

ESTUDIOS DE BIOÉTICA SOCIAL
PRIORIDADES EN SALUD Y SALUD INTERCULTURAL
© CIEB, Universidad de Chile, Centro Colaborador en Bioética OMS
Primera edición, diciembre de 2007

<http://www.uchile.cl/bioetica/>
e-mail: c-bio@uchile.cl

Registro de Propiedad Intelectual N° 168.169
ISBN: 978-956-19-0587-0

Diseño y diagramación: Fabiola Hurtado Céspedes

Impreso: Andros Impresores
Impreso en Chile

Ninguna parte de esta publicación, incluyendo el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida por medio alguno, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o fotocopia, sin autorización previa del editor.

ESTUDIOS DE BIOÉTICA SOCIAL

Nº 1, 2007

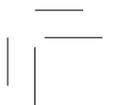
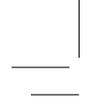
PRIORIDADES EN SALUD Y SALUD INTERCULTURAL

Fernando Lolas, Douglas K. Martin y
Álvaro Quezada

Editores

Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética
Universidad de Chile

Diciembre de 2007



ÍNDICE

AUTORES	9
PREÁMBULO	13
BIOÉTICA Y PRIORIDADES EN SALUD	
Estudios de bioética social. Prioridades en salud y salud intercultural <i>Fernando Lolas Stepke</i>	15
At the intersection of bioethics and health policy <i>Douglas K. Martin</i>	29
Investigación versus intervención en salud pública: ¿una distinción ética? <i>Fernando Lolas Stepke</i>	39
Improving priority setting in low and middle income countries: interdisciplinary bioethics in action <i>Douglas K. Martin and Lydia Kapiriri</i>	49
PRIORIDADES EN SALUD EN AMÉRICA LATINA	
Importancia del establecimiento de prioridades en Latinoamérica <i>Juan Manuel Sotelo</i>	67
Bioética y salud en las Américas y el Caribe: cooperación y diálogo en el establecimiento de prioridades <i>Fernando Lolas Stepke</i>	71
Priorización, efectividad y equidad en salud: ¿ecuación posible en América Latina? <i>Alma Eunice Rendón Cárdenas y Elizabeth Mercado Morales</i>	83
Priorización en salud: un dilema ético <i>Rafael Caviedes Duprá</i>	97

Ethics of preparedness in Latin America. Considerations on global epidemic risks <i>Fernando Lolas Stepke</i>	105
La medicina genómica como prioridad en el sistema de salud mexicano <i>Gerardo Jiménez-Sánchez</i>	113
Efectos de la reforma de los servicios de salud en la calidad de vida en Puerto Rico <i>Manuel Torres Márquez</i>	125
Priorización de la perspectiva ocupacional para el abordaje de la discapacidad en Chile <i>Laura Rueda C.</i>	135

PRIORIDADES EN SALUD Y SALUD INTERCULTURAL

At the crossroads between global health and local cultures: a critical perspective <i>Duncan Pedersen</i>	141
Interculturalidad en salud en Chile: de la teoría a la práctica <i>Margarita Sáez Salgado</i>	163
Instalación de un modelo de salud intercultural en la comuna de Alto Bío Bío, VIII Región, Chile <i>Guillermina Muñoz Panes</i>	171
El enfoque intercultural aplicado a la salud en el norte de Chile <i>Vivian Gavilán Vega</i>	175

APÉNDICE

PAHO Bioethics, Public Health and Health Policy Forum <i>Eliot Sorel and Fernando Lolas</i>	187
Resumen de videoconferencias: priorización en salud y salud intercultural <i>Álvaro Quezada Sepúlveda</i>	191

Declaraciones y documentos sobre priorización en salud y salud intercultural <i>Andrea Águila Abarca</i>	195
Instituciones vinculadas a la bioética en América Latina y el Caribe <i>Andrea Águila Abarca</i>	205



AUTORES

Andrea Águila Abarca

Bibliotecaria Documentalista, Universidad Tecnológica Metropolitana. Encargada del Centro de Información y Conocimiento del Programa de Bioética y de la Representación OPS/OMS en Chile.

Rafael Caviedes Duprá

Máster en Economía de la Universidad de Navarra, España. Director ejecutivo de la Asociación de Isapres de Chile y director de la Asociación Latinoamericana de Salud Privada, ALAMI. Fue director del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Vivian Gavilán Vega

Licenciada en Antropología en la Universidad de Chile. Máster en Antropología en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) en Quito, Ecuador. Ha sido docente en la Universidad de la Ciudad de México y en la Universidad Pedagógica Nacional de México.

