

## **ETICA Y SALUD PÚBLICA**

*Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal  
Coordinadora de Políticas  
Programa Salud y Trabajo para América Central SALTRA*

(Saludo a los asistentes)

Buen día.

### **I. INTRODUCCIÓN**

Compartir con ustedes los siguientes 40 minutos, alrededor del tema de ética y salud pública, podría hacerles –y hacerme- pensar de forma incorrecta, al creer que existe una diferencia “ética” y sustancial, entre quien les habla y quienes atienden esta conferencia.

Éticamente, debo mencionar que lo único que nos separa es el uso de la palabra, con la cual quiero exponer algunas consideraciones sobre salud pública, ámbito en que espero que convergen y nos une el sentido de responsabilidad y compromiso humano como parte de una comunidad educativa, académica y como sistema social.

Prometo –de acuerdo al programa- devolver este privilegio para escuchar sus comentarios y consultas al final.

Habiendo sentado esta aclaración, quiero que tanto los profesionales en salud como el resto de invitados tratemos de contestar en silencio las siguientes preguntas

- Cuando fue la última vez que permitimos a uno de nuestros alumnos participar en el (re) diseño de los programas de formación que promueven nuestras entidades?
- Cuando fue la última vez que las decisiones sobre salud pública -en las cuales nosotros pudimos participar- fueron diseñadas junto a aquellas personas a quienes impactarían?
- Cuando fue la última vez que pacientes o estudiantes evaluaron nuestro desempeño como médicos, salubristas o profesores?

Las respuestas a estas preguntas pueden enfrentarnos a algunas contradicciones, entre el querer, lo aprendido, lo hecho y el deber ser. En el caso de los programas de formación de salud pública y medicina, este es sólo un ejemplo de cómo un principio de salud pública como la participación, reta al conjunto de conceptos de una cultura médica que arrastramos desde hace muchos siglos.

### **II. CONCEPTOS Y SU EVOLUCIÓN HISTÓRICA**

Tomando como base el trabajo del Profesor Marcelino Pérez, es oportuno sentar y revisar una diferenciación entre moral, ética y su evolución histórica, lo cual nos permitirá ir

descifrando el objeto de esta ponencia. La moral nos dice que es correcto y que no, su análisis nos circunscribe al análisis de actos individuales, la ética en cambio estudia la moral para determinarnos lo que es bueno y lo que no, analizando las acciones individuales en función más cercana a otros individuos y a la sociedad.

Sobre la base naturalista de Hipócrates, los Consejos de Esculapio, y las obras de Galeno, la ética médica se fusionó con la moral de los sistemas sociales. Si el orden natural era sinónimo de salud, entonces los padecimientos severos y crónicos vendrían siendo consecuencia del rompimiento del orden natural en función de distintos excesos.

Si bien todavía hoy la última parte de esta afirmación no es del todo incorrecta incluso para la salud pública, las sociedades asignaron un juicio moral para señalar el apego al orden natural-moral de las personas sanas, y de forma opuesta la transgresión natural-moral de los “in firmus” aquellos faltos de firmeza física y moral manifestada en las “enfermedades morales”.

En palabras del profesor Marcelino Pérez, este paternalismo infantil llevó a que *“el médico hubo de convertirse en moralista, en alguien capacitado para decidir qué es bueno y qué es malo para el enfermo, en un padre obligado a tomar decisiones en su lugar, porque él es como un niño pequeño incapacitado para hacerlo, en una madre que le hace más grata la enfermedad y en un sacerdote de la naturaleza que tiene poder sobre la vida y la muerte y actúa como mediador con el mundo divino”* (Perez, 2003).

Bajo este paradigma de tanta “bondad”: ¿Por qué un profesional de la salud tendría que brindar información al paciente sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su enfermedad? Ó ¿Por qué debería permitírsele participar en el diseño, implementación y evaluación de las políticas que le afectarán?

Aunque parezca irónico –y no tan dentro como nuestras respuestas a las preguntas iniciales- sino en el ejercicio cotidiano de la salud pública “como sociedad” todavía debatimos al respecto.

La investidura filosófica del médico se tornaría más teológica con lo cual el círculo de la salvación se completaría: la teología para el alma, y la medicina para el cuerpo. El pecado, sería concebido como “enfermedad del alma”, y la enfermedad, como “pecado del cuerpo” (Minetti JA, 1989). Reflejo de lo dicho, descansa en El “Juramento de Asaph”, “Plegaria del Médico” de Maimónides y la cristianización del juramento hipocrático.

Aunque la caracterización médica de esta época nos pueda parecer ilógica y lejana, la verdad es que –como veremos más adelante- continuamos creyendo muchas veces incluso con más fe, que las encrucijadas éticas del ejercicio médico las resolverá la mano todopoderosa del mercado o el sacrosanto “sistema”, nuevas deidades del mundo posmoderno.

El ejercicio médico comienza a perfilarse más como una profesión hacia finales del Medioevo y el inicio del mundo moderno, y entonces experimenta la misma evolución de otras ciencias según la cual se separa de la teología, para dar al hombre (ya no a Dios) el rol de creador del ordenamiento moral, con ello los médicos pasarían a ser un grupo social con capacidad de autoregulación y una identidad institucionalizada a partir de la academia para definir quien ingresa al gremio.

Este nuevo escenario de autonomía moral, la deontología médica comienza a regir y autoregular el accionar de los profesionales de la salud, ahora investido según el orden médico de los honores y responsabilidades de “gentleman”, cuya etiqueta dictará hasta hoy el respeto social –a veces desproporcionado-. Códigos como los del inglés Thomas Percival, tratarían de abordar una de las interrogantes éticas que nos ha acompañado durante los últimos dos siglos: el intento de conciliar:

- Los intereses gremiales
- La salvaguarda de la calidad médica
- Garantizar que la práctica médica busque el máximo bien posible para el ser humano y la humanidad

Al respecto vale la pena identificar como el “el máximo bien posible” como principio rector, refleja a su vez una racionalidad económica relacionada más adelante con la eficiencia de la práctica médica, de los sistemas de salud y de las políticas de salud pública. Este trinomio de autoregulación, calidad y eficiencia de resultados, refleja de antemano una desproporción a favor del “gremio” como instancia intermedia entre el “individuo” y “el colectivo social”, misma que más adelante se verá equilibrada con la incorporación del criterio de justicia y equidad.

Aún así el código de Percival, fue criticado por la burguesía liberal inglesa por su posición respecto a “decir siempre la verdad al paciente”, ante lo cual tuvo que incorporar “excepto en aquellos casos de curso fatal”, a lo cual se ha dado por llamar “paternalismo juvenil” (Perez, 2003).

Algunas premisa éticas establecidas desde la autonomía moral en este período, deben ser analizadas desde la salud pública:

- Desde la perspectiva Kantiana : ES BUENO HACER LO QUE SE DEBE, es decir que la práctica debe regirse por principios, normas y procedimientos consensuados y pre-establecidos,
- Desde la perspectiva de John Stuart Mill, SE DEBE HACER LO QUE ES BUENO, implica actuar previendo consecuencias perjudiciales o beneficiosas, es el principio “utilitario” donde lo bueno es igual a lo útil, y útil pasará ser igual a lo rentable.

