada de dicho mandato constitucional, se cuenta con la Ley General de Salud entre cuyos ordenamientos principales se encuentran los siguientes:

- a. El derecho a la protección de la salud se traduce en el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población (Art. 2).
- b. Los servicios públicos de salud deben ser prestados bajo los criterios de universalidad y gratuidad (Art. 35).
- c. Se debe garantizar la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios, preferentemente a grupos vulnerables (Art. 25).
- d. Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden deberán tomar en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas de los usuarios, fundándose en principios de solidaridad social y eximiendo del cobro a los usuarios que carezcan de recursos para cubrirlas o que se encuentren las zonas de menor desarrollo económico y social del país. (Art. 36)
- e. El Sistema Nacional de Salud deberá prestar servicios a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, dando prioridad a las acciones preventivas. (Art. 6).

12 Banco Mundial. *Mexico Health System Reform*, Washington, 1988.

13 Laurell, Asa Cristina. *Mexicanos en Defensa de la Salud y la Seguridad Social*, Ed. Planeta Mexicana, México 2001, p. 102.

14 Gobierno del Distrito Federal, *Programa de Salud del G.D.F. 2002 – 2006*, p. 7.

Además de estos dos ordenamientos, se cuenta con leyes específicas relacionadas con el funcionamiento de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.), el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.), instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud y a las que nos referimos en el siguiente inciso.

Descripción del sistema de salud en México

El sistema público de salud en México está conformado por los servicios que presta la Secretaría de Salud (SS) para aquellas personas que no cuentan con un empleo formal, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para quienes cuentan con un empleo formal en el sector privado y, finalmente, los servicios que se brindan a aquellos que laboran en instituciones gubernamentales (Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado – ISSSTE), en las Fuerzas Armadas (Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México - ISSFAM) y de los servicios establecidos para atender a los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX). Asimismo, existe actualmente el Programa IMSS – Oportunidades que, como parte de dicho instituto, atiende a una porción de la población que no cuenta con empleo informal.

A las problemáticas de fragmentación, duplicidad e inequidad institucionalizada que esta conformación imprime al sistema público de salud en México, se agrega la competencia con instancias de prestación de servicios médicos particulares que durante la última década viene enfrentando a partir de la decisión del gobierno mexicano de promover la proliferación y fortalecimiento del sector privado a expensas del deterioro de las instituciones públicas, situación que se refleja en el aumento de los costos de la atención.

Un nuevo componente se ha agregado en el año 2001 a este panorama de segmentación: el Programa Salud para Todos – “Seguro Popular” que, como explicaremos más adelante, constituye una iniciativa que a pesar de ser sustentada en un discurso que la presenta como la opción de aseguramiento total de los mexicanos, en la práctica establece mecanismos encaminados a su privatización, al tiempo que restringe los servicios y medicamentos a sus usuarios que, de acuerdo con sus reglas de operación, están constituidos por aquellos mexicanos que no cuentan con seguridad social, ya sea del IMSS o del ISSSTE.

Así, puede constatarse que en México opera un sistema de salud que avanza hacia el fortalecimiento de los servicios privados a costa del deterioro de los servicios públicos y que éstos últimos operan, por la vía de los hechos, prestando una atención discriminatoria para dos segmentos de la población, distribución en la que salen mayormente afectados aquellos que se encuentran en condiciones más precarias de subsistencia: para quienes cuentan con empleo formal existe el IMSS o el ISSSTE, para quienes están en el desempleo o en la economía informal se ofrecen servicios a través de la Secretaría de Salud, a la cual se destina un gasto menor por usuario, o bien, se les conmina a adquirir un paquete restringido de servicios condicionado a mecanismos de prepago a través del “Seguro Popular”.

Descripción estadística y analítica de la garantía del derecho a la salud

Estado de Salud

En lo que se refiere a las tasas de mortalidad y a las causas de muerte en México es posible observar “un mejoramiento constante de estas condiciones. De esta manera, la tasa de mortalidad general cayó de 5.8 a 4.6 por mil habitantes entre 1982 y 1997 y a infantil de 34.4 a 16.4 por mil niños nacidos vivos.¹⁵ Esta tendencia, aparentemente contradictoria con el indiscutible deterioro de las condiciones de vida, resulta menos contundente cuando se examinan los datos con más cuidado. Así, el ritmo de disminución de la mortalidad se hace más lento de 1983 en adelante y llega a casi cero de 1991 a 1997; la mortalidad general cayó de 5.8 a 4.8 entre 1882 y 1991 y sólo de 4.8 a 4.6 entre 1991 y 1997.”¹⁶

En relación a la mortalidad infantil se ubica una tendencia similar a la observada en el caso de la mortalidad general. “La inclinación de la línea es mucho mayor entre 1980 y 1983, que entre 1983 y 1988, y hay incluso un incremento en 1989 y a partir de 1992 se estanca en alrededor de 17 muertes por mil nacidos vivos. Podría pensarse que esto se debe a que ya ha alcanzado el nivel mínimo posible. Esto no es verdad ya que, por ejemplo, Suecia tiene una tasa de mortalidad infantil de 4 y Cuba de 9. Esto quiere decir que, tomando a Cuba como punto de referencia, sería posible bajar a casi la mitad el número de infantes muertos y salvar la vida de aproximadamente 19 mil niños y niñas.”¹⁷ En este sentido, y como señala Laurell, al hacer referencia a un estudio de la Organización Panamericana de la Salud en 1994, las aseveraciones anteriores concuerdan con el planteamiento de que “las brechas reductibles de mortalidad han aumentado como resultado de la aplicación de las políticas de ajuste estructural.”¹⁸

La aplicación de las medidas de Ajuste Estructural en México, a las cuales ya nos hemos referido, muestran su correlato en el campo de la salud a través de indicadores relacionados con la pobreza y con el acceso a servicios médicos. De esta forma, “se observa que las muertes causadas por desnutrición – indicador de una pobreza absoluta – empiezan a aumentar a partir de 1982 y hasta 1988, para luego disminuir lentamente sin llegar a su nivel anterior. Asimismo, las muertes perinatales – indicador del acceso a cuidados médicos adecuados – prácticamente se mantienen inalteradas durante todo el período.”¹⁹

Al analizar en forma comparativa las inequidades en salud que se manifiestan al contrastar distintas regiones del País, podemos valorar en su justo lugar las “cifras promedio” que se verifican a nivel nacional y a través de las cuales se argumenta sobre el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. En este sentido, puede ubicarse por ejemplo que la

15 Secretaría de Salud, 2000, citado por Asa Cristina Laurell, 2001.

16 Laurell, Asa Cristina. *Mexicanos en defensa de la Salud...* Op. Cit. 2001, p. 69.

17 Laurell, Asa Cristina. *Mexicanos en defensa de la Salud...* Op. Cit. 2001, p. 69.

18 Laurell, Asa Cristina. *Mexicanos en defensa de la Salud...* Op. Cit. 2001, p. 70.

19 Laurell, Asa Cristina. *Mexicanos en defensa de la Salud...* Op. Cit. 2001, p. 69 y 70.

mortalidad infantil municipal más baja que se presenta en México es de 15 por mil nacidos vivos, mientras que la más alta es de 128, según los datos de la Secretaría de Salud para 1994.²⁰

Funcionamiento del Sistema

El desempeño del Sistema de Salud en México durante los últimos años puede caracterizarse a través de dos procesos centrales y confluentes entre sí: la fragmentación y el deterioro de la calidad de sus servicios derivados de la reducción sistemática y progresiva del gasto público en la materia:

- a. Fragmentación del sistema de salud²¹ y minimización progresiva de los servicios otorgados a la “población abierta”. Ejemplos de este tipo de medidas es el llamado “Paquete Básico” que reduce el derecho a la salud a 13 acciones mínimas de salud y, en forma más reciente, el Programa Salud para Todos (Seguro Popular) que vale la pena analizar por la inversión presupuestal que se le ha asignado y puesto que se presenta como la alternativa de atención a más del 50% de la población mexicana que carece actualmente de seguridad social. Un ejemplo más de la fragmentación y de la inequidad del gasto público destinado a la salud de la población que cuenta con un empleo formal en contraste con aquellos que no lo tienen, es la diferencia existente entre los recursos por habitante que se asignan a cada uno de los subsistemas actualmente existentes en tanto que por cada habitante asegurado se gastan anualmente 1,741 pesos, para cada persona no asegurada se asignan solamente 1,144 pesos al año²².
- b. El decremento de la calidad en los servicios como consecuencia del deterioro presupuestal y, bajo la lógica de mercantilización, situación que es utilizada como un argumento neoliberal predilecto para sugerir que ante la “ineficiencia” de los servicios públicos cuya mejor solución, desde dicha lógica, sería privatizarlos. Esta situación se manifiesta, por un lado, en el elevado número de quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos en contra de las instituciones públicas de salud durante los últimos años, parámetros que se encuentran en los primeros lugares en relación a las denunciadas en contra de otras instancias públicas²³; mientras que por otro lado se constata una disminución progresiva, al menos a partir de 1995 y hasta la fecha, del número de médicos y camas por cada mil habitantes²⁴.

20 Datos de la Secretaría de Salud para 1994, citados por Laurell, Asa Cristina. *Mexicanos en defensa de la Salud...* Op. Cit. 2001, p. 70.

21 Avanzar en contra de la fragmentación y hacia un sistema único de salud es una de las principales recomendaciones del *Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México*, Op. Cit.

22 Oficina del Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos en México. *Diagnóstico sobre la situación de los Derechos...* Op. Cit., 2003.

23 Centro de Derechos Humanos Fray Francisco de Vitoria. *Informe sobre la situación de los DESC*. México, 2003.

24 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México. *Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Humanos en México*, México, 2003.

Cuadro 1
NÚMERO DE MÉDICOS POR CADA 100 MIL HABITANTES
 1996 - 2003

Año	Médicos por 100 mil habitantes
1996	112.1
1999	117.0
2000	120.0
2001	120.5
2002	118.6
2003	118.5

Fuente: Secretaría de Salud. Boletín de información Estadística, Recursos y Servicios. Volumen I, (varios años), México. Consulta en línea: www.inegi.gob.mx

Población sin garantía de atención

En lo que respecta a la población sin acceso a servicios de salud no se cuenta con información precisa y actualizada, ya que de manera sistemática los informes gubernamentales se refieren a la "cobertura potencial" de los servicios, esto es a los usuarios que bajo un cálculo desconocido podría hipotéticamente hacer uso de esos servicios, negando así la posibilidad de contar con el número preciso de personas que no tienen servicios de salud. Con estas salvedades, es posible ubicar el dato oficial de que en 1996 la población sin acceso a ningún tipo de servicios de salud era de diez millones.²⁵

En relación a la seguridad social se observa que ésta tiene su punto más alto en 1990, en el que cubrió al 56 por ciento de los mexicanos, para luego comenzar a declinar hasta un 47% en 1995.²⁶ Para el año 2001, este porcentaje se ubicó en alrededor del 50%.²⁷

Indicadores económicos

A través del siguiente cuadro, cuya información es extraída de Informe Oficial que presentara el Gobierno Mexicano sobre la situación que guardan los DESC en el país el pasado mes de noviembre de 2004, puede observarse una disminución del gasto público en salud, tendencia que se mostraría con mayor contundencia si tomásemos en cuenta el proceso inflacionario que viene sufriendo el país durante los últimos años.

25 Poder Ejecutivo Federal, 1996. Citado por Laurell, Asa Cristina. *Los mexicanos en defensa de la salud...* Op. Cit. 2001.

26 Poder Ejecutivo Federal, 1994 y 1999. Citado por Laurell, Asa Cristina. *Los mexicanos en defensa de la salud...* Op. Cit. 2001.

27 Diario Oficial de la Federación. *Reglas de operación del Seguro Popular*, México, 15 de marzo de 2002.

Cuadro 2
INVERSIÓN EN SALUD EN MÉXICO, 1997 - 2002
1996 - 2003

Año	% del PIB incluyendo gasto público y privado invertida en salud	% de recursos públicos de la inversión en salud*	% del PIB que constituye el Gasto Público en salud **	% de recursos privados de la inversión en salud*	% del PIB que constituye el gasto privado en salud **
1997	5.5	45.3	2.49	54.7	3.00
2002	5.8	42.1	2.44	57.9	3.35

* Cifras extraídas del Informe del Gobierno Mexicano

** Cálculo elaborado a partir de las cifras oficiales.

Fuente: elaboración propia con base en los datos incluidos en "Informe Periódico que rinde el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos con motivo de la aplicación del Pacto Internacional de DESC", Noviembre 2004. p. 124.

La información previa, incluso la anterior al inicio de la aplicación de políticas de ajuste estructural en México, muestra, como lo señala Laurell, la poca importancia que se ha dado al gasto en salud durante las últimas décadas, situación que puede ser considerada aún más grave al comparar a México con otros países latinoamericanos. En la República Mexicana "...el gasto público en salud alcanzó apenas el 2 por ciento del PIB, gasto menor que el dedicado por otros países del mismo nivel de desarrollo, que es entre 3 y 5 por ciento y de los países desarrollados, de alrededor del 9 por ciento"²⁸

A conclusiones similares llega el Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México que fuera desarrollado por la representación de la Organización de las Naciones Unidas en nuestro país: "De hecho, el índice de gasto público en salud como porcentaje del gasto público total representa casi en una tercera parte del de Colombia y menos de la mitad del que se ejerce en Chile. Esta situación se ha agravado en los últimos años, pues este índice empezó a decrecer a partir de 1999, colocándose en niveles similares a los de 1994."²⁹

Como se muestra en el Cuadro anterior, a partir de 1997 puede observarse un aumento en el porcentaje del PIB conformado por recursos privados invertidos en salud, situación que denota el aumento del gasto de bolsillo de los mexicanos a través de cuotas de recuperación y del pago de servicios privados.

El deterioro presupuestal de las instituciones públicas de salud en el país y, con manifestaciones aún más agudas, en los servicios brindados a la llamada "población abierta", esto es, aquellos que no cuentan con las prestaciones como las del IMSS o ISSSTE. Entre los datos más relevantes que sustentan esta tendencia encontramos, por ejemplo, la disminución progresiva

28 Laurell, Asa Cristina. *Mexicanos en defensa de la Salud...* Op. Cit. 2001, p. 72.

29 Oficina del Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos en México. *Diagnóstico sobre la situación de los Derechos...* Op. Cit., 2003. p. 94

del presupuesto del IMSS durante las últimas dos décadas³⁰ y la disminución del presupuesto del Programa IMSS-Oportunidades del 30 al 50% durante el período 2000-2003.³¹ Como parte de esta misma tendencia, “el gasto en salud por habitante, que en 2002 registró un descenso en términos reales, para la población asegurada, de 16% respecto a 2001”³², mientras que el correspondiente a la población no asegurada permaneció prácticamente estancado entre 1999 y 2002.

Este proceso de disminución del gasto público en salud tiene su contraparte en la implementación de mecanismos de *privatización selectiva* de los servicios de salud, debido a que la alternativa de dejar los servicios de salud en manos de particulares se enfocan primordialmente a aquellos servicios que por su costo intrínseco o por el poder adquisitivo de sus destinatarios, resultan más rentables. En contraposición, aquellos servicios poco rentables y que están destinados a la población de escasos recursos que en la mayoría de los casos forma parte del sector informal, siguen siendo considerados como una responsabilidad del Estado pero con una tendencia a ir restringiendo progresiva y marcadamente los recursos que se les asignan y los servicios que incluyen.

Conflictividad social

En la coyuntura económica y sanitaria que se vive actualmente en México, ha resultado especialmente relevante la alternativa de atención a la salud que ha venido desarrollando el Gobierno del Distrito Federal (Ciudad de México), tanto por su papel de contrapeso ante una política sanitaria federal de orientación privatizadora como por el grado de popularidad que ha cobrado el titular de la Jefatura de Gobierno frente a las próximas elecciones presidenciales programadas para el año 2006.

En este marco, la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal establece como sus criterios prioritarios la gratuidad, universalidad e integralidad en la prestación de sus servicios, mismos que se reflejan en el “fortalecimiento de los servicios públicos y su financiamiento solidario”.³³

Esta perspectiva se ha materializado en la puesta en marcha del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal que tiene por objetivo “garantizar el derecho a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal ante la misma necesidad, a la población no-asegurada con residencia mínima de tres años en el D.F. así como de los adultos mayores de 70 y más años, también residentes en el D.F.”³⁴

30 Laurell, Asa Cristina. *La contrarreforma en salud...* Op. Cit.

31 Oficina del Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos en México. *Diagnóstico sobre la situación de los Derechos...* Op. Cit., 2003.

32 Oficina del Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos en México. *Diagnóstico sobre la situación de los Derechos...* Op. Cit., 2003, p. 94.

33 Gobierno del Distrito Federal. *Programa de Salud del G.D.F. 2002 – 2006*, p. 21.

34 Gobierno del Distrito Federal. *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal. Actualización 2004-2006*, febrero 2004. p. 11.

En atención a la orientación radicalmente opuesta al “Seguro Popular”, cuyas características se señalan en el siguiente apartado, así como el carácter emblemático de la posibilidad de poner en práctica una orientación distinta de los programas sociales actualmente en curso a pesar de las restricciones presupuestarias existentes, conviene aquí señalar en forma general las particularidades de la forma como opera este programa:

- a. Acceso universal a través de la solicitud de inscripción y cumplir con los requisitos de ser residente del D.F. y no ser derechohabiente del IMSS o del ISSSTE.
- b. Atención integral que incluye servicios generales y de especialidad, estudios de laboratorio, de gabinete y hospitalización, excluyendo solamente las prótesis, órtesis, marcapasos, material de osteosíntesis, cirugía laparoscópica y cirugía estética.³⁵
- c. Financiamiento a través de recursos fiscales locales y federales del Ramo 33 y, a diferencia del Seguro Popular, sin requerir cuota familiar anticipada.

Aunque aún es pronto para valorar las repercusiones favorables al derecho a la salud de los habitantes de la Ciudad de México a través de una política sanitaria de este tipo, en lo que se refiere a la Tasa de Mortalidad Estandarizada en el Distrito Federal se ha reportado una baja en 7.2 entre 2000 y 2002, mientras que en ese mismo período la nacional ha subido en 6.6.³⁶

La implementación de un programa de esta naturaleza ha sido posible gracias al incremento del 45% del presupuesto en salud o de 126% si se incluye la globalidad de programas sociales, entre los que destaca el Programa de Atención a Adultos Mayores, también iniciado a partir del año 2000. Lo anterior significa que el 9.8 % del presupuesto de la Ciudad de México se ha destinado a salud, o bien, el 15.8 % si se consideran los rubros de salud y pensión universal, recursos en su mayoría provenientes del Programa de Austeridad consistente en la reducción del 15% de los salarios de los mandos altos, la cancelación de gastos superfluos y el combate a la corrupción.³⁷

Por otro lado, y como parte de la respuesta social al deterioro de las condiciones materiales y de los servicios de salud puede ubicarse la propuesta en materia de salud autónoma que viene siendo desarrollada por las Juntas de Buen Gobierno y los Municipios Autónomos que forman parte del Ejército Zapatista de Liberación Nacional. A su propuesta de implementar un Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ) se ha sumado el reciente anuncio a través de la Sexta Declaración de la Selva Lacandona, de involucrarse en una iniciativa política no partidista de carácter nacional e internacional en el marco de las elecciones presidenciales en el año 2006.³⁸

35 Gobierno del Distrito Federal. *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos...* Op. Cit. febrero 2004. p. 16.

36 Población estándar = población nacional. Laurell, Asa Cristina. *La garantía del Derecho a la Salud en la Ciudad de México*. Ponencia presentada en ALAMES, agosto 2004. Consulta en línea: www.salud.df.gob.mx

37 Laurell, Asa Cristina. *La garantía del Derecho a la Salud en la Ciudad de México*. Op. Cit., agosto 2004. Consulta en línea: www.salud.df.gob.mx.

38 Periódico La Jornada, 27 de junio a 1 de julio de 2005. Consulta en línea: www.jornada.unam.mx

Estudios de caso

Como casos emblemáticos que ponen en evidencia la orientación actual del Sistema de Salud en México y de sus consecuencias en el incumplimiento del Derecho a la Salud, nos referimos en este informe a los siguientes dos casos: a) mortalidad infantil en hospitales públicos y b) la implementación del Programa Salud para Todos – Seguro Popular.

Como ha sido documentado en Informes previos³⁹, durante el año 2003 se registraron en México al menos 78 muertes de niños y niñas recién nacidos en forma súbita, es decir en períodos de entre uno y tres meses, en hospitales públicos pertenecientes al Sistema de Salud en México, tal como se detalla a continuación:

Cuadro 3
CASOS DE MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL EN INSTITUCIONES PÚBLICAS
DE SALUD EN MÉXICO, 2003

Hospital Primero de Octubre, Distrito Federal.	A causa de un brote infeccioso, provocado por una bacteria llamada pseudomona, nueve bebés recién nacidos fallecieron durante el mes de septiembre y octubre a causa de la falta de prevención en el Hospital del ISSSTE Primero de Octubre. El dictamen de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) establece que dentro de las instalaciones no se observaron medidas adecuadas para evitar la propagación de infecciones (comenzando por el adecuado lavado de manos) y tampoco se informó oportunamente del caso. En el dictamen de la Conamed se determina que entre las causas está la falta de lineamientos y supervisión adecuada para la prevención y control de infecciones nosocomiales, cuya normatividad se encuentra en la Norma Oficial Mexicana 026.
Hospital General de Zacatecas	Entre diciembre de 2002 y enero de este año, en el Hospital General de Zacatecas murieron 11 recién nacidos producto de bacterias infecciosas presentes en la sala de partos. El director del nosocomio, Víctor Hugo Villicaña F. aseguró que los problemas sanitarios fueron superados y “de momento” controlados, aunque “no se podría ase.gurar que el problema quedó totalmente erradicado del inmueble”.
Hospital General de Comitán, Chis.	En Comitán, Chiapas, 32 recién nacidos murieron a consecuencia de negligencia médica entre diciembre de 2002 y enero de 2003. El dictamen oficial fue que las muertes se debieron a partos prematuros, cardiopatías congénitas y asfixia perinatal, todos derivados de las “carencias del sistema de salud en la entidad”, no obstante que encontraron algunas “irregularidades” en el desempeño del personal del hospital “como la falta de supervisión y estudio de las necesidades del hospital”.
Hospital General de Querétaro	Veintiséis menores -entre un día de nacidos y los 12 años- murieron también en un hospital de Querétaro, en condiciones similares que los casos anteriores. Muertes que pudieron haberse evitado con políticas efectivas de prevención de epidemias y de otros riesgos, un adecuado sistema de formación y control sobre el personal responsable cuyos descuidos negligentes originaron la muerte de estos bebés, además de las carencias estructurales que caracterizan casos como el del estado de Chiapas.

Fuente: Grupo Promotor del Informe Alternativo sobre DESC en México. Informe Regional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. PIDHDD, abril 2004, p. 25 y 26.

De esta forma, puede corroborarse la violación del derecho a la salud consistente en contar con atención médica oportuna y de calidad, como consecuencia del deterioro de las condiciones materiales y los recursos disponibles para la prestación de servicios de salud en estas instituciones públicas en México.

39 Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro Juárez (Centro PRODH), *Informe anual 2003*. Citado en: Grupo Promotor del Informe Alternativo sobre DESC en México. *Informe Regional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. PIDHDD, abril 2004.

El segundo caso se refiere a la reciente puesta en marcha (2002) del Programa Salud Para Todos – “Seguro Popular” a través del cual se institucionaliza una reversión en materia de derecho a la salud en México a través de la violación de los principios de universalidad y gratuidad reconocidos constitucionalmente.⁴⁰

Una rápida comparación entre los servicios con que cuenta un trabajador que es derechohabiente del IMSS con aquellos que podrá recibir una persona o familia que se inscriba al “Seguro popular” nos permite observar que en el caso de este último se restringen los componentes de la seguridad social (se reducen a la atención a la salud y medicamentos) además de que se limita el número y tipo de servicios, así como el acceso a medicamentos, tal como se detalla a continuación:

- a. En cuanto al diseño de este Programa puede observarse que está sustentado bajo un principio mediante el cual se limita la “seguridad social” (asistencia médica, vivienda, seguros de maternidad, invalidez, cesantía, vejez, pensión) a la “seguridad financiera” (hacer un prepago que evita el gasto de bolsillo en el momento en que sucede la enfermedad) que se enfoca a brindar servicios de salud con restricciones. De esta forma, se crea una gran expectativa para la población “no derechohabiente” que no se respalda con un crecimiento real de infraestructura, personal y servicios que fuera acorde a la demanda que se genera.
- b. La prestación de servicios y el acceso a medicamentos se limita a aquellos padecimientos incluidos en un listado sumamente limitado (inicialmente se incluyen 78 padecimientos que posteriormente se amplían a 71)⁴¹, a diferencia del IMSS en el que se incluye la atención integral. A pesar de que el Seguro Popular se propone como alternativa para cerca del 50% de los mexicanos que no tienen acceso al IMSS o al ISSSTE, no incluye la atención de tercer nivel, propiciándose de esta forma la fragmentación del Sistema Nacional de Salud y la creación de mecanismos discriminatorios al establecer distintos tipos de servicios para ciudadanos en distinta situación socioeconómica y laboral. El criterio para incluir/excluir determinado tipo de servicios y medicamentos es netamente financiero, de modo que se excluyen padecimientos especialmente vinculados con la posibilidad de que se susciten violaciones al derecho a la salud, tales como la atención de enfermos de VIH-SIDA. Asimismo, se excluye la posibilidad de contar a través del Seguro Popular a servicios de aborto legal, situación que se asocia con altos índices de mortalidad en las mujeres y que ha sido motivo de una recomendación expresa para México por parte del Comité des en 1999.

40 Un detallado análisis del “Seguro Popular” en el marco de la Reforma Sanitaria en México puede consultarse en: López Arellano, Oliva y José Blanco Gil. “Perspectiva Social en torno a las reformas”. Ponencia presentada en el Foro: Hacia dónde va la salud en México. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. S/f. 22 pp.

41 El Seguro Popular no incluye padecimientos de especial importancia como son las complicaciones del parto, complicaciones del recién nacido y atención hospitalaria de personas portadoras del VIH-SIDA, entre otros.

- c. En cuanto a los mecanismos de financiamiento del programa se incluye una modalidad de “prepagó” que suspende el servicio cuando se agota el plazo contratado. Asimismo, el programa se coloca en situación de vulnerabilidad y se sujeta a la posibilidad de modificarse o eliminarse en tanto sus recursos provienen del rubro del presupuesto público destinado a “subsídios”, sin contar así con la suficiente institucionalidad que le permitiría contar con un presupuesto anual propio.

La puesta en marcha de este Programa ha evidenciado múltiples limitaciones en el ámbito financiero. Según los criterios en la Ley se asignarán 5,541 millones de pesos en el período 2004-2010, lo cual alcanzaría para construir 11 hospitales generales (Fundar, 2004). De esta forma, se propone un mecanismo financiero que resulta inviable si se toma en cuenta las necesidades reales de salud de la población “no derechohabiente” y que eventualmente accedería a este programa.

Asimismo, el Programa no prevé mecanismos que contribuyan a abatir el rezago de infraestructura y servicios, favoreciendo así la inequidad entre las entidades federativas al implementar mecanismos de asignación presupuestal federal proporcionales a los recursos destinados por cada estado. Los estados más pobres tendrán menos oportunidad de aportar recursos estatales y, por ende, tendrán menores asignaciones federales. Un agravante de esta situación es que se trata de un Programa cuya asignación presupuestal se cataloga en el rubro de los “subsídios”, situación que facilitaría su eventual desaparición o disminución de recursos, situación que resulta más difícil de llevar a cabo en los servicios prestados por el IMSS o ISSSTE.

A las limitaciones señaladas en relación al cumplimiento al derecho a la salud, puede añadirse que el “Seguro Popular” no incluye, al menos en su diseño original, la atención de personas con VIH-Sida, o su atención se limita al tratamiento de consulta externa. De igual forma, se excluyen los servicios de aborto, dejando así de reconocer aquellas causales que han sido aprobadas legalmente en varios Estados de la República, como en aquellos casos en que el embarazo es producto de una violación.

El mecanismo del “prepagó”, que constituye uno de los ejes centrales del Seguro Popular, además de sustituir la noción de “derecho social” por la de servicio que se intercambia por recursos monetarios, implica un retroceso en materia de derecho a la salud en tanto que al no cubrirse las cuotas asignadas, se deja de recibir los servicios. Bajo este mecanismo, los ciudadanos y sus familias que hubiesen contraído alguna enfermedad crónica o cuya duración va más allá del tiempo cubierto por su cuota, deja de recibir la atención. Esta situación implica una reversión de servicios de salud que el Estado estaría brindando previamente con el agravante de que se trataría de personas con una necesidad de atención especialmente urgente.