Gerardo Jiménez-Sánchez

Médico Cirujano egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México. Doctorado en Genética Humana y Biología Molecular en la Universidad Johns Hopkins en EEUU. Investigador en el Instituto de Medicina Genética de la Universidad Johns Hopkins y director del Instituto Nacional de Medicina Genómica de México.

Lydia Kaporiri

Médico, Máster en Salud Pública en el Instituto Tropical Real de Amsterdam y PhD de la Universidad de Bergen, Noruega. Investigadora Asociada en el *Joint Centre for Bioethics* de la Universidad de Toronto.

Fernando Lolás Stepke

Médico Psiquiatra. Profesor titular en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Director del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de esta mis-

ma universidad y del Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.

Douglas K. Martin

Doctor en Ciencia Médica y Bioética de la Universidad de Toronto. Profesor Asociado en el Departamento de Administración y Evaluación de Políticas de Salud de la Facultad de Medicina y del *Joint Centre for Bioethics* de la Universidad de Toronto.

Elizabeth Mercado Morales

Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Interna, Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, Nicaragua. Egresada del Programa de Formación Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile.

Guillermina Muñoz Panes

Licenciada en Enfermería, Universidad de Concepción. Jefa de la Unidad de Capacitación del Servicio de Salud Bío Bío, Ministerio de Salud, Chile.

Duncan Pedersen

Director Científico, asociado a programas internacionales, del Instituto Douglas, Centro Colaborador para Investigación y Capacitación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Montreal. Profesor Adjunto de Salud Mental en el Departamento de Psiquiatría, División de Psiquiatría Social y Transcultural, Universidad McGill, Canadá.

Álvaro Quezada Sepúlveda

Magíster en Axiología y Filosofía Política, Universidad de Chile. Editor del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile y del Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.

Alma Eunice Rendón Cárdenas

Doctorante del *Institut d'Etudes Politiques* de Paris, becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México, y egresada del Programa de Formación Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile.

Laura Rueda Castro

Terapeuta Ocupacional y Licenciada en Filosofía, Universidad de Chile. Magíster en Bioética. Profesora Asistente en la Escuela de Terapia Ocupacional de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Margarita Sáez Salgado

Antropóloga, Universidad de Chile. Encargada del Programa Salud y Pueblos Indígenas, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Chile.

Eliot Sorel

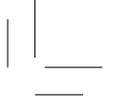
Médico Psiquiatra. Profesor de Salud Global en la Escuela de Salud Pública de la *George Washington University*.

Juan Manuel Sotelo Figueiredo

Médico Cirujano, Universidad Central de Venezuela. Máster en Salud Pública en la Universidad Johns Hopkins, Estados Unidos. Doctor en Ciencia Política en la Universidad del Salvador, Buenos Aires. Representante en Chile de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS.

Manuel Torres Márquez

Sociólogo. Catedrático de Sociología Urbana y Desarrollo Comunitario en el *Campus* Metropolitano de la Universidad Interamericana de Puerto Rico. Titular de la Cátedra Itinerante Regional UNESCO sobre “Problemas de Habitabilidad en las Ciudades Hispanoamericanas y Revitalización Integral de sus Centros Históricos”.



PREÁMBULO

Este volumen inaugura una serie de títulos que se orientarán a la relevancia social de la bioética, especialmente en sus relaciones con la salud pública.

Surge de tres videoconferencias realizadas entre 2006 y 2007, descritas y evaluadas en uno de los apéndices. A los textos de los ponentes se han agregado estudios en temáticas relacionadas, declaraciones y documentos internacionales y una lista de instituciones vinculadas a la bioética en América Latina y el Caribe.

El núcleo de este trabajo lo constituyó el esfuerzo conjunto del *Joint Centre for Bioethics* de la Universidad de Toronto y el Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile, ambos Centros Colaboradores de la Organización Mundial de la Salud en materias bioéticas. El proyecto fue coordinado por el Programa de Bioética de la Organización Pa-

namericana de la Salud y el aporte financiero del gobierno de Canadá permitió su concreción mediante un sistema concursable de asignación de fondos. Este mecanismo hizo posible una formulación cuidadosa y atención a las consecuencias de tratar los temas que constituyen este libro.

Priorización en salud y salud intercultural son temas derivados de preocupaciones concretas de las instituciones participantes. El primero tiene en Toronto uno de sus más acreditados centros de cultivo y en América Latina merece especial atención. El segundo, de sutiles vínculos con el primero, es una interfaz entre las ciencias sociales y la salud comunitaria.