En estos puntos quiero analizar cada uno de estas aseveraciones. Por un lado “hacer sólo lo que se debe” es la base del principio de legalidad de la administración pública, pretende evitar excesos e irregularidades de la práctica médica, no obstante “hacer sólo lo que está establecido” nos hizo creer por muchos años en un concepto de salud que se daba por

satisfecho con la existencia de alternativas para “la atención de las enfermedades”, y de allí lo trasladamos a evaluaciones limitadas a cobertura de los sistemas, e incluso promoviendo modelos de gestión por metas de producción como los “compromisos de gestión” utilizados en el caso costarricense por la seguridad social.

Ahora bien, definir “lo bueno” como “lo rentable” en efecto podría hacernos caer en un alcance limitado de este principio. Pero “Hacer aquello que es bueno”, va más allá de la rentabilidad, abre la posibilidad de concebir la salud de forma integral, de valorar la promoción de salud a partir de sus impactos, por mucho mejores y -aquí sí- más rentables para la sociedad. Hacer lo que es bueno, implica la definición de juicios sobre el desempeño de los sistemas de salud, y por ende para la incorporación de nuevas métricas enfocadas a la medición de calidad, equidad y la salud entendida ahora como es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades.

Desde un punto de vista sistémico, “hacer lo que se debe” y “hacer lo que es bueno” se complementan: en el primer caso será responsabilidad de la salud pública identificar quien establece los principios, las actividades, las metas, los indicadores, es decir quien está planificando el accionar del sistema de salud; en el segundo caso la salud pública debe analizar quien está definiendo lo que es bueno y lo que no, y desde que perspectiva metodológica lo está evaluando: la eficiencia, la eficacia o el impacto. El equilibrio entre ambas perspectivas –como se verá más adelante- es dado por la incorporación del concepto del “enfoque de derechos” y el principio de “equidad en salud”

Por ahora vale decir es bueno hacer los que se debe, pero no siempre es suficiente frente a los que un ser humano necesita y merece; y debemos “hacer aquello que es bueno”, pero la definición de “lo bueno” ha de responder a un enfoque de derechos humanos y los principios de salud pública.

Más entrada la modernidad, y las tragedias humanas vividas en el marco del nacional-socialismo, demandarían nuevos planteamientos normativos por parte de la comunidad internacional, viendo así el nacimiento del Código de Nüremberg que sienta las bases del “consentimiento voluntario”, la creación de Asociación Médica Mundial, la Declaración de Ginebra, Código Internacional de Etica Médica, y la Declaración de Helsinki, avances que a su vez ayudan a configurar el concepto de bioética como *“disciplina llamada a tender un puente entre las ciencias naturales y las ciencias humanísticas, con el fin de enfrentar la solución de los problemas ecológicos del mundo, mediante la conformación de una nueva mentalidad ética de las relaciones entre el hombre y la naturaleza”* (Perez, 2003)., término acuñado por primera vez por Van Rensselaer Potter en 1971. No obstante su enfoque humanista, la eticistas norteamericanos la limitarían a temas de investigación y de la asistencia en la relación médico-paciente.

Paralelamente en ese mismo año (1971) el filósofo estadounidense, profesor de filosofía política en la Universidad Harvard John Rawls publicaría la Teoría de la Justicia, en el cual

aboga por una reconciliación de los principios de libertad e igualdad a través de la idea de la justicia como equidad, cuyo aporte trascenderá hasta la salud pública.

Posteriores trabajos como el Belmont Report en 1978 y el libro “Principles of Biomedical Ethics”, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, en 1979 el principio de “respeto por las personas” fue transformado en “respeto por su autonomía” y se incorporaron los principios de “beneficencia” y “no maleficencia”, como principios independientes. De este modo, dicho estos principios, junto al de autonomía previamente delimitado, comienzan a regir los dilemas éticos en salud<sup>1</sup>.

No obstante, la existencia de un marco de principios generales hoy día seguimos enfrentando:

- negativas de asistencia médica por razones económicas;
- casos de mala praxis;
- la promoción de una “medicina a la carta” donde el que paga manda, respaldados por quienes confunden los conceptos de simplificación en la economía con desregulación de salud.

A continuación veremos cómo los principios de ética médica se combinan con los de salud pública para dar respuesta a algunas de estos retos.

### III. ETICA Y SALUD PÚBLICA

Para la Organización Mundial de la Salud, la ética de la salud pública trasciende la atención sanitaria para considerar las condiciones estructurales (COLEMAN, 2010), algunas de las cuales analizaremos a continuación desde la perspectiva de los centros de formación superior:

#### ***a. Desigualdades en el estado de salud y en el acceso a la atención y los beneficios de la investigación médica:***

Los sistemas de salud de nuestros países enfrentan asimetrías importantes con respecto a la cobertura, calidad. y por ende con la equidad en el acceso a los servicios preventivos y de atención en salud. En un marco geográfico reducido y de riesgos compartidos este tipo

---

<sup>1</sup> a. Autonomía El respeto por la autonomía abarca por lo menos dos consideraciones éticas importantes: a) tratar a las personas como agentes autónomos, con capacidad de autodeterminación y derecho a decidir entre las opciones personales de que disponen y b) proteger las personas con disminución de su autonomía.  
b. Beneficencia: Se refiere a la obligación ética de aumentar al máximo los beneficios y reducir al mínimo los daños o perjuicios. Este deber prima facie nos llama la atención que el tratamiento ético de las personas no solo depende de respetar sus decisiones autónomas, sino también de procurar su bienestar.  
c. No maleficencia Enfatiza la obligación ética de no hacer daño, es decir, omitir actos que puedan causar un daño o perjuicio. Es la aplicación del principio que Hipócrates consignó como primordial en el ejercicio de la medicina con el dictum "Primum non nocere", es decir, "Primero no hacer daño".  
d. Justicia: El principio de justicia afirma que todos los seres humanos tienen iguales derechos para alcanzar lo necesario para su pleno desarrollo. Si bien el principio de autonomía afirmaba la soberanía del ser humano, el de justicia establece la eticidad de la relación entre los seres humanos. Lo anterior conlleva la distribución equitativa de las cargas y los beneficios que se generan en una sociedad y la obligación de tomar medidas especiales para proteger los derechos y el bienestar de las personas vulnerables (VÉLEZ et MAYA).

de desigualdades conlleva brechas de vulnerabilidad que deben ser abordadas desde los más altos niveles de toma de decisión en la región.