La implementación piloto de este programa ha implicado para algunos estados la posibilidad de aumentar su gasto en salud y, al mismo tiempo, ha generado oposición de los prestadores de servicios de salud quienes enfrentan de manera directa la demanda generada.

Globalización y salud

Durante las últimas décadas las políticas sociales implementadas en la mayoría de los países latinoamericanos parecen responder a un patrón con dos características primordiales, en las que México no es la excepción. Por un lado, se puede constatar un peso cada vez mayor en las prioridades y modalidades de organismos financieros internacionales a través del otorgamiento o negación de créditos, distinguiéndose las llamadas “Estrategias de Asistencia a País” impulsadas por el Banco Mundial. Por otro lado, y en consecuencia de lo anterior, existe una marcada tendencia a la homogeneidad en las orientaciones y mecanismos específicos de implementación de las políticas sociales que trasciende las características específicas de los distintos países y que hace caso omiso a las alternativas en la materia que se esperarían de distintos proyectos nacionales que se reivindican ya sea como socialdemócratas, “de derecha” o “de izquierda”.

A partir de los planteamientos del Banco Mundial pueden ubicarse dos orientaciones básicas sobre la forma como se define la pobreza y la alternativa que se propone para su resolución. Desde una perspectiva liberal, la pobreza se define como la falta de “acceso a libertades fundamentales de acción y decisión que los más acomodados dan por descontadas”.⁴² Frente a una problemática definida de esta forma, la alternativa que se propone es el “desarrollo del capital humano” que se centra en que los individuos desarrollen por sí mismos las capacidades necesarias que les permitan superar su condición de pobreza, para lo cual se desarrollan distintas estrategias para brindar oportunidades, para potenciar capacidades y para brindar seguridad.⁴³

Estas orientaciones tienen encuentran sus áreas estratégicas en cuestiones públicas relacionadas con las políticas sociales, entre las que se distinguen la educación y la salud, en los cuales se propone una creciente participación de los capitales privados.

En relación a los servicios de salud se proponen y se aplican recursos a fin de favorecer la participación privada:

“El Grupo del Banco Mundial dirigirá su estrategia para el sector salud hacia los tres objetivos establecidos en el Programa Nacional de Salud 2001-06 del gobierno: equidad, calidad y viabilidad financiera. Esto incluye... Asistencia Técnica al ISSSTE en el año fiscal 2003; y la reforma al Sistema de Salud del IMSS en el año fiscal 2004... A la vez, se presetará asistencia para la instrumentación de mecanismos de seguros que podrían aliviar la enorme carga financiera que implican las enfermedades graves de los pobres (Informe de Salud Indígena en el año fiscal 2004). Fundamentalmente, a medida que las reformas apoyadas por el Banco Internacional de Reconstrucción y fomento se vayan fortale-

42 Sen, Amartya. *Development as Freedom*. Nueva York, Knopf, 1999. Citado en: Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001*. Washington, 2001.

43 Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001*. Lucha contra la pobreza. Banco Mundial, Washington, D.C. 2001.

ciendo, el sector salud se irá abriendo a la inversión privada, cuya participación será facilitada por la Corporación Financiera Internacional a través de asociaciones que aprovechen la experiencia de la Corporación en la provisión de servicios de salud en México⁴⁴.

De manera preocupante, este tipo de lineamientos públicos desde 2002 se han vuelto una profecía cumplida con las recientes reformas al sistema de jubilaciones del IMSS y coinciden en la orientación de las propuestas de modificación del régimen de pensiones del ISSSTE. Asimismo, en este tipo de planteamientos podemos encontrar el origen de iniciativas “novedosas” como el Programa Salud para Todos (Seguro Popular) que constituye una regresión en materia de derecho a la salud al propiciar distintas calidades a los servicios de acuerdo a las posibilidades de pago de los ciudadanos y a la utilización de mecanismos similares al “aseguramiento privado”, situaciones que allanan el camino para su eventual privatización.

Otras áreas que se definen como estratégicas desde la perspectiva del Banco Mundial en su más reciente Estrategia de Asistencia a País diseñada para México y publicada en abril de 2004, son el aceleramiento de “los programas de reformas en materia fiscal, energética, laboral, de pensiones, de la banca de desarrollo, de las telecomunicaciones y del sistema de justicia”⁴⁵, así como el “fortalecimiento de instituciones” y la “governabilidad” como canalizadores del descontento social.

Entre los mecanismos mediante los cuales se ponen en práctica las orientaciones señaladas en las distintas áreas estratégicas es posible ubicar:

1. Asignación de “costos” a los servicios prestados por el Estado,
2. Cambio de una visión centrada en la “garantía de derechos” a la promoción de la “seguridad financiera”,
3. Cambio de las asignaciones presupuestales por “ramo” o “instituciones” al destino de recursos a través de “subsidios” o “programas” que ofrecen mayores posibilidades de modificación o eliminación,
4. Mercantilización de los servicios a través de mecanismos de “prepago” y de “subsidio a la demanda”.
5. Estancamiento o disminución en términos reales del gasto social.
6. Utilización de mecanismos de focalización que por sus criterios cada vez más estrictos excluyen a personas necesitadas, y de transferencia directa de recursos insuficientes para la magnitud de las necesidades.

44 Banco Mundial. *Estrategia de Asistencia para el País del Grupo del Banco Mundial para los Estados Unidos Mexicanos (EAP)* del 23 de abril de 2002, p. 36.

45 Banco Mundial. *Country Assistance Strategy (México 2004 - 2008)*, 15 abril 2004.

Escenario futuro

En el ámbito latinoamericano, México parece ocupar un lugar de “alumno aplicado” del Banco Mundial. El Programa Oportunidades, continuidad de PRONASOL y PROGRESA en los anteriores sexenios, ahora ha sido premiado por dicha institución como un “exitoso programa de combate a la pobreza. Ante el descontento social actual y los múltiples signos de la crisis económica que atraviesa México, al parecer la consigna ha sido: primero decir qué es lo que tiene que hacer un país latinoamericano y luego premiarlo debido a que ha seguido bien las instrucciones. De esta forma, Oportunidades se propone como un modelo exitoso de política social a desarrollarse en otros países latinoamericanos en similares condiciones de pobreza. Asimismo, recientemente se inicia en México el Programa Hambre Cero, que bajo la denominación de “Fome Zero” fuera iniciado por el Presidente Lula da Silva tras su triunfo en las elecciones presidenciales en Brasil en el año 2000.

Dicho Programa Oportunidades ha sido “trasplantado” al medio suburbano de las principales países del país, considerando a priori que en ellas existen las mismas necesidades que en el ámbito rural y que por tanto, dará los mismos resultados. Una medida de esta forma debe también ser analizada desde la perspectiva de la asociación entre este tipo de programas y la popularidad política del gobernante que los promueve, situación que retribuye ampliamente en los momentos electorales.

A partir de la presión ejercida por el Banco Mundial y otros organismos financieros internacionales, así como de la postura que ha sido asumida por los gobiernos mexicanos en los últimos sexenios, podría preverse la continuidad en el establecimiento de mecanismos de mercantilización y privatización de servicios sociales, tales como la salud y la educación. Esta continuidad pretenderá ser enmarcada en las correspondientes modificaciones legislativas que permitan avanzar en la profundización del modelo esbozado, haciendo previsible, la continuidad en la utilización de programas sociales que operen a través de la focalización cada vez más estricta y en la transferencia directa de recursos a quienes demuestren ser “pobres extremos”.

Es de esperar que se implementen nuevos programas bajo la lógica de subsidios, condicionados a la disponibilidad de las asignaciones presupuestales, enfocados a la “seguridad financiera” de la población de escasos recursos y concebidos como servicios que se contratan por adelantado y se suspenden cuando se dejan de pagar. Se trata entonces de una tendencia al desgaste y reversión de derechos sociales conquistados previamente por los mexicanos. La posibilidad de dar un giro distinto a estas tendencias dependerá de la capacidad de propuesta y movilización de la sociedad civil, así como de las alternativas que se propongan desde los distintos proyectos de nación que hoy por hoy se discuten en el país.

A manera de conclusión, puede señalarse que tomando en cuenta lo sucedido durante las últimas tres décadas en el campo de las políticas sanitarias en México puede ubicarse la continuidad y profundización de un modelo neoliberal, que orientado por la liberalización económica, se enfoca a la privatización y mercantilización de los servicios de salud. En este sentido, al analizar la política sanitaria durante los años ochenta, López Arellano señala “La política sanitaria – ámbito particular de la política social – es modelada por la disminución del

presupuesto al sector salud, la descentralización vertical y sin recursos, la privatización selectiva de la producción de servicios médicos, el traslado del costo de los servicios a los usuarios, la atención focalizada, el fomento del autocuidado y la insistencia en la culpabilidad individual en la generación de la enfermedad. Estos rasgos característicos de la política sanitaria... potencian la regresión sanitaria producto de las estrategias neoliberales para remontar la crisis económica".⁴⁶

Una de las muestras más significativas de la profundización de este modelo de política sanitaria puede encontrarse en las orientaciones y líneas de acción del Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, situación que genera una profunda contradicción con el discurso en torno al gobierno del cambio y de la transición democrática que tomó gran auge a partir del año 2000, fecha en que el electorado mexicano optó por un candidato perteneciente a un partido político distinto al Partido Revolucionario Institucional, mismo que venía gobernando el país desde hacía más de siete décadas. "El análisis de las propuestas actuales – como señalan Tetelboin y Granados – indica una gran coincidencia con las transformaciones iniciadas en los dos sexenios anteriores lo cual nos permite argumentar que la política sanitaria actual representa no sólo la continuidad, sino la consolidación y aceleración de una etapa de transición hacia la mercantilización de los servicios de salud a partir de diversas rutas. En materia de política sanitaria, la oferta de cambio parece quedar desmentida, a no ser que se refiera al desentendimiento del Estado de la responsabilidad pública"⁴⁷

En este panorama, la posibilidad de generar una tendencia opuesta a la que domina actualmente requerirá necesariamente la participación de la ciudadanía articulada con un comprometido trabajo de autoridades democráticas en los distintos órdenes de gobierno que pueda enfocarse al diseño y puesta en práctica de una política sanitaria en la que el Estado asuma plenamente su responsabilidad pública y que se oriente a garantizar el derecho a la salud de la totalidad de la población.

46 López Arellano, Oliva. "La política de salud en México ¿un ejemplo de liberalismo social?" En: Asa Cristina Laurell (Coord.) *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*. Fundación Friedrich Ebert, México, 1992. P. 166.

47 Tetelboin, Carolina y Arturo Granados. "Lectura del Programa Nacional de Salud 2001-2006 en México". En: *Argumentos*, No. 45, Agosto 2003, UAM-X, pp. 5 – 21.

Informe Panamá: DERECHO A LA SALUD

Elaborado por Alternativa Patriótica Popular (APP),
capítulo panameño en formación de la PIDHDD.
Responsable del Documento Maribel Gordón

Contexto

Aspecto económico

Desde 1979 Panamá vive bajo el rigor de la política de ajuste estructural (neoliberalismo). La década del noventa, luego de la invasión norteamericana al país, se convirtió en el escenario adecuado para imponer la privatización, la flexibilización laboral y las medidas de globalización económica.

Indicadores Económicos 2003

PIB Total a Precios Corrientes:	12,887.5 millones (Tasa de Crecimiento: 4,1%)
Tasa Anual de Inflación:	1,9
Balanza Comercial:	Exportación: 798.7 millones de dólares
- 2,326.1 millones de dólares	Importación: 3,124.8 millones de dólares
Exportación de Productos Primarios:	87% de las exportaciones de bienes
Exportación de Productos Manufactureros:	13% de las exportaciones de bienes
Inversión Extranjera Neta:	576 millones de dólares
Deuda Externa Total:	6,500 millones de dólares
Población Económicamente Activa:	1'219.561 personas.
Mediana de Ingreso Mensual por Hogar:	380,3 dólares (US\$ 406,5 los hombres y US\$ 336,9 las mujeres)
Hogares en Pobreza:	27,9%
Índice de GINI:	48.5
PNB Per Cápita:	3,080 dólares

Panamá es un país de 2,8 millones de habitantes. El promedio nacional de personas por hogar es de 3,8 personas, que dista de la realidad rural y de los hogares en condiciones de pobreza, 4,2 y 6,4 respectivamente.

El principal problema socioeconómico del país es la *mala distribución del ingreso*.

El balance social ubica las principales movilizaciones y conflictos sociales en el enfrentamiento contra las medidas de política neoliberal y sus consecuencias. Esta confrontación se ve reflejada en las siguientes acciones:

- Defensa a la seguridad social y contra la privatización de la CSS (principal escenario de la movilización en el 2003).
- La lucha campesina contra los embalses canaleros (inundación de unos 3 mil km² para la ampliación del Canal de Panamá), que amenaza con el desalojo de unos 15 mil campesinos(as) y la afectación a otras 35 mil personas y al ecosistema.
- La lucha campesina e indígena contra los proyectos hidroeléctricos del PP-P, que amenazan con la expulsión de cientos de familias campesinas.
- Las luchas ambientalistas contra los proyectos turísticos; infraestructura; uso de técnicas lesivas al ambiente y la vida.
- Las acciones frente a los acuerdos de libre comercio (TLC Panamá/Estados Unidos), dónde los diversos sectores organizados y académicos han manifestado su preocupación por los efectos que este tratado generaría sobre la ya maltrecha actividad económica; el hermetismo con que se maneja la información; la indefinición por la parte panameña de una estrategia de negociación y la exclusión de la sociedad civil en este proceso.
- Otras acciones, estuvieron dirigidas a enfrentar los desalojos forzosos, la falta de agua y caminos; las condiciones inhumanas de las cárceles; la falta de atención y medicamentos en las instalaciones de salud; el deterioro de la infraestructura de los centros educativos; y a la defensa de las reivindicaciones laborales.

Aspecto político

En mayo del 2004 se realizó el proceso electoral. El mismo se caracterizó por el elevado costo publicitario (más de 70 millones de dólares, una de las más altas a nivel per cápita); por propuestas poco profundas; por las acusaciones de posible fraude y por la exclusión de las aspiraciones de la sociedad civil en el proceso. El arribo de Martín Torrijos, no ha llenado las expectativas que muchos sectores populares tenían, sobretudo en el caso del desempleo y estabilidad laboral, ya que sus primeros meses de gobierno se han caracterizado por despido de miles de funcionarios públicos, anunció del aumento de la tarifa de la electricidad a partir de enero, la imposición de una nueva reforma fiscal y la reforma a la seguridad social.

En el plano político, han sido muchos los cuestionamientos a quienes ostentan la conducción del Estado:

- Incumplimiento de la Ley de transparencia.
- El nepotismo, la corrupción, y la impunidad.

- Restricciones a la libertad de expresión (más de 20 periodistas o comunicadores sociales denunciados ante las instancias legales).
- Restricciones al derecho a la organización y la negación de personería jurídica a organizaciones sindicales y organizaciones no gubernamentales; encarcelamiento de dirigentes o se les siguen procesos legales).
- Intromisión del Ejecutivo en instituciones autónomas (caso de la Caja del Seguro Social y la intervención a la Universidad de Panamá).

Marco jurídico y constitucional

Varias son las normas jurídicas que contemplan el derecho a la salud a la población panameña. Por ejemplo, la Constitución Política de la República de Panamá, en su Título III, Capítulo VI abarca el tema de la salud, el cual en los artículos 105 y 107 establece

Artículo 105.- *Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.*

Artículo 107.- *El Estado deberá desarrollar una política nacional de medicamentos que promueva la producción, disponibilidad, accesibilidad, calidad y control de los medicamentos para toda la población del país.*

Otros reconocimientos constitucionales del derecho relacionado con la salud son: protección de la libertad y dignidad humana (libertad corporal y libertad de tránsito), protección del medio ambiente, protección de la seguridad social, protección de la familia, protección del trabajador, otros derechos (cultura nacional, educación, régimen agrario).

Otras normativas que abordan el derecho a la salud son:

- Ley 6 de 10 de noviembre de 1947, Código Sanitario, que regula los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la política sanitaria y la medicina preventiva y curativa.
- Decreto Ley 14 de 27 de agosto de 1954, modificada por la Ley 30 de 26 de diciembre de 1991.
- Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, por el cual se crea el Ministerio de Salud.
- Ley 42 de 19 de noviembre de 1997, por el cual se crea el Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia.

- Ley 1 de 10 de enero de 2001, sobre medicamentos.
- Decreto Ejecutivo 178 de 2001 que reglamenta la Ley 1 sobre medicamentos y otros productos para la salud humana.

Además existen Pactos y Acuerdos Internacionales de los cuales Panamá es signataria; entre otros:

- Ley 13 de 27 de octubre de 1976, sobre el Pacto Internacional sobre DESC.
- Ley 14 de 27 de octubre de 1976, sobre el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos.
- Ley 15 de 27 de octubre de 1976, sobre el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos.
- Ley 15 de 27 de octubre de 1977, por la cual se ratifica la Convención Americana de los Derechos Humanos.
- Ley 21 de 22 de octubre de 1992, se ratifica el Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de DESC (Protocolo de San Salvador).

Sistema de Salud

En Panamá existen dos redes de servicios públicos de salud, el Ministerio de Salud (MINSAL) y la Caja de Seguro Social (CSS); siendo la primera el ente rector del sector salud.

El MINSAL oferta servicios de salud a toda la población, enfatizando las acciones de provisión de servicios en la población que no está protegida por la seguridad social (29%). La CSS provee servicios de atención directa a la población derechohabiente; así como los servicios de prestación económica, a través del desarrollo de los programas de invalidez, vejez y muerte.

Existen 777 establecimientos de salud diversos: 33 policlínicas, 5 hospitales nacionales, 1 policentro, 107 subcentros de salud, 395 puestos de salud, 5 Unidades Locales de Atención Primaria de Salud ;149 Centros de salud sin camas y 29 con camas.

En términos de la política pública en el año 2000, se levanta el denominado “nuevo modelo de atención de la salud”, que impulsa “la descentralización, con énfasis en atención primaria a través del fortalecimiento de los sistemas locales de salud, mediante los cuales se realizará la coordinación de todas las acciones de promoción, prevención y control”.

En la práctica el modelo significó la privatización de una serie de servicios de salud, el intento del MINSAL de hacerse de los recursos financieros de la CSS; el no cumplimiento del Ejecutivo con los compromisos del personal de salud, entre otras. Este modelo, está siendo rechazado por los diversos sectores de la sociedad.

Descripción cuantitativa

ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA 1999-2003

INDICADOR	AÑOS				
	1999	2000	2001	2002	2003
Natalidad (1)					
Total	64,248	64,839	63,900	61,671	nd
Tasa	22,9 %	22,7 %	21,3 %	20,2 %	nd
Mortalidad (2)					
Fetal (3)					
Total	7,955	8,247	8,029	8,166	nd
Tasa	133,0 %	135,9 %	125,6 %	132,4 %	nd
General (4)					
Total	11,938	11,841	12,442	12,428	nd
Tasa	4,2 %	%	%	4,1 %	nd
Infantil (3)					
Total	1,005	1,081	1,053	885	nd
Tasa	15,6 %	16,7 %	16,5 %	14,4 %	nd
Materna					
Total	39	40	49	44	nd
Tasa	0,6 %	0,6 %	0,8 %	0,7 %	nd
VIH					
Total	461	484	473	473	nd
Hombre	356	362	360	338	nd
Mujer	105	122	113	135	nd
Esperanza de Vida al Nacer					
Total	74,3	74,5	74,4	74,4	nd
Hombres	72,0	72,2	72,0	72,0	nd
Mujeres	76,6	76,9	77,1	77,1	nd
Vacunación (5)					
Total	1,510,114	1,487,419	1,607,629	1,639,599	nd
Anti-tuberculosis	78,930	70,105	77,688	71,078	nd
Anti-Difteria, Tétano, Tos ferina y otros	285,477	294,798	431,770	336,964	nd
Anti-poliomielitis	377,527	382,132	387,662	410,436	nd
Anti-tétano del Recién Nacido					
Anti-sarampión	73,367	389,741	359,895	493,375	nd
Anti-fiebre Amarilla	117,663	81,262	71,995	72,517	nd
Otras	62,231	15,534	19,789	31,534	nd
	514,919	253,897	256,630	423,695	nd
Principales Causas de Muerte Certificada (1999-2003)	Tumores Malignos Accidentes, lesiones, auto inflingidas, agresiones y otras violencias Enfermedades cardiovasculares Enfermedades isquémicas del corazón Diabetes mellitus				
Personal de Salud					
Médicos	3,662	3,798	3,843	3,945	nd
Público	3,023	3,152	nd	nd	nd
Privado	639	646	nd	nd	nd
Odontólogos	795	795	765	864	nd
Público	710	710	nd	nd	nd
Privado	86	85	nd	nd	nd
Enfermeras	3,394	3,327	3,288	3,540	nd
Público	2,673	2,202	nd	nd	nd
Privado	521	408	nd	nd	nd
Personal de Promoción de la Salud	nd	nd	nd	nd	nd
Personal de Salud					
Habitantes por Médico	790	776	782	776	nd
Habitantes por Odontólogos	3,633	3,708	3,927	3,542	nd
Habitantes por Enfermera	852	795	914	864	nd
Gasto de Salud					
PIB (en millones)	9,556.6	11,374.8	11,439.8	11,697.1	12,887.5
PIB destinado a Salud					
Absoluto					nd
Relativo (6)	6,7	7,6	8,2	nd	nd
Gasto Per Cápita en Salud (US\$)	249	274	nd	nd	nd
% del Gasto Destinado a Atención Curativa	nd	nd	nd	nd	nd
% del Gasto Destinado a Atención Preventiva	nd	nd	nd	nd	nd
Programas Nacionales de Promoción y Prevención de la Salud (MINSa)	Proyecto Sistema Nacional de Sangre Programa del SIDA Programa Nacional de Salud Mental Programa Nacional de Salud Ambiental				

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá, Panamá en Cifras, 1998-2002. Panamá, 2003.

1. Por cada 1,000 habitantes
2. Por 1,000 nacimientos vivos. Hasta 2000 no incluye población indígena en cabecera.
3. Por 1,000 habitantes.
4. Excluye defunciones fetales.
5. Primera, segunda y tercera dosis y refuerzos.
6. Incluye: MINSa, CSS, Dirección Metropolitana de Aseo e Instituto de Acueductos y Alcantarillados.

Conflictividad social en torno al derecho a la salud

En los últimos años la conflictividad social en torno al derecho a la salud ha estado focalizada en la violación del derecho a partir de la puesta en vigencia de medidas neoliberales. En ellas sobresalen los siguientes casos:

- Privatización de los servicios de salud.
- Escasez de medicamentos en la CSS ante el congelamiento de partidas presupuestarias.
- Reducción del cuadro básico de medicamentos en la CSS.
- Eliminación de jubilaciones especiales y anticipadas (Reforma a la Ley Orgánica de la CSS ante compromisos con el BM y el FMI).
- Reducción del presupuesto de inversión al sector salud.
- Desatención y falta de medicamentos a los pacientes de cáncer, SIDA y hemodiálisis.
- Intentos de privatizar la CSS.
- Deterioro de la infraestructura de las instalaciones de salud.
- Utilización de las finanzas de la CSS para pagar el servicio de la deuda externa.

Estudios de Casos

VIH / SIDA en Panamá

Los primeros casos de VIH/Sida en Panamá se diagnosticaron en 1984. En 1985 el país puso en marcha su primer centro de examen y asesoramiento de VIH/Sida, bajo el auspicio del programa de la Iniciativa de la Salud de Centroamérica y Fronteras Solidarias, patrocinado por el gobierno de Panamá, la PAHO y otras entidades bilaterales donantes.

En 1999, el Servicio Nacional de la Salud de Panamá empezó a ofrecer terapia antiretroviral a las personas que padecían de VIH/Sida. Actualmente se está llevando a cabo una evaluación patrocinada por UNAIDS para determinar las necesidades del país en cuanto a medicamentos antiretrovirales. UNAIDS afirma que aproximadamente el 40% de los pacientes “elegibles” ya están recibiendo medicamentos antiretrovirales.

Prioridades con relación a la lucha contra el VIH/Sida en Panamá¹ :

- La inclusión de personas que padecen de VIH/Sida en el desarrollo de estrategias nacionales para combatir el VIH/Sida.
- La prestación de servicios de apoyo y atención (tanto física como psicológica) a personas que padecen la enfermedad.

1 Declaración presentada por la Presidenta de la República, Mireya Moscoso durante la sesión especial sobre el VIH/SIDA celebrada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en junio de 2001.

- La implementación de programas de información, educación y comunicación para la prevención del VIH.

La referencia cuantitativa arroja los siguientes datos:

- En el 2000 había 23,000 adultos entre los 15 y los 49 años de edad que padecían de VIH/Sida (un índice entre adultos del 1,54 por ciento).
- El 59% de los casos se manifestaron en la población masculina.
- 670 niños menores de 15 años vivían con la enfermedad.
- En el 2002 el mayor rango de muertes por SIDA esta en la población entre los 35 a 44 años.
- 2,100 niños habían perdido a su madre o a ambos padres por causa del SIDA desde el comienzo de la epidemia.
- 1,200 panameños murieron de SIDA sólo en el año de 1999.
- La vía de infección más común sigue siendo la transmisión sexual.

En cuanto al cumplimiento de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), en el Informe Final de "Sugerencias y Recomendaciones del Comité PIDESC" (24/09/2001), en materia de VIH / SIDA, expresa textualmente "Pide al Estado Parte que en su tercer informe periódico facilite información detallada sobre el número de personas que viven con VIH/Sida y las medidas adoptadas en materia de prevención, tratamiento y atención de las personas infectadas, afectadas o particularmente vulnerables".

Violación al derecho a la atención de los(as) pacientes de VIH / SIDA

- Más de 800 pacientes no reciben el tratamiento.
- Pacientes fallecidos en espera de tratamiento
Escasez de personal para atender los pacientes
- Discriminación social
- Falta de divulgación de la Ley 3 que le concede derechos a los pacientes
- La ONU ha negado a Panamá 18 millones para atención de la enfermedad.

Población afectada por cáncer en Panamá.

Según el registro Nacional del Cáncer hay más de 4 mil casos nuevos por año y más de 2 mil muerte por cáncer cada año. Pacientes que reciben algún tipo de tratamiento cada año pueden ser entre 10 y 15 mil pacientes. A esta cifra hay que agregar los que sobreviven sin tratamiento las cuales se estiman en 25 mil personas. Es decir una prevalencia de 50 mil casos.

En Panamá no existe una legislación específica para el paciente con cáncer. Algunas leyes tienen que ver con los derechos de los pacientes: La Ley 68 del 2003 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y decisión libre e informada, es una de las referencias particulares. Actualmente está en primer debate una propuesta que protege al paciente en condiciones de trabajar a no ser despedido de su trabajo.

Violación de los derechos de los pacientes con cáncer

- En *prevención* la población panameña está desprotegida por ejemplo de la contaminación ambiental, alimentaria, laboral entre otras.
- En relación al *diagnóstico precoz* existen muchas barreras (todas de carácter socio económicas) para lograr un diagnóstico precoz y por lo tanto para lograr condiciones de durabilidad de la enfermedad.
- En relación al *tratamiento*, por ejemplo, la paciente que logró hacerse la mamografía puede tardar meses en llegar a recibir el tratamiento necesario y no necesariamente es el mejor tratamiento indicado para su condición. A esto tendríamos que agregar las condiciones en que se dan los servicios con frecuente marginación, maltrato, inadecuada información, etc.

Principales problemas:

- Desconocimiento de la población acerca de sus derechos.
- Cobertura incompleta de la atención de la enfermedad con consecuente carga de costos indirectos asumidos por los pacientes y la familia

Se prioriza la atención a la enfermedad con poco o nulo interés real en la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno. Se prioriza por el tratamiento de la enfermedad que es más costoso. El sistema económico hegemónico (capitalismo), impone estos criterios por que las ganancias en ventas de medicamentos y tecnología, cada vez más efectivos y sofisticados (también más caros), generan grandes ganancias a los productores y sus intermediarios. Lo que no sucede con la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Finalmente es importante mencionar, que en Panamá no existe una verdadera organización de pacientes para la defensa de los derechos de los pacientes. La Asociación Nacional de Pacientes en Quimioterapia asume en parte alguna de estas funciones.