Aunque ninguno de estos temas está tratado en este libro de manera acuciosa, su publicación marca un hito histórico en el trabajo de los especialistas y les invita a conside-

rarlos en sus agendas de trabajo. Al difundir estos textos se cumple con un objetivo del proyecto y se aspira a sugerir nuevos cauces a la investigación en las áreas limítrofes entre disciplinas, preocupación esencial de la bioética social. En ella, el habitual discurso debe modificarse para adaptarlo a las exigencias de un campo de estudio de gran importancia práctica para individuos y poblaciones.

Como todo libro que agrupa contribuciones de diferentes autores, no ha sido posible evitar la heterogeneidad en el alcance y la claridad de cada una. Aquí se agrega, además, el factor de diversidad lingüística, al escogerse publicar los trabajos en su idioma original. Con todo, junto con agradecer a los autores y al personal del Programa de Bioética OPS, se espera recibir suficiente crítica y estímulo para continuar esta tarea.

Fernando Lolas Stepke

ESTUDIOS DE BIOÉTICA SOCIAL. PRIORIDADES EN SALUD Y SALUD INTERCULTURAL

Fernando Lolas Stepke

Bioética: semántica social, matriz disciplinaria y comunidad de práctica

El explosivo aumento de instituciones, cursos y publicaciones bajo el epígrafe “bioética” hace pensar en una saludable expansión. Como hemos advertido reiteradamente, tal proliferación debe ser examinada con cuidado. En muchos casos, se trata sólo de una cosmética verbal para designar prácticas antiguas. En otros, se usa la palabra por su ambiguo poder evocador de reflexión filosófica, defensa de la vida o los derechos humanos. La mayoría de las veces, el discurso se rigidiza en una alusión ritual a Van Rensselaer Potter, por sus artículos y libros de la década del 70 del siglo XX, y en una reiteración acrítica de los cuatro principios que configuran el

“mantra de Georgetown”: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia(1).

Aunque pedir originalidad extrema en temas o perspectivas sería exagerado, es menester reconocer que la mayor parte de lo publicado en América Latina no contribuye aún decisivamente al acervo mundial con propuestas originales. Consignas, estridentes declaraciones y mucha liviandad intelectual no son precisamente los medios para lograr densidad, y menos para basar una reflexión sustentable con argumentos y sostenible en forma de instituciones y no como simple afición de personas(2). Lo cual es menester recordar cada vez que un grupo desea incursionar en el área, a menudo proponiendo más programas de pre o posgrado, o estableciendo

comités sin adecuada formulación de metas y procedimientos.

Ya sabemos que, por ejemplo, la atribución exclusiva a Potter de la creación del neologismo es errada. Fritz Jahr, en 1927, publicó un artículo bajo el título “*Bio-Ethik*” en la revista *Kosmos*, cuyo principal argumento era la formulación de un “imperativo bioético” para el “trato” con animales y con la Naturaleza en general(3). Como otras aportaciones en lengua alemana en esta materia, el artículo de Jahr no es citado ni mencionado en la monótona recapitulación de la historia bioética para latinoamericanos, reducida a una saga estadounidense y a una mezcla de admoniciones fraternales, agenda política populista o utilidad para la clínica y la investigación. Nada de esto es negativo en sí mismo, pero la necesaria apertura de horizontes, la inserción de la temática en discursos sociales relevantes y la renovación conceptual precisan de una permanente conciencia crítica: competencia bioética poco estimada.

En encuentros con grupos que usan el discurso bioético en diferentes

contextos, hemos concluido que es útil considerarlo bajo tres perspectivas diversas pero complementarias.

Por una parte, se trata de una semántica social que redefine dilemas y “resignifica” conflictos y desafíos. Cada vez más, los problemas del significado y las diversidades, aparentes y reales, que configuran la pluralidad de las sociedades humanas constituyen estímulos para buscar “disciplinas puente”. Éstas, que se sitúan en los “intersticios” que dejan los saberes ya constituidos, forman parte de la esperanza de comprensión universal que palpita bajo las ciencias llamadas “humanas”. La bioética es una de esas disciplinas y, tal vez sin proponérselo en este sentido, recibió de Potter el apelativo de “puente”. Y la diversidad –las distinciones con y sin diferencias– precisa de herramientas metódicas fuertes, al tiempo que sutiles, y un entrenamiento cuidadoso en las artes hermenéuticas o de la interpretación. Lo que empezó siendo “*Auslegung*” (interpretación como mostración) de textos para descifrar sus ocultas resonancias, ha venido a ser componente clave para las ciencias-puente, pues la vida humana

y la conducta son susceptibles de “textificación” universal. Esto es, el gesto, la conducta, los vestidos, la costumbre, los edificios y toda obra pueden convertirse a texto en tanto conjunto de signos y símbolos. Ello constituye uno de los elementos más fértiles que cabe cultivar en la bioética en tanto proceso social y acceso a significados(4).