En caso centroamericano, tres de los hallazgos de Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible 2008 nos reflejan una realidad de disparidades agudas:

- El gasto público en salud por habitante fue de 114 dólares promedio en la región para el año 2005. En Costa Rica y Panamá es más del doble (aprox US\$245), en El Salvador US\$75 y en el resto de los sistemas es menor a \$50.
- Las instituciones de seguridad social, salvo en los casos de Costa Rica y Panamá, cubren a menos del 20% de la población.
- El gastos privado en salud para el quintil más pobre de la población representa entre el 5,7% (Costa Rica) y un 42% de sus ingresos en promedio para Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Panamá y Honduras, en este último caso el gasto de bolsillo es cuatro veces superior al del primer quintil (EDR, 2008. Pág. 178-179).

Especial atención deben generar las clases que no puedan, por sus propias fuerzas, salir de los círculos de la exclusión y que ya hayan caído fuera de las redes sociales de solidaridad ciudadana. Al respecto, es importante analizar algunos fenómenos de violencia social que vive nuestra región, en contraste con las tres consecuencias de la segmentación marcadas por Habermas :

- Revueltas autodestructivas ante las cuales el Estado debe responder represivamente
- Las delimitaciones físicas de la segmentación “gethos” se vuelven insostenibles en sociedades porosas e interdependientes como las actuales
- La erosión moral degenera en un quebranto de la democracia cuando, por medios legítimos, las clases medias toman decisiones que agrandan las desigualdades por temor a caer en estratos inferiores

Si al igual que yo pueden identificar esas características alrededor de los límites de nuestras sociedades, coincidirán conmigo en la necesidad de hacer de las asimetrías un eje de estudio y de acción política para nuestros jóvenes y nuestros líderes.

De estos retos, garantizar que la existencia de servicios preventivos y de atención en salud, y la cobertura financiera de los mismos principalmente para la población en condición de pobreza es el reto más ambicioso pero también el más urgente de nuestra generación.

En cuanto al acceso a la investigación, nuestras universidades son productoras de conocimiento por definición, son los espacios de pensamiento crítico y de formación de profesionales, pero al igual que ha pasado con la oferta académica, se encuentran inmersas en un nivel de competencia que pone a prueba, hoy día, la capacidad de generar conocimiento relevante, de calidad y con una oportuna traducción para los tomadores de decisión y para los beneficiarios.

En este aspecto, quiero ser muy clara. No creo que sea el mercado ni sus variables comerciales las que definan las agendas de investigación en salud pública, tampoco que intereses políticos coyunturales utilicen la plataforma institucional de nuestros centros de enseñanza para perjudicar la institucionalidad en salud, como algunos medios de comunicación lo han dado a conocer las últimas semanas en Costa Rica.

Al contrario, de lo que hablo es que reconozcamos una realidad sobre la cual ya operan nuestros programas de investigación y desarrollo (IyD), una realidad de competencia frente a los escasos recursos asignados a investigación, los cuales han estado fluyendo de forma dispersa y discontinua según las modas epidemiológicas del momento: la gripe aviar, AH1N1 y las que estén por venir.

En este marco las universidades deben entender que compiten con nuevos actores de la sociedad civil, centros de conocimiento y pensamiento que se han abierto un espacio en la generación de evidencia, y que muchas veces han sido más ágiles en la traducción y difusión de ese conocimiento.

Conforme las universidades pierden espacio y escena en la producción de conocimiento lo hacen de manera proporcional los principios de salud pública, y consecuentemente pierden voz y pierden representatividad los intereses de los sectores sociales de mayor vulnerabilidad.

Es impostergable un relanzamiento de la investigación en salud pública desde nuestras instituciones académicas, pero esta vez sin partir de la falsa premisa de que nuestras unidades académicas monopolizan el conocimiento, entendiendo ahora que no podemos mantenernos aislados en nuestros laboratorios, nuestras aulas y nuestros institutos. Es necesario partir en grupo, abriendo espacios para las alianzas con los “Think tanks”, con las instituciones públicas, con las comunidades, con las instituciones públicas y privada, no sólo por la sobrevivencia de nuestros programas de investigación sino para construir agendas de investigación, para diseminar el conocimiento existente y avanzar hacia el desarrollo de nuevas métricas que permitan un análisis más cercano y sistemático de la situación de salud de la población y midan el impacto de las intervenciones y respuestas de los sistemas de salud.

No asumir esta responsabilidad como universidades, manteniéndonos en el aislamiento de la autosatisfacción por los buenos tiempos pasado, es algo por lo que deberemos rendir cuentas a la sociedad.

Aprender a trabajar en red, no es trabajo fácil, requiere la construcción de confianza sobre la base de reglas claras, requiere aprender a escuchar, y repensar en las necesidades de la población y demás usuarios de la información. Igual apertura requerirán en el ámbito institucional público las autoridades universitarias y de salud, pues se demanda de ellos la abogacía en la consecución de nuevos recursos, y deberán estar mutuamente dispuestos a

coordinar los ciclos de producción del conocimiento con las necesidades apremiantes que día a día conlleva la toma de decisiones en salud pública.

La era del conocimiento no perdona que el trabajo de investigación de nuestros estudiantes responda a una suma de ocurrencias ordenadas con el método científico pero sin relevancia para su entorno, es nuestra responsabilidad, frente a los sistemas sociales que representamos, rendir cuentas claras de lo que hacemos y de lo que omitimos en cuanto a estudiar la profundidad de los problemas de salud que esos sistemas enfrentan.

Detrás de las necesidades de coordinación, planificación, organización, y traducción del conocimiento y su difusión, hay un fuerte y sincero llamado a sacar el conocimiento de nuestras aulas, de nuestros laboratorios, de nuestras bibliotecas, de nuestros institutos y de nuestros campus, para llevarlos a las mesas de toma de decisiones, para llevarlos a los niveles locales de salud, para llevarlos a las calles y zonas rurales que son recorridos por técnicos de atención primaria y transformarlo en técnica, en tecnología y práctica.

Esperamos entonces ver llegar el día, en donde todos los proyectos de investigación en salud pública, se acompañen de un plan de traducción y difusión de resultados en función de sus potenciales usuarios, es en ese momento donde nuestros estudiantes comienzan a “hacer salud pública” y deben empezar correctamente.

***b. Respuesta a la amenaza de enfermedades infecciosas:***

Si bien como salubristas públicos muchos de acá podemos ver con prudencia las alertas pandémicas de los últimos tiempos, debemos entender también que la distribución desigual de los avances tecnológicos y el conocimiento tienen una gran deuda con grandes sectores de la población mundial que todavía mueren hoy por padecimientos infecciosos denominados por la OMS como enfermedades olvidadas.

Cuando en el 2005 Jeffrey Sachs, publicó su libro El fin de la pobreza, título que -para quienes no le conocían- fue todo un golpe surrealista al provenir del puño y letra de un economista, se nos recuerda el desastre humano que actualmente estas enfermedades siguen causando en los países de menor desarrollo.

En el caso de la malaria, hablamos de una enfermedad que causa 2.7 millones de muertes al año, en África prácticamente toda persona contrae malaria una vez al año, en algunas poblaciones el parásito de la malaria vive en su cuerpo durante todo el año, sumado a que es la más severa, predomina además un mosquito que prefiere picar en todas las ocasiones a seres humanos 1:1 mientras que la probabilidad de que un mosquito indio pique a un humano es de 1:9.