Globalización y Salud

Desde la perspectiva de muchas organizaciones sociales y populares el principal problema de salud que vive el país es el intento de modificar la Ley Orgánica de seguridad social.

La Caja del Seguro Social (CSS), no ha escapado a la política de ajuste neoliberal, su Ley Orgánica ha sido modificada en varias ocasiones (1986, 1992 y 1995), producto de acuerdos

firmados con FMI y BM. La justificación que han presentado los diversos gobiernos para reformar la Ley, se centra en la “necesidad de salvar la Caja de la profunda crisis financiera en la que se encuentra (déficit actuarial)”.

El problema es de carácter estructural y no sólo financiero-actuarial. Parte de la dificultad financiera se debe a las medidas de privatización, contracción del gasto público, liberalización económica y flexibilización laboral; al uso de la institución como fuente de financiamiento de los gobiernos y aval del pago de la deuda externa. Estas medidas han afectado la principal fuente de ingresos de la Caja, las cotizaciones.

A partir del 2000, cuando se firma una Carta de Intenciones con el FMI, se inicia un proceso de intento de modificación de la Ley Orgánica CSS, donde se pretende profundizar medidas ya ejecutadas, pero fundamentalmente privatizar la seguridad social, a través de la eliminación del sistema de solidaridad social por el de pilares de la seguridad social y la compra de servicios.

La discrepancia entre el Gobierno, la empresa privada y los sectores populares, generó las mayores movilizaciones sociales desde el 2003 hasta la fecha, la represión y el encarcelamiento de varios dirigentes de la sociedad civil. En junio de 2005 se ha impuesto la ley 17 que reforma la Ley Orgánica de la CSS, la misma está siendo rechazada por la comunidad nacional (exige la derogatoria de la ley), en la medida que limita las posibilidades del acceso a una jubilación o pensión, aumenta las condiciones para acceder a la jubilación, encarece los aportes de los(as) asegurados(as) y reduce las pensiones.

En cuanto a los posibles efectos del TLC sobre los servicios de atención a la salud: estos se encuentran estrechamente relacionados con numerosas actividades, desde la producción de insumos y recursos humanos para la salud, hasta la generación de servicios no médicos indispensables para la prestación de servicios de salud, como los de informática. Las principales preocupaciones sobre el TLC, por parte de los gremios de la salud en Panamá, está en las demandas de certificación de unidades de atención médica, licenciamiento y certificación de los profesionales, evaluación de tecnologías y equidad financiera.

En el caso de los **medicamentos**, la salud es uno de los derechos más afectados por esta estrategia norteamericana, pues la protección a ultranza de la propiedad intelectual que se ven obligados a otorgar los países en desarrollo, acaba con la producción nacional de medicamentos de marca y genéricos de bajo precio, dejando a la mayor parte de la población sin acceso a estos bienes esenciales, lo cual, teniendo en cuenta la finalidad de estos productos, es lo más injusto y recesivo que se pueda concebir.

El mercado de medicamentos panameño, se caracteriza por dificultades en la comercialización del producto: las exigencias de Registro Sanitario (el análisis del producto a registrar se realiza únicamente a través del Laboratorio de la Universidad de Panamá); 95% de los medicamentos son importados (el 80% del gasto total proviene de la CSS). Las importaciones provienen principalmente de Centroamérica, Colombia, Estados Unidos, Alemania y España; la entrada de productos se hace accesible para los grandes laboratorios (en general la competencia es inexistente, mercado oligopólico); la mayoría de los medicamentos está bajo libre comercio (razón impositiva entre 5 y 15%), y la existencia de unas 500 farmacias y de unas 30 distribuidoras (concentrándose la mayor relación en unas cuatro empresas).

Los principales temores en el área de los medicamentos radican en que los TLC, inciden en el sector farmacéutico a través de las externalidades que generan en los recursos humanos, medicamentos y productos farmacéuticos, por medio de: servicios profesionales, propiedad intelectual, reglas de origen e inversión extranjera y biodiversidad.

En el marco de los TLC, se propende por la creación de un mercado de alimentos con fines de lucro, basado en la producción de alimentos transgénicos u organismos modificados genéticamente, los cuales constituyen una amenaza para la salud y el medio ambiente.

Entre los **riesgos del TLC**, cabe destacar: posible fortalecimiento de la medicina curativa y la llamada "medicina defensiva", que suele acompañarse de un incremento en los costos de la atención y de un uso irracional de la tecnología. Desfinanciamiento de las instituciones privadas nacionales como resultado del descenso de la demanda de sus servicios. Posible ingreso de mano de obra calificada. En términos directos e indirectos, podemos señalar:

- **Efectos Directos:** Los efectos directos son aquéllos que resultarán de las modificaciones en el patrón tradicional de intercambio de bienes y servicios relacionados con la salud. Áreas: 1. la salud ambiental y ocupacional; 2. la regulación sanitaria de bienes y servicios; 3. los insumos para la atención a la salud (equipos, medicamentos y otros); 4. la formación y utilización de recursos humanos; y 5. la regulación, el financiamiento y la prestación de servicios de salud.
- **Efectos Indirectos:** que se manifestarán a largo plazo, son aquéllos que se presentarán como consecuencia en el ingreso y el empleo, en el nivel de vida, las transformaciones culturales y los cambios en los perfiles epidemiológico y demográfico.

SEGURIDAD SOCIAL PANAMEÑA

PEA	40% de la población
Cobertura	71% de la población
Cotización de los Trabajadores	7, 25%
Cuotas Patronales	10, 75%
Cotización del Trabajador al Programa IVM	6,75
Cotización del Patrono al Programa IVM	2,75
Edad de Jubilación Mínima	57 años las mujeres y 62 años los hombres
Años de Cotización	15 años
Tasa de Sustitución Básica	60%
Salario de Referencia Promedio Mensual	7 mejores años
Relación Activo/Pasivo en IVM	5 a 1
Aumento de las Pensiones	No existe indexación
Morosidad con la Institución	Aproximadamente 60 millones de dólares (74% empresa privada y 26% instituciones públicas)
Recursos Financieros de la CSS	2000 millones de activo líquido (=20% PIB).
Rentabilidad de la Reserva	7, 4%

En general, la población panameña ha mostrado su desacuerdo con el TLC pues considera que éste generará condiciones más difíciles de vida, aunado al hecho de que es concebido como un proyecto que atenta contra los sectores productivos y no responde a las necesidades nacionales.

Escenario Futuro

La implementación de las medidas neoliberales amenaza con la continuidad del nivel de deterioro de las condiciones de vida de la población marginada del país.

En el área de salud, el modelo “descentralizado de salud”, condiciona la atención oportuna y con calidez. Estos factores producen un nivel de atención insuficiente en cantidad y calidad en las áreas más pobres del país.

La privatización de los servicios de salud y la estructura oligopólica que se impone, encarece aún más el acceso a los mismos. Ello, aunado a la política de recortes presupuestarios, lesiona la asignación del gasto social mientras favorece el pago de la deuda externa, factor adicional que amenaza el derecho a la salud.

En este sentido, el escenario futuro plantea grandes retos a la población en términos de su lucha por el respeto al derecho a la salud y a una vida digna. En el corto plazo, la principal manifestación de esta lucha es la problemática vinculada a la seguridad social.

En términos de los movimientos sociales del país, sobresalen acciones dirigidas a enfrentar el problema del encarecimiento de los medicamentos (20% de noviembre de 2004 a marzo de 2005); garantizar la triple terapia para los pacientes con VIH; humanizar y garantizar el tratamiento a los enfermos de hemodiálisis; incrementar el presupuesto de inversión del sector salud. Impulsar una política dirigida a que el Estado cumpla con su precepto constitucional de garantizar el derecho a la salud a los panameños y panameñas.

Retos

Los principales retos que enfrenta el sector de la salud son:

- Necesidad de ampliar la cobertura para los sectores más pobres.
- Control de la mortalidad infantil.
- Atención y prevención de enfermedades específicas como el VIH/Sida, problema que se ha incrementado en los últimos 10 años (Hasta marzo de 2003 Panamá se encontraba entre los cuatro países con más casos de VIH/Sida en América Latina).
- El tema de la Caja de Seguro Social es uno de los más importantes retos que el país debe enfrentar en la actualidad.
- El problema de los servicios de saneamiento, que se caracteriza por una distribución desigual a lo largo del país.

- Dificultades en acceder a servicios de agua potable para los ciudadanos que habitan áreas rurales que para las comunidades urbanas.
- No existe un plan integral para el manejo de los desechos sólidos.

Finalmente la exigibilidad y justiciabilidad de los derechos de salud de la población panameña, haciendo un especial seguimiento a las observaciones expresadas por los PIDESC, en esta área.

Paraguay: CONTEXTO ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL: SITUACIÓN GENERAL DEL PAÍS

Victoria Peralta

Martha Perrotta¹


1 Victoria Peralta, Licenciada en Obstetricia y Enfermería. Coordinadora del Programa de Salud de Tesai Reka Paraguay. Miembro Fundadora del Movimiento Nacional de Defensa de la Salud Pública. Paraguay.

Martha Perrotta, Licenciada en Psicología Clínica, Sicoanalista. Asesora en Salud Comunitaria de Tesai Reka Paraguay. Miembro Fundadora del Movimiento Nacional de Defensa de la Salud Pública. Paraguay

Correo Electrónico TRP trp@telesurf.com.py

Martha Perrotta nico@cu.com.py

Victoria Peralta vivacielo@hotmail.com



El Paraguay, es un país mediterráneo, fundamentalmente dependiente y satélite del Brasil y Argentina de los que se vale para salir al mar y realizar sus transacciones comerciales de importación y exportación, de aproximadamente 5.670.238 de habitantes según datos estimados en el censo del 2002, y un territorio de 406 752 km², está situado en el corazón de la Cuenca del Plata de América del Sur. Nuestro país es uno de los menos poblados del hemisferio, con una densidad aproximada de 12,7 habitantes por Km², cuya economía está basada fundamentalmente en la agroganadería y desde los años 70 en la producción hidroenergética.

Después de una larga y penosa dictadura, a partir de febrero de 1989 se abre un nuevo espacio político en el Paraguay. Desde entonces hasta aquí pasaron quince años de experiencia de transición hacia la democracia en la que los sucesivos gobiernos se limitaron a modificar la constitución, crear leyes y pactos con los sectores de oposición sin modificar el modelo económico agroexportador y oligárquico poco desarrollado en tecnología y muy dependiente del mercado externo y la economía ilegal, para garantizar de esa manera el poder de un estado burocratizado fundamentalmente sobre la base de la exclusión social.

Los procesos electorales no han modificado en la base la relación social, la profundización de la desigualdad social y el desarrollo de los conflictos constituyen hoy las dificultades para continuar sosteniendo una democracia representativa. La herencia dictatorial condiciona la política del presente y del futuro.

A poco más de un año de ejercicio del poder, la puesta en práctica de un proyecto de cambio conservador empieza a mostrar sus aristas conflictivas que se puede apreciar a través de la recesión económica, el desarrollo del conflicto social y la pérdida de legitimidad del liderazgo político. Las promesas de reactivación económica, de combate a la pobreza, lucha por la justicia social y vehemente defensa del antineoliberalismo del actual gobierno se van esfumando gradualmente.

La globalización fundada en la mundialización del capitalismo no está ausente en nuestro país. Resultado de ello son la ampliación de la brecha entre pobres y ricos y la profundización de las desigualdades y las dependencias entre naciones del centro y la periferia poniendo en peligro nuestra existencia como especie y la vida misma en el planeta.

La situación deficitaria del Paraguay en todos los órdenes forma parte del deterioro general de los pueblos de América Latina y del mundo, cada vez más empobrecidos y globalizados. Cerca de 2 millones 557 mil paraguayos viven en condiciones de pobreza. Entre

1999 y 2003 la pobreza en Paraguay aumentó de 33,7 % a 41,4 % y la extrema pobreza (quienes tienen ingresos inferiores al costo de una canasta básica de Alimentos) de 15,5 % a 20,1 %.²

Las transnacionales por su parte, han ingresado a la actividad primaria para la producción extensiva de soja y algodón. Actualmente 2% de las propiedades ocupan 85% de las tierras paraguayas. La mayor parte de las empresas y colonos extranjeros se concentran en la frontera con Brasil en una faja territorial aproximada de 1200Km de largo y 65Km de ancho.

Los megaproyectos y proyectos de desarrollo impuestos al país, que cuentan con el apoyo de la banca multilateral y otras corporaciones financieras impactan sobre la vida misma de las comunidades locales porque convierten las escasas tierras de los indígenas, pequeños productores y comunidades tradicionales, en establecimientos ganaderos y monocultivos extensivos deteriorando los recursos naturales, su seguridad alimentaria, obligándolos a habitar pequeños "bolsones" de sus antiguos territorios y los cinturones marginales de los centros urbanos, (migraciones internas).

El Paraguay, sacudido por dos guerras internacionales imperialistas y una larga dictadura se debate en la pobreza, la corrupción e impunidad al igual que otros países del tercer mundo, pero más agravado aún por cuanto su estructura productiva está fundada en la existencia de grandes latifundios lo que limita extremadamente su desarrollo económico, social, cultural y político. Actualmente el 43,3 % de la población habita el área rural. Esta población está constituida mayoritariamente por agricultores minifundarios

Nunca como ahora resulta tan evidente los perversos mecanismos de este modelo que utiliza todos los recursos a su alcance para apoderarse de la tierra y las riquezas existentes en ella, sobre ella y bajo ella, aún a costa de la destrucción y la muerte de sus habitantes naturales y la misma tierra.

La acelerada expansión de la frontera agrícola que genera infinitas riquezas para los ya célebres Cargill, Monsanto, Ciba Geigi, etc., a través de sus fieles ejecutores empresarios agrícolas, generó envenenamiento, enfermedad y muerte de paraguayos que vieron la destrucción de sus cultivos de consumo, animales domésticos y el deterioro de su cuerpo como resultado del uso intensivo e indiscriminado de agrotóxicos y semillas transgénicas que envenenan el agua, el aire y los alimentos, elementos fundamentales para la vida y la salud.

Muchos de ellos se ven forzados a abandonar sus tierras y empujados por especulaciones en un solapado destierro que oculta a los verdaderos autores del plan. Estos sucesos no han hecho más que engrosar las crónicas de los diarios y por toda intervención estatal se ha dado la represión, encarcelamiento e imputaciones de miles de campesinos que se oponen al modelo de muerte y destrucción y reclaman por la vida.

Como mediación del gobierno y ante los reclamos de los campesinos, se instala a las fuerzas armadas como custodios y defensores de los bienes e intereses de grandes empresarios y latifundistas a lo largo y ancho del país.

2 DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares 2003

La situación sanitaria de Paraguay, según datos oficiales son las propias de un país subdesarrollado donde prevalecen las enfermedades de la pobreza, al mismo tiempo que han aumentado notablemente las enfermedades relacionadas a la contaminación ambiental, las neoplasias y enfermedades degenerativas. La mortalidad infantil y materna, la situación nutricional, la provisión de agua potable y saneamiento básico, como también el acceso, cobertura y calidad de la atención y los servicios públicos, siguen siendo deficitarios. El gasto público en salud es insuficiente e inadecuado y sufre el impacto negativo del modelo neoliberal vigente ante la reforma del Estado que paradójicamente pretende transferir su responsabilidad al sector privado y a la comunidad convirtiéndose de un estado regulador a un estado financiador y comprador de servicios, defendiendo la tesis de que el libre juego de los agentes económicos privados, sería suficiente para asegurar la protección y bienestar de los ciudadanos y ciudadanas en vez de garantizar la calidad de vida de todos sus habitantes en igualdad de condiciones.

Situación del sector salud

El sistema de salud está compuesto por una red de instituciones que brinda distintos niveles de asistencia. Cada uno de los subsectores tiene normativas reglamentarias diferenciadas incluso dentro en cada sector se regula en forma distinta cada una de las instituciones que la integran. La Constitución garantiza el derecho a la salud y crea el Sistema Nacional de Salud a través de la ley 1032 para coordinar, cooperar y complementar los sectores por intermedio de:

- *Consejo Nacional de Salud: CNS*, que se crea para establecer políticas, metas, estrategias y objetivos.
- *Fondo Nacional de Salud*: función financiera y perceptora
- *Superintendencia de Salud*: función fiscalizadora
- *Consejos Locales y Departamentales de Salud*: tienen función equivalente al del Consejo Nacional pero a nivel local. Existen experiencias aisladas de conformación y funcionamiento de los mismos que por impulsos de la ciudadanía y organizaciones sociales fueron sus impulsoras. Estas experiencias prosperaron según el interés y la voluntad de las autoridades locales en funciones.

El funcionamiento de estas instancias hasta ahora ha sido irregular y depende de la voluntad política del ministro en cargo. El Fondo Nacional de Salud no avanzó más allá de su formulación legal inicial.

El Sector Salud está clasificado en: a) Sector Público y b) Sector Privado. El modelo asistencial del sector público está constituido por las siguientes instituciones: el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Universidad Nacional de Asunción, Sanidad Militar, Sanidad Policial, Sanidad de los Municipios y de las gobernaciones, entidades autónomas y empre-

sas estatales descentralizados, como el Instituto de Previsión Social, Itaipú, Yacy Retá, etc. Estas instituciones se reparten las responsabilidades de acuerdo a las funciones que cumplen.

El Ministerio de Salud es la autoridad principal del Poder Ejecutivo encargada de proteger la salud de la población. Existen determinados cometidos que la Constitución Nacional le asigna y que son indelegables. Es responsable de la formulación de la política nacional de salud, la formulación de normas técnicas, el financiamiento y la cooperación técnica. Asume como un órgano regulador, normatizador y fiscalizador.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social cuenta con los recursos económicos que provienen del Presupuesto de la Nación y el cobro de aranceles a los usuarios.

Su sistema de atención a la salud pública está organizado por regiones sanitarias, en total son 18 y corresponden a la división política del país organizadas en una red de servicios de diferentes niveles de atención y complejidad

La Universidad Nacional de Asunción dispone de dos hospitales escuelas, están sostenidos por el presupuesto del estado y la suma de aranceles, depende de la Facultad de Medicina y atienden especialmente a personas de bajos recursos económicos.

El otro sector es el de la Seguridad Social, conformado por el Instituto de Previsión Social, IPS que fue creado en el año 1943 cuya carta orgánica fue sancionada en 1992 y modificada en 1998. En ella se contempla la doble función del seguro social; el derecho jubilatorio y pensión y la función de proteger a los asalariados del sector privado, cubrir sus riesgos de enfermedad, invalidez por accidentes de trabajo, maternidad y vejez a quienes aportan el 9 % de sus salarios, el 14 % cubierto por el empleador y el 1,5 por el estado. En el caso de no contar con los servicios requeridos por los usuarios, compra servicios del sector privado y los financia con recursos de la institución lo que en muchos casos se presta a manipulaciones y especulaciones destinadas a beneficiar a las empresas privadas de salud y a sus cómplices instalados dentro de la institución de la previsual.

En el año 2003 la capacidad instalada del sector salud es de 1117 establecimientos de los que 1015 pertenecen al sector público y 102 al privado, (hospitales-sanatorios) Los establecimientos del sector público está conformado por 84 hospitales, 132 centros de salud oclínicas, 722 unidades sanitarias, puestos sanitarios, dispensarios.³

El subsector privado está conformado por las universidades privadas (con sus hospitales) instituciones privadas sin fines de lucro, como las ONG, e instituciones privadas con fines de lucro como los hospitales, sanatorios, clínicas y consultorios privados; laboratorios de producción de medicamentos, farmacias y otros servicios de salud privados, la Cruz Roja Paraguaya es una entidad mixta. Estos se concentran predominantemente en Asunción y en el Departamento Central. Hay una gran oferta de seguros médicos privados con finalidad de lucro con escaso control desde el sistema de salud.

Los trabajadores en general y en particular los trabajadores de salud presenciamos impotentes la reforma que el estado instaló en las relaciones laborales con la intención de mejorar la calidad de los servicios, lograr equidad y eficiencia en la atención a la salud. Para

3 Dra.Ma.Elena Ramírez de Rojas, Centro Documentación, MSPBS, 2004

ello modificó las condiciones laborales, reduciendo el empleo, empujando a los trabajadores de salud a multiplicar sus esfuerzos de trabajo ocupando varios puestos de salud debido a los bajos salarios recibidos cumpliendo así al mandato regional de flexibilización laboral. Para eso se apela a contratos individuales, sujeto a leyes de carácter administrativas con fines de ahorrar costos para las instituciones públicas, rompiendo de esta manera los vínculos laborales con los trabajadores y perjudicando así la estabilidad y la conquista de sus beneficios laborales.

Un significativo porcentaje, el 44 %⁴ del personal de salud se encuentra desempeñando sus funciones bajo contratos que se rigen por leyes administrativas y no contemplan antigüedad, seguro ni beneficio social como así tampoco, derecho jubilatorio y a pensiones. Sumemos a esta situación el privilegio que sigue constituyendo pertenecer al mismo signo del partido de gobierno para ser inmediatamente nombrado como funcionario permanente en las instituciones públicas a cambio de la adhesión y lealtad incondicional del trabajador al sistema.

Legislación paraguaya relativa a la salud

En el año 1992 la Convención Nacional Constituyente consagra en los artículos 68 y 69 de la Carta Magna el principio de la salud como un derecho ciudadano y una función y responsabilidad del Estado contemplando por primera vez la necesidad de un sistema nacional de salud.

La preocupación del Estado paraguayo por la salud pública no se dio en este país hasta 1936 cuando el gobierno revolucionario de Rafael Franco crea el Ministerio de Salud Pública como parte de su política social de bienestar. Este hecho sin precedentes crea los cimientos de la noción de responsabilidad del Estado por la salud de todos los habitantes del Paraguay. Los posteriores gobiernos, si bien conservaron la estructura básica del Ministerio de Salud, lo utilizaron sucesivamente como espacio de intercambio de prebendas partidarias llegando a su momento álgido durante el gobierno dictatorial de Stroessner.

En 1996 se aprueba y promulga la ley 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud con escasa participación, difusión y discusión de las organizaciones sociales y gremiales.

A partir de esta ley el Estado se propone complementar y coordinar a todos los actores en salud y sus funciones para mejorar la atención y ampliar la cobertura de los servicios en salud.

Entre sus funciones se encuentra regular la oferta de seguros de salud y servicios de los sub-sectores públicos, privado o mixto y sobre todo, velar por el control de calidad de las prestaciones de salud y de productos alimenticios, químicos, farmacéuticos y biológicos.

La misma ley crea el Consejo Nacional de Salud que tiene la responsabilidad de coordinar y controlar los planes, programas y actividades de las instituciones públicas y priva-

4 CPD, Censo Integral de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

das de salud. Sin embargo, en el Paraguay aún estamos muy lejos de dar cumplimiento a lo más elemental, la salud como derecho fundamental.

En nuestro país, los derechos políticos y civiles han dado pasos significativos en sentido positivo pero en cuanto al avance de los derechos sociales entre los que se encuentra el derecho a la vida equivalente al derecho a la salud, podemos decir sin temor a equivocarnos que no se progresó en absoluto si sólo tenemos en cuenta que el 81,1% de nuestra población no tiene seguro médico. Aún es una deuda social pendiente el cumplimiento de nuestra suprema ley que crea el sistema nacional de salud que no coordina, ni complementa, ni crea servicios según las necesidades de la gente.

Otra legislación relativa a la salud es el Código Sanitario aprobado por ley 836 en 1980. En ella se fija el ámbito de desempeño del Estado sobre la salud de las personas. Expresa que la salud de la familia es un derecho de todos los habitantes del Paraguay y que será el Ministerio de Salud Pública el que programará y ejecutará acciones relativas a la salud de grupos específicos. Asigna responsabilidades tanto para la vigilancia como control de enfermedades transmisibles y otras acciones sobre la salud de las personas. El Código Sanitario incluye infracciones, sanciones, procedimientos, y prescripciones. El Código Sanitario se encuentra en revisión y reglamentación en una comisión en la que participa el Ejecutivo, el Parlamento, Círculo Paraguayo de Médicos, y una Coordinadora Intersindical.

Otras leyes de importancia social significativa son, el Decreto Ley 17.701 de 1943 que crea el seguro social obligatorio y ampara al trabajador y familiares. La Ley 537 de 1952 que crea el seguro social para maestros y catedráticos para el sector público, la Ley 1085 de 1952 que crea el seguro para maestros de la enseñanza privada y personal doméstico y la Ley 103 que establece que el IPS entregará el 1,5 % al MSP y BS para prevención.

INDICADORES MACROECONÓMICOS. PARAGUAY. 1999-2004

Indicadores en %	1999	2000/2001	2002	2003	2004
Incidencia de Pobreza total país	33,7 ⁽¹⁾	33,9 ⁽¹⁾	46,4 ⁽¹⁾	41,4 ⁽¹⁾	41 ⁽¹⁾
Pobreza extrema	15,5 ⁽¹⁾	15,6 ⁽¹⁾	21,7 ⁽¹⁾	20,1 ⁽¹⁾	-
Pobreza extrema rural	26,5 ⁽¹⁾	25,6 ⁽¹⁾	31,1 ⁽¹⁾	28,7 ⁽¹⁾	-
Pobreza no Extrema rural	15,4 ⁽¹⁾	15,7 ⁽¹⁾	19,4 ⁽¹⁾	14,7 ⁽¹⁾	-
Pobreza rural total	42 ⁽¹⁾	41,2 ⁽¹⁾	50,5 ⁽¹⁾	43,4 ⁽¹⁾	-
PIB	0,5 ⁽¹⁾	- 0,4/2,7 ⁽¹⁾	- 0,3 ⁽¹⁾	2,6 ⁽¹⁾	2,6 ⁽¹⁾
Gasto social (% del PIB)	6,83 ⁽²⁾	8,1 ⁽²⁾	10,01 ⁽²⁾	8,11 ⁽²⁾	8,29 ⁽²⁾
Gasto Público total en salud	8 ⁽³⁾	8,1/7,2 ⁽³⁾	-	-	-
Gasto Público en salud (% del PIB)	3,3 ⁽³⁾	3,4/2,9 ⁽³⁾	-	7,2 ⁽⁴⁾	3,5 ⁽⁴⁾
Gasto en salud p/ atención curativa	-	59 ⁽³⁾	-	-	-
Gasto en salud p/ atención preventiva	-	10,2/10,6 ⁽³⁾	-	-	-

Fuente: ¹ DGEE y C, EPH. 2003. ² Invertir en la Gente, Boletín n° 2, UNICEF, Mar-2004. ³ Cuentas en Salud, Py, Oct-2003, OPS.

⁴ Situación de Salud en las Américas, 2003/2004, OPS/OMS.

Comentarios y Análisis

La evolución de la situación económica en el Paraguay experimentó una grave profundización de la situación de pobreza que en cifras absolutas implican a 2.557.000 pobres y a 1.198.000 indigentes, aproximadamente según el Informe de Las Condiciones de Vida de la Población Paraguaya 2002 publicado por la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censo, y que significa que casi la mitad de nuestra población se encuentra en situación de pobreza. En el área rural la pobreza alcanza a 50,5 % de sus habitantes mientras en el urbano 43,2%.

Esta situación no encuentra relación con la evolución del PIB que como indicador macroeconómico experimentó variaciones positivas e incluso mejoría en los dos últimos años demostrando una vez más que la acumulación de riquezas en términos globales, (macroeconomía) no garantiza la distribución equitativa de las riquezas, pues el PIB per cápita no ha variado en absoluto y esto no significa mejores condiciones de vida para el total de la población, más bien está concentrado en un selecto grupo social que posee poder económico.

El 4,2% del gasto que una familia realiza en total corresponde al gasto de bolsillo de salud. En el año 2001 el gasto público en salud constituyó 2,9% del PIB, habiendo sido el gasto del MSP y BS en ese mismo año 1,3% del PIB.

Con respecto a la prioridad que se dio a la inversión social en los diferentes gobiernos desde que Paraguay se incorporara a la vida democrática se nota que aunque inicialmente tuviera un leve repunte como consecuencia de un mayor endeudamiento externo en los últimos años, se constata una clara tendencia a disminuir el gasto social y en especial en el sector salud a consecuencia de la prioridad dada al pago de la deuda.