La bioética también puede concebirse como una matriz disciplinaria. Se fundamenta, más que en un método para construir certidumbres, como en las ciencias empíricas, en un pluralismo metódico y argumental que usa las tradiciones éticas como las cuerdas de un arpa. Tocándolas cuando y como sea preciso o necesario, pasando de la argumentación deontológica a la teleológica, buscando acuerdos y consensos, renunciando a vencer o convencer, substrayéndose a la tentación del sistema universal y a la síntesis dialéctica. Como matriz para construir discursos, cabe hablar de un “modo bioético” de formular problemas en las ciencias, las tecnologías y las prácticas sociales. Así como cabe hablar de un paradigma bioético en la medicina,

también se lo encuentra en otras tecnociencias y, alejándonos de la pretensión de un “especialista en generalidades”, el “modo bioético” debiera impregnar la articulación de verdades, creencias y prácticas desde su misma entraña y no como una adición ajena y extemporánea, resistida por los expertos e inútil en sus directrices.

“Matriz disciplinaria”, “paradigma”, “clave hermenéutica” son denominaciones que no agotan los puntos de vista bajo los cuales considerar –o hacer inteligible– lo que ha venido a llamarse “bioética”. Decir que incluye procesos sociales, procedimientos técnicos y productos académicos nada aporta sobre su impacto en la vida cotidiana. Estas apreciaciones son declaraciones de intención más que comprobables realidades. Para saber cómo es la bioética “real”, la de todos los días, debemos dirigir la atención hacia una presunta “comunidad de práctica”, constituida por todos los que dicen “saber de” o “usar de” la bioética.

Tal estudio, propio de una sociología del saber y del hacer, es necesario en

un área que, además de intersticial y pontifical, como anteriormente dijimos, es también limítrofe(5). Se halla entre muchos intereses sociales, políticos, académicos, económicos, confesionales, magisteriales, por citar algunos. Por ende, su contextura es muy frágil y se deja instrumentalizar para propósitos diversos y divergentes, hasta contradictorios. Sirve de instrumento de poder, de argumento de uso múltiple, de actividad académica. Todo ello en una atmósfera de ambigüedad que hace difícil su tipificación adecuada e ímproba la tarea de fijar límites, delinear estándares o certificar calificaciones y cualidades.

Cuando observamos la contingente realidad de la bioética en nuestros países latinoamericanos y caribeños afloran preguntas que normalmente no se formulan. Por ejemplo, ¿cuál es la verdadera utilidad de los comités en la resolución de los problemas éticos del ambiente sanitario? Hemos dado por supuesto que la institución “comité” es necesaria y suponemos que mejora la calidad de las atenciones de salud, además de brindar protección de derechos y deberes y elevar el grado de sa-

tisfacción en usuarios y prestadores de servicios. El impacto real de esta práctica institucional es difícil de estimar si se considera que bajo la misma designación se esconden realidades muy diversas y con integrantes en distintas etapas formativas o con variados intereses. Para nosotros, la tensión entre la “representación de” y la “representatividad de” “interesados” en los procesos sociales es crucial, toda vez que se puede tener la representación de un grupo sin compartir ninguno de los atributos de sus miembros, condición indispensable de la representatividad. Es evidente que la participación que se espera de los agentes y actores sociales en la construcción del sentido de pertenencia, de la salud y del bienestar requieren de ésta más que de aquella.

Hacia la bioética social

Existe la necesidad de ampliar el horizonte de la bioética más allá del campo de la práctica clínica y la investigación tecnocientífica. Al abordar los problemas éticos en la salud pública y en las actividades de supervisión y rectoría (*stewardship*) que competen razonablemente

a los Estados nacionales se deja ver lo limitado del enfoque tradicional basado en el mantra de Georgetown y la exclusiva fijación al individuo que ha caracterizado al discurso bioético de cuño estadounidense(6).

La tradición reconoce, desde el punto de vista temático, las vertientes de la bioética global, biosférica –tal como fue propugnada por Jahr, Potter y los ecobioeticistas–, y de la bioética médicamente orientada, aplicable a la clínica y la investigación. Las denominaciones “microbioética” (relaciones interpersonales), “mesobioética” (instituciones sociales) y “macrobioética” (biósfera y problemas globales) captan esta diversidad, pero exigen explicaciones al dar la errónea impresión de que cada área trata problemas de distinta “magnitud” y, por ende, importancia(7). Por ello, debe preferirse la denominación “bioética social”. Alude a la bioética como una forma de filosofía social y brinda una perspectiva sobre el talante dialógico de la deliberación que se propugna y de su necesario impacto en la sociedad. Los diferentes intereses sociales, cuando la so-

iedad está cohesionada, confluyen hacia lo que Rawls llama una “razón pública”, una condición de posibilidad, podríamos agregar, de entendimiento y de aprecio por “bienes públicos”. Tales son los que gozan los miembros de una comunidad sin que su gozo o usufructo vaya en detrimento de otras personas y con acceso universal, de modo que su reducción o carencia afecta globalmente a la sociedad (por ejemplo, aire puro).