Aunque es una enfermedad prevenible y tratable es hasta el año 2000 cuando el tema empieza a ser objeto de políticas y financiamiento global, cuando ya se arrastraban 10 millones de niños huérfanos.

En el caso de VIH/SIDA cuando nuestros países entraban a aplicar los Antiretrovirales (ART), todo el continente africano sólo recibe \$70 millones de cooperación para atender la pandemia, y el aporte del FMI en los países con intervención en dicho continente no llegaba a \$10 dólares por persona, y no contemplaba ART.

Algunos países han perdido hasta 20 años de esperanza de vida por el SIDA. En países como Zambia se pierde capacidad productiva más rápido de lo que los programas de capacitación y educación la generan.

El valor de la información y la investigación permitió que la Comisión de Economía de la Salud de la OMS, calculara que la ayuda debía aumentar hasta \$29 mil millones lo cual podría evitar 8 millones de muertes al año, movilizand o muchas conciencias y voluntades para la creación del “Fondo Global” para combatir el SIDA y la malaria

El caso de las enfermedades transmisibles, es sólo un ejemplo que podría trasladar a otras áreas de la salud de nuestros pueblos, para reflejar aquellos problemas a los que algunas veces por su magnitud parecieran destinados a vivir con nuestra historia y trascender más allá de nuestras carreras profesionales y académicas.

Cuanto vidas podemos mejorar si la academia decide contribuir con producción de evidencia científica e innovación en:

- el mejoramiento la salud materno infantil en Centroamérica?
- La detección temprana del cáncer de mama
- en preparar a nuestros países y los sistemas de salud frente a los impactos del cambio climático en un continente vulnerable que no cesa de recibir los embates de la naturaleza
- mejoramiento de las condiciones de vida de nuestros indígenas y autóctonos, con tan sólo que nuestras universidades preparen al recurso humano en medicina con las habilidades básicas para interactuar y comprender realidades culturales distintas a la monótona y fría bata blanca?

Tal vez hoy no sea posible estimar un número total de vidas en el papel, pero si sólo fuese “una” valdrá la pena el esfuerzo, porque estamos cumpliendo el derecho de ese ser humano, al cumplir con nuestro deber.

### ***c. Cooperación internacional en la vigilancia y el seguimiento sanitarios***

La aplicación de las Normas Internacionales de Salud refleja el compromiso de los países con la acción colectiva ante las emergencias de salud pública, pero no es suficiente con el aporte de los gobiernos.

Cada vez son más los actores involucrados en la gestión de salud global, y es necesario entender y delimitar el papel que juegan las grandes transnacionales de la industria

farmacéutica, las nuevas mega organizaciones no gubernamentales cuyo presupuesto supera en mucho los recursos asignados por los gobiernos de muchos de nuestros países al tema de salud.

Una nueva configuración de la salud global se está gestando, y en ella el papel de los Gobiernos y de los Organismos Internacionales no debe ser el de espectadores, ni mucho limitarse a refrendar presiones o imposiciones, pues dichas actitudes a su vez vulnerabilizan la institucionalidad pública y democrática.

Ahora bien, las grandes organizaciones no gubernamentales, son el reflejo de la beneficencia y la solidaridad de muchos grandes hombres y mujeres cuya generosidad y compromiso trasciende la comodidad de su riqueza

Pero “no debemos confundir el latido del corazón con el trote al cabalgar”: si bien las grandes ONG de la salud global, son en sí mismas un contrapeso democrático al ejercicio de la “cosa pública”, eso no quiere decir que en sí mismas sean democráticas y por ende que tenga legitimidad alguna para sustituir la responsabilidad de las autoridades de salud de conducir y direccionar políticamente la agenda sanitaria.

Igualmente, no se me malinterprete en este juicio. No veo un conflicto con la aparición de nuevos actores de la salud global, lo que veo es la necesidad de definir claramente las responsabilidades, y una necesidad ética de respetarlas mutuamente para abrir espacios y momentos de negociación.

Es allí, donde se vuelve relevante que nuestras universidades, y ya no sólo las facultades de medicina y o salud pública, sino también las de economía, ciencias políticas, relaciones internacionales entre otras, avancen hacia la formación multidisciplinaria de profesionales altamente capacitados para entablar interlocución y negociación con las contrapartes, que desde hace varios años vienen siendo preparadas por las grandes universidades del mundo en los programas académicos de salud global.

La formación integral de los líderes de salud pública, debe avanzar hacia niveles de pericia y profesionalismo que les permitan interactuar con igual solvencia en una mesa de negociación conjunta para disminuir los precios de los medicamentos frente a las grandes farmacéuticas, como en la construcción de sistemas de prevención y promoción basados en la comunidad.

No prever desde la formación los desafíos del nuevo esquema de poder la salud global, impedirá que nuestros ministerios o secretarías de salud, así como las instituciones de seguridad social puedan tener una voz activa y propositiva en el nuevo tablero de la gobernanza en salud, castigándolos con ser simplemente una rúbrica más que valida la declaración final de su servidumbre.

#### ***d. Explotación de las personas en países de ingresos bajos***

En este aspecto en muchas ocasiones motivados por falsos sentidos de superioridad y de oportunismo, los individuos o comunidades han sido expuestos importantes riesgos sin que ellos o sus comunidades se vean beneficiados.

Desde la experimentación de los campos de concentración hasta la práctica cada vez más extendida del «turismo de transplantes», o su tráfico en medio de desastres como el experimentado por Haití, e investigaciones repentinas de vacunas “anti-epidémicas” avaladas por algunas autoridades sanitarias, exponen a los individuos que viven en la pobreza a graves riesgos de salud y plantea a su vez cuestiones más generales sobre la comercialización del cuerpo humano.

Extrapolando al máximo este mismo problema entre quienes “ejercen la salud, en detrimento de los más pobres” quiero llamar la atención de quienes utilizan los aportes de la academia, para la búsqueda de sus intereses comerciales sin importar los efectos que esto tenga en la sostenibilidad de los sistemas y servicios de salud.

En el caso costarricense, tenemos muy claro que detrás de la definición de un paquete único de servicios existe la necesidad de delimitar el mercado, es decir, tan sencillo como definir los límites del sistema público, como para saber dónde empieza el mercado privado, y coloquialmente hablando “puesta la cerca de la hacienda, definidos los enemigos/vecinos”, en otras palabras por cedido un espacio de exclusividad al sector privado y sea difícil de recuperar.

En medio de esta “realidad costarricense” algunos echan mano de los argumentos de eficiencia y racionalidad para llevar adelante un proyecto de apertura abrupta del seguro de salud, cuyas consecuencias por la salida de los contribuyentes de mayor ingreso, podría ser catastrófica para el sistema en su totalidad.

Actualmente, nuestra corte constitucional –incluso con muchas reservas de mi parte en el tema de medicamentos- se ha convertido en un activo reivindicador del derecho a la salud, a veces más que algunos representantes del sector.