En el periodo 1998-2000 la deuda externa creció en un 55% según datos extraídos de Invertir en la Gente, Boletín Año 2, N° 2 de UNICEF.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y DE MORTALIDAD. PARAGUAY, 1999-2004

Indicadores	1999 ⁽¹⁾	2000/2001	2002 ⁽⁵⁾	2003 ⁽⁶⁾	2004 ⁽⁷⁾
Población General	4 152 588	-	5 670 238	5	5 670 238
Tasa de Crecimiento	-	-	2,2	-	-
Esperanza de vida al nacer	69,9	70,5 ⁽²⁾	70,5	71,1	71,3
Tasa de Mortalidad General	3,3	5,4 ⁽³⁾	3,3	5	5
Tasa de mortalidad infantil p/ 1000 NV	19,6	26 ⁽²⁾	19,7	19,8	19,6
Tasa de Mortalidad materna p/ 100000 NV	114,4	160 ⁽⁴⁾	159,7	160,7	182,1

Fuente: ¹ Indicadores Básicos de Salud, Py, 1999. OPS/MSP y BS. ² Invertir en la Gente, Py, Boletín n° 2, año 2. UNICEF. ³ Salud en las Américas, Ed 2002, Vol. II, Cap Py, OPS. ⁴ Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) Informe Py 2003, Sistemas de NNUU en Py. ⁵ Indicadores Básicos de Salud, Py, 2002. OPS/MSP y BS. ⁶ Situación de Salud en las Américas, Py, 2003 OPS.

⁷ Situación de Salud en las Américas, Py, 2004 OPS

En términos generales se observa que no existen variaciones significativas con respecto a la tasa de mortalidad infantil en los últimos años, sin embargo existen alarmantes diferencias con respecto a los datos desagregados por región. La tasa de mortalidad materna en cambio creció de manera sostenida durante el periodo señalado, lo cual demuestra claramente que no se tomaron las medidas correctivas necesarias y precisas para resolver el problema.

Cuando analizamos las causas de mortalidad materna e infantil queda perfectamente claro que éstas se encuentran en relación directa con las dificultades que aún existen en nuestro país en el acceso a los servicios de una manera oportuna, a la calidad de atención que se recibe en ellos, poniendo en evidencia el sistema de exclusión que sigue vigente.

Aunque la esperanza de vida tiene un leve repunte aun resulta insatisfactorio, sobre todo teniendo en cuenta que la tasa de mortalidad general en los últimos dos años tiene un franco crecimiento. Quienes más descubiertos se encuentran son los que habitan el sector rural que es a su vez la población más vulnerable.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL X 1000 NV. PARAGUAY

Causas	Año 1998 ⁽¹⁾	Año 2000 ⁽²⁾	Año 2003 ⁽³⁾
Lesiones por parto	3,3	19,4	22,5
Infecciones del Recién N	3,5	14,5	16,1
Neumonía e influenza	2,4	9,4	8,0
Anomalías congénitas	1,8	11,2	12,6
Prematuridad	2,4	9,4	9,6
Diarreas	2,0	9,5	5,6
Meningitis	0,3	1,7	1,7
Desnutrición y anemias	0,4	3,1	2,1
Tétanos	0,1	0,3	0,2
Sx y Síntomas	0,7	4,3	4,9
Otras causas	2,6	17,2	16,6

Fuente: ¹Informe Nacional sobre Desarrollo Humano". Paraguay 2003 ²Dto. Bioestadística del MSP y BS ³Dto. Bioestadística MSP y BS-Act.10/1/5

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA. PARAGUAY

Causas	Año 1998 ⁽¹⁾	Año 2002 ⁽²⁾	Año 2003 ⁽³⁾
Aborto	18,5	23	21
Toxemia	26,6	17	21
Hemorragias	28,9	40,4	28
Sepsis	13,9	14	23
Tétanos	0	-	-
Otras Complicaciones	23,1	4,2	7

Fuente: ¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social-1999 ²MSPyBS., Progr. Vigilancia Epidem. de muertes materna. 2002 ³MSPyBS, Dirección Gral. de Prog. de Salud Vigilancia Epidem. 2003

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL. PARAGUAY, 2003

Causas	Año 2003
Enfermedades del Sist.Circulatorio	13,2
Tumores	13,7
Enfermedades Cerebro Vascular	8,2
Enfermedades del aparato circ.	6,6
Accidentes todas formas	5,7
Enfermedades perinatales	4,3
Diabetes Mellitus	6,2
Diarreas	1,1
Homicidios	3,7
Septicemias	1,7

Fuente: MSP y BS, Dto. Bioestadística, 2003

Las causas de mortalidad materna e infantil se encuentran fundamentalmente relacionadas a la dificultad que la gente tiene de acceder a los servicios de salud y a la calidad de atención en ellos. En el informe del 2003 de la Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y Mortalidad Materna se registra que el 27 % de los partos no son institucionales, año en que se registraron 150 muertes maternas y se infiere que la demora en la atención de las madres constituye un componente fundamental en la mortalidad materna y describe que el 49% de las muertes maternas por demora está asociada a la capacidad resolutoria de los servicios, un 48% a la decisión del paciente o sus familiares de acudir al servicio y un 3% a la accesibilidad geográfica o económica. Todas estas razones ocultan motivos fundamentales a la hora de decidir ir a consulta que son el mal trato que la gente recibe en los servicios públicos de atención y los gastos económicos que requiere acudir a ellos.

Teniendo en cuenta este monitoreo que viene realizando el MSPyBS es inexplicable que aún no se hayan tomado las medidas necesarias y urgentes para resolver este problema de salud pública que es totalmente evitable y que sigue provocando la muerte de cientos de niños y mujeres paraguayos.

Otro indicador fundamental de la situación de salud es la desnutrición. Según datos de Naciones Unidas 140.000 niños se encuentran en riesgo de sufrir de desnutrición y 45.000 mujeres embarazadas conviven con la desnutrición en el Paraguay. La desnutrición no aparece como causa directa de muerte pero subyace como factor altamente predisponente de los estados mórbidos que causan la muerte

Las causas de mortalidad general de la población ponen de manifiesto la coexistencia de enfermedades directamente relacionadas a la pobreza con la aparición y fuerte repunte de enfermedades crónico degenerativas como las enfermedades cardiovasculares, los tumores y hechos de violencia. Poco se investiga sobre el deterioro ambiental, el uso indiscriminado de agrotóxicos y el repunte de las diversas formas de cáncer. Tampoco se investiga porqué razones en nuestro país de pronto aparecen dos suicidios por día según refieren

los periódicos del 2004 con predominancia de niños y adolescentes principalmente. Son problemas que atañen a la salud pública sin embargo no existen acciones que apunten responsablemente y con ánimo de solución radical por parte del estado junto a la comunidad, en ella y con ella.

Situación del VIH/Sida

En 18 años de epidemia están registrados 3913 personas con VIH/SIDA (datos actualizados hasta junio del 2004). De estos, 1023 corresponden a casos de SIDA

La tasa de incidencia anual fue de 2.7 por 100.000 habitantes para fines del 2003. El crecimiento es constante, sin aceleraciones.

Distribución geográfica: el mayor número de registros de personas con VIH/SIDA provienen de Asunción. Le siguen el Departamento Central (con población inmigrante interna) y los Departamentos de frontera lindantes con Brasil y Argentina, Alto Paraná, Amambay e Itapúa (de intenso flujo de personas por razones comerciales)

Grupo genérico: el 76% de los registros hasta junio del 2004 (n:777) son hombres. Las mujeres representan el 24%.

La razón hombre / mujer es 2.8 hasta junio del 2004. Existe un crecimiento sostenido en la cantidad de mujeres infectadas (duplicado en 1996-97)

Edad: la mayor proporción de personas afectadas tiene entre 25 y 49 años (68.2%). El grupo atareo con mayor frecuencia de casos es el de 30 a 34 años, seguido del grupo de 25 a 29 años. La tendencia es el aumento de casos en las fajas etareas más jóvenes, con 13.1% de los casos registrados entre los 15 y 24 años. Los menores de 15 años registran el 5.6% del total, para ambos sexos.

El 36.4% (n:370) del total acumulado de VIH/SIDA está registrado como fallecido hasta abril 2004. Se estima que la subnotificación de muertes relacionadas al VIH/SIDA es del 80%. Este dato está siendo revisado y actualizado.

Indicadores de funcionamiento del sistema

INDICADORES DE RECURSOS, ACCESOS Y COBERTURA EN SALUD. PARAGUAY, 1999-2004

	1999 ⁽¹⁾	2002 ⁽²⁾	2003 ⁽³⁾	2004 ⁽⁴⁾
Médicos x 10000 hab.	3,4	-	4,9	5,6
Enfermeras x 10000 hab.	0,6	-	1,2	2,2
Odontólogos x10000 hab.	0,6	-	2,2	0,8
Camas x 1000 hab.	0,9	0,9	0,7	1,2
% de Partos institucionales	60,2	85,6	84,8	85,8

Fuente: ¹ Indicadores Básicos de Salud. Py, 1999. OPS/MSP y BS ² Indicadores Básicos de Salud. Py, 2002. OPS/MSP y BS. ³ Situación de salud de las Américas, Indicadores Básicos, 2003. OPS.

⁴ Situación de salud de las Américas, Indicadores Básicos, 2004. OPS.

La distribución de los recursos para atender los problemas de salud evidencia una clara inequidad en salud en el Paraguay. Es insuficiente el número de recursos humanos existente y la alta concentración de estos recursos en la capital, área metropolitana y departamento Central que deja a un amplio sector de la población sin acceso a los servicios de salud. Según datos de Naciones Unidas el 27% de los habitantes no tiene posibilidad alguna de acceder a ningún tipo de asistencia médica, lo que significa que 1.527.000 personas se encuentran totalmente excluidas del sistema de atención. Por otro lado se constató que el mayor porcentaje de trabajadores de salud se desempeña como enfermeros/as auxiliares en la mayoría de las regiones y que ellos cuentan con escasa o nula formación en salud pero sobre ellos recae más del 50 % del funcionamiento asistencial.

En el informe de Derechos Humanos 2004, se expone que el 39% de la población enferma o accidentada no consultó y entre las principales razones se destaca que un 33% argumenta razones económicas, un 7% razones geográficas y un 56% se automedicó lo que nos muestra de qué se trata las barreras que impiden a la gente su acceso a los servicios de salud. Es necesario remarcar que en nuestro país siempre el usuario pagó los servicios públicos de atención a su salud y que a partir de las demandas, movilizaciones y campañas de desarme del presupuesto de la nación en el 2004, se logró una resolución ministerial que exoneró el pago de aranceles a las mujeres embarazadas y niños menores de 5 años en los establecimientos públicos.

En el país existen en promedio 6,7 camas por cada 10 mil habitantes que según las regiones y grupos poblacionales varía considerablemente y pone en evidencia las enormes inequidades y exclusión de la gente al acceso de atención a su salud. Así, en Asunción hay 20,9 camas p/10mil hab. En el resto del país sólo 5 camas, se evidencia además que la población más pudiente tiene 65 % más de camas por habitantes que los de estratos más pobres⁵.

Los datos a nivel de distritos nos muestran que de 91 distritos, 40% del total, el n^o de camas no llega a más de 3,8 implicando a la mitad de la población total del país⁶.

Con respecto al acceso a servicios de salud de las comunidades indígenas tenemos que sólo el 26% cuenta con un centro o puesto de salud y 36,1% cuenta con algún profesional médico, la mayoría practica medicina tradicional propia de su cultura basada en hierbas y productos de animales silvestres.

El 81% de la población paraguaya no tiene acceso a seguro médico, ya sea IPS, privado, sanidad militar, policial o exterior. Esta evidente y grave falta en el cumplimiento de cobertura en la salud alcanza a 98,1% de las personas en estado de extrema pobreza del país y al 93% de la población rural.

Las cifras y los informes oficiales reportan una alta cobertura de vacunación en niños menores de 5 años que sin duda representa una necesidad impostergable para el control de las enfermedades inmunoprevenibles, sin embargo, aún resulta insuficiente para la erradi-

5 Idem.

6 Idem.

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. PARAGUAY, 1999-2004

Indicadores en %	1999 ⁽¹⁾	2000	2001 ⁽²⁾	2002 ⁽³⁾	2003 ⁽⁴⁾	2004 ⁽⁵⁾
BCG	83	-	84,1	86	82	88
Antisarampión	106,5	-	72,8	90,3	82	91
Antipolio	81	-	84,9	90,4	86	86
Triple o DPT	80,8	-	88,3	88,9	85	85

Fuente: ¹ Indicadores básicos de Salud. Py, 1999, OPS/MSP y BS. ² DGEE y C. Py 2002. ³ Indicadores básicos de Salud. Py, 2002, OPS/MSP y BS. ⁴ Situación de Salud de las Américas, Indicadores Básico. 2003. ⁵ Situación de Salud de las Américas, Indicadores Básico. 2003.

cación del sarampión y la consolidación de la erradicación de la poliomielitis que requieren una cobertura mínima del 95%.

En el informe sobre Los Derechos Humanos en Paraguay, 2004 se revela que sólo el 64% de los niños menores de 5 años tiene el esquema completo de vacunación. En el año 2003 y el último trimestre del 2004 se registraron brotes de difteria en el área metropolitana y la capital develando la vulnerabilidad de la población, la insuficiente cobertura de vacunación existente incluso en los centros urbanos y la escasa labor educativa al respecto.

Cabe destacar que pese a la existencia de la ley 2310 de Protección Infantil contra Enfermedades Inmunoprevenibles, que garantiza la provisión pública de vacunas y su financiamiento a través de recursos del tesoro, una parte importante de la provisión viene de donaciones externas y otra parte prevé la compra de insumos y biológicos a través del pago del usuario por vacunación, tal como está previsto en el Anteproyecto de ley del presupuesto nacional para el 2005.

SERVICIOS DE AGUA Y SANEAMIENTO BÁSICO. PARAGUAY. 1999-2003

	1999 ⁽¹⁾	2000/01 ⁽¹⁾	2002 ⁽²⁾	2003
Agua				
Total	31,5	52,5	53	46,4 ⁽⁴⁾
Urbano	57,9	79,5	80	61,5 ⁽⁴⁾
Rural	3	21,7	21	24,7 ⁽⁴⁾
Indígenas	-	-	-	2,5 ⁽⁵⁾
Alcantarillado				
Total	7,7	10,1	9	11,1 ⁽⁴⁾
Urbano	14,8	17,7	15	18,7 ⁽⁴⁾
Rural	0,1	0,2	0,4	0,2 ⁽⁴⁾
Indígenas	-	-	-	1,1 ⁽⁵⁾

Fuente: ¹ Encuesta Integrada de Hogares (EIH), 2000/2001. DGEE y C ² Objetivos de Desarrollo del milenio. Informe Py 2003, Sistema de NNUU. ⁴ DGEEC - EPH 2003 ⁵ Censo Nacional Indígena de Población y Viviendas. 2002. DGEE y C

El acceso a condiciones mínimas de saneamiento básico es un privilegio casi exclusivo de las poblaciones urbanas, el 11,1% de los hogares del país cuenta con desagüe cloacal y esto a su vez se concentran en las zonas urbanas, lo mismo sucede con el acceso al agua potable. La mitad de los hogares se encuentran excluidos de un sistema de abastecimiento de agua potable tanto de red pública como privado.

UNICEF estima que 2 577 000 personas no tienen agua potable con lo cual se encuentran expuestos a enfermedades diarreicas, disenterias y parasitosis como puede constatarse entre las principales causas de mortalidad infantil y de mortalidad general en que las diarreas aún aparecen entre las 10 causas primeras de muerte.

Aunque en término de propuestas presupuestarias las inversiones del estado para el sector crecieron significativamente, (alrededor de 25.000.000 de dólares para el 2004) éstas tienen una marcada diferencia con la ejecución presupuestaria, el 50% tan solo.

Para que las comunidades puedan acceder al servicio de agua potable deben recorrer un largo proceso de gestiones burocráticas y el desarrollo de iniciativas comunitarias que requiere de inversiones económicas que los lleva a organizar actividades de diversas características para juntar los fondos necesarios.

Un aspecto especialmente destacable es lo relativo al alto grado de contaminación de los cursos hídricos tanto por uso masivo de plaguicidas y fertilizantes como consecuencia de la agresiva expansión de la frontera agrícola, como por la contaminación por productos orgánicos y desechos sólidos que son vertidos a los cauces de los ríos y arroyos sin tratamiento e impiden su utilización para beber y recrearse, provocando enfermedades por todos conocidas. Esta situación se da en el área metropolitana y ciudades ubicadas en los departamentos de Cordillera, Paraguarí, centros urbanos ubicados a orillas del río Paraná y Paraguay, Concepción y Ciudad del Este.

La gran frontera agrícola y el modelo agroexportador centrado en el cultivo extensivo de la soja-trigo-algodón, los dos primeros rubros en manos de empresarios agrícolas fuertemente ligados a las empresas transnacionales productoras de agrotóxicos y semillas transgénicas van dejando un país que se dirige aceleradamente a la desertificación con apenas 5% de superficie de bosques nativos en la Región Oriental y una tasa de deforestación que en los últimos años llegó a 400.000 hectáreas por año. Es claro que esto tiene una directa repercusión en la degradación del suelo, la estabilidad climática, la pérdida acelerada de aguas superficiales o su contaminación, afectando la alimentación, la salud y la vida de los paraguayos/as.

Sólo en términos de pérdida de biodiversidad, según estudios de Fox-Rivarola y Sosa, mencionados en el informe Nacional de Desarrollo Humano de Paraguay para 2003, el 50% de las especies vertebradas, mamíferos, aves, anfibios, reptiles, peces estarían en serios problemas de conservación, y a su vez, 20 especies de la flora y 40 especies de la fauna paraguayas estarían en peligro de extinción, sin dimensionar aún sus efectos sobre la vida humana, ni calcular pérdidas económicas que constituirían.

Hechos de extrema gravedad fueron los accidentes/desastres ecológicos sucedidos con el incendio del depósito de agrotóxicos del depósito del Ministerio de Agricultura y Ganadería(OFAP) en la rivera del río Paraguay en la ciudad de Asunción en julio de 2003, el

derrame de agrotóxicos transportados que volcó en medio de la ruta principal que pasa por el medio de la ciudad de Capiatá a 25 Km de la capital en noviembre del 2004, y el último derrame en Minga Guasu, Alto Paraná en enero del 2005.

Todo esto pone al desnudo el descontrol que ejercen las autoridades sanitarias y ambientales pertinentes de nuestro país sobre las importaciones, cantidades, uso, depósito, traslado y las condiciones en que se dan. Nuestras autoridades se preocupan más bien por ocultar o minimizar los afectos y la dimensión que estos hechos tienen.

La defensa del derecho a la Salud

La lucha por el derecho a la salud es relativamente nueva en Paraguay, recién a partir de experiencias puntuales de promoción de la salud desarrolladas en comunidades campesinas y barriales en las décadas de los 80 y 90, como consecuencia de la escasa cobertura de los servicios de salud estatales, que con acciones asistenciales, educativas y preventivas facilitan un proceso de acercamiento con la gente para hablar y analizar la situación de salud y su relación con las condiciones sociopolíticas del país, que en los años 80 eran vistas como acciones subversivas.

Las demandas específicas del sector salud y laboral de los trabajadores de salud se dieron principalmente desde el Hospital de Clínicas que en los años 70 y 80 constituyeron el bastión de lucha y resistencia por demandas laborales, denunciando también la situación de salud en general y su oposición al régimen stronista, por lo que fueron blanco de represiones, apresamientos y persecuciones.

Con la incorporación al modelo democrático se facilitó el desarrollo de las organizaciones sociales, y en los años 93 y 94 se conformó la Asociación Paraguaya de Salud Pública, aunque de corta existencia fue la única que en su momento promovió la discusión de las diferentes propuestas para la creación del Sistema Nacional de Salud que se diera finalmente en el año 1996.

En el lento proceso de conquista y apropiación de los Derechos Humanos y de la salud en especial, ha sido sumamente importante el apoyo específico de ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social) que a través de intensas discusiones con referentes políticos, líderes sociales y profesionales de la salud que trabajaron en experiencias alternativas de salud como Tesai Reka Paraguay, TRP, en el sector campesino y la Capellanía Cristo Solidario en el Bañado Sur que fue precisando el concepto de derecho a la salud como bien público.

Los seminarios nacionales de salud pública promovidos por TRP desde 1994 constituyeron el espacio oportuno y necesario para el debate público de la situación de salud en el país y facilitó la articulación de diferentes organizaciones y experiencias hacia la conformación de un Movimiento Nacional en Defensa de la Salud Pública, que aún se encuentra en proceso.

Esta experiencia crea las condiciones para la organización de una movilización por el derecho a la salud con denuncias y demandas específicas que se realizó el 7 de abril de 2003. En el mismo año, TRP, en coalición con otras organizaciones sociales y de derechos humanos desarrolla una intensa campaña nacional por el derecho a la salud.

Desde el año 2002 TRP forma parte de la campaña “Desarmemos el presupuesto” y propone la disminución del presupuesto nacional para su inversión en el sector salud. En los años 2003 y 2004 consecutivamente, dicha campaña siguió centrándose en una propuesta de inversión en el sector salud.

Hacen algunos años las organizaciones campesinas incorporan demandas de salud en la agenda de reivindicaciones que movilizan al sector. En el 2004 reclaman intensamente el cese de uso indiscriminado de agrotóxicos y semillas transgénicas, especialmente la población campesina afectada.

La organización de personas viviendo con VIH/SIDA se han manifestado en varias ocasiones denunciando los innumerables desabastecimientos de medicamentos (antiretrovirales) y reactivos laboratoriales indispensables para su vida.

Bibliografía


- La Dictadura cautelada: Poder y Legitimidad, de Jorge Lara Castro, Agosto 2004-Paraguay
- Declaración de Principios del Movimiento Nacional de Defensa de Salud Pública, Diciembre 2001. Paraguay
- Foro Nacional de Recursos Humanos en Salud: “Los nuevos enfoques en la gestión de recursos humanos en salud”, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social-MSP y BS, Organización Panamericana de la Salud/OMS, Diciembre 2003 - Paraguay
- Exclusión Social en Salud, MSP y BS, Dirección General de Estadística, Encuesta y Censo, DGEEC, Organización Panamericana de Salud/OMS, Paraguay, Octubre 2003-
- Cuentas en Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, MSP y BS, Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de Salud, Paraguay - Octubre 2003
- Paraguay 2003 - Situación de Salud - Año VI – 2004, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro de Documentación. Dra. María Elena Ramírez de Rojas
- Infraestructura en Salud y Recursos Humanos, Cap.VI, Dra. María Elena Ramírez de Rojas, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro de Documentación, Paraguay - 2004
- Análisis del Sector Salud del Paraguay, Consejo Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay Junio 1998
- Indicadores Básicos de Salud, Dto. Bioestadística, Dirección de Planificación del MSP y BS, Paraguay – 1999
- Indicadores Básicos de Salud, MSP y BS, OPS/OMS, Paraguay 2002
- Situación de Salud en las Américas – Indicadores Básicos, OPS/OMS 2003
- Situación de Salud de las Américas – Indicadores Básicos, Paraguay 2004
- Gasto Social en el Presupuesto – Invertir en la Gente, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, Paraguay 2003
- Derechos Humanos en Paraguay 2004, Coordinadora Derechos Humanos Paraguay, CODEHUPY – 2004
- Objetivos de Desarrollo del Milenio – Informe de Paraguay, Sistema de las Naciones Unidas en Paraguay, Asunción – 2003
- Informe Nacional sobre Desarrollo Humano – Paraguay 2003, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, Instituto Desarrollo de Capacitación y Estudios, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, DGEEC – 2003
- Paraguay, Resultados Finales, Censo Nacional de Población y Viviendas, Año 2002. Total País, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censo, DGEEC, Paraguay 2002
- Anuario 2002, Paraguay, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censo, DGEEC, Paraguay 2002
- Encuesta Permanente de Hogares, EPH, 2001, 2002, 2003. DGEEC. Paraguay

INFORME DE LA SITUACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN EL PERÚ

Mario Ríos Barrientos¹

Aprodeh – Coalición por los Derechos Humanos en Salud

1 Mario Ríos Barrientos, Relator del Derecho a la Salud por Perú, es Coordinador de la Coalición por los Derechos humanos en Salud, Responsable del derecho a la Salud de APRODEH, abogado, Magíster en Salud Pública, profesor de la Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, integrante del Consejo Directivo del ForoSalud y Presidente de la Asociación Peruana de Derecho Sanitario.



Contexto económico político y social

En el Perú estamos viviendo el período de un gobierno democrático post dictadura de Alberto Fujimori, que gobernó el país durante 10 años y desarrollo un conjunto de normas y políticas que conculcaron los derechos humanos de los ciudadanos. El presente gobierno, dirigido por el señor Alejandro Toledo Manrique, se propuso desarrollar un conjunto de reformas que permitieran consolidar el proceso democrático y colocar el Estado al servicio de las personas, a través de la restitución de un conjunto de derechos.

Al cabo de 4 años y al final del gobierno, se encuentra que se han profundizado las brechas de inequidad, no ha conseguido fortalecer la democracia y sigue presente la desconfianza de los ciudadanos respecto de sus instituciones públicas, líderes políticos, partidos y el sistema institucional.

Esto se debe a que se han mantenido los aspectos básicos de la política económica neoliberal desarrollada en los 10 años de fujimorismo y no se han restituido los derechos de las personas, sigue la desprotección de los trabajadores en sus derechos laborales y no se discuten internamente aspectos cruciales como las implicaciones en el ejercicio de los derechos que va a tener la firma del Tratado de Libre Comercio, que en estos momentos se negocia con el gobierno norteamericano.

Durante el gobierno de transición del Dr. Valentín Paniagua se aprobó la creación de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), con la finalidad de investigar lo sucedido en 20 años de violencia política y establecer planes para la reparación de los ciudadanos que fueron víctimas de la violencia. Dos años después del Informe, que arrojó la cifra de cerca de 70 mil muertos, siendo la mayoría de zonas rurales, andinas y pobres, aún no existe un programa de reparaciones.

El problema se agrava cuando permanentemente en el país existen evidencias de convulsión social con paros, huelgas, bloqueos de carreteras, etc. que no tienen canales de expresión en la política y llevan a perfiles de una sociedad anómica, fragmentada y sin posibilidad de estructurar una alternativa política, por lo que no se perfilan candidatos para el recambio y nuevamente hay la sospecha de elegir un outsider.

Estas debilidades en la estructura social e institucional deben revertirse, porque en estas condiciones es difícil alcanzar la plena realización de los derechos humanos.

Descripción del marco jurídico y constitucional del derecho a la salud

En el ordenamiento constitucional vigente hay una evidente regresión del derecho a la salud al disminuir su calidad de derecho fundamental: en la actual Constitución (1993), el derecho a la

salud está ubicado en el capítulo de derechos económicos y sociales, y no en el de derechos fundamentales (como estaba en la Constitución de 1979). En nuestra Constitución este tipo de derechos no son exigibles al Estado, contrario a la doctrina de derechos humanos y las normas internacionales suscritas.²

En el campo de salud pública, la Constitución vigente (1993), aún no ha adoptado en forma adecuada las definiciones acordadas por el Estado peruano con relación a los pactos firmados y eliminó el concepto de integralidad.

La Constitución Política del Perú, en su art. 7 dice: *“Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”*

El concepto de protección se ha entendido solo como obligaciones de salud pública y no de salud individual, reduciendo el campo de la protección a la prevención y promoción de la salud, buscando vincular la atención de la salud individual al mercado. Esto implica un grave retroceso en materia de las obligaciones del Estado

Sin embargo, en la parte declarativa de acuerdos políticos los movimientos políticos, empresariales y sociales, representados en el Acuerdo Nacional de Gobernabilidad, por consenso en la Decimotercera Política de Estado, se comprometieron a lograr: *“el acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social”*.³

Otro aspecto a destacar del nivel de incumplimiento del Estado, es no generar una legislación protectora de los derechos de las personas en los servicios de salud, si bien la Ley general de Salud N° 26842 consagra un conjunto de derechos, éstos no tienen fuerza vinculante y se permite su vulneración.

En este plano se ha promovido, desde la Coalición por los Derechos Humanos en Salud, una iniciativa legislativa denominada *“Derechos y obligaciones de las personas usuarias de los servicios de salud”*, que con el respaldo de más de 100 mil ciudadanos ha ingresado para debate al Congreso de la República. Esta propuesta normativa tiene como objetivo aplicar los estándares internacionales de derechos humanos a la normativa nacional.

Descripción del sistema de salud

En el Perú tenemos un sistema de salud fragmentado y desarticulado, donde cada uno de los subsistemas dirigen y orientan sus actividades en función de sus propias potencialidades, sin tener una política nacional que organice el conjunto de la atención de salud.

La estructura actual del sector sigue desarticulada en varios proveedores (El MINSA, las Direcciones Regionales de Salud, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y policiales, gobiernos locales y sector privado), con financiamientos históricos que no son revisados en función de necesidades, sino determinados por la priorización de políticas macro estatales.