En el caso de la salud de las comunidades, puede argumentarse que ésta no es simplemente el agregado o la suma de la salud de sus miembros individuales, sino una resultante compleja, un vector social, que influye en y es influido por las “saludes” individuales y parciales. La disciplina que estudia los medios y mecanismos para promover y mantener la salud por parte de la comunidad organizada suele conocerse como “salud pública”. Obsérvese que restringimos el uso del término a la disciplina, prefiriendo la expresión “salud de la comunidad” para referirnos a la realidad sanitaria, acogiendo una sugerencia del *Nuffield Council on Bioethics*(8).

Como aquí la concebimos, la ética en salud pública es un capítulo importante –si bien no el único– de la bioética social, pues ésta se extiende a las interacciones e instituciones más allá del ámbito específico de la promoción y el cuidado de la salud(9).

Por de pronto, la aplicación simplista de los principios de validez aparente, corrientes en bioética, encuentra dificultades. La autonomía, por ejemplo, reducida a lo individual, resulta compleja de analizar en la red de prácticas sociales que constituyen el cuidado de la salud. El “sujeto de derechos” no siempre es el individuo y hay ocasiones en las cuales deben tomarse decisiones que afectan a individuos pero preservan al cuerpo social. De seguir a Rudolph Virchow, la medicina es la política del cuerpo y la política la medicina de la sociedad. Con lo que se insinúa un parentesco estructural –más allá de lo metafórico– entre lo social y lo personal. Sería lícito, por ejemplo, hablar de “sociedad enferma”, como fue de estilo en algunos círculos, o abordar los modos de vida de las poblaciones como “estilos”, semejantes a

los estilos de vida de las personas. Para una antropología moral, la tarea consistiría en mostrar la bioética privada y cotidiana en el contexto de las prácticas sociales y de las regulaciones que les son propias.

Como es obvio, la total coincidencia entre los intereses de los individuos y de las comunidades es utópica esperanza. Suelen darse consensos de parcial superposición entre las “teorías” morales de los sujetos y las prácticas y políticas sociales, según creencias y actitudes, según tradición e historia y según posición y poder. Para John Dewey, en la perspectiva pragmatista, las reglas morales son “hipótesis de trabajo” sobre las causas y las consecuencias de las acciones que tienen relevancia social(10). Incidentalmente, las acciones que carecen de relevancia social, por desconocidas o insignificantes, no tienen interés para el discurso bioético, que es precisamente la entronización del diálogo como herramienta para la estructuración de reglas técnicas, consejos prácticos y normas morales (recuérdese a Kant: *technische Regeln, pragmatische Ratschläge y moralische Gebote*). La bioética social es, por decirlo en

otra forma, una epistemología moral social(11) susceptible de ser tratada como, y de contribuir a, las ciencias sociales empíricas con su canon de científicidad y certezas(12).

En un documento importante sobre temas de ética en salud pública, el *Nuffield Council on Bioethics* destaca la necesidad de adecuar o reformular los principios bioéticos al aplicarlos a la realidad social. Esto implica una tarea de reflexión sobre el Estado y los grupos de presión u opinión y, por sobre todo, una revisión de los principios éticos nucleares que han de servir de marco referencial para proponer argumentos bioéticos.

Un principio central es el llamado “principio del daño”, atribuido a John Stuart Mill(13). Cuando el fin es prevenir o impedir daño a los miembros de una comunidad, puede ponerse en entredicho la libertad individual. El poder se ejerce legítimamente cuando está involucrada la autoprotección. De modo que el daño o su posibilidad –que es el riesgo– justifican la acción comunitaria, que entonces adquiere precedencia lógica y moral sobre

los intereses, libertades y deseos del individuo.

Otro principio se relaciona con el cuidado de los grupos o personas vulnerables, a los que Mill alude explícitamente cuando observa que su principio básico se aplica a “seres humanos en la madurez de sus facultades” y quienes no estén en tal condición requieren atención especial. En este grupo están los niños y todos los seres humanos dependientes de otros, pero debe destacarse cuan esquivo es el concepto de “vulnerabilidad” y cómo debe predicarse de condiciones y contextos más que de personas(14). Es menester reconocer que existen vulnerabilidades absolutas o totales y vulnerabilidades relativas. La calificación exacta de una y otra es materia de debate político e institucional, y las decisiones que se tomen en esta materia son cruciales cuando debe abordarse el problema de la igualdad y la equidad.