Ante esta situación, dichos intereses han decidido cambiar la ruta crítica, y ya no abogan por un cambio en la legislación para la apertura integral del seguro de salud, ahora lo que han determinado es que bajo la apertura de seguros –misma que no incluye al seguro de salud- han iniciado a crear productos como “un ahorro de emergencia en caso de cáncer o seguro oncológico”, para crear un conjunto de clientes que a su vez incidirán en el tiempo en la ampliación de las coberturas de ese seguro, y por ende ,mayor apoyo a un cambio de legislación, apoyo con que a la fecha no han contado.

Para quienes no conocen la realidad costarricense esto podría verse sólo como un producto que responde a una demanda real, posiblemente creada por la insatisfacción

con el sistema público que a su vez daría validez y justificación a la definición de un paquete de servicios de salud.

Lo que tal vez no saben es que ésta es una demanda sustentada en varios años de lobby para dismantelar la oferta pública y derogar la ley que creaba un sistema de prevención y atención, junto a la creación de un Hospital especializado como respuesta a los 10.000 nuevos casos de cáncer diagnosticados anualmente, lo peor es que no podríamos afirmar que esto sea una imposición externa al sistema, sino de mismas fuerzas económicas que operan desde dentro del sistema, quienes utilitariamente tergiversan y aprovechan “modas” internacionales o académicas como la “definición de paquetes” para beneficiarse de ellas.

No podemos obviar que siempre los recursos son limitados, pero eso no puede confundirse con que sean insuficientes, tan sólo la existencia de un interés privado por un espacio en el mercado, motivados por la expectativa de un determinado margen de ganancia, es el mejor indicador de que si hay recursos suficientes, simplemente la sociedad no está logrando que se destinen a fortalecer al sistema público.

Como veremos más adelante cuando en Costa Rica, hemos enfrentado problemas financieros para alguna cobertura específica o para la sostenibilidad del sistema de salud, “la opción costarricense” –al menos predominante los últimos 60 años- no ha sido el conformarse a un recorte o delimitación de los servicios por medio de paquetes -aunque y quienes así lo quieren tienen la bandera de argumentos económicos “validados” desde múltiples sectores- sino a identificar nuevas fuentes de recursos y direccionarlas para fortalecer el sistema y defender el derecho a la salud de los más vulnerables.

#### ***e. Promoción de la salud:***

La creciente amenaza que suponen para la salud pública los comportamientos perjudiciales como fumar, seguir una dieta poco equilibrada o no practicar ejercicio, han planteado la cuestión de hasta donde deberían interferir las autoridades de salud pública en las decisiones personales.

Con el siguiente ejemplo de la Dra. Denise Najmanovich, nos llama la atención respecto hasta qué punto una política de “prevención” es una cuestión delicada, en la medida en que generalmente incluye el derecho del estado de “inmiscuirse” en las decisiones personales, formas de vida y hábitos de todos nosotros. A tal punto que suelen arrasarse profundas creencias y valores culturales de un pueblo o sector.

Una de las metas de la primera mitad del siglo XX para la Fundación Rockefeller en salud fue erradicar *la fiebre amarilla en el continente sudamericano* “transmitida por el mosquito el *Aedes Aegypti*.”

*“Combatir la Fiebre amarilla tiene una correlación directa con el hecho de que era considerada un obstáculo para la colonización, y afectaba a todas las clases sociales incluidos los extranjeros.*

*La campaña de erradicación del mosquito se basó en el planteo de que los habitantes de las localidades infectadas eran los responsables de la eliminación de las larvas de los mosquitos y que los inspectores del Servicio de Fiebre Amarilla serían los encargados de vigilarlos. El “Servicio” tenía derecho a examinar todas las casas, incluidos los dormitorios, cuartos de baño y retretes. También podían reglamentar múltiples detalles de la vida cotidiana de los habitantes, llegando a constituirse en una verdadera policía sanitaria, con derecho de castigar a quienes no los obedecieran –incluso con penas de reclusión -.*

*Las consideraciones “puramente” técnicas respecto a la enfermedad están siempre ligadas a otras de carácter económico, político, ético, cultural y pragmático, formando un complejo “multidimensional” que debe ser tenido en cuenta en su articulación y dinámica”( Najmanovich, 2009)*

El rol de la tecnología en la promoción es otro de los resto que pone a la salud pública como juez entre el derecho privado y el bien común.

Los retos visibles no son necesariamente los mismos del futuro mediato, y es allí donde las universidades deben proyectar las necesidades de los sistemas de salud. Para efectos preventivos, fase en la cual hay un alto retorno de la inversión, la inversión en tecnología generalmente se realiza de forma mixta entre asegurados y proveedores de servicio. Teléfonos celulares, netbooks, redes sociales y cualquier otro implemento de conectividad reconfigura día a día la función de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención y cuidados de salud.

Ya se ofrecen en nuestros países servicios no personales pero si personalizados de asesoramiento nutricional vía SMS. La AH1N1 ha demostrado que esos pequeños mensajes al celular pueden ser tan efectivos como una de las campañas millonarias que tradicionalmente se dirigen a medios masivos como la televisión o la prensa escrita. Redes de apoyo, consejo, prevención y atención se configuran para familiares y pacientes con cáncer, diabetes, presión alta e infinidad de padecimientos en el marco de las redes sociales. A la vuelta de la esquina están las consultas de rutina no presenciales por medio de video conferencia entre el médico y una persona con video cámara en su celulares de alta velocidad.

Pero desde el plano ético, quien los está regulando? Cuales profesionales pueden responden por impacto en el uso de estos medios de comunicación? Estamos preparados para enfrentar las consecuencias humanas de relaciones virtualizadas entre los sistemas, y pseudo sistemas de salud, y nuestras poblaciones?

No son preguntas con intereses deontológicos, sino preguntas que deben ser analizadas desde los centros de pensamiento, para conciliar la masificación de la información de promoción de la salud con los requerimientos de atención profesional individualizada de nuestra población.

***f. Participación, transparencia y responsabilidad:***

Algunas semanas atrás, la máxima jerarca de la Organización Mundial de Salud, fue interrogada sobre las causas que llevaron al que el máximo órgano sanitario internacional cambiara las definiciones de pandemia, y con ella abriera las puertas para la que una gripe que en otro momento hubiese sido tratada con mayor proporcionalidad a su severidad como la AH1N1, se convirtiera en la profecía advenediza del nuevo milenio.

Ante acusaciones que han emanado desde la comunidad científica, sobre la presunta influencia de empresas farmacéutica en las decisiones de la entidad, la respuesta de las autoridades fue un no rotundo, sin justificación ni argumentación, solamente no. Independientemente del fundamento o certeza de quien interrogaba en aquel momento, es claro que la OMS ha sido lenta para establecer los mecanismos de transparencia que demanda una gestión internacional de la salud pública, con nuevos actores empoderados de su rol fiscalizador y contestatarios de las políticas internacionales.