2 Rios, Mario. El Derecho Humano a la Salud: Marco Constitucional y Legal. APDS – ForoSalud, Agosto 2003.

3 Texto del acuerdo Nacional - 22 de julio 2002. <http://www.acuerdonacional.gob.pe>

Esta fragmentación hace poco eficaz la Autoridad de Salud que no ejerce sus roles de gobierno y termina superponiendo a este la función de prestación y financiamiento. El proceso de descentralización actual del sistema de salud, no ha diferenciado los diversos roles. Aunque para los aspectos de financiamiento, se ha generado un Seguro Integral de Salud para la atención de las poblaciones pobres y vulnerables.

El proceso de Reforma del Estado en salud sigue siendo un tema pendiente, a pesar de algunos cambios que no han significado reformas sustantivas del conjunto del sistema. Siguen las grandes distancias entre Autoridad y ciudadanos, los modelos participativos desarrollados por la actual administración hacen que los representantes de la sociedad civil cumplan un rol decorativo sin ser protagonistas reales en las decisiones de políticas.

Se ha generado un Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado con presencia en la esfera nacional, en las regiones y en las provincias, pero que está constituido fundamentalmente por prestadores que tienen poca capacidad de decisión en las políticas públicas.

Con respecto a los modelos de atención, se está promoviendo el desarrollo de un Modelo de Atención Integral de la Salud, aprobado en el período de la gestión del Dr. Solarí, pero sin desarrollar una etapa de tránsito que ha traído graves problemas sanitarios.

En conclusión, podríamos decir que el sistema de atención de salud en el Perú, al no transformarse sustantivamente, está incumpliendo sus obligaciones en materia de derechos humanos y por lo tanto, tal como está organizado permite la vulneración de estos.

Descripción estadística y analítica de la garantía del derecho salud⁴

La evaluación del gasto público en salud en comparación con otros países de la región, nos revela cifras aún muy desalentadoras en relación a su insuficiente magnitud, a su estructura inercial y a las deficiencias en su gestión y ejecución. A lo largo de la década pasada, el nivel del gasto público en salud, medido como porcentaje del PBI, ha sido del orden del 1% para el Perú, comparado con 2.4% para Chile y 5.6% para Costa Rica. El análisis del gasto público en salud per cápita da cuenta de un aumento en las brechas, consecuencia de una menor población y un mayor PBI que presentan Chile, Costa Rica y Uruguay a diferencia del caso peruano, que a pesar de mostrar una mejoría a lo largo de la década se ha mantenido prácticamente invariable a partir de 1997.

Tabla No. 1
GASTO PÚBLICO EN SALUD (%PBI) VS. GASTO PÚBLICO POR HABITANTE (EN NUEVOS SOLES) 1970-2002

Período	70-80	81-85	86-90	91-95	96-00	2001	2002	2003
Gasto Público en salud (%PBI)	0.95	1.04	0.71	0.92	1.28	1.31	1.19	1.05
Gasto por habitante (en Soles)	74	79	52	59	93	95	88	78

4 Esta parte ha sido elaborada con colaboración de Raquel Hurtado en un artículo presentado en el Informe Anual 2003 de APRODEH *- CEDAL sobre la situación de los DESC en el Perú.

Un análisis más minucioso del gasto público en salud (como % del PBI), nos revela la tendencia demostrada en la siguiente tabla:

Tabla No. 2
PRESUPUESTO DEL SECTOR SALUD

Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Millones de Soles	1.623	1.828	1.866	2.243	2.171	2.041
% de Crecimiento real	8.78%	0.12%	19.97%	-5.51%	-7.78%	

Fuente: SIAF

Como se puede apreciar, no obstante la recuperación importante del gasto público en salud para la década de los 90 y habiendo alcanzado 1.45% en 1996, vuelve a caer en 1.12 para 1997 y durante los dos últimos años este valor se mantiene invariable. Finalmente, para el 2003, se presupuestó un gasto público en salud equivalente al 1.05% del PBI.

La evolución del gasto público en salud por habitante muestra la misma tendencia durante el período de análisis, con un retroceso importante para el año 2003. Esto implica que la situación, en lugar de mejorar, tiende a agudizarse. Esta menor disponibilidad de recursos tiende a reflejarse en un incremento de la demanda insatisfecha por servicios de salud, el desfinanciamiento de algunos proyectos importantes como el Seguro Integral de Salud y en términos generales, el deterioro de las condiciones de salud de la población.⁵

La distribución del gasto público en salud especializada entre los departamentos más pobres⁶ y los menos pobres⁷, ha sido inequitativa durante los últimos años, debido a que se ha priorizado el gasto en aquellas regiones menos pobres. Se observa que la ejecución del gasto ha sido menos equitativa que lo originalmente presupuestado, debido a que se ejecutó menos gasto en atención básica en salud por habitante en los departamentos más pobres, mientras que en los departamentos menos pobres se ejecutó más.

La tabla No. 3 muestra que en los departamentos más pobres la ejecución del gasto es aún menor a la inicialmente prevista por el presupuesto de apertura, y que en algunos departamentos menos pobres la ejecución es mayor a la originalmente presupuestada. Por lo tanto, podemos concluir que la ejecución misma estaría ampliando las brechas y las inequidades entre el gasto per capita por departamentos.

Otro problema adicional que presenta el presupuesto en el sector salud son las diferencias entre el gasto público presupuestado y el ejecutado. Estas diferencias han sido más importantes entre los años 1993 y 1997 (cerca de S/. 300 millones), siendo que esta tendencia se

5 Francke, P. Castro, J. Ugaz R. Salazar, J. Análisis Independiente del Presupuesto Público 2003 en el sector Salud. PUCP. Octubre 2002.

6 Apurímac, Cajamarca, Huancavelica, Huanuco y Puno.

7 Lima y Callao, Arequipa, Moquegua, Tacna e Ica.

Tabla No. 3
PRESUPUESTO Y EJECUCIÓN GASTO EN ATENCIÓN BÁSICA EN SALUD POR HABITANTE 1999-2003

Grupo de Departamentos	1999		2000		2001		2002		2003
	Pto.	Ejec.	Pto.	Ejec.	Pto.	Ejec.	Pto.	Ejec.	Pto.
Grupo 1	14.7	14.8	18.9	16.6	19.2	17.5	20.8	15.1	21.7
Apurimac	24.7	21.9	23.1	23.2	24.9	25.5	25.5	19.0	23.5
Cajamarca	7.6	6.9	12.3	10.3	11.1	8.8	10.5	8.3	19.2
Huancavelica	24.4	24.1	17.7	14.6	22.2	21.6	31.9	20.8	26.3
Huanuco	13.2	14.2	16.3	14.2	15.5	12.9	17.1	10.3	22.5
Puno	10.3	11.6	16.1	14.7	17.2	16.8	19.4	15.2	21.7
Grupo 2	9.1	10.2	16.2	17.6	15.1	15.8	16.6	12.8	21.2
Lima	7.4	8.0	14.2	16.6	13.5	14.9	15.0	11.9	21.4
Arequipa	11.1	16.0	16.9	16.1	15.0	12.9	17.1	11.0	17.0
Moquegua	27.4	26.7	57.3	53.8	56.9	57.7	62.9	46.5	65.5
Tacna	5.2	6.6	18.1	18.5	19.7	17.0	17.9	13.6	24.2
Ica	10.7	11.7	13.6	12.7	9.4	8.3	14.6	8.6	13.4

Fuente: SIAF

repitió en el 2002, dónde según estimaciones del MINSA, habría quedado un saldo sin ejecutar de más de 100 millones de soles como consecuencia de una sobre estimación presupuestal realizada a principios de año.

Un gran problema detectado es el que se refiere a la inadecuada administración de los recursos. Así se tiene que para el 2002 no se ejecutaron S/. 238 millones de los calendarizados por el MEF.

El análisis del presupuesto del Sector Salud para el 2003 revela que, a diferencia de años anteriores en los que éste había seguido una tendencia creciente, la programación para este año ha disminuido en 7.4%. En el mismo sentido, el presupuesto del MINSA ha caído en 1.9% y no sólo se ha reducido el flujo continuo de recursos que proviene de fuentes ordinarias sino también el de donaciones y transferencias que se ha reducido en más de 250%.

Finalmente, como una muestra adicional de la inconsistencia señalada entre la programación presupuestal y las metas trazadas, se tiene el caso del Seguro Integral de Salud, estrategia que se propone con el fin de eliminar la barreras que impiden el acceso a la salud de los sectores más vulnerables. En este caso, no existe consistencia entre las metas planteadas por el SIS para el año 2003 y el monto que se le ha asignado en el proyecto del presupuesto. Por tal motivo, el MINSA solicitó una mayor disponibilidad de recursos para llegar a un total de 347.1 millones de soles.

Por lo tanto, según el análisis independiente del presupuesto público 2003 en el sector Salud, existía un déficit de S/. 184 millones para lograr las metas de cobertura de este año.

Indicadores del estado de salud

Las reformas estructurales implementadas en el Perú en la última década, con el fin de posibilitar la estabilización macroeconómica y la inserción del país en los mercados internacionales, tuvieron un costo muy alto para las condiciones de bienestar de la población más vulnerable.

Salud infantil

En relación a la salud infantil, factores como la persistencia de enfermedades infecciosas, la desnutrición crónica, el bajo acceso a los servicios de salud y la falta de capacidad resolutoria de los establecimientos de salud pública para enfrentar las emergencias obstétricas, persisten como obstáculos importantes para el mejoramiento de la salud de este grupo poblacional.

En general, la probabilidad de que un niño muera antes de cumplir los 5 años de vida ha disminuido de 73 a 47 defunciones por mil nacidos vivos, entre los periodos 1990-1995 y 1995-2000, disminución del orden del 36%.

Tanto la ENDES como la investigación A. Dammert sobre el acceso a servicios de salud, señalan como principales determinantes de la mortalidad infantil las siguientes variables: educación de la madre, edad de la madre al nacimiento del niño, intervalo entre nacimientos, orden de nacimiento y acceso a servicios de salud.

Según el lugar de residencia, los mayores niveles de mortalidad infantil se presentan en la Sierra, en el área rural y los departamentos de Apurímac, Huancavelica y Cusco (entre 58-84 niños fallecen por cada mil nacidos vivos antes de alcanzar su primer año de vida).

En comparación con los niños de Lima Metropolitana cuyo nivel de mortalidad infantil es 17 por mil, los niños del Cusco tienen riesgos cinco veces mayores de morir durante el primer año (tasa de mortalidad de 84 por mil).

Salud Materna en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos:

En el Perú, aunque la cifra promedio estimada por la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES III), es del orden de 185/100,000 nacidos vivos, esta situación es particularmente grave en las zonas rurales donde se eleva a 650 muertes por 100,000 nacidos vivos o en el grupo poblacional de mujeres que carecen de educación, donde alcanza las 489 muertes, tasa diez veces mayor a la de las mujeres con educación. Se estima que cada 5 horas ocurre una MM. El Perú es el cuarto país en América Latina y el segundo en Sudamérica, en cuanto a la más alta mortalidad materna.

Se estima que un 52% de las MM ocurren en el domicilio, 28,3% en los hospitales, 8,9% en los centros y puestos de salud, y 7,6% en otros lugares. Estas cifras revelan que las mujeres no sólo tienen grandes problemas para acceder a los servicios de salud y tener un parto seguro, sino algo que consideramos aún más grave, es el hecho de que casi un 37.2% de las MM ocurren en los establecimientos de salud de primer, segundo o tercer nivel, hecho sumamente preocupante ya que podría estar indicando que un número elevado de las muertes son una tragedia por negligencia y/o tienen que ver con la calidad de los servicios de salud en el Perú.

Estas cifras señalan que más de la tercera parte de MM están produciéndose en los servicios de salud y de los casos ocurridos en la comunidad, el 40.5% tuvo control prenatal y estuvo asistido por un profesional de salud.

El Programa de Salud Materno Perinatal del MINSA (1995-1999), incrementó significativamente los controles prenatales, la atención calificada del parto y los controles puerperales. Se desarrollaron campañas de maternidad saludable y segura como un derecho de la mujer y se mejoró la currícula de profesionales de salud; se instalaron comités nacionales de prevención. A través del Proyecto 2000 del MINSA, se trabajó específicamente este tema, ampliando la cobertura del parto institucional y de los controles prenatales, pero con limitado trabajo, y menos incidencia, en las causas estructurales de discriminación a la mujer o de atención a las emergencias obstétricas.

Se ha puesto fin al Proyecto 2000 y a otros programas que se encargaban de manera especial de reducir y evitar la morbilidad y mortalidad materna. La nueva estructura del MINSA, deja de lado lo poco que se había avanzado en el trabajo específico por la salud de la mujer. Tanto los lineamientos de política sectorial como los principios fundamentales para el plan estratégico sectorial, destinan a las mujeres medidas ligadas sólo a su condición de madres, sin considerar sus derechos reproductivos ni sexuales.

Por lo tanto, el Informe de la Sociedad Civil: CIPD + 10, señala como los principales incumplimientos y vacíos, con relación a los derechos sexuales y reproductivos lo siguiente:

“Mientras en los años 90 y hasta mediados del 2001 el abordaje de la problemática de la MM era con un enfoque de la CIPD y los demás marcos internacionales, desde la gestión de Alejandro Toledo se está no sólo poniendo el énfasis en la vida y bienestar del niño y el concebido, inclusive por encima de la mujer, y se están cuestionando las tasas y estimaciones de la mortalidad materna. Además, y lo más grave, siendo que el aborto constituye alrededor del 30% entre las causas directas de MM, se está pretendiendo retroceder en la legislación sobre aborto, incluso desestimando el aborto terapéutico y el tratamiento humanitario de las complicaciones del aborto y no se está mejorando significativamente la capacidad resolutive de los establecimientos de salud para la atención de las emergencias obstétricas. La familia y el concebido han pasado a ser foco de atención del sector Salud. Es, en ese marco, y no precisamente como un derecho reproductivo, que preocupa la mortalidad materna.

Las medidas implementadas han logrado un incremento en los controles prenatales, pero no han impactado en la misma medida en el parto institucional. Las razones de ello están relacionadas con la calidad de los servicios; otros factores, son la escasa capacidad de respetar a las mujeres de las zonas rurales, según su cultura y creencias; así como la incapacidad para resolver emergencias.

El 27% de las mujeres del área rural y el 3% del área urbana no tienen acceso a la atención de personal profesional. No se ha dado prioridad a la atención de emergencias obstétricas que requieren hacerse en cualquier momento del embarazo, aún cuando entre el 30 y 40% de las mujeres gestantes se encuentra bajo la responsabilidad de las obstétricas. En el 2003, se estima en 352 mil el número de abortos inducidos anuales y 16,3% de las muertes maternas registradas por esta causa, la segunda causa en el país. De especial preocupación resulta la alta mortalidad materna adolescente.

Uno de los objetivos estratégicos del MINSA 2002-2203, es la reducción de morbi-mortalidad infantil, materna y por enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles. Esta institución manifiesta haber logrado, en su gestión bajar la mortalidad materna gracias al Seguro Integrado de Seguridad Social y entre las estrategias, reorienta el financiamiento para cubrir las necesidades nacionales en salud, declara que el Seguro Integral de Salud prioriza las poblaciones infantil y materna. Sin embargo, la sociedad civil cuestiona que pueda hablarse de una reducción significativa. Además, en la actual política de salud, la morbimortalidad materna parece enfocada como un mero problema de desnutrición que debe atenderse en las mujeres junto a sus hijos, es decir, en su calidad de madres y no de mujeres con necesidades propias. Las gestantes son consideradas en los programas que se ocupan de enfermedades como tuberculosis, anemia y VIH, pero dando prioridad al embrión. Esto se evidencia con el tratamiento que algunas reciben, el cual sólo protege al embrión y no a la mujer, más bien las debilita y el tratamiento queda suspendido luego de pocos días después del parto, quedando abandonadas por el sistema de salud pública.

El Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de la Red de Salud del 2003:

Aunque entre sus objetivos estratégicos se encuentra reducir significativamente la mortalidad materno-infantil, lograr la preparación para el parto con participación paterna, establecer el control prenatal y el acceso al parto institucional de todas las mujeres gestantes, también se encuentra: «proteger la vida y la salud de todos los niños por nacer desde su concepción y registrarlos oficialmente como concebidos y sujetos de derechos constitucionales.

- Durante el gobierno de 1995-2000, la perspectiva transversal de género y el lenguaje de los derechos sexuales y reproductivos y los acuerdos de El Cairo se han encontrado en plena implementación. Paradójicamente, durante este período ocurrieron casos documentados de violaciones de los derechos reproductivos de mujeres campesinas. Sin embargo la legislación, las políticas y planes nacionales y sectoriales y el trabajo de las ONG y la cooperación internacional se adecuaron a acuerdos del plan operativo de la CIPD y otras conferencias internacionales. La sociedad civil tuvo un rol muy importante, y el Perú se encontraba entre los países de avanzada en el tema en la región e, incluso, en las negociaciones de El Cairo + 5, Beijing + 5 y la Sesión Especial de la Infancia.

Con el Gobierno de Transición, se siguió trabajando el tema de la violencia contra la mujer, pero el sector público bajó el perfil en el trabajo por los derechos sexuales y reproductivos. Desde el Ministerio de Salud, empezaron a apreciarse retrocesos importantes. Con el advenimiento del gobierno de Alejandro Toledo, sectores del ala conservadora de la Iglesia Católica y otras organizaciones y movimientos conservadores asumieron una injerencia poderosa en políticas y programas.

Estos acontecimientos tienen un correlato con retrocesos similares en la región de las Américas y en el mundo. Los cambios en el país eran también influenciados por los cambios con la Administración Bush que, por ejemplo, visibilizó una posición conservadora con rela-

ción a los derechos reproductivos y el acceso a servicios de salud reproductiva en la Sesión Especial de la Infancia, desconociendo el lenguaje acordado en El Cairo.

- Es así que la perspectiva transversal de equidad de género y el lenguaje de los derechos sexuales y reproductivos empiezan a invisibilizarse, incluso en el Ministerio de la Mujer, donde se deja de hablar de acciones afirmativas para cerrar las brechas de género. Se fortalece y generaliza en las propuestas de marcos legales y normativos, un lenguaje del concebido y de la familia en su sentido tradicional, de la tutoría o protección del niño, niña o adolescente, y de la participación ciudadana a título individual y no de sociedad civil organizada.

Se dan intentos de endurecer la penalización del aborto, de institucionalizar un lenguaje de igualdad de oportunidades que desplace a la equidad de género y elimine las acciones afirmativas, de un tratamiento del adolescente como niño, de la prevención de la maternidad adolescente, el embarazo no deseado y las ITS/VIH-SIDA a través, principalmente, de la abstinencia fuera del matrimonio, implicando la postergación del inicio sexual en la juventud, la fidelidad en el matrimonio y la invisibilización de la sexualidad no reproductiva y de la diversidad sexual.

- Asimismo, las políticas proponen el derecho a la libertad de elegir los hijos que se quiera tener, pero la libertad sexual y la libertad reproductiva se hallan restringidas. Esto se traduce en limitaciones explícitas para el acceso a la amplia gama de métodos anticonceptivos, los cuales algunos proyectos de ley y discursos oficiales tachan de abortivos o aducen llevan a la promiscuidad en las adolescentes.

Se restringe el acceso a servicios, eliminándose el Programa de Salud Reproductiva para la población adulta y sus programas diferenciados para adolescentes, y se retrocede a programas de Planificación Familiar solo centrados en la familia.

El discurso oficial habla de los derechos del no nacido, incluso desde la fecundación. Se retoman propuestas de control de la fecundación, como el repoblamiento de zonas despobladas por la pobreza y el terrorismo y contraterrorismo, a través de retirar servicios de planificación familiar.

Se aborda, desde el gobierno, la prevención; ITS/VIH-SIDA privilegiando la abstinencia, fidelidad y reducción de parejas sexuales y se sataniza al condón, aduciéndose, por ejemplo que el condón con Nonoxinol 9 causa SIDA.

- Se da prioridad a aspectos biomédicos, como el tratamiento, y se desvincula el SIDA de la salud sexual y los derechos sexuales; se le considera un problema individual asociado a la promiscuidad y no se abordan sus factores estructurales. Métodos y técnicas legales y disponibles en los servicios públicos, como la anticoncepción oral de emergencia o el AMEU para las complicaciones obstétricas, son discontinuados. Se cuestiona la necesidad del aborto terapéutico, se acepta la objeción absoluta de con-

ciencia en los médicos y se pretende el consentimiento del esposo la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

- Se discontinúa el Programa Nacional de Educación Sexual, que se daba en todos los niveles y modalidades educativas, con lenguaje de la CIPD, y la nueva propuesta del Ministerio de Educación incorpora la enseñanza en las escuelas públicas, especialmente en los contenidos curriculares del área de Religión, mientras que el Ministerio de Salud propone hacerse cargo de la educación en salud, incluyendo la educación sexual y privilegiando la abstinencia en adolescentes y jóvenes.

Se hace la propuesta de una Ley de Salud que otorga un control absoluto al Ministerio de Salud, incluso sobre las organizaciones e instituciones de la sociedad civil, los profesionales de las ciencias de la salud y las personas, con un enfoque de protección de la vida y la salud desde la fecundación.

Se genera una campaña de descrédito de las ONG y de fiscalización y control de los recursos y temáticas por éstas trabajadas, que, sumada a Setiembre 11, la posición conservadora de la Administración Bush en estos temas y las interpretaciones de la Ley de la Mordaza, van minando las posibilidades de financiamiento al trabajo de la sociedad civil organizada comprometida con los derechos sexuales y reproductivos, a la par que los programas sociales son encomendados a las organizaciones de las iglesias.

- En este contexto, se crean nuevas instancias, mesas, foros y coaliciones de la sociedad civil que exigen, públicamente, el reconocimiento de estos derechos en el marco de los derechos humanos, y la participación real de la sociedad civil en el diseño, implementación y evaluación de las políticas. Se retrocede lo avanzado a partir de la CIPD. Perú pasa a ser un ejemplo de cómo es posible un retroceso en muy poco tiempo y cómo lo logrado por los movimientos y agrupaciones de mujeres y otras organizaciones defensoras de los derechos sexuales y reproductivos y de los derechos humanos en general, puede verse amenazado y menoscabado desde algunas posiciones claves de poder e influencia.

Enfermedades infecciosas, emergentes y reemergentes

No obstante los adelantos científicos para el control y prevención de muchas enfermedades infecciosas que en los últimos años no han tenido el éxito esperado y dado que actores ambientales, tecnológicos y sociales han limitado su poder, se ha producido una resistencia a las drogas de una manera impredecible para una serie de microbios infecciosos y vectores.

Debido a cambios genéticos, a la movilización de poblaciones a las áreas tropicales y/o su congregación en las grandes ciudades, han aparecido hoy en día en el Perú y en otros países del mundo enfermedades infecciosas nuevas o emergentes en número significativo, al mismo tiempo que algunas enfermedades bien conocidas, que se pensaba estaban mejor controladas, están ganando terreno o reemergiendo. La diversidad geográfica y climática, las caracte-

rísticas de los múltiples microclimas, así como los factores políticos, económicos, sociales y culturales, convergen en hacer del Perú un país particularmente vulnerable a enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes.

Actualmente existen más de siete enfermedades emergentes (VIH/SIDA, enfermedades de Transmisión Sexual, fiebre mayaro, fiebre oropuche, hepatitis C, E, encefalitis equina venezolana), y nueve enfermedades reemergentes (cólera malaria, dengue, fiebre amarilla, hepatitis B y D, tuberculosis, peste bubónica y rabia silvestre), que amenazan al país.

Desde la perspectiva de la propuesta de políticas para la salud del Ministerio de Salud:

El Perú de inicios del milenio presenta un sector Salud, cuyo aparato prestador ha aumentado sus dimensiones y modernizado sus operaciones, habiendo logrado ampliar sus niveles de cobertura territorial, fundamentalmente en el primer nivel de atención y en los asegurados, lo que se refleja en una mejora sustancial de algunos indicadores de salud.

La conducción política del sector salud ha fracasado. Se han desmejorado los indicadores sanitarios, ampliado las brechas de inequidad, incrementado la inversión en salud, pero manteniendo las subcoberturas y filtraciones, no orientándose adecuadamente al subsidio para la población objetivo principal, la población pobre; se ha mejorado la infraestructura, el equipamiento y algunos procesos técnicos, sin haberse modificado sustancialmente las políticas institucionales respecto a la garantía del derecho a una atención de calidad en la prestación de los servicios de salud; finalmente, a pesar de haberse instalado algunos procesos para mejorar la gestión, no se han logrado modificar sustancialmente los resultados e impactos.

Indicadores de la prestación de la atención en salud

Accesibilidad a prestaciones y seguros:

En el Perú, no toda la población accede servicios médicos, solo poco más de la mitad tiene algún tipo de seguro, menos del 30% de la población tienen seguros con cobertura completa y sólo el 3% tiene un seguro que le permite acceder a una atención privada.

Si analizamos la población con reporte de síntoma, enfermedad o accidente que consultó con un médico y por condición de pobreza, según departamentos, 2001:

Tan solo el 47% de la población en departamentos de pobreza generalizada ha consultado un médico cuando reportó una enfermedad (ENAHO 2001).

Infraestructura y Recursos Humanos en Salud:

Existen más de 7.000 establecimientos de salud, de los cuales 70% son puestos de salud. En Lima operan poco más de mil establecimientos, conformados en una alta proporción por centros médicos (50%), a diferencia del resto del país. De otro lado, el sector privado sólo es un actor de considerable tamaño en Lima y El Callao, factor que podría restringir el crecimiento de las EPS en el corto plazo.

Los recursos destinados a realizar atenciones de salud no son homogéneos entre los diferentes departamentos del país. Así tenemos que los departamentos de la costa poseen un mayor número de médicos por habitante que el resto del Perú:

Mientras en Lima y Callao tenemos alrededor de 20 médicos por cada 10,000 habitantes, en Puno, Apurímac, Amazonas y Huancavelica no llegamos ni a 5 médicos por 10,000.

El MINSA cuenta con más de 16,000 camas, principalmente de medicina general, cirugía y pediatría. En las principales zonas urbanas, las personas que trabajan bajo la modalidad de independiente y las de menor nivel socio-económico, son quienes se atienden en el MINSA. Estos últimos suelen recurrir a las postas, mientras que los de niveles socio económicos más elevados, van a los hospitales. Hay una proporción de la población de nivel socio-económico medio alto que también se atiende en el MINSA, así como asegurados de EsSalud, a pesar de que no constituyen el público objetivo de esta institución.

Seguros de Salud

El MINSA ha venido ofreciendo dos tipos de seguros, el Escolar y el Materno-infantil, y a partir del 2001, está implementado el Seguro Integral de Salud que excluyó de las coberturas a los niños con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, cardiopatías y cánceres. Este estaría destinado a cubrir, además de a quienes venía haciéndolo, a los estratos más pobres y a quienes no estén afiliados ni a EsSalud ni a seguros privados. La cobertura de este seguro propone el subsidio total para los tres estratos más pobres (incluye a más de 4.5 millones de niños y 1.5 millones de mujeres en edad fértil), además de un subsidio parcial de los dos estratos menos pobres.

EsSalud cumple el rol de financiador y prestador de servicios médicos. El 97% de la red prestadora a nivel nacional es propia y está compuesta por 359 establecimientos. Más de la mitad son postas médicas y los hospitales nacionales son centros de referencia. Cuenta con más de seis mil camas y más de seis mil médicos. Los departamentos de la costa son los que disponen de mayores recursos por afiliado. A fines del 2000, la población asegurada total llegaba a 6.7 millones lo que equivale al 26.2% de la población total, con un fuerte predominio de los ingresos provenientes del trabajo formal dependiente (96.3% del total de ingresos). Existe un importante subsidio cruzado del MINSA a EsSalud, que puede tener como factores explicativos la mejora en la capacidad del MINSA.

La Ley de Modernización de la Seguridad social (1997), flexibilizó el monopolio público en la provisión de la atención médica de los asegurados a la seguridad social en salud, con el fin de mejorar la calidad y la cobertura de los servicios, abriendo la posibilidad de que 25% de la cotización pueda ser trasladada a proveedores privados organizados bajo la denominación de Entidad Prestadora de Salud (EPS), para cubrir las atenciones de «primera capa».

Debido a imprecisiones en la definición de la capa simple y la capa compleja y por problemas de solvencia financiera de las EPS al ofrecer una amplia cobertura, los empleadores y luego los asegurados comenzaron a efectuar mayores aportes de sus propios recursos, de modo que a mediados del 2001 se estimaba que el aporte de 25% de la cotización a la seguridad social sólo cubría entre el 25 y 30% del total de aportes.