Estas consideraciones se amplían en el texto de Mill con la aseveración de que su defensa de la libertad individual se funda en su compromiso con la “utilidad”, entendida

como bienestar general. El utilitarismo es casi una ideología técnica con su máxima de proporcionar el mayor bien al mayor número y es posible advertir su influencia en la fundamentación de muchas medidas sanitarias.

De la concepción general en que se desarrolla el pensamiento de Mill se deduce, además, la importancia de la información y la educación. El conocimiento no es simplemente información sino información organizada en vistas de algún interés social o con algún efecto societario, pero a menudo basta con informar. Las medidas coercitivas, si son informadas y entendidas, se hacen más legítimas a las poblaciones. “Aconsejar, instruir y persuadir” son las formas en que los temas sanitarios, o relevantes para la comunidad en tanto sujeto de derechos, pueden presentarse al público. Las personas, supuestamente racionales y razonables, instruidas o persuadidas por los expertos o los sabios, tomarán decisiones apropiadas y oportunas. Esto, en el contexto de la construcción personal de la propia vida y, con ella, de la salud integral. Siempre es conveniente recordar que la

salud, en más de una vertiente, es valor personal y logro de los individuos, de modo que ni el Estado ni el mercado pueden asegurarla. Lo que una dirigencia adecuada puede conseguir es equidad en el acceso a bienes y servicios necesarios para construir la salud y fundamentada base para recomendar prácticas o productos beneficiosos(15).

Como se puede apreciar, es necesario revisar y modificar los principios de la bioética principialista estadounidense en el contexto de la salud comunitaria(16). Por ejemplo, valores tales como “comunidad” (o sentido de pertenencia), “cohesión”, “solidaridad”, “reciprocidad”, con sentido solamente en el ámbito social, necesitan ser estudiados y fundamentados tomando en cuenta una razonable dosis de pluralismo, una estructura de distribución del poder y la inevitable presencia del razonamiento político en materias que afectan a la comunidad. Es inevitable enfrentar paradojas y contradicciones cuando, por ejemplo, se habla de consentimiento informado individual y se analiza bajo qué circunstancias un ejercicio irrestricto de la autonomía individual y de la

libertad personal puede ser contrario a los intereses de la comunidad. Esta aporía –problema sin aparente solución– se ha planteado en muchos países del mundo y los dilemas derivados de ella se resuelven bajo circunstancias cambiantes y distintas. No existe una solución única y lo que la reflexión en temas de salud comunitaria puede hacer es brindar aproximaciones, no férreas directrices ni fórmulas mágicas.

Temas de una bioética social: prioridades e interculturalidad

En este volumen, resultado de tres videoconferencias que concitaron amplio interés internacional y de contribuciones que se consideró relevantes para un mejor planteamiento de los temas, se examinan dos temas sustanciales de una bioética social. Uno es el proceso de establecer prioridades en salud pública. El otro es el planteado por la diversidad étnico-cultural de nuestras sociedades.

Si viviéramos en un entorno de abundancia perpetua y no existiera escasez, no existiría el pensamiento

económico y casi no sería necesario tomar decisiones sobre pertinencia, propiedad y urgencia de medidas sanitarias. Las prioridades, como el racionamiento de recursos escasos (que viene a ser casi lo mismo), constituyen un desafío técnico y, por ser técnico, también ético, pues actuar, no actuar o actuar de una manera específica son ya decisiones preñadas de sentido y consecuencias para quienes experimentan sus efectos. La difícil situación de quienes toman decisiones que afectan a personas solamente puede ser entendida cuando se considera lo complejo de convertir el conocimiento científico en medida concreta de salud. Esta transferencia se ve afectada por numerosas limitaciones. La no menor es la correcta identificación de qué constituye evidencia suficiente de un efecto o de una causa. Pues las evidencias son de muchos tipos, y no todos afinan en la racionalidad instrumental. Hay limitaciones debidas al clima espiritual, al entorno político, a las tradiciones e instituciones, en fin, a la cultura, que impiden a veces valorar lo que los expertos consideran evidencias. Una política pública basada en evidencias o pruebas, como

una medicina así constituida, suelen ser aspiraciones no cumplidas en muchos lugares del mundo.