Ahora bien, las grandes organizaciones no gubernamentales, son el reflejo de la beneficencia y la solidaridad de muchos grandes hombres y mujeres cuya generosidad y compromiso trasciende sobre sus condiciones de riqueza.

Como problema ético, el proceso de toma de decisiones resulta tan importante como el resultado de las mismas. A lo largo de los últimos años, se ha prestado mucha atención al refuerzo de los sistemas de consentimiento informado y supervisión comunitaria en el campo de la investigación médica.

La efectividad en el diseño de las intervenciones en salud, la construcción de esquemas para su abordaje, el monitoreo de las acciones y la evaluación de resultados de una política sectorial está estrictamente relacionada a los niveles de participación social.

Se demanda que el sector salud revise a fondo sus mecanismos de participación social a partir de un enfoque basado en derechos, que permita el involucramiento de la población alrededor del diseño de la política sanitaria.

Es vital la construcción de nuevos espacios para la inclusión del sector privado mediante alianzas público privadas (APP) que fortalezcan la seguridad ocupacional creando sitios de trabajo seguros ante desastres, y además construyan vínculos solidarios con la red de servicios de salud que brinda servicios preventivos y curativos a sus trabajadores/as.

Las creciente tecnificación de las organizaciones no gubernamentales abre nuevos espacios para que participen en investigación y la traducción política de los avances en gestión de la salud pública.

Finalmente, cada espacio de participación que en el ejercicio de sus derechos civiles es otorgado a un individuo u organización dentro del sector salud, incrementa la fiscalización y transparencia para el buen uso de los recursos por parte de los actores públicos

## **ETICA Y SISTEMAS DE SALUD**

Uno de los retos más complejos es imprimir valores y principios éticos en el funcionamiento rutinario de un sistema de salud. Algunos podrían mencionar que quienes deben ser reflejo de dicho constructo de valores y principios debe ser el personal de salud, y los usuarios, pero en realidad muchos de los grandes problemas éticos radican en la limitación que la masificación, complejidad administrativa y tecnificación ejerce sobre el campo de acción de los profesionales de salud.

Y es que aquí quiero hacer expresa la inquietud de muchos médicos que ante la saturación de los servicios prescriben exámenes que saben que no estarán disponibles sino hasta 6 o 12 meses después, a sabiendas de que está en juego la reducción de la sobrevida, o bien la sobrevivencia en caso de que la sospecha de una enfermedad crónica -como el cáncer- sea confirmada tardíamente.

Del otro lado del sistema, en el segundo o tercer nivel de atención, el personal responsable de la aplicación de pruebas de diagnóstico, o bien de terapias avanzadas, se enfrentan a listas de espera en las cuales “el sistema” los pone a elegir entre el niño, la mujer, la madre, el adulto mayor, entre los que vienen desde las zonas rurales con un viaje de entre 5 y 8 horas, y quienes viven cerca, pero comparten una misma necesidad por una atención oportuna de parte de los servicios de salud

Si fuese esa nuestra realidad diaria ¿a quién escogeríamos? El mercado lo resolvería sencillamente: a quien pueda pagar. Pero cuando entendemos que todos ellos tienen el mismo derecho a la provisión del servicio de salud. La única forma de sobrevivir sin una carga emocional como profesional de salud en dicho escenario es creando una barrera capaz de aislar el ejercicio profesional de lo que es bueno o lo que no lo es.

Por qué un sistema de salud, delega tal dilema a un profesional? Por qué el sistema somete a tal victimización a quienes son su razón de ser: los usuarios que contribuyen financieramente a su sostenimiento? Quien está detrás del sistema?

Como dijese el pensador costarricense Enrique Obregón, hace unos años en un artículo de prensa: si todo mundo sabe que existe pero nadie lo ha visto, todo lo decide, todo lo condiciona y todo lo puede y nadie hay por encima de él, debemos concluir que “el sistema es dios”.

## EL CASO DE COSTA RICA

Aprovechando la riqueza y diversidad de nuestros invitados a este Congreso me propongo buscar en la historia de Costa Rica algunos paradigmas éticos para el abordaje de los retos actuales.

Valores cuya trascendencia en el tiempo no debe desacelerar u oponerse al cambio como respuesta a la evolución dinámica de los sistemas sociales, pero si deben guiar la toma de decisiones ante los retos que afronta nuestra seguridad social, y pueden representar un punto de referencia para otros países.

Sobre dos grandes vías ha transitado el desarrollo institucional democrático de la Costa Rica que hemos heredado. Esos dos cimientos, adquieren importancia en nuestros días por haberse convertido en los puntos convergentes, en tiempo y espacio, de las reformas sociales y económicas; mérito de los formadores del Estado Costarricense por construir una democracia viva reproduciendo ciudadanía. Estos ejes son educación y salud.

### a. Estado Liberal:

Durante la segunda mitad del siglo XIX y primera mitad del siglo XX los objetivos de la defensa del joven estado costarricense llevan a crear las bases normativas del sistema educativo como primer pilar del Estado de Derecho.

Al mismo tiempo, en este período la población costarricense se enfrenta, muy rústica y aisladamente, a enfermedades transmisibles e infecciosas, producto de una alta “vulnerabilidad sanitaria”. Esta vulnerabilidad sanitaria se ve caracterizada por el hacinamiento de los grupos familiares, las malas condiciones (o ausencia) de acueductos y alcantarillados, mínimo manejo de desechos, y ausencia de regulaciones laborales.

Este siglo transcurrido entre 1840 y 1940, brinda a los costarricenses nacidos en su intervalo, una esperanza de vida al nacer de entre los 30 y 40 años.

Dos conceptos guiaban la atención en salud para la época:

- El primero de ellos caridad
- El segundo “exclusividad” médica

La caridad regía el funcionamiento de dos hospitales centrales (San Juan de Dios y Asilo Chapuí) así como de los hospitales en las cabeceras de provincia, que a su vez fueron intermediarios entre las familias de la oligarquía cafetalera y los primeros emisarios del capital extranjero, y los grandes grupos de jornaleros ubicados en dichos centros provinciales a través de las primeras campañas de salud pública.

La exclusividad fue, por un lado, producto de las condicionantes geográficas - principalmente cuando se dan los procesos de colonización cafetalera- y por otro, de la diferenciación social entre la élite ligada a la actividad exportadora y la gran parte de la población vinculada a actividades agrícolas bajo la figura de asalariados y no de propietarios.

Adicionalmente el incipiente desarrollo de los “cuasi-sistemas de salud”, -como en el resto de las sociedades occidentales- inició mediante un enfoque estrictamente curativo, frente a la necesidad de priorizar el uso de los escasísimos recursos en el restablecimiento de las “condiciones productivas” (objetivo mayor) de los y las trabajadoras. A lo cual se suma la muy gradual difusión del conocimiento científico de esos tiempos.

Es importante que el desarrollo de estas ideas liberales, y el consecuente desarrollo de los derechos políticos, sientan el punto inicial de todo el desarrollo del sistema de salud público, siendo su primera piedra la inalienabilidad del derecho a la vida humana.