Debido a que las EPS iniciaron sus operaciones ofreciendo planes con tarifas y co-pagos reducidos, se produjo una alta siniestralidad. Sin embargo, actualmente el número de asegurados de las EPS asciende a 232 mil y el reajuste de sus tarifas más el control de costos han contribuido a revertir los resultados -financieros, observándose una reducción progresiva de la siniestralidad.

El Mercado de Medicamentos

En el año 2000, el mercado de medicamentos ascendió a US 530 millones. A nivel minorista, las farmacias independientes junto con las cadenas representan el 60% del mercado total. Para las EPS, este mercado es importante porque representa una proporción importante de sus siniestros, ejerciendo un control indirecto a través de las clínicas y las cadenas de farmacias.

En cuanto al consumo de medicamentos genéricos en el Perú, éste se ha venido incrementado, inclusive sin considerar el sector público. La participación de los genéricos de marca en el sector privado pasó de 11% en 1994 a 16% en el año 2000. Sin embargo, todavía la proporción de genéricos está distante de los niveles observados, por ejemplo, en Estados Unidos donde alcanzan un 47% del total de medicamentos.

A manera de resumen, los aspectos críticos del financiamiento de la salud en el Perú son:

- Presupuesto insuficiente del sector salud: tanto del Tesoro Público como del seguro social.
- Problemas de desigualdad en la atención a población.
- Fragmentación del sistema y subsidios cruzados.
- Ausencia de criterios y falta de transparencia en la asignación del financiamiento en salud.

Conflictividad social en torno al derecho a la salud:

En el Perú se han desarrollado diversos conflictos en torno a la garantía del derecho a la salud, que han tenido diversas esferas de atención.

Un conflicto tiene que ver con el ejercicio de los derechos de profesionales y trabajadores de sector salud, que en gran parte han visto reducidos sus ingresos con respecto a sus necesidades, sometidos a relaciones laborales inestables que han originado carencia de seguridad social y por lo tanto están expuestos a situaciones de riesgo sin que el sistema de salud los proteja. Esto particularmente se evidenció con la muerte de 4 profesionales que fueron asesinados en una comunidad nativa y ninguno de ellos tenía un seguro que responda a los familiares frente a este trágico suceso.

Otra esfera de conflictos son las constantes quejas por la falta de calidad de atención en los servicios de salud y las constantes denuncias de negligencia, que ocasionan daños a la salud y a la vida de las personas, estos hechos plantean como un riesgo tanto la posibilidad de

enfermarse como de tratarse la enfermedad, por las múltiples carencias que existen en los servicios y las diversas barreras de acceso, incluidas las de calidad que dificultan el ejercicio del derecho a la salud.

Un aspecto de conflictividad social nuevo es el referente a los daños al derecho a la salud provenientes de la actividad de empresas mineras que contaminan el agua de los ríos y dificultan el desarrollo agrícola. Este conflicto tiene una extensión de carácter nacional, que genera constantes movilizaciones sociales y además ha sido expuesto vía medidas cautelares ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, donde se han presentado 20 medidas cautelares por esta razón.

Finalmente, con el objeto de propiciar un marco legal protector del derecho a la salud, diversas organizaciones de derechos humanos, de salud, pacientes y usuarios de servicios de salud, hemos presentado vía una iniciativa legislativa un proyecto de Ley al Congreso de la República. Esta propuesta ha tenido el respaldo de 100 mil ciudadanos expresado a través de sus firmas y busca establecer reglas claras en la relación de los ciudadanos con los servicios de salud, levantando como elemento central el criterio de la responsabilidad de las instituciones en los servicios que prestan.

Estudio de caso:

Durante los meses de julio y agosto del año 2004, 7 niños y una mujer adulta recibieron sangre donada en el Instituto Materno Perinatal de Lima, la sangre provenía de la bolsa N° 902.

En el mes de noviembre varios de los familiares de los niños reciben la visita de periodistas que les informan acerca de la contaminación con VIH, producto de la sangre puesta a sus niños en la Maternidad de Lima.

La explicación del Ministerio de Salud frente al hecho es que esto no podía preverse ya que el donante se encontraba en período de ventana y era imposible detectar la contaminación por lo que no es su responsabilidad y a las familias se les dará el tratamiento antiretroviral del programa TARGA.

El Ministerio de Salud no hizo una investigación en profundidad acerca de los hechos conexos a la contaminación, como el no tener una explicación clara frente al caso de una transfusión que no está plenamente justificada y que se realizó sin consentimiento de los padres. Tampoco se investigó, cómo salió la información a los medios de comunicación y cuáles fueron los maltratos que sufrieron los padres por parte del personal de salud.

La Ministra de Salud desde el momento de contagió nunca tuvo tiempo para recibir a los familiares y darles una explicación coherente de lo sucedido, ella ni ninguno de sus funcionarios tuvo la gentileza de explicar a las familias sobre la situación que estaban viviendo.

El Ministerio de Salud, el año pasado aprobó las normas para el uso de los bancos de sangre, estas normas no incorporaron el Manual del Uso Clínico de la Sangre aprobado el 2001 por la Organización Mundial de Salud, que dice: "Nunca se reutilice una bolsa de sangre en más de un niño por el riesgo a contraer bacterias y contaminación".

Estos hechos nos hablan de la clara responsabilidad del Estado peruano, a través del Ministerio de Salud, en el daño causado a los niños y sus familias al verse contaminados, por

una responsabilidad del Estado de no actualizar sus normas a los estándares establecidos por la OMS y no hacer investigaciones en profundidad para sancionar a los funcionarios que maltrataron y vejaron a las familias de los niños.

La explicación a esto es que somos un país pobre, no hay sangre y se debe usar esta con el máximo de eficiencia. Se trata del Instituto Materno Perinatal, el servicio más calificado del país, que tendrá que demostrar que no había más sangre disponible. Nótese que se usó la misma bolsa de sangre durante 45 días.

Sin pedir disculpas, la Ministra de Salud se reunió con los familiares 6 meses después de conocidos los hechos por la opinión pública y continuó vulnerando sus derechos diciéndoles que cualquier salida es en trato directo de los familiares con el Ministerio, sin intermediarios ni asesores. No dándose cuenta que el derecho a la defensa es un derecho humano.

Como se podrá ver en este caso el sistema de salud en todos los niveles de trato desde la autoridad hasta algunos funcionarios del sistema han vulnerado los derechos de estos niños y sus familiares. Aún no han logrado ninguna medida reparatoria, no se les ha pedido perdón y todo está restringido al acceso a la atención médica.

Problemas como los que hemos denunciado, son ejemplos de la impunidad imperante en nuestro sistema de salud, que es necesario cambiar, por ello en el Perú estamos impulsando una Ley que proteja de manera efectiva a los ciudadanos.

Visita Dr. Paul Hunt:

Durante el mes de junio del año 2004, tuvimos la visita en el país del Dr. Paul Hunt, Relator Especial del derecho a la Salud de la Organización de Naciones Unidas.

El Relator Especial ha hecho un análisis crítico de la situación del derecho a la salud en el Perú, a partir de reuniones y visitas en compañía de funcionarios del Estado y la sociedad civil peruana.

El rasgo más evidente destacado en su informe es la caracterización de “la mala salud, la pobreza e inequidad”, como el rasgo principal de la situación del derecho a la salud en el Perú. Es evidente que el diagnóstico y recomendaciones formuladas por el Relator, se van a convertir en un excelente catalizador de la sociedad civil para la vigilancia del cumplimiento de las mismas por parte del estado peruano.

Escenario futuro: perspectivas o proyección política y social del derecho a la salud

En el Perú un fenómeno de los últimos años es la articulación de la sociedad civil peruana en sus distintos componentes, habiéndose creado el ForoSalud como un espacio de intercambio, debates y construcción de políticas sanitarias alternativas.

Para fortalecer este proceso se ha logrado vía la Coalición por los Derechos Humanos en Salud, un fuerte vínculo entre los movimientos de derechos humanos con los de salud pública que ha permitido visibilizar el derecho a la salud en el Perú.

Por estos aspectos somos optimistas en el crecimiento de la sociedad civil y que ésta tendrá la capacidad de colocar en la agenda pública el derecho a la salud.

Por otro lado, tenemos un Estado que debe ir definiendo más claramente su posicionamiento en torno a este derecho, sí queremos un país viable, se debe lograr actuar desde la clase política con responsabilidad al cumplimiento de este derecho.

Independientemente de los resultados del proceso político venidero y la tendencia política que asuma las funciones de gobierno, el derecho a la salud debe ser exigible.

**El caso uruguayo:
“REPORTE DE
UN DERECHO TAN
‘SOBREENTENDIDO’
COMO ESQUIVO”**

Fernando Borgia

Sociólogo, Master (candidato) en Sociología (Udelar), Coordinador de la Región Cono Sur (Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay, Uruguay) de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES),—Asesor de la División Salud y Programas Sociales de la Intendencia de Montevideo.

Contexto económico, político y social: situación general del país

Coyuntura política

El pasado 31 de octubre, el pueblo uruguayo votó mayoritariamente por la coalición de izquierdas 'Encuentro Progresista-Frente Amplio-Nueva Mayoría' (EP-FA-NM) que bregara por "darle una oportunidad al cambio, darle una oportunidad a Uruguay", eligiendo al Dr. Tabaré Vázquez como el primer presidente que no proviene de los partidos tradicionales en 174 años de vida republicana.

Al mismo tiempo es, también, la primera vez que la izquierda gana fuera de Montevideo (en la que gana por cuarta vez consecutiva y con apoyo creciente, 61,5%), triunfando en 7 de los 18 restantes departamentos (Salto, Soriano, Florida, Canelones, Maldonado, Rocha, Soriano) ubicándose en una situación de virtual empate en Colonia y San José, y constituyéndose como segunda fuerza en el resto de los departamentos. El próximo gobierno, que asumirá el 1º de marzo de 2005, contará con mayorías simples en las Cámaras de Senadores (17 en 31) y de Diputados (53 en 99), iniciándose en estos días un 'inusual' proceso de transición.

El mapa político actual ubica al Partido Colorado (que finaliza su mandato en el 2005) como el principal perdedor, obteniendo la peor votación de su historia (10%), por lo que contará apenas con 3 senadores y 10 diputados (sin ganar en ninguno de los departamentos del país), y sin que el actual vicepresidente lograse los votos para retener su banca en el Senado.

El Partido Nacional logró su mejor votación después de las presidenciales de 1989 (en las que fuera electo presidente el Dr. Luis Alberto Lacalle) que le permitió posicionarse como segunda fuerza nacional con 11 senadores y 34 diputados, a pesar de haber ganado en varios departamentos del interior del país.

En general hay gran expectativa puesta en la posibilidad de cambios, que de consagrarse podrían habilitar a la continuidad por más de un período en el gobierno nacional al EP-FA-NM, pero que al mismo tiempo, sí estos no ocurrieran o no lo fueran de una magnitud claramente evidente para la población en su conjunto, podría llegarse a una 'argentinización de la política uruguaya' entendida como la falta de una propuesta política de recambio que motive la expresión popular de que 'se vayan todos'. Esto significa un cambio histórico en el país, y al mismo tiempo una doble responsabilidad para los nuevos gobernantes, no solo de hacer un buen gobierno, sino de recuperar la confianza

en la política, sorteando las dificultades para responder a las urgencias de forma articulada con los cambios de estructurales.

Coyuntura económica y social

A comienzos del año 2002 se aceleró la crisis de la economía tras una devaluación de la moneda que estuvo próxima al 100%. La preocupación de los gobernantes se centró en la crisis del sistema financiero, marcado por las estafas descubiertas, el cierre de bancos privados, la crisis de bancos del Estado y las gestiones para obtener recursos financieros del FMI, principalmente. El cierre de empresas de producción y de comercio, continuó aumentando hasta superar todos los registros históricos del país, con graves consecuencias sociales.

La desocupación alcanzó, en algún momento, según cifras oficiales, el 20% de la población económicamente activa, la cifra de desocupación y subocupación según estimaciones de expertos independientes, se ubica en el orden de 1 millón de personas sobre un total de algo menos de 3 millones y medio de habitantes.

Actualmente, los indicadores de recuperación económica, se basan principalmente en las exportaciones de productos agropecuarios, especialmente carnes y cereales, y en los indicios de una próxima buena temporada turística. Pero estos rubros emplean poco personal, o lo hacen de manera zafra y precaria (sin cobertura por la Seguridad Social).

En los últimos cinco años se duplicó el número de personas que viven en la pobreza. Adicionalmente, la cuarta parte de la población está constituida por jubilados y pensionistas, el 80 % de los cuáles perciben menos de 100 euros mensuales.

Naturalmente los sectores pobres de la población fueron los más afectados, pero en esta coyuntura también las capas medias sufrieron masivamente las consecuencias. Las expresiones sociales de la crisis se perciben en las posibilidades laborales, alimentarias, de vestimenta, vivienda, etc.

Un lugar especial lo ocupa la atención de la salud. En este plano, se produjeron desafiliaciones masivas de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs), quedando todos ellos sin cobertura de salud paga, lo que los hace recurrir, por lo tanto, a los servicios del Estado. Pero como el Estado en aplicación de su política de recortes del gasto público, ya tenía desabastecidos a sus hospitales y otros centros asistenciales, la cobertura de salud se encuentra en su mínima expresión.

Los centros de educación pública que son de atención gratuita, también están viendo aumentadas las demandas en gran medida ante el traslado de niños y jóvenes, provenientes de centros privados.

La emigración es un recurso masivo al que están apelando las capas medias, ante la situación actual y las escasas perspectivas de recuperación en un plazo razonable. Se estima que en los últimos dos años han emigrado casi 100.000 personas por motivos económicos (Uruguay llegó a tener crecimiento negativo).

Las movilizaciones sociales de organizaciones de distinto tipo no alcanzan niveles de importancia, como si la población apelara a la resignación en lugar de la demanda activa, como fue la tradición del país. A su vez, la sindicalización que era práctica habitual en el país, se ve dificultada por la oposición de las empresas, lo cual debilita las posibilida-

des de los trabajadores de obtener mejores condiciones laborales, para aquellos que todavía conservan su empleo (los sindicatos más fuertes están compuestos por trabajadores de empresas del Estado).

En general los dirigentes políticos y gobernantes, hablan de la necesidad de atender las situaciones emergentes, refiriéndose con esto a quienes están prácticamente en la indigencia. Algunos planes coordinados por municipios, organizaciones sociales y religiosas e instituciones del gobierno central, brindan apoyos limitados a estos sectores, consistentes en refugios, comedores y otros apoyos menores.

El marco jurídico y constitucional del derecho a la salud

En nuestro país, en el segundo párrafo del artículo 44 de la Constitución se establece: *“Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”*. Si bien, nuestros más prestigiosos constitucionalistas polemizan acerca de las posibles interpretaciones del artículo 7: *“Los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad”*, siendo materia opinable la interpretación de que *“el derecho a ser protegido en el goce de la vida”* suponga o no el derecho a la salud.

Por otra parte, en materia de derecho a la salud, el Uruguay ha suscrito diferentes *normas y reglas internacionales o interamericanas* en materia de Derechos Humanos, entre ellos destacamos:

- *el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Cescr)*, vigilado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; ratificado el 1º abril de 1970.
- *el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Ccpr)*, vigilado por el Comité de Derechos Humanos; ratificado el 1º de abril de 1970.
- *el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Ccpr-OP1)*, vigilado por el Comité de Derechos Humanos; ratificado el 1º abril de 1970.
- *el Segundo Protocolo Facultativo destinado a abolir la pena de muerte (Ccpr-OP2-DP)*; ratificado el 21 de enero de 1993.
- *la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (Cerd)*, vigilada por el Comité para la Eliminación de Discriminación Racial; ratificado el 30 de agosto de 1968.
- *la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw)*, vigilada por el Comité para la Eliminación de Discriminación contra la Mujer; ratificado el 9 de octubre de 1981.
- *el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer Cedaw (Cedaw-OP)*; ratificado el 26 de julio de 2001.

- la *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes* (CAT), vigilada por el Comité contra la Tortura; ratificado el 24 de octubre de 1986.
- la *Convención sobre los Derechos del Niño* (CRC), vigilada por el Comité de los Derechos del Niño (CRC); ratificado el 20 de noviembre de 1990.
- (10) el *Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño* (CRC) relativo a la participación en los conflictos armados (CRC-OP-AC); ratificado el 7 de setiembre de 2000.
- (11) el *Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niños* (CRC) relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (CRC-OP-SC); ratificado el 7 de setiembre de 2000.
- (12) la *Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares* (MWC). La Convención entrará en vigor cuando sea ratificada por 20 estados. Ratificada el 15 de febrero de 2001.
- (13) el *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales «Protocolo de San Salvador»*, vigilada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos, ratificada el 2 de abril de 1996.

De todos modos, la población en general en el desarrollo de su vida cotidiana se ve privada de este derecho fundamental, y carece de la información, los recursos y la oportunidad de recurrir ante la sistemática violación de derechos humanos.

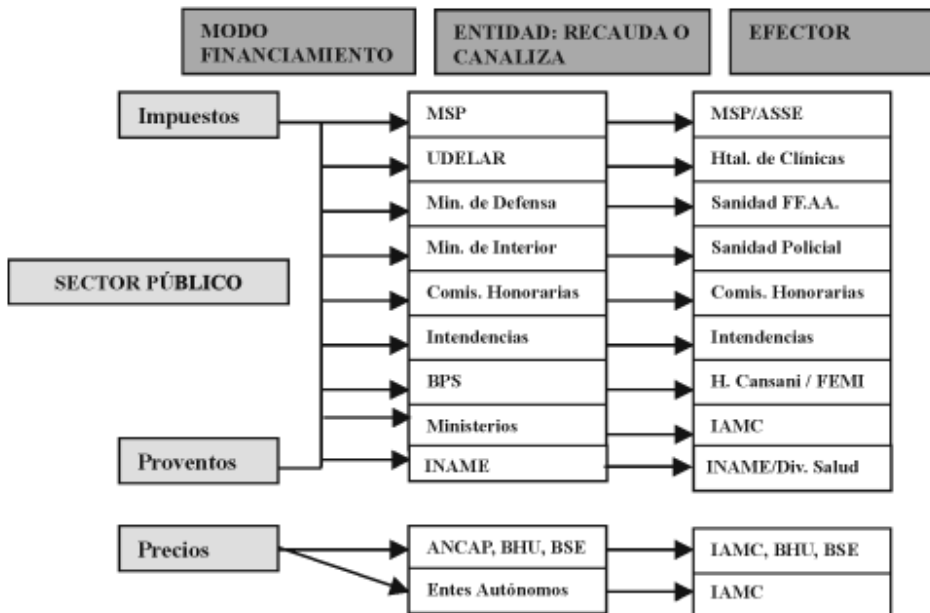
La mención en el artículo 44 de la Constitución coloca a *la salud como un deber y no como un derecho de las personas*, lo reduce a la dimensión individual en el marco de una concepción asistencialista ante la presencia de la enfermedad, y limita la responsabilidad del Estado a la asistencia a los indigentes. Por el contrario, la *observación general número 14 (mayo de 2000) respecto del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (Pidesc), interpreta a *la salud como un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de la salud en forma oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso a agua potable y saneamiento, alimentación y nutrición adecuada, vivienda, medioambiente y condiciones de trabajo saludables y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud* (incluida la salud sexual y reproductiva). Asimismo se establecen cuatro criterios para evaluar el respeto del derecho a la salud: *disponibilidad, accesibilidad* (no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información), *aceptabilidad y calidad*. Resulta evidente entonces, que *la responsabilidad del Estado uruguayo, en materia de salud, no se limita a la asistencia a los indigentes*.

Se sostiene entonces, que los derechos fundamentales no pueden ser motivo de controversia jurídica, y que su garantía no debe estar sujeta a la capacidad de acción legal individual, correspondiendo al Estado dar garantías a toda la población.

El sistema de salud en Uruguay

Está compuesta por un conjunto de instituciones con orígenes, estructura y objetivos distintos, que han promovido y establecido un sistema complejo, fragmentado, segmentado, inequitativo e incoordinado¹. Desde el punto de vista de la modalidad de atención sanitaria, ésta se caracteriza por ser médico céntrica, asistencialista, biologicista, esporádica, episódica, que considera al hombre por órganos y sistemas sin un enfoque holístico y de promoción de salud. En la estructura de la organización sanitaria se reconocen dos subsectores: el subsector público descrito en el cuadro anterior (figura N° 1) y el privado constituido por: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), Sanatorios Privados, Seguros Parciales e Intermediadoras, Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), Clínicas Preventivas, Empresas de Diagnóstico y Tratamiento, Farmacias y atención estrictamente privada.

Figura N° 1
ESTRUCTURA Y FINANCIAMIENTO ACTUAL DEL SUBSECTOR PÚBLICO DE LA SALUD¹



Fuente: Adaptación y actualización propia a partir de la Investigación de Fernández, Midjavila, Moreira y otros, Montevideo, 1998³.

1 La fragmentación y multiplicidad de efectores es un elemento clave para comprender las enormes dificultades para unificar criterios y procesar datos de manera eficaz y oportuna.

2 Significado de las siglas empleadas: MSP: Ministerio de Salud Pública, BPS: Banco de Previsión Social, INAME: Instituto Nacional del Menor actualmente Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, UDELAR: Universidad de la República, FEMI: Federación Médica del Interior, ANCAP: Administración Nacional de Combustibles Alcohol y Portland, BHU: Banco Hipotecario del Uruguay, BSE: Banco de Seguros del Estado, BPS: Banco de Previsión Social, IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

3 Fernández, J; Mitjavila, M.; Moreira, C., *Evaluación de la Reforma de Salud en Uruguay: Equidad y Redefinición del Welfare State*, CIESU, Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur -Programa de Análisis de Políticas de Reforma en Salud y Equidad en América Latina. Cuadernos de Saúde Pública V. 18 - Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

La cobertura de los sectores público y privado se vio modificada de manera significativa, como consecuencia de la recesión (iniciada en 1999) y la crisis del 2002 que implicaron la masiva desafiliación del sistema IAMC (en el período 1999-2003 entre 180.000 y 219.784⁴ personas).

Descripción estadística y analítica de la garantía del derecho salud

Indicadores sobre estado de salud de la población

Uruguay es un país con un crecimiento demográfico prácticamente nulo, consecuencia de una fuerte emigración y un descenso acelerado de la tasa de natalidad.

Datos generales del país	
Población total	3.399.438
Población masculina	1.645.225
Población femenina	1.754.213
Esperanza de vida al nacer	75,38 años
Tasa bruta de natalidad	15,72 %
Tasa bruta de mortalidad	9,35 %
Tasa de analfabetismo	3,1 %
Tasa global de fecundidad	2,17 %
P.B.I. per cápita (3/6/2003)	US \$ 3.439

Fuente: INE⁵

Al mismo tiempo, los *nacimientos por debajo de la línea de pobreza* representan algo menos de la mitad del total (47%), con un creciente peso de madres adolescentes (22,9% entre las usuarias del sector público). Al mismo tiempo, se constata un progresivo envejecimiento poblacional (13,3% de la población tiene al menos 65 años de edad).

La *esperanza de vida al nacer* es de 79,4 años para la población femenina y 71,5 años para la población masculina. La *mortalidad infantil* era en el 2003⁶ de 15,02 por mil, cifra que significa un aumento de 1,4 por mil respecto del año anterior (13,62 por mil). Al mismo tiempo, la distribución del crecimiento de la tasa, si bien se constata en todo el país, en Montevideo tiene particularidades específicas. En el análisis del trienio 2001-2003⁷, se verifica que *“en las regiones donde las tasas de mortalidad infantil son más bajas, la variación es mínima en el trienio o tiende a descender –compárese lo que ocurre en el 2001 y en el 2003-, en las regiones promediales y sobretodo en la región donde se observan las tasas más altas las tasas aumentan comparando el 2001 vs 2003”*. Adicionalmente, debe tenerse presente que la variabilidad de la tasa de mortalidad infantil entre los departamentos es casi tan diversa como entre los diferentes barrios de la capital, siendo que Flores presenta valores de 7 por mil y Artigas de 28,9 por mil nacidos vivos.

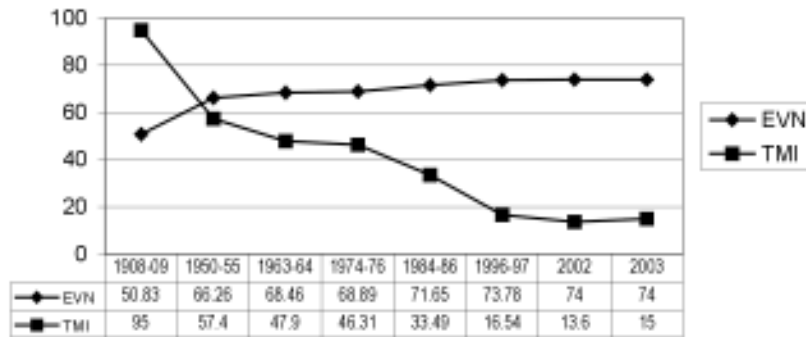
4 Olesker, D., Bérigolo, M., & Leites, M., *Los Trabajadores de la Salud Frente a la Crisis del Sector Mutual (1999-2003)*. Federación Uruguaya de la Salud – Instituto Cuesta Duarte, Montevideo, 2004.

5 Instituto Nacional de Estadística (INE) <http://www.ine.gub.uy>

6 Fuente: Instituto Nacional de Estadística con información de la División Estadística del Ministerio de Salud Pública. <http://www.ine.gub.uy>

7 Unidad de Estadística de la Intendencia Municipal de Montevideo – “Evolución de la Pobreza en Montevideo”, Montevideo, agosto 2003.

Evolución de la EVN y la TMI



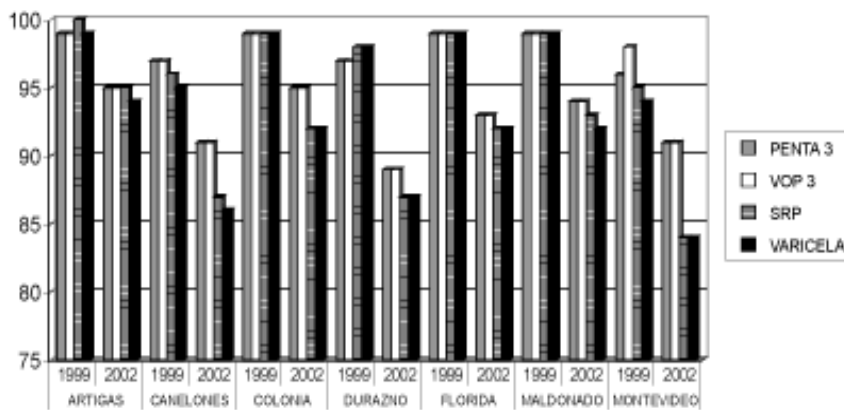
La *Tasa de Mortalidad Materna* se triplicó entre 1999 y 2003, pasando de 1,11 por 10.000 nacidos vivos a 3,3 por 10.000 nacidos vivos. Al mismo tiempo, en el último medio siglo no se presentan cambios relevantes en la *Tasa Bruta de Mortalidad*.

Defunciones según principales causas de muerte. Año 2002

Causa de muerte (1)	Defunciones	Porcentaje sobre el total de defunciones	Tasa por 100.000 habitantes
Aparato circulatorio	10.390	32,8	309,1
Tumores	7.724	24,4	229,8
Accidentes y efectos adversos	1.110	3,5	33,0
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	1.113	3,5	33,1
Infecciones respiratorias agudas y neumonías	948	3,0	28,2
Trastornos mentales y del comportamiento	718	2,3	21,4
Enfermedades infecciosas y parasitarias	656	2,1	19,5
Diabetes Mellitus	649	2,1	19,3
Suicidio	692	2,2	20,6
Afecciones período perinatal	299	0,9	8,9
Insuficiencia renal crónica y no especificada	341	1,1	10,1
Cirrosis, fibrosis y enfermedad alcohólica del hígado	232	0,7	6,9

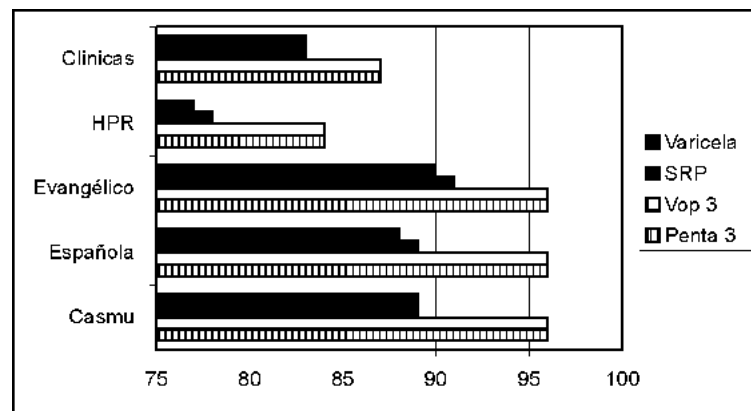
Fuente: Ministerio de Salud Pública
 (1) : Lista 1 de Mortalidad con adaptaciones nacionales según n° de la CIE 10a. revisión.