Incluso la más inequívoca de las evidencias o pruebas y aún la mejor transferencia de conocimiento a la acción práctica no aseguran que se cumplan las metas o las expectativas de las personas. El factor valórico está presente, por ejemplo, en la percepción del riesgo. Para efectos prácticos, riesgo es la probabilidad de un daño y su magnitud es el producto de la gravedad de éste multiplicada por la frecuencia o probabilidad de su ocurrencia. No obstante, estos guarismos poco dicen a las personas y, sobre todo, es muy difícil concitar adhesión a medidas que deben imponerse a quienes se sienten sanos o, al menos, sin síntomas serios. De allí que tan importante como la noción estadística de riesgo sea la percepción subjetiva, a menudo marcada por un sentimiento de invulnerabilidad individual que no tiene equivalentes prácticos en la comunidad.

Este ejemplo sirve para intuir la dificultad de establecer prioridades en materia de salud. Pues lo que

una población considera esencial otra puede tenerlo por irrelevante. Lo que los expertos juzgan imprescindible, suelen las comunidades no compartirlo. La tentación a la beneficencia sin autonomía, conocida como paternalismo, es muy fuerte cuando se identifica el poder con el poder-hacer. Entonces, quienes toman decisiones deben elegir entre bienes a veces contradictorios o convencer a la gente de que hay males que no percibe.

Este es un sencillo ejemplo de por qué el tema de la priorización es ético y no solamente técnico. El bienestar de las mayorías suele no ser el mismo que el de los individuos. La equidad en el acceso puede no coexistir con la excelencia y la calidad de los servicios(17).

Los desafíos que plantean las diferencias entre personas y grupos han sido siempre un factor limitante de la cientificidad en los asuntos humanos. En el plano de las diferencias individuales, suele utilizarse constructos como “personalidad”, “temperamento” y “carácter”, que indican constelaciones de rasgos diferenciadores, a menudo con cierta

estabilidad temporal que permite predicciones razonables sobre el comportamiento bajo distintas condiciones. Son conceptos “disposicionales”.

Pocos países del mundo utilizan todavía de modo sistemático el constructo “raza” para designar diferencias grupales debidas a factores genéticos o culturales. Más que una pérdida del valor heurístico del concepto, se trata más bien de su desprestigio como categoría de análisis que permita predicciones razonables y evite estigmatizaciones y discriminaciones. En el pasado, ha tenido una aplicación decididamente negativa y eso lo ha lastrado con atributos no deseables.

En los países latinoamericanos suelen convivir diferentes etnias, algunas originarias y otras implantadas por procesos migratorios y de conquista. Cabe suponer que el diálogo intercultural puede ser fuente de enriquecimiento y también de conflicto. Las mayorías y las minorías del continente precisan marcos razonables para encarar juntas los

desafíos de la salud global, de la Naturaleza indómita y de la tensión entre culturas. Aunque la tarea de definir colectivos y grupos no es en absoluto fácil, y en el caso de los grupos étnicos especialmente compleja, la bioética como diálogo tiene ante sí la tarea de abordarla y dar solución a los problemas que de ella derivan.

Los problemas de una interculturalidad carente de paternalismo o de unilateral convicción sobre lo que es apropiado en salud, ignorando la impronta cultural y las tradiciones locales, son materia que los autores de una ya extensa literatura abordan con pocas referencias al *corpus* de literatura bioética ya disponible. Es precisamente uno de los objetivos del trabajo del Programa de Bioética OPS/OMS: interactuar con las agencias interesadas en estos temas, con dependencias gubernamentales y con organismos internacionales con el fin de que las políticas públicas que crucen a través de fronteras étnicas estén informadas por principios bioéticos y se respeten las diferencias.

Referencias

1. Lolas F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. 2ª edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2001.
2. Pessini L, de Barchifontaine C, Lolas F. (Coords.) *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*. Santiago de Chile: Programa de Bioética OPS/OMS, Ediciones São Camilo; 2007.
3. Sass HM. Fritz Jahrs bioethischer Imperativ. 80 Jahre Bioethik in Deutschland von 1927 bis 2007. *Medizinethische Materialien*. Heft 175. Universität Bochum; 2007
4. Garz D, Kraimer K. (Eds.) *Die Welt als Text*. Frankfurt/Main: Suhrkamp Verlag; 1994.
5. Lolas F. Ciencias sociales empíricas y bioética. Reflexiones de circunstancia y un epílogo para latinoamericanos. *Acta Bioethica* 2002; 8(1): 47-53.
6. Jennings B. Frameworks for ethics in public health. *Acta Bioethica* 2003; 9(2):165-176.
7. Lolas F. *Temas de Bioética*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2002.
8. Nuffield Council on Bioethics. *Public health: ethical issues*. London: Nuffield Council on Bioethics; 2007.
9. Lolas F. Bioética y salud pública. En: Malagón-Londoño G, Galán Morera R. (Eds.) *La salud pública. Situación actual, propuestas y recomendaciones*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2002: 477-482.
10. Arras JD. Pragmatism in bioethics: been there, done that. In: Frankel Paul E, Miller FD, Paul J. (Eds.) *Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002: 29-58.
11. Buchanan A. Social moral epistemology. In: Frankel Paul E, Miller FD, Paul J. (Eds.) *Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002: 126-152.
12. Wildes KW. Bioethics as social philosophy. In: Frankel Paul E, Miller FD, Paul J. (Eds.) *Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002: 113-125.