#### b. Estado Benefactor (1940-180)

Las corrientes reformistas de América Latina, si bien criticadas por su fuerte inclinación socialista en momentos de incubación de la gran confrontación ideológica global, viene a equilibrar los alcances de la libertades individuales con un proceso de integración social que a su vez extiende/amplía el concepto de identidad nacional, como veremos adelante.

Un breve recuento de los hechos que convierten a la década del 40 en el punto crítico para la constitución del Sistema de Salud Público costarricense:

- Creación UCR, centro de formación de médicos, enfermeros (as), especialistas para toda la segunda mitad del siglo XX.
- Ley Asistencia y Protección Social.
- Reglamento Unidades Sanitarias e Higiene, y el Departamento de Enfermeras Visitadoras y Servicio Social
- Creación de CCSS y el seguro obligatorio de enfermedad, maternidad, invalidez, desempleo involuntarios. Ley Nº 17 del 22 de abril 1943.
- Junta Nacional de la Habitación y Cooperativa de Casas Baratas.
- Garantías Sociales.
- Pacto de Ochomogo y Pacto Embajada de México

Tan determinante como “las reformas” para la salud integral de los costarricenses, lo fueron los “pactos mencionados”, y viene a la memoria de nuevo la imagen de aquel viejo video donde Manuel Mora pregunta a don Pepe Fiqueres, después de nuestra guerra civil si la CCSS continuará ahora como parte de “segunda Republica” y Don Pepe contesta “...la Caja va”, igual sucedió con el resto de reformas mencionadas.

Y es que el desarrollo del sistema de salud pública debe su sostenibilidad al consenso político alcanzado entre opositores políticos, entre empresarios y trabajadores, entre médicos y pacientes, y entre las generaciones de costarricenses. Aplica acá lo que unos siglos atrás nos aclaraba Rousseau:

“Hay, con frecuencia, bastante diferencia entre la voluntad de todos y la voluntad general. Ésta no tiene en cuenta el interés común, la otra se refiere al interés privado, y no es sino una suma de voluntades particulares. Pero quitada de estas mismas voluntades al más y menos, que se destruyen mutuamente, y queda como suma de las diferencias la voluntad general” .

Detengo brevemente aquí el relato cronológico, con el fin de que podamos entender como académicos que ejercemos nuestra labor con interés público, que ante los retos previamente mencionados, debe prevalecer la búsqueda del bien común. No seamos inocentes al leer nuestro pasado, sea este lejano o inmediato.

Durante la década del 50 y 60 se genera una reacción simbólica entre el sistema educativo y los programas de salud pública. Esto es importante por cuanto la obligatoriedad y gratuidad de la educación, establecidas en el siglo XIX permitió la expansión de los centros de educación primaria concentraron a la población más joven (principalmente zonas rurales) para a ejecución de las acciones de inmunización, control y vigilancia nutricional, alimentación complementaria y otros que repercuten aceleradamente en los años siguientes.

Remarco aquí otra lección aprendida en el tiempo, y es que ante los problemas de acceso y la necesidad de variar los estilos de vida, al sistema debe apoyarse en la salud pública para superar innovación y creatividad las brechas de equidad.

En este período -a pesar de que el sistema educativo tiene raíces más profundas en el tiempo como política pública- se da “el nivelamiento” entre ambos “motores sociales”, en los ámbitos de cobertura, así como de impacto socioeconómico, y ello tiene 3 razones fundamentales:

- En primer término –y como acabo de mencionar- la plataforma educativa permitió alcanzar más rápidamente a las poblaciones dispersas-rurales
- Cual es mencionado por el economista Jorge Nowalsky “...la buena salud es, más allá de un derecho humano básico, una excelente inversión desde el punto de vista costo-eficiencia, toda vez que su réditos se obtienen en un período más corto que, por ejemplo, la inversión en educación” Siendo -además de lo anterior- un sector generador de empleo y encadenamientos productivos.
- Las sinergias generadas entre ambos sistemas (educación y salud pública) generan grandes acumulaciones de capital humano, lo cual, como todo factor de competitividad, redundo en ciclos de desarrollo económico.

El desarrollo experimentado por la institucionalidad que nace en los 40, llega a madurar en la década del 70 con la integración del Sistema Nacional de Salud (MSalud, CCSS, INS, ICAA), y la formulación del Primer Plan Nacional de Salud.

En este lapso, son primordiales algunos hechos que menciono a continuación :

- Fortalecimiento del régimen de enfermedad y maternidad mediante la reforma a la Ley Constitutiva de la CCSS
- Ley General de Salud (1973)
- Ley de FODESAF (1974) que viene a financiar los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria, y los acueductos rurales
- Ley de traspaso de los hospitales a la CCSS (1977 revisar)
- Crisis financiera de la CCSS y el consecuente incremento de las cargas sociales (1983)
- Primer proceso de reforma que lleva a la descentralización de la atención médica mediante los SILOS y la gestión cooperativa (1987)
- Este conjunto de normas y procesos tiene 2 características básicas:
- El modelo de atención en salud dividió/amplió la gestión curativa con la preventiva
- La gestión de la seguridad social se rige por tres principios:
  - o Universalidad en la cobertura
  - o Equidad en el acceso
  - o Solidaridad en el financiamiento

Es esta cimentación del Estado Social de Derecho la población transitó del perfil epidemiológico transmisible-infeccioso hacia los padecimientos crónicos agudos hacia el final de este período.

Tan sólo en la década del 70, la mortalidad infantil pasó de 70 a 20 por cada mil nacidos vivos. Otros factores que caracterizaron el perfil de esos años fueron el crecimiento demográfico de la población, y el intensa degradación de las condiciones ambientales producto de los impulsos a la industrialización y a la diversificación productiva.

En el intervalo dado por el modelo benefactor del Estado Costarricense, se modelan valores/conceptos como la búsqueda de la voluntad general en el ejercicio público-político, la responsabilidad social empresarial en su rol contributivo y la equidad como estandarte del “ethos distributivo” de la sociedad; mismos que podemos aplicar en nuestro afán de resolver los retos éticos de la actualidad.

Sobre este tejido moral del imaginario colectivo -que llevó a una aplicación gradual, pero rápida, de los derechos sociales- se gestó en este período uno de los más grandes procesos de inclusión social, lo cual vino a enriquecer la identidad costarricense y en esa misma vía a la democracia.

### C- Estado Regulador

La crisis financiera que enfrentó al Sistema Nacional de Salud en la década de los 80, de cara a la conclusión de la transición epidemiológica de la población, y el proceso de reforma del Estado, implicaron serias transformaciones en el “quien” y “como” se aborda la gestión de la salud nacional.

Por un lado la población aumenta su esperanza de vida al nacer a más de 79 años, ha concentrado poco a poco la relación de dependencia en el extremo etario superior de la pirámide poblacional; adicionalmente, nuestras nuevas patologías son de origen crónico y agudo; al mismo tiempo, la violencia social se convierte en un tema prioritario de salud nacional; y finalmente el incremento exponencial de los intercambios comerciales y migratorios en el mundo, lleva a que toda epidemia (llámese SIDA, SARS) represente un riesgo global.