En el gráfico siguiente, se puede apreciar la retroceso de la cobertura de inmunizaciones, (para algunos departamentos seleccionados), situación que alcanza a todos los departamentos del país, sin excepciones.



Los datos más elocuentes, indican que tan sólo cuatro departamentos (Artigas, Colonia, Flores y Lavalleja) tienen cobertura de la Penta3⁸ y VOP3⁹ superior al 94%, dos departamentos (Artigas y Flores) de la SRP¹⁰, y el departamento de Flores para la Varicela; en promedio se obtiene una cobertura del 99% para la BCG (tanto en Montevideo como en el interior). Se destaca entonces que Montevideo es el departamento con peores porcentajes de cobertura, seguido en general por los departamentos con mayor población. Pero al mismo tiempo, la cobertura dentro de Montevideo no es homogénea.

También puede apreciarse la inequidad en la cobertura inmunológica, teniendo en cuenta el tipo de cobertura asistencial, constatándose que en todos los casos, el porcentaje de inmunizaciones alcanzado en el sector público es significativamente menor al logrado en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).



La inexistencia de un sistema nacional de información sanitaria que recoja y procese datos de morbilidad quita precisión a cualquier dato en este sentido, por tanto los datos que se presentan a continuación provienen de fuentes diversas y son parciales.

Considerando como indicador la demanda asistencial en los servicios de atención, se destacan las enfermedades no transmisibles¹¹ (en los adultos), entre ellas: enfermedades del aparato circulatorio, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades mentales y reumáticas. Asimismo los problemas de salud relacionados con estilos de vida y a los aspectos psicosociales del proceso salud-enfermedad, como el tabaquismo, el sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo, trastornos del sueño, estrés, etc.

Si bien, en la población infantil persisten las enfermedades transmisibles como principales motivos de consulta (fundamentalmente las infecciones respiratorias y la diarrea aguda infantil), no debemos olvidar el peso creciente de la pobreza, especialmente de la pobreza infantil y de la vulnerabilidad alimentaria, por lo que los problemas asociados a

8 Difteria, Tos convulsa, Tétanos, Hepatitis B, Hemófilus Influenza.

9 Vacuna Oral Poliomeilitis (Polio).

10 Sarampión, Rubéola y Parotiditis (Paperas).

11 Benia, W., León, I., De Mucio, B. & Contera, M., - Documento elaborado por el Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina - Universidad de la República- 2004.

la desnutrición (moderada y severa) se manifiestan de manera creciente. Adicionalmente, en los últimos años se detectaron casos de contaminación por plomo (fundamentalmente asociados a la construcción de viviendas en predios que fueran utilizados como depósitos de residuos industriales). Las patologías de piel (que en el último año emergió con una bacteria virulenta meticilo resistente), ecto y endo parasitosis (principalmente *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium sp.*, *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*), leptospirosis y en muy menor cuantía pero con muy alta letalidad (47%) la hanta virosis, describen la morbilidad de la pobreza capitalina.

La accidentalidad doméstica provocada por el manejo irresponsable de armas de fuego, el incendio de viviendas precarias, las intoxicaciones con plaguicidas y la accidentalidad vial como consecuencia del manejo imprudente, la ingesta de alcohol o sustancias psicoactivas, tienen también una prevalencia importante entre los y las niñas, adolescentes y adultos jóvenes.

Entre la población femenina e infantil, no deben omitirse los daños a la salud ni las muertes provocadas por conductas violentas dentro del hogar¹². Así mismo, dentro de las causas desencadenantes de la mortalidad materna, destacan las vinculadas con la práctica ilegal del aborto, que induce a las mujeres más pobres a realizarlos de manera doméstica o en clínicas clandestinas, sin las condiciones sanitarias mínimas imprescindibles.

Indicadores de funcionamiento del sistema

Respecto del año 2003, las camas disponibles en el Hospital Universitario, ante la falta de recursos económicos se redujeron a 400 sobre una capacidad potencial de 1200, en lo que se denominó como funcionamiento de emergencia (que persiste hasta la fecha).

Al mismo tiempo, la crisis del sistema IAMC provocó el cierre de ocho instituciones entre los años 2000 y 2003, por lo que el número de sanatorios y camas hospitalarias, también se vio resentido en el sector privado.

Hospitales	107
Públicos	58
Privados	48
Universitario	1
Camas	6.695
Públicos	6.187
Privados	...
Universitario	508

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Los profesionales de la salud, se distribuyen en una fuerte concordancia con la lógica mercantil de la salud que predomina en el país. Que Montevideo con el 42,5% de la población retenga al 73% de los médicos, el 71% de los odontólogos, 82% de los químicos farmacéuticos, 71% de las enfermeras universitarias y el 50,5% de las parteras es más que elocuente respecto de la urgencia de una política diferente en materia de recursos humanos. La mejor distribución nacional de las parteras, tiene que ver con que el principal empleador es el sistema

12 En los primeros 10 meses de 2004, 35 mujeres fueron asesinadas en actos de violencia doméstica.

público, ya que todos los partos y la mayoría de los controles de salud en el sistema IAMC son asistidos por médico gineco-obstetra.

La distribución de los químicos farmacéuticos, da cuenta también de la falta de garantías en la información a las personas que concurren a las farmacias “comerciales”, así como del notorio incumplimiento de funciones esenciales de la salud pública por parte de la autoridad sanitaria.

Profesionales de la salud, por profesión, según grandes áreas 2002					
Grandes áreas	Médicos	Odontólogos	Químico Farmacéuticos	Parteras	Enfermeras
Total	12.905	4.097	1.248	576	2.974
Montevideo	9.486	2.917	1.025	285	2.115
Resto País	3.419	1.180	223	291	859

Fuente: Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios. Registro de afiliados.

El Ministerio de Salud Pública en 1990 estableció doce programas prioritarios, cuyo cometido sería desarrollar acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población. Dichos programas son:

- Discapacidad y mortalidad por accidentes de tránsito,
- Enfermedades cardiovasculares,
- Condiciones de vida del enfermo mental;
- Adquisición de Hábitos tóxicos y adicciones,
- Embarazo y parto mal controlados.
- Enfermedades de transmisión sexual,
- Cáncer de mama y de pulmón,
- Pérdida de piezas dentales:
- Contaminación de cursos de agua:
- Aislamiento social del anciano, mal nutrición y accidentes;
- Enfermedad de Chagas
- Hidatidosis

No se dispone de datos precisos respecto al personal sanitario que actúa en prevención y/o promoción de salud. El personal dependiente del sistema público, (dependiendo del Servicio Asistencial en el que se desempeña), podrá desarrollar actividades preventivas (por ejemplo: inmunizaciones), pero ello no involucra a un número importante del personal. Las acciones de promoción de salud, se realizan en general con recursos humanos dependientes del nivel central del MSP o por acuerdos o convenios con ONG, Intendencias o Comisiones Honorarias.

Indicadores económicos

En el año 2001¹³, el Uruguay gastaba en salud el 10,9% del producto interno bruto (PIB). Según la OPP¹⁴, para el mismo año, el gasto público representaba el 3% del PIB y para el 2003 un 2,8%. Al mismo tiempo la población cubierta por las IAMCs representa el 39,9% (1.356.000 personas), siendo entonces que el gasto per cápita en el sector privado (9% del PIB) representa 4 veces el realizado para el resto de la población.

Respecto del gasto en salud, no hay datos precisos respecto del porcentaje destinado a la atención curativa y el destinado a la prevención y promoción. Las estimaciones para 1997¹⁵ lo ubicaban en el 21% del gasto de la Dirección General de la Salud (DIGESA) y en el 0,2% del gasto del MSP, es decir un 0,03% del Gasto Nacional en Salud. A éste debe adicionarse el gasto de las cuatro Comisiones Honorarias (de lucha contra el Cáncer, por la Salud Cardiovascular, de lucha contra la hidatidosis, de lucha antituberculosa) que para el mismo año se estimaron en 0,51%¹⁶ del gasto nacional, por lo que *el total para 1997 podría estimarse en 0,54%*.

Las estimaciones para el 2003¹⁷ son desalentadoras, el gasto del MSP se redujo al 15% por lo que el gasto de Digesa pasó a representar apenas el 1% del mismo; al mismo tiempo las estimaciones de gastos de las Comisiones Honorarias totalizan el 0,1%. En suma, *la estimación para el 2003 es de 0,13%* (en esta cifra no se consideran los gastos de las Intendencias, las ONG, ni el sector privado).

Conflictividad social en torno al derecho a la salud

Las movilizaciones han sido fundamentalmente de los trabajadores del sector privado en el reclamo de medidas que eviten el cierre de mutualistas, evitando así la pérdida de más fuentes de trabajo. También se ha exigido el reclamo de pagos adeudados a través de un fideicomiso, que el gobierno acordó realizar con las empresas.

El Sindicato Médico del Uruguay ha desarrollado su octava Convención Médica, promoviendo un proceso de discusión e intercambio de propuestas con diferentes organizaciones del sector, con vecinos y vecinas de los diferentes barrios de Montevideo. La movilización ha sido procedida por asambleas zonales de médicos, y la formulación de una propuesta de reforma del sector, que está regida por los principios de equidad, calidad, proporcionalidad, eficiencia y eficacia.

Desde las organizaciones sociales, se ha dado una importante conjunción de esfuerzos en la promoción de una Ley de Salud Sexual y Reproductiva (que incluía el dere-

13 OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2004 – cambiamos el rumbo de la historia. Anexo estadístico, Página 154.

14 Presidencia de la República – Oficina de Planeamiento y Presupuesto – Asesoría Técnica en Políticas Sociales “El Gasto Público Social en el Uruguay (1999-2003).

15 Buglioli, M. & Mieres, G. “El Ministerio de Salud Pública” CINVE, Versión Preliminar, Montevideo, 2000.

16 Arán, D. & Berriolo, R., “Cuentas Nacionales en VIH-SIDA”. Uruguay 1997/1998.

17 Olesker, D., Montevideo, 2004.

cho al aborto por la sola voluntad de la mujer), que fue aprobada en la Cámara de Diputados, pero no logró su aprobación en el Senado.

A nivel comunitario, existieron algunas pequeñas movilizaciones de las familias cuyos menores tienen niveles importantes de plomo en sangre. La reivindicación en estos casos era fundamentalmente a la vivienda en terrenos no contaminados, alimentación adecuada, información y atención sanitaria.

En octubre de 2004 se aprobó una reforma constitucional que estatiza la provisión de los servicios de agua potable y saneamiento; esta reforma fue promovida fundamentalmente por los trabajadores de la empresa estatal "Obras Sanitarias del Estado (OSE)", organizaciones ambientalistas y los candidatos presidenciales de los dos partidos políticos mayoritarios (EP-FA-NM, y el Partido Nacional).

Estudios de casos

El estafilococo dorado meticilo-resistente

Cuando la muerte de un joven, como consecuencia de una infección de piel, tomó estado público en noviembre del 2003, se sucedieron una serie de acusaciones, que dan cuenta del caos en el Sistema de Salud.

A la Comisión de Salud del Parlamento fueron citados el Ministro de Salud, el Rector de la Universidad, la Directora del Hospital de Clínicas y el Ministro de Educación y Cultura. La decisión fue impulsar la censura al Ministro de Salud, que pudo mantenerse en su cargo exclusivamente con los votos del partido de gobierno y en virtud de que se requieren mayorías especiales de la Asamblea General por tratarse de un año electoral (faltó un voto para su censura). La sistemática postergación de la Interpelación al Ministro de Educación y Cultura¹⁸, que terminó renunciando (igualmente será interpelado el nuevo ministro), los pedidos de renuncia de la Directora del Hospital Universitario y la suspensión preventiva mientras se realiza la investigación del Director de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, dan cuenta de las repercusiones políticas.

Los gremios no estuvieron ausentes, se cruzaron acusaciones de negligencia¹⁹ al Ministro y este respondió acusando al Sindicato Médico de realizar una cortina de humo en momentos en que desde el MSP se impulsaba una ley referida a la mala praxis médica. Se sumaron a la polémica los trabajadores de la salud denunciando las condiciones de trabajo y la presencia de focos²⁰ en Colonia Santín Carlos Rossi, Colonia Etchepare (Hogar de Adultos Mayores y Discapacitados Intelectuales-Colonia) en el Hospital Vilardebó (de referencia nacional en Salud Mental-Montevideo), sumando no menos de 15 pacientes y 10 funcionarios infectados. Casi en simultáneo emergieron las denuncias desde la población, que denunció la muerte de otro joven en Salto, otro caso entre los estudiantes del

18 El Espectador. "Caso Maykol Cardozo: interpelación a Amorín fue postergada". 05.11.2004

19 El Espectador. "SMU reitera acusaciones al ministro de Salud Pública". 27.07.2004.

20 El Espectador "Funcionarios de la salud piden mayor prevención por la bacteria resistente". 13.08.2004

Liceo de la Coronilla (Rocha), así como varios casos en las cárceles (760 casos diagnosticados y tratados en el Comcar, Libertad y La Tablada en el año anterior).

El sumario administrativo a los médicos que intervinieron en el caso que tomó estado público, les eximió de responsabilidad²¹, estableciendo que sí el MSP hubiera alertado de la presencia del estafilococo metilo- resistente, la conducta médica hubiera sido otra y se habrían salvado varias vidas. La polémica derivó entonces en sí se estaba ante una epidemia, o se trataba de un pequeño número de casos aislados.

El MSP sostuvo que se trataba de pocos casos recientes dispersos en todo el país (primero 160, al día siguiente 467), y un legislador presentó documentación que aporta evidencia clínica desde el 2001, al punto de que en junio de 2003 se presentó un trabajo científico en Japón por personal del Servicio de Epidemiología del MSP²².

La acción desde las autoridades sanitarias se limitó a realizar una muy leve campaña de información a la población, recomendando medidas de higiene y la consulta médica ante cualquier lesión de piel que no evolucionara normalmente.

Hasta ahora nadie ha asumido claramente las responsabilidades por las muertes evitables, ni por las complicaciones y padecimientos también evitables de cientos de personas. El sistema de control epidemiológico, las gremiales profesionales, la universidad, el sistema de control burocrático-administrativo, el sistema político, los medios de comunicación y la población²³, no lograron modificar los determinantes sanitarios que permitieron que se desarrollara una epidemia y que la misma fuera enfrentada de forma poco eficiente.

Alimentos seguros y saludables

A modo de ejemplo, sobre la actual vulnerabilidad del derecho a alimentos seguros y saludables, pueden considerarse los hechos ocurridos durante primeros meses del año, que sacudieron a la opinión pública, ante la noticia del riesgo de desarrollar cáncer como consecuencia de consumir por períodos prolongados de tiempo, pan elaborado con *bromato de potasio*. Las altas temperaturas en el horneado transforma el bromato en *bromuro* que es en definitiva la sustancia que tiene efectos nefrotóxicas, cancerígenas y mutágenas²⁴, a la larga pueden producir cáncer y daños renales.

En Uruguay, en 1993, al conocerse los estudios que determinaron los peligros para la salud humana, fue prohibida su utilización en el rubro alimentario, pero la importación continuó. Al parecer, nadie le preguntó a C.Vaz y Cía, Galintor S.A., ni a Odatur S.A. ¿a quién le vendía, en qué cantidad y de qué forma era utilizado dicho producto?²⁵

21 El Espectador "Exoneran de responsabilidad a los médicos que atendieron a Maykol Cardozo".13.08.2004

22 El Espectador "EP-FA reclama renuncia de Bonilla por fallas con la "bacteria resistente"" 30.07.2004

23 El Espectador "Unas 100 personas marcharon en recuerdo de Maykol Cardozo" .14.09.2004

24 El País, 13/01/04 "Clausuras por elaboración de pan con aditivos tóxicos – Hoy la IMM cierra cuatro panaderías". El País, 14/01/04 "Salud Pública prohibirá la importación de formato de potasio – La empresa que trae la sustancia tóxica al país aduce que es para destapar cañerías. La Dirección de Aduana comenzó una investigación".

25 El País, 15/01/04 " MSP incautó 3.000 kilos del tóxico utilizado para el pan"

Quizás la prueba más elocuente de la insuficiencia de los controles es que el 70% de las panaderías de Canelones²⁶ utilizan el *bromato de potasio*; al mismo tiempo, el Intendente de Treinta y Tres y los responsables de bromatología de Artigas y Salto reconocen no tener idea de la situación²⁷, y no haberlo controlado nunca. En suma la estimación del Director de Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo, de que “el 60% del pan consumido en Uruguay los últimos 8 años pudo contener bromato de potasio” no parece descabellada. Entonces ¿queda alguna duda razonable de la absoluta indefensión que tuvieron los y las uruguayas?

Globalización y salud

El país recibió un préstamo de 75 millones de dólares americanos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)²⁸, cuyas cuatro áreas de acción son:

- *Perfeccionamiento el Marco Regulatorio del Sistema de Salud.* Los impactos esperados de estas acciones serán: *la promoción de un ambiente de mayor transparencia de mercado* que redundará en una reducción de costos y un mejoramiento de la calidad de la atención; contar con una *instancia reguladora que realice un seguimiento sistemático* de las instituciones de salud y adopte medidas fiscalizadoras preventivas; y la *protección de los derechos de los usuarios* garantizando su cobertura de salud y la continuidad de las atenciones.
- *Fortalecimiento del Subsistema Privado de Salud.* El impacto esperado de estas acciones será la corrección de desequilibrios financieros de la IAMC, la normalización de las atenciones brindadas a los usuarios y el mejoramiento de la eficiencia en la gestión de estas instituciones promovida por el nuevo Estatuto Tipo.
- *Fortalecimiento del subsistema público de salud.* Se busca que las acciones previstas en esta área de políticas aumenten la eficiencia del subsistema público de salud e impulsen una gestión orientada a la satisfacción de los usuarios de la red pública de prestadores, *focalizando los recursos del Estado en la población carente de recursos como beneficiarios preferentes de su acción.* Asimismo y como producto del plan de readecuación del Fondo Nacional de Recursos (FNR), se espera un mejoramiento de sus órganos de administración, junto a una reducción de su déficit operativo y de sus niveles de endeudamiento.
- *Fortalecimiento Técnico del MSP.* Se pretende generar los insumos necesarios para consolidar y profundizar el proceso de transformaciones estructurales y fortalecer

26 El Observador, 14/01/04 “Prohibirán importación de bromato de potasio - IMM Clausuró panaderías que usaban esta sustancia -.”

27 El País, 06/03/04 “Un año después de la harina contaminada con FOSARIUM – El bromato nuestro de cada día”

28 Banco Interamericano de Desarrollo - Programa de Reformas del Sector Salud (Ur-0133)

al núcleo gerencial y técnico del MSP para liderar y conducir las modernizaciones del sistema de salud, concentrándose en tres líneas de intervención:

- la realización de los estudios de factibilidad técnica y viabilidad política para *seguir impulsando el avance del proceso gradual de reformas*;
- diseño y aplicación de la *campaña de comunicación social para acompañar el proceso de modernización* con la finalidad de consultar e informar a la opinión pública; y
- la *realización de consultorías técnicas* para las unidades de línea del MSP que tienen la responsabilidad operativa de ejecutar las acciones de políticas acordadas.

También se recibió el apoyo del Banco Mundial por 15,6 millones de dólares americanos para *racionalizar el gasto del sector salud*²⁹. Se definieron dos objetivos principales:

- *mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud del MSP para los pobres y "no asegurados"*, así como para la provisión de servicios a través de entidades elegibles (sector privado y *hospitales públicos cuyo rol sea reformado*);
- fortalecer el desarrollo institucional del sector público de la salud a través de (i) *potenciar el marco regulatorio* y la base de información para la toma de decisiones; (ii) *desarrollo selectivo de los recursos humanos*; (iii) *racionalización de las prioridades epidemiológicas* del sector salud.

Respecto de los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*, debe señalarse que en la ronda de consultas que culminaron con la elaboración de los objetivos nacionales para el Milenio, se acordó³⁰ la *Erradicación de la indigencia como imperativo ético, y reducir el porcentaje de niños menores de 5 años con déficit nutricional a sus valores mínimos* (2,3% como valor de referencia).

El 6 de julio de 2004, la Asamblea General del Parlamento Nacional *aprobó* la Ley Nº 17.793 del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco (CMCT) adoptado por la 56a. Asamblea Mundial de la Salud el 21 de mayo de 2003.

Escenario futuro: perspectivas o proyección política y social del derecho a la salud

El programa del gobierno electo, en su capítulo del URUGUAY SOCIAL contempla la articulación de un sistema de medidas de diverso tipo y alcances que apunten a atender

29 The World Bank - Report No: 24995

30 PNUD, "Objetivos de Desarrollo del Milenio. Metas y Desafíos"- Relatoría del Ciclo de Mesas de Diálogo, Uruguay, 2003-2004.

la emergencia social mediante acciones de asistencia y promoción, y a atacar las causas de la pobreza estructural. En este sentido, se plantea la implementación de un Plan Nacional para la Emergencia Social para garantizar un nivel básico de alimentación, brindar cobertura asistencial integral a través de un sistema de atención de salud básico a sectores actualmente excluidos del mismo, dar respuesta efectiva y permanente a las personas en situación de indigencia - aproximadamente 100.000 -, contener y reducir la pobreza en los sectores más vulnerables y reincorporar al sistema educativo a los alumnos que lo han abandonado.

Al mismo tiempo, se propone avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud que abarque también un Seguro Nacional de Salud y reasumir para el Estado uruguayo su imprescindible e insustituible papel en la articulación y ejecución de políticas sociales.

El escenario es inicialmente alentador, en el sentido de que el Plan Político-Sanitario prevé mejoras inmediatas en la accesibilidad a los servicios asistenciales; propone un cambio de modelo de atención, gestión y financiamiento, que de cumplirse, aumentará la calidad de vida y los riesgos de enfermedad de la población.

Las propuestas de cambios, podrían encontrar resistencias en diversos colectivos del sector salud. Los trabajadores del sector privado, demandarían medidas de recuperación salarial y resistirían cualquier reestructuración que ponga en riesgo sus fuentes de trabajo. Los trabajadores del sector público, también demandarían mejoras salariales que supongan la equiparación dentro del sector público, pero también con el sector privado. Los profesionales tercerizados, demandarían la incorporación a la plantilla pública y el pago de leyes y beneficios sociales. El empresariado exigiría mantener las exoneraciones fiscales que han hecho de la salud un gran negocio. Los gremios médicos, buscarían mantener la compatibilidad del multiempleo y las libertades para cubrir o cambiar guardias en régimen de suplencias automáticas. Los laboratorios farmacéuticos, resistirían la comercialización de medicamentos genéricos y las limitaciones a la publicidad de medicamentos. La facultad de Medicina, reivindicaría su rol formativo y resistiría los esfuerzos de formación-entrenamiento para un nuevo modelo de atención y gestión.

Con la población en general, el desafío es comunicar adecuadamente el cambio en el modelo de financiamiento, con una clara orientación a la contribución progresiva (quien más ingresos tenga más aporte, a partir de una base no imponible). Al mismo tiempo, será necesario gestionar un cambio cultural, que como legado de las reformas neoliberales ha matizado fuertemente la "descalificación de los servicios públicos" y que en materia sanitaria ha privilegiado el marketing de la tecnología y hotelería, sobre el del equipo (de referencia o cabecera) de salud y el control en salud.

En suma el desafío es grande, los obstáculos a sortear múltiples y el grado de éxito dependerá de la habilidad y respaldo político de la conducción del proceso, así como del grado de participación de la población, quién será la principal beneficiada con el cambio y la más perjudicada si éste no se concreta.

Venezuela:

**EL DERECHO
A LA SALUD**

*Programa Venezolano de
Educación-Acción en Derechos Humanos*

Este Informe pretende hacer un balance de la situación actual del derecho a la salud en Venezuela. Particularmente, nos interesa identificar cuál ha sido la orientación de las políticas públicas en salud, el modo cómo han sido expresadas y los principales avances y reveses de la situación.

Contexto político, económico y social

Según la Constitución de 1999 Venezuela se define como un Estado democrático y social de Derecho y Justicia. Ello implica que además de las expresiones de democracia representativa, el Estado debe estimular expresiones de democracia participativa con interés en el bienestar social y sus actuaciones sometidas al mandato de Ley.

La República está integrada por 23 entidades federales, un Distrito Capital y varias dependencias federales. Su extensión territorial es 916.445 km² y la población se estima en 26'008.481 habitantes (50,3% hombres y 49,7% mujeres)¹. Los poderes públicos incluyen además del Legislativo, Ejecutivo y Judicial, el Electoral y Ciudadano. Este último comprende, a su vez, al Ministerio Público, la Defensoría del Pueblo y la Contraloría General de la República. El ámbito de actuación político-territorial abarca los tres niveles de gobierno: local, estatal y nacional.

Las líneas generales del Plan de Desarrollo Económico y Social 2001-2007 plantean la ampliación del rol del Estado en la vida económica, política y social, con garantía de la equidad y el estímulo a la participación de sectores populares² en sustitución del Estado mínimo, caracterizado por programas de ajuste estructural de corte neoliberal.

En relación con los derechos económicos, sociales y culturales, con la Constitución de 1999 se pasa de una orientación programática a una clara y explícita orientación garantista. Sin embargo, el escenario de polarización política radicalizado en abril del 2002 con el golpe de Estado y el paro petrolero entre diciembre del 2002 y enero del 2003, las recurrentes manifestaciones y episodios violentos generados entre los actores del conflicto, junto con fallas no solventadas en la gestión de estas políticas públicas, no ha tenido el impacto esperado en mejora de la situación de los derechos económicos, sociales y culturales.

1 Instituto Nacional de Estadísticas [en línea] <www.ine.gov.ve>

2 Ministerio de Planificación y Desarrollo. Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007 [en línea] <www.mpd.gov.ve>

El escenario socioeconómico se ha agudizado también, expresado en el deterioro progresivo de las condiciones de vida de la población. A manera de ejemplo, en el 2003 el desempleo alcanzó el 20,7%, en tanto que en el 2002 osciló entre 15,7 y 16,6%. Para el 2004 esta situación mejoró con un descenso del desempleo a 14,5% de la población económicamente activa. Según cifras ofrecidas por el Instituto Nacional de Estadísticas, los hogares pobres en el segundo semestre del año 2002 pasaron de 2'715.379 a 2'985.332 en el primer trimestre del año 2003³. Según la Organización Panamericana de la Salud, la proporción de venezolanos que vive en pobreza sin cubrir sus necesidades básicas es de 49% y en extrema pobreza 21,7%⁴. Asimismo, con respecto al indicador Producto Interno Bruto (PIB), se evidencia una tendencia al decrecimiento. Para el año 2002, el PIB cayó 8,9 puntos y en el primer trimestre del 2003, según cifras del Banco Central de Venezuela, el país tuvo la contracción económica más importante de los últimos 50 años.

El sector salud no está exento de ese contexto de crisis política, económica y social. El balance da cuenta de contradicciones entre el deber ser y el hacer del Estado. Los avances alcanzados siguen reducidos al ámbito conceptual, con una amplia consagración del derecho a la salud en la Constitución de 1999 y un cambio en la orientación de las políticas, planes, programas y acciones de salud, acorde con los parámetros constitucionales; sin que se haya logrado traducir en un nuevo marco legislativo ni en una acción eficiente.

La mora en la adecuación del marco legal de salud al nuevo marco constitucional tiene más de cuatro años. Asimismo, la polarización política y social del país, junto con las fallas de rectoría y gestión sanitaria no solventadas del sistema público de salud, no ha permitido alcanzar soluciones concretas a la crisis del sector salud y a la satisfacción del derecho de protección de la salud de la población, particularmente de los grupos y sectores sociales históricamente más excluidos y vulnerables.

Entre otros aspectos, la falta de adecuación del marco legal a los parámetros constitucionales ha creado un vacío normativo que dificulta la integración del sector a un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) único. Por el contrario, el sector público de la salud sigue institucional y financieramente fragmentado en redes de asistencia que dependen de entes de naturaleza distinta, lo cual dificulta el cumplimiento de una rectoría eficaz, además de generar solapamiento de funciones y un elevado costo fiscal.