13. Mill JS. (1859) On Liberty. En: Collini S. (Ed.) *On Liberty and Other Essays*. Cambridge: Cambridge University Press; 1989.
14. Lolas F. Consideraciones sobre vulnerabilidad social. *Quirón* (La Plata) 2004; 35: 45-51.
15. Lolas F. *Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello; 1997.
16. Lolas F. Public health and social justice. Toward ethical sustainability in healthcare and research. *Acta Bioethica* 2003; 9(2):189-194.
17. Lolas F. (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética, Organización Panamericana de la Salud; 2000.



AT THE INTERSECTION OF BIOETHICS AND HEALTH POLICY¹

Douglas K. Martin

Introduction

Though bioethics discussions may be traced back several millennia, the modern era of bioethics emerged in the second half of the 20th century and focused almost exclusively and narrowly on the one-OIT-one relationship between researcher and subject or physician and patient. As the 21st century emerged, bioethicists widened their viewpoint to encompass ethical issues related to groups, entire populations and even health systems. Nowhere is this more apparent than in two key areas: the intersections of i) bioethics and public health, and ii) bioethics and health policy. Public health ethics is only now beginning to creep forward slowly but steadily, pro-

pelled by concerns about the ethics of pandemic influenza preparations. But, bioethicists conducting health policy research are proceeding full-speed ahead.

In particular, significant bioethics scholarship has been brought to bear on the difficult problem of priority setting. Priority setting has emerged as arguably the key health policy concern of health policy makers everywhere and, at its core, it is fundamentally the ethics of priority setting that makes it so contentious and difficult.

Priority Setting: At the Intersection of Bioethics and Health Policy

Priority setting, the distribution of resources among competing demands, in the health system is the

¹ A Discussion Paper in Preparation for the 11th World Congress on Public Health Rio de Janeiro, 2006.

crucial facilitating mechanism on which health system sustainability depends. No health system, whether primarily publicly or privately funded, or wealthy or poor, can afford to provide everything it may want to provide. The cost of health care continues to skyrocket, with the cost of new drugs leading the rise. Policy makers within each system must decide which programs to fund (e.g. tertiary care hospitals, primary care clinics, or public health units), which clinical programs to fund (e.g. oncology, cardiac care, mental health, neonatology, paediatrics, geriatrics), and which treatments to fund. Moreover, clinicians in both public health and acute care must decide which people to serve, and the type of service to provide. Individuals or groups receive care depending on the results of these decisions. Consequently, the interest of citizens, in some cases their very lives, is fundamentally dependent on priority setting.

Moreover, at its fundament, the primary problem of priority setting is the conflict of values. Should we fund treatments that provide a small benefit to a large number of

people or those that provide large benefit to only a few? When should we fund expensive drugs that provide only modest benefit? Should we preferentially fund paediatric care? or geriatric care? In the case of pandemic flu, should we provide vaccine to the most vulnerable (e.g. children and elderly) or those who will contribute more to a well-functioning society (e.g. adults between 18 and 40)?

Different values lie at the heart of these questions, such as need, benefit, cost, costeffectiveness, equity, rule-of-rescue, and more. Theories of justice (e.g. utilitarianism, communitarianism, feminism, etc) conflict and are too abstract to apply directly in decision making contexts, and there is no overarching theory to tell us which is theory, or which value, should dominate in anyone specific context. Reasonable, intelligent people can and do disagree about these questions, because different people emphasize different values. Decision makers faced with value-based priority setting decisions, where different values are in conflict, have no guidance for resolving these conflicts.

Alternative approaches based in health economics may be more familiar. Health economists have focused on the value of efficiency in priority setting and have provided practical tools for many contexts. Recently, Donaldson et al. developed program budgeting and marginal analysis (PBMA), which can support 'evidence-based' decision making in primary care(1) and Regional Health Authorities(2). Cost-effectiveness analysis (CEA) has been promoted as a tool for pursuing efficient investments in health care technologies(3-6). However, the application of PBMA and CEA in specific contexts has been limited. For example, a study of a provincial drug formulary committee, which adopted a published set of CEA guidelines as a standard for their analysis(7) revealed that CEA had only limited influence(