Las nuevas condicionantes del panorama nacional, regional y mundial, llevaron a un nuevo proceso de reforma en los primeros años de la década anterior, que se implementa mediante un crédito del Banco Mundial y el BID a partir de 1994.

Este proceso implicó la división funcional de la Rectoría del Sector Salud, bajo la cartera ministerial, y la atención directa que descansa en el resto de las instituciones de la administración desconcentrada, principalmente la CCSS.

En cuanto a la atención de salud, se puede afirmar que el “modelo dualista” (preventivo-curativo), es sustituido por un modelo integral que agrega a esos elementos el factor promoción; todos bajo el marco del enfoque de construcción social de la salud. En este aspecto juega un papel protagónico los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud (EBAIS).

El rol rector del Ministerio de Salud, le hace depositario y garante público del deber del Estado por garantizar el derecho a la salud, incluyendo un ambiente humano apto para el desarrollo de las potencialidades individuales y colectivas.

## **CONCLUSIONES**

En lo positivo se vislumbran nuevos valores/conceptos que se suman al proceso de construcción de ciudadanía.

Por un lado la **equidad** se vuelve objetivo claro y transversal ante la necesidad de priorizar la distribución de los recursos. En este ámbito no tienen cabida racional las propuestas de exclusión y fragmentación social, proclamadas en función de los niveles y calificaciones de riegos, pues las evaluaciones costo-beneficio y costo-impacto, no reflejan ventaja alguna en dichas propuestas. Más aún con desviar la mirada hacia el ejemplo de Chile pueden causar un daño irreversible al sistema de atención en salud, y en general a la seguridad social.

Igual sucede con la **rendición de cuentas**, pues hoy más que nunca, la confianza de todo sistema amerita de transparencia financiera, y del apego del accionar directivo y gerencial (de todos los niveles de gestión) a políticas de Estado, que abran espacio a los usuarios a pronunciarse organizada y prepositivamente respecto al servicio que reciben.

**La participación** se vuelve condición perenne de los modelos de planificación, presupuestación, ejecución y evaluación de los programas social, de lo cual no se abstrae el sistema de salud pública. Se hacen muy útiles la identificación conjunta de las necesidades y mejoras de los servicios, así como la participación “responsable” del sector privado en la prestación de los servicios, asumiendo el riesgo propio de su actividad económica, y abocándose a objetivos compartidos y alianzas transparentes con el Sistema Nacional de Salud.

El desarrollo de los derechos fundamentales de tercera generación, que avanza de la mano de esquema de atención integral en salud, fomentan responsabilidades intergeneracionales en la población, evitando que la degradación del ambiente sea la peor herencia que brindemos a nuestros hijos(as) y nietos(as).

Estos nuevos constructos conceptuales vienen a sumarse como nuestro aporte a los principios generales/globales de ética médica, bioética y salud pública.

En el contexto actual de globalización y apertura de mercados, de gran movilización de bienes y gentes entre países y dentro de países, de profundas transformaciones en las comunicaciones y en las biotecnologías, de crecimiento exponencial de la industria de la salud, es necesario la creación de redes entre nuestros países y nuestras universidades que nos permitan acceder al conocimiento y angostar la brecha creciente de desigualdad.

Si queremos avanzar realmente en el derecho a la salud y en la participación social en salud, es impostergable plantear desde la evidencia y el conocimiento un nuevo “contrato social alrededor de la salud global”. Sus principales acuerdos y proclamas estarán impregnados de participación, multiculturalismos, igualdad de género, ética en lo público y lo privado, protección al ambiente humano y un pleno reconocimiento de la salud como derecho humano indivisible e interdependiente al desarrollo de nuestros pueblos.

Repensar, prever, prospeccionar, cuestionar, son palabras que se contraponen a los miedos del status quo y al paradigma burocrático de nuestro Estado, pero debemos abanderarlas sino queremos llegar tarde a la cita permanente del cambio. Algunas preguntas ilustran esta necesidad: cuáles serán los cambios de nuestros sistemas de salud, a los cuales deberemos dar respuesta con un fuerte base ética; cuál será el volumen de la movilización de bienes, servicios y personas; cuáles serán las reformas que afecten las funciones esenciales del Estado en materia de salud, de la provisión de los servicios de atención a las personas y su regulación, y cuál será la medida en que la evolución de los avances científicos así como los flujos de comunicación afecten la salud misma y su

atención; o cómo se está configurando la conciencia y la percepción de la sociedad con respecto a lo que los estados en materia de salud les corresponde.

Es probable que en unos años, -si no rompemos el miedo de confrontar con valores, principios e ideas al realidad- la fuerza dinámica del cambio nos cobre de golpe el precio de la pasividad traducido en sociedad enferma, improductiva, e infeliz; empero estoy segura que nuestra universidad sabrán leer los tiempos enfrentarlos con el mismo apego ético de los visionarios fundadores de nuestras instituciones que decidieron compartir lo más valioso: el saber de los pueblos.

Agradezco, el privilegio de su atención, y dejo en ustedes el uso de la palabra para atender consultas o comentarios

## BIBLIOGRAFÍA CITADA

- COLEMAN, Carl H; BOUËSSEAU, Marie-Charlotte; REIS, Andreas. Contribución de la ética a la salud pública. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-055954/es/>
- HABERMAS, Jürgen. Más allá del Estado nacional. Fondo de cultura económica. México. 1995.
- NAJMANOVICH, Denise. El lado oscuro de la prevención. [http://www.denisenajmanovich.com.ar/htmls/0301\\_textos.php](http://www.denisenajmanovich.com.ar/htmls/0301_textos.php)
- NOWALSKI, Jorge. Asimetrías económicas, laborales y sociales en Centroamérica: desafíos y Oportunidades. Facultad Latinoamericana de Ciencias Social, San José, Costa Rica. 2002
- MAINETTI, JA. Ética Médica. Introducción Histórica, Editorial Quirón, La Plata, 1989.
- OMS, Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 2009.
- ORTIZ, Ética, salud y seguridad social. Instituto de Ética en Salud
- PER. 2008. *Tercer Informe del Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible: Un informe desde Centroamerica y para Centroamerica*. San José : Programa Estado de la Nación / Estado de la Región, 2008.
- PÉREZ, Marcelino. La ética en salud. Evolución histórica y tendencias contemporáneas de desarrollo. Escuela Nacional de Salud Pública.
- SACHS, Jeffrey (2005). *The End of Poverty: Economic Possibilities for Our Time* Penguin Press Hc.
- SÁENZ, María del Rocío. La responsabilidad de los gobiernos del mundo ante la salud pública de sus poblaciones. Revista Ethos Gubernamental, Puerto Rico. No. III, 2006
- VÉLEZ, Luis A; MAYA, José M. PRINCIPIOS ÉTICOS BÁSICOS, Ética y salud pública No. 14.