Por otro lado, a pesar de que el Plan Operativo del Ministerio de Salud y Desarrollo Social tiene énfasis en la formulación de una política presupuestaria basada en la equidad y el acceso universal a los servicios, el gasto público en salud no logra superar el 2% del PIB. Esto ocurre en un contexto económico caracterizado por una depreciación del tipo de cambio nominal de la moneda (1.960 bolívares por dólar estadounidense), un esquema de control de cambio decretado en el 2003 y el alza del índice de precios al consumidor a 20,6% hasta el primer trimestre del año 2003⁵, de cara a un sector que

3 Instituto Nacional de Estadísticas. Op cit.

4 Organización Panamericana de la Salud. *La Salud de las Américas. Análisis Sectorial de Residuos Sólidos de Venezuela*. 2000.

5 Banco Central de Venezuela [en línea] <www.bcv.gov.ve>

mayoritariamente depende de las importaciones. La alta rotación de ministros (cuatro en cinco años) tampoco ha favorecido la institucionalidad necesaria para la implementación de los cambios requeridos.

Marco constitucional del derecho a la salud

La Constitución de 1999 reconoce a la salud como un derecho social integral, garantizado como parte del derecho a la vida y a un nivel digno de bienestar, quedando superada la concepción de la salud solo como enfermedad.

El artículo 83 establece que *“La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.”*

El artículo 84 dispone la creación de *“un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, y regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.”*

El artículo 85 dispone que *“el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, el que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley.”* Asimismo, establece que *“el financiamiento debe ser suficiente para satisfacer las políticas y programas de salud.”*

Por último, el artículo 86 establece que *“Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias (...).”*

De acuerdo con estas disposiciones, el derecho a la salud en Venezuela goza de un reconocimiento amplio que favorece su exigibilidad y justiciabilidad. El Estado asume, entre sus obligaciones, el desarrollo de políticas, programas y servicios de salud que buscan asegurar el estado de bienestar, con equidad y acceso universal a los servicios de salud mediante la garantía de la gratuidad. El SPNS se crea como un sistema único, integrado a la seguridad social, descentralizado, intersectorial y participativo, con garantía de una inversión presupuestaria suficiente para el cumplimiento de sus fines. Hay además una prohibición expresa de privatización de los bienes y servicios públicos de salud, que permitió frenar la implementación de las políticas privatizadoras de la seguridad social y salud impulsadas principalmente durante los años 90.

Descripción del sistema de salud o de la atención de salud

En la Constitución de 1999 el SPNS fue definido como intergubernamental, descentralizado y participativo. Ello implica que las políticas, planes y acciones nacionales deben articularse con el gobierno estatal y municipal, propiciando la descentralización del sector y la participación ciudadana.

Uno de los primeros pasos adelantados en la creación de este nuevo SPNS fue la fusión realizada entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de la Familia durante el 2000, con el fin de incorporar contenido social a las políticas sanitarias y reorganizar los servicios bajo una concepción integral de la salud.

Entre las atribuciones del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) se incluyen: la formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes nacionales de salud; la regulación del sector; y la integración de las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos. No obstante, el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) sigue fragmentado en varios entes encargados de la gestión y financiamiento de los servicios. Entre los órganos que lo integran se encuentra: el MSDS, las entidades federales descentralizadas, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión de Asistencia a la Salud del Ministerio de Educación (IPASME) y el Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada Nacional (IPSFA). Junto a la crisis económica, social y política de los años 80 y 90, la fragmentación del sector ha sido un factor adicional de obstáculo para el avance del proceso de descentralización. Ya que la red pública asistencial se mantiene financiera e institucionalmente segmentada, generando ineficacia de los servicios y duplicación de costos para el Estado.

Después de una década de iniciado el proceso de descentralización del sector salud, este sigue inconcluso. De 23 entidades federales, hay 17 descentralizadas (Aragua, Apure, Anzoátegui, Bolívar, Carabobo, Distrito Metropolitano, Falcón, Lara, Mérida, Miranda, Monagas, Nueva Esparta, Sucre, Táchira, Trujillo, Yaracuy y Zulia), con balances dispares en cada uno de los casos, unos más positivos que otros.

En Venezuela, la descentralización del sector público de la salud fue impulsada en el proceso de reforma del Estado durante los años 90. La modernización de las redes públicas de asistencia a la salud implicaba, entre otros aspectos, la transferencia de los establecimientos, bienes y servicios de salud desde el nivel central hacia los estados y municipios. No obstante, ha sido un proceso de muchas dificultades y fallas no solventadas en la rectoría del Ministerio, con una dependencia financiera del nivel central que ha dificultado su culminación. A esta situación se suman problemas de gestión de los servicios, distribución e insuficiencia de los recursos necesarios para el desarrollo de los sistemas regionales de salud.

De hecho, la gratuidad de los servicios ha terminado por ser una garantía nominal, debido a la persistencia de las prácticas de cobro directo e indirecto de los servicios, a través del canje de insumos médicos por prestación de los servicios.

Debemos agregar que la alta rotación de ministros durante los últimos cinco años, entre otros factores, ha incidido negativamente en el avance de los cambios propuestos en la política sanitaria. Han sido varios los intentos por modificar la visión curativa de la salud por un enfoque biopsicosocial. Primero fue el Plan Estratégico de Salud y Desarrollo Social, con el cual se pretendió integrar la política sanitaria al campo social. Sin embargo, la priorización de las actividades asistenciales siguió afectando el desarrollo de actividades con contenido social. Luego, durante el período 2000-2001 se diseñó un nuevo modelo de salud, llamado "Modelo de Atención Integral" (MAI). Con este modelo de gestión se buscó el fortalecimiento de la red

ambulatoria del país y con ello, una incidencia en la mejora de las condiciones de vida de la población. Esta propuesta tampoco fue posible, debido a la insuficiencia de los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para llevarlo a cabo.

Para el año 2001, se adoptó el Plan Estratégico Social (PES), mediante el cual se reformuló la orientación de los planes, programas y acciones del MSDS, a fin de asegurar equidad y acceso universal en los establecimientos, bienes y servicios de salud. Su poca incidencia respondió nuevamente a problemas de rectoría y gestión interna del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, en un contexto de crisis política radicalizada en abril del 2002⁶.

En el 2003, la Misión *Barrio Adentro* se presentó como una alternativa nueva de recuperación y ampliación de la red pública de atención primaria de la salud. De ser un plan de desarrollo local fue redimensionado en un programa nacional impulsado desde la Presidencia de la República y bajo la coordinación de una Comisión *ad hoc* que incluye varios ministerios, incluido el MSDS. *Barrio Adentro* se desarrolla en el marco del Convenio de intercambio de servicios entre las Repúblicas de Cuba y Venezuela, con apoyo de personal médico cubano. Tiene un componente importante en la atención primaria de la salud y busca beneficiar principalmente a la población que vive en áreas urbanas no consolidadas de más difícil acceso.

A un año de su implementación, *Barrio Adentro* tiene presencia en casi todos los estados del país. En una primera etapa, comprende la creación de casas de salud, cooperativas de servicios ambientales y la conformación de comités de salud, como un espacio de participación comunitaria. Cabe agregar que aunque la Misión *Barrio Adentro* es valorada positivamente, por ser conceptualmente coherente con los postulados constitucionales del derecho a la salud, debe progresivamente integrarse al SPNS, con fuentes de financiamiento establecidas en el presupuesto fiscal del Estado. Asimismo, en pro de la perdurabilidad de la propuesta deben crearse las condiciones de legalidad necesarias para el ejercicio médico de extranjeros en territorio venezolano dentro de los términos que comprende el Convenio. Otro aspecto a tomar en cuenta nos remite necesariamente a una reforma curricular de las ciencias de la salud que permita integrar contenido social a los ejes temáticos de los programas educativos.

Descripción estadística y analítica de la garantía del derecho de salud

Indicadores sobre el estado de salud de la población

La mortalidad materna e infantil evidencia una tendencia al aumento a partir del año 2000. Sin embargo, para el 2003, la mortalidad materna por razones vinculadas con el embarazo registró un descenso importante que revierte esa tendencia al aumento. A manera de ejemplo, mientras que en el 2000 la tasa de mortalidad materna fue 60,1 por 100.000

6 D'Elia Yolanda y Vega Mauricio. *El derecho a la salud en la revolución bolivariana*. Octubre, 2004 (mimeo).

nacidos vivos; en el 2001 fue 67,2; en el 2002, 68; y en el 2003, 57,6⁷. Por el contrario, la mortalidad infantil mantiene una tasa ascendente de 18,7 por 1.000 nacidos vivos en el 2003, con respecto al 2002, cuando fue 18,2, y en el 2001 y 2000, cuando fue 17,7⁸.

Entre las principales causas de muerte materna están: los trastornos hipertensivos durante el embarazo, parto y puerperio, los embarazos terminados en abortos y las complicaciones durante el parto. Aunque estas afecciones pueden ser controladas durante el embarazo a través de los servicios de salud sexual y reproductiva, persisten fallas relacionadas con el funcionamiento y coordinación de la red pública ambulatoria y hospitalaria del país que impiden que los servicios de salud sexual y reproductiva sean efectivamente accesibles, asequibles y adecuados.

Con respecto a la mortalidad infantil, las tres primeras causas de muerte son la mortalidad perinatal, con una tasa de 25 por 1.000 nacidos vivos, las malformaciones congénitas y por último, las enfermedades infecciosas, parasitarias y respiratorias. En este último grupo de enfermedades, las diarreas y afecciones respiratorias se encuentran entre las primeras causas de consulta médica entre otras 25, en niños menores de 1 y 4 años de edad⁹.

A partir de los años 80 la malaria reapareció en el país, con un máximo repunte en los 90 debido al ingreso de un nuevo tipo asociada a la actividad minera no controlada. Los estados más afectados son Bolívar, Sucre y Amazonas, con una incidencia de morbilidad que no ha sido controlada y siendo la población más afectada la indígena.

La tasa de morbilidad por dengue es 84,9 por 100.000 habitantes. Aunque se trata de una tasa ubicada por debajo del promedio de morbilidad de países vecinos como Brasil (157,1) y Colombia (213,6), hay estados que sobrepasan esos promedios. A manera de ejemplo, Falcón revela una tasa de 443,7, Nueva Esparta de 330,4 y Trujillo de 173,1¹⁰.

Otra enfermedad reemergente es la tuberculosis, con una tasa de incidencia general de 23,8 por 100.000 habitantes y de 20,1 en la forma pulmonar¹¹. La población más afectada es la masculina entre 15 y 44 años de edad. No obstante, los grupos con mayor riesgo de incidencia siguen siendo las personas mayores de 65 años, las comunidades indígenas, las personas privadas de libertad y las personas que viven con el VIH/Sida. En ese orden, los factores de mayor incidencia de la enfermedad son: la baja calidad de vida, la aplicación ineficiente de medidas de control y la creciente epidemia del VIH/Sida. En Venezuela, la mortalidad por Sida se ubica en el décimo quinto lugar entre las 25 principales causas, con un subregistro de casos estimado en más del 80%, convirtiéndonos en el país de la Región Andina con mayor subregistro de incidencia del VIH/Sida. Un aspecto positivo es la

7 Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos. *Informe Anual Octubre 2003-septiembre 2004*. (mimeo).

8 Ministerio de Salud y Desarrollo Social. *Anuario de Epidemiología y Estadísticas Vitales* [en línea] <www.msds.gov.ve>

9 Ministerio de Salud y Desarrollo Social [en línea] <www.msds.gov.ve>

10 Ministerio de Salud y Desarrollo Social: Alerta. *Boletín Epidemiológico* N° 36. Caracas 2004.

11 Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos. Op. Cit.

garantía de acceso a los medicamentos antiretrovirales (ARV) a favor de 12.000 personas con diagnóstico positivo, por parte del MSDS e IVSS. Aunque persisten fallas no solventadas en el suministro oportuno de los ARV, el Estado ha aumentado progresivamente la cobertura nacional de dichos medicamentos.

Otro aspecto positivo fue la incorporación en el 2001 de nuevas vacunas (Hemophilus Influenzae tipo B, Hepatitis B y antiamarílica) al Programa Nacional de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). Sin embargo, los porcentajes de cobertura siguen sin alcanzar la meta del 100% pauta para el 2000. Por ejemplo, en el año 2001 la cobertura de inmunizaciones fue la siguiente: 88% en Antipolioméltica, 94% en BCG, 78% en Triple viral, 54% en Hemophilus Influenzae tipo B, 60% en Hepatitis B y 40% en Antiamarílica en niños menores de un año. Igualmente, en el 2003 la cobertura de inmunizaciones no alcanzó el 100%, con 85,8% en Antipolio, 67,9% en Triple bacteriana, 91% en BCG, 75% en Antihepatitis B; 56,2% en Antiaenophilus influenzae B, 65% en Triple viral y 82,4% en Antimalárica¹².

Indicadores sobre el funcionamiento del Sistema Público Nacional de Salud

La red pública que integra el SPNS cuenta con 4.804 establecimientos ambulatorios (96% dependen del MSDS y 4% del IVSS) y 296 establecimientos hospitalarios (214 dependen del MSDS y de las gobernaciones de los estados descentralizados, 33 del IVSS, 13 del IPSFA, 3 de Petróleos de Venezuela (PDVSA), 29 del Instituto Nacional de Geriátría, 2 de la Corporación Venezolana de Guayana, 1 de la Alcaldía de Miranda y 1 de la Policía Metropolitana de Caracas. A su vez, el sector privado cuenta con 344 establecimientos de atención especializada, de los cuales 315 tienen carácter lucrativo y 29 operan como fundaciones sin fines de lucro¹³.

En criterio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Venezuela cuenta con una red de establecimientos de asistencia a la salud suficiente. No obstante, su distribución evidencia problemas de equidad en detrimento de las personas que habitan en zonas rurales con respecto a quienes viven en zonas urbanas. A manera de ejemplo, las zonas rurales solo cuentan con ambulatorios tipo I y II donde se prestan servicios básicos de atención médica, en tanto que en las zonas urbanas se ubican los ambulatorios tipo III y IV, con mayor capacidad de camas instaladas y servicios de más especialización, además de los establecimientos hospitalarios. Igualmente, se evidencia una situación de inequidad en la distribución de los establecimientos de asistencia a la salud en relación con el índice de desarrollo de los estados. Del total de establecimientos, más del 50% se concentra en los estados con mayor índice de desarrollo.

12 Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección General de Epidemiología y Análisis Estratégico. Información suministrada a Provea el 15.07.04

13 Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela, Organización Panamericana de la Salud. *Perfil del Sistema de Servicios de Salud*. Caracas, 2001

Por otro lado, la insuficiencia presupuestaria es un factor que sigue afectando el funcionamiento de la red pública de atención a la salud, lo que se ve reflejado en el bajo porcentaje de ocupación de camas hospitalarias (53%) y la precaria capacidad en ofrecer servicios de salud oportunos y adecuados. Esta situación ha degenerado en una práctica en la cual los pacientes deben ingresar a largas listas de espera para la realización de cirugías, incluso para acceder a servicios ambulatorio de mayor especialización.

Sobre el número de profesionales de la salud, los datos más actualizados señalan una relación de 20,5 médicos; 9,1 enfermeras; 5,7 odontólogos; 3 farmacéuticos; 1 bioanalista y 0,4 nutricionistas por cada 10.000 habitantes. La distribución varía en función del grado de desarrollo de los estados. Por ejemplo, en el Distrito Capital la relación de médicos es 60 por 10.000 habitantes; Miranda 34,9; Zulia 20; Lara y Mérida 19. En tanto que estados más pobres como Delta Amacuro, Amazonas, Apure, Barinas, Monagas, Portuguesa, Sucre y Yaracuy mantienen una relación de menos de 10 médicos por cada 10.000 habitantes.¹⁴

Por su parte, la gratuidad, a pesar de ser uno de los ejes prioritarios de la política del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), presenta contratiempos. Las fallas recurrentes en el funcionamiento de la red hospitalaria y ambulatoria, tales como el desabastecimiento regular de insumos básicos, de medicamentos e insumos medicoquirúrgicos; infraestructuras deterioradas, equipos médicos dañados u obsoletos, terminan incidiendo en el mantenimiento del cobro directo o indirecto de los servicios¹⁵.

Indicadores económicos

Desde el 2002, el presupuesto del MSDS evidencia un incremento del gasto en salud respecto al Producto Interno Bruto (PIB). Sin embargo, no logra superar el 2% de este. Incluso, evidencia una regresión a 1,3% en el 2004 con respecto al 2003, cuando fue 1,8%. En este mismo sentido, aunque el presupuesto del MSDS presenta un incremento anual, termina siendo más nominal que real.

El contexto de crisis económica actual tiene particular incidencia, puesto que factores como la depreciación del tipo de cambio nominal, el régimen de control de cambio establecido, el aumento de la inflación y la marcada dependencia que tiene el sector salud de las importaciones, contribuye a que el incremento del presupuesto del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) no sea suficiente ni eficaz. A esta situación de crisis económica se suma un problema de desequilibrio estructural en la distribución de los recursos, que afecta el cumplimiento de los fines de equidad y acceso universal del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS). En proporción, hay una asimetría entre los gastos de personal y los gastos de funcionamiento del SPNS no resuelta, que no permite, entre otros problemas, solventar la crisis histórica del sector público de la salud. El 80% del presupuesto del

14 Carmen Rosa Serrano. *Estrategias de Cooperación con países. Informe de Situación sobre desarrollo de recursos humanos en salud* [en línea] <www.ops-oms.org.ve>

15 Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos. *Informe Anual de Octubre 2002-Septiembre 2003*. Op. Cit. p. 162.

MSDS se destina a pago de personal, mientras que el 20% restante es destinado para cubrir los costos de funcionamiento del SPNS.

Presupuesto del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2000-2004)

Años	Presupuesto en millones de Bs.	% del PIB	% del presupuesto nacional
2000	1.432	1,32	6,08
2001	1.729	1,49	6,15
2002	2.098	1,58	6,62
2003	2.668	1,82	6,41
2004	3.153*	1,33	6,31

Fuente: Provea, Informe Anual 2003-2004 (Mimeo).

*Esta cifra no contempla las asignaciones presupuestarias posteriores a la aprobación inicial del presupuesto 2004.

Participación comunitaria en salud

En el gobierno del presidente Hugo Chávez Frías, la participación comunitaria ha sido convertida en una línea política plasmada en la Constitución. En el ámbito de la salud, la participación está concebida como un derecho y deber de control social en el diseño y ejecución de las políticas. Ello implica que la participación sea organizada, consciente, crítica y movilizadora hacia la formulación, planificación, supervisión, control y evaluación de las políticas de salud en el ámbito nacional, estatal, municipal, parroquial y local. No obstante, la falta de una cultura de participación comunitaria se presenta como una debilidad frente a estos postulados constitucionales. Tradicionalmente, la participación fue limitada a actividades de apoyo en torno a las campañas de vacunación y actividades de recuperación de ambulatorios, incluida además en las prácticas privatizadoras generalizadas en la década de los años 90, como fue el caso de las asociaciones civiles creadas con el fin de recuperación de fondos en los establecimientos públicos de salud.

No se cuenta todavía con un marco jurídico que cree los espacios formales de participación y otorgue, a su vez, el rol protagónico que tienen las comunidades en la toma de decisiones, incluidas las funciones de contraloría social. Ni siquiera se cuenta con una normativa del MSDS que establezca esas formas y/o mecanismos de participación comunitaria, con asignación de recursos que aseguren su rol en el seguimiento y control de las políticas públicas de salud.

Contrario a los postulados constitucionales, las instituciones han sido conservadoras en el apoyo de los espacios incipientes de organización y participación de las comunidades. Sin embargo, hay excepciones, como la experiencia desarrollada en el estado Sucre, donde el gobernador juramentó a más de 800 representantes comunitarios y creó un órgano de contraloría comunitaria de la gestión sanitaria del estado. Son pasos importantes que deben traducirse en una política nacional, junto con un marco jurídico que defina las formas de participación y el carácter vinculante que ha de tener la contraloría comunitaria de la gestión pública en salud.

En resumen, todavía no se cuenta con un marco legal que facilite y apoye la participación comunitaria. Tampoco se cuenta con los recursos necesarios para el desarrollo de dichos espacios de participación. Por otro lado, las pocas experiencias de participación siguen estando marcadas por el paradigma biomédico de la salud. No obstante, la Misión *Barrio Adentro* representa un avance entre el discurso del gobierno y los hechos, con la creación de los comités de salud.

Para el año 2004, las cifras dan cuenta de aproximadamente 5.000 Comités conformados en el ámbito nacional. Esto representa una potencialidad extraordinaria de participación comunitaria desarrollada en torno a la implementación de Barrio Adentro. Sin embargo, una debilidad es que el 84% de estos comités están localizados en un solo estado, Lara.

Desde el movimiento popular, la lucha por crear y rescatar espacios de participación y contraloría social se percibe lenta, difícil y contradictoria. No ha habido la receptividad esperada a pesar de que se trate de una democracia participativa y protagónica. Aunque puede decirse que *Barrio Adentro* potenció el proceso de participación comunitaria en salud, falta que se concreten medidas para que la participación sea efectivamente protagónica, organizada y se desarrolle en forma autónoma e independiente.¹⁶

Experiencias de casos de exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la salud

Como experiencias exitosas de justiciabilidad del derecho a la salud destaca la reivindicación del derecho de protección a la salud de los niños, niñas con cardiopatías congénitas atendidos en el Hospital de Niños José María de los Ríos. Se trata de una Acción de Protección¹⁷ interpuesta por tres organizaciones no gubernamentales de derechos humanos (Cecodap, Accsi y Provea), en defensa de la garantía de la gratuidad de los servicios públicos sanitarios, protección de la salud y vida de la población infantil con cardiopatías congénitas, quienes se encontraban para aquel momento en una lista de espera a fin de poder ser intervenidos quirúrgicamente.

La acción fue interpuesta en el mes de junio del 2000 contra la Alcaldía Metropolitana (órgano de adscripción del hospital), por haber incurrido en una conducta de omisión en garantizar el tratamiento terapéutico y quirúrgico necesario en forma oportuna y adecuada. Entre los hechos alegados se señaló que los servicios de Cirugía Cardiovascular y Cardiología presentaban problemas de infraestructura y no contaban con los equipos médicos e insumos necesarios que aseguraran un diagnóstico y tratamiento quirúrgico oportuno. La falta de recursos financieros resultó en el cobro a los familiares de la bandeja quirúrgica, como una condición para la realización de las cirugías requeridas.

16 Entrevista realizada a José León Uzcátegui, representante del Instituto de Altos estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón" del MSDS y miembro fundador de la organización civil Consalud, cuya misión se centra en el desarrollo de la participación comunitaria en el área de salud.

17 La Acción de Protección es un recurso judicial establecido en la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente, que actúa contra hechos, actos u omisiones de particulares, órganos o instituciones públicas o privadas que amenacen o violen derechos colectivos o difusos del niño y del adolescente.

Para ese entonces, la lista de espera mantenía un promedio de 800 niños y niñas, muchos con un tiempo de espera que superaba los 3 y 4 años, cuando el promedio ideal para la realización de las intervenciones es de 1 año a partir del nacimiento. El fallo judicial ordenó a la Alcaldía Metropolitana la dotación del área quirúrgica del hospital y la instalación de una mesa de diálogo. Dentro de los acuerdos de la mesa estuvieron: el aumento del turno quirúrgico de 2 a 5 y 7 por semana; la contratación de personal de enfermería para el Servicio de Cirugía Cardiovascular; el diseño de un presupuesto que permita la inclusión de cargos nuevos para médicos especialistas y personal técnico necesario; la adquisición de equipos nuevos para ambos servicios; la eliminación del cobro por bandeja quirúrgica, como condición para las cirugías; entre otros, la remodelación de las infraestructuras de ambos servicios. Estos compromisos fueron ejecutados en su gran mayoría, lo que permitió elevar la calidad de los servicios prestados en ese hospital y en beneficio de la población infantil con cardiopatías congénitas. Sin embargo, persisten fallas en la gestión del hospital que no han permitido una reducción significativa de la lista de niños en espera de las intervenciones quirúrgicas.

En noviembre del 2003, la organización Cecodap interpuso nuevamente una Acción de Protección contra la Alcaldía Metropolitana. Esta vez, en beneficio del derecho a la protección de la salud de la población infantil con fibrosis quística asistida en el Hospital de Niños José María de los Ríos. Después de nueve meses de proceso judicial, la Sala II del Tribunal de Protección del Niño y del Adolescente falló a favor y ordenó a la parte accionada realizar las gestiones necesarias ante los organismos gubernamentales encargados del suministro de recursos financieros, para que se gestionara la creación de una Unidad de Fibrosis Quística en ese hospital. Adicionalmente, se ordenó que esos servicios cuenten con el personal de salud suficiente y una dotación de medicamentos e insumos regular, con equipos médicos operativos. Por último, se ordenó a la Alcaldía que gestionara ante los órganos competentes la asignación de una partida especial del presupuesto anual, que permitiera asegurar la contratación del personal requerido y la dotación de los equipos y medicamentos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Este fallo permitió el diseño de un programa nacional de Fibrosis Quística con participación civil, además de una asignación presupuestaria que permitiera concretar la creación de la Unidad de Fibrosis Quística en ese hospital.

Más recientemente, en octubre de 2004, la organización Accsi interpuso una acción de Amparo Constitucional contra el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel (INHRR), por violación del derecho de petición en torno a los resultados de unas pruebas de calidad (bioequivalencia), efectuadas a los medicamentos genéricos antiretrovirales (ARV) fabricados por varias empresas extranjeras que los suministran a Venezuela. Desde enero de 2003, varias organizaciones no gubernamentales con servicio en VIH/Sida habían solicitado esa información al INHRR sin obtener respuesta alguna. Cabe señalar que el INHRR es un órgano técnico adscrito al Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), encargado de efectuar las pruebas de calidad de todos los productos farmacéuticos que ingresan y se producen en el país. La Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo sentenció a favor de los accionantes y ordenó al INHRR que en 48 horas presentara los resultados de las pruebas de bioequivalencia efectuadas a esos ARV.

Este es un precedente importante para la justiciabilidad del derecho a la información relacionada con la salud y vida de las personas.

Escenario futuro

Los postulados contemplados en la Constitución de 1999 representan un quiebre de las políticas de salud con orientación neoliberal impulsadas durante los años 80 y 90. El artículo 84 de la Constitución establece en forma expresa que los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. Asimismo, fue ampliado el reconocimiento del derecho a la salud, considerado como derecho social fundamental, obligación del Estado y garantizado como parte del derecho a la vida. Sin duda, la Constitución representa un avance importante en el ámbito teórico del derecho a la salud y en cambios significativos de la orientación de las políticas de salud. No obstante, el contexto de alta conflictividad política y crisis económica permanece. A ello se suman las debilidades institucionales no resueltas, la persistencia de una concepción biomédica de la salud y los problemas estructurales históricos de la red pública de asistencia a la salud, que no permiten aún la realización del derecho en los términos pautados en la Constitución.

Las reformas legales necesarias no se han concretado. A 5 años de la entrada en vigencia de la Constitución, todavía no se cuenta con las normas necesarias para avanzar hacia la integración, organización y desarrollo del nuevo SPNS. Asimismo, el balance de la situación del derecho a la salud no resulta positivo. Aunque la gratuidad fue establecida como una garantía de la prestación universal de los servicios públicos de asistencia a la salud, el Estado venezolano no ha adoptado las medidas para asegurar su plena vigencia.

El presupuesto del Ministerio de Salud y Desarrollo Social sigue resultando insuficiente, junto a una distribución de los recursos con disparidades históricas tampoco resueltas. A esta situación se suma una gestión de salud que no ha contado con la estabilidad institucional deseada, afectándose la implementación del nuevo Sistema Público Nacional de Salud (SPNS).

El escenario futuro requiere trascender del ámbito conceptual a un ámbito de garantías efectivas del derecho de protección a la salud y bienestar social. Para ello se deben adoptar medidas de orden político, financiero, legal y educativo que permitan cambios estructurales en el SPNS, con niveles de actuación definidos e inclusión de espacios de contraloría social. Entre los retos pendientes se encuentra la aprobación de un marco legal que desarrolle los postulados constitucionales que definen al nuevo SPNS, el fortalecimiento institucional del sector público de salud, ajustes de los programas de salud con un enfoque biopsicosocial que permita la satisfacción de las necesidades integrales de salud de la población, una inversión pública suficiente que asegure la implementación de esas políticas públicas y programas de salud, con equidad en su distribución, entre otros, la adecuación de la formación profesional y técnica en las ciencias de la salud a los problemas y necesidades de la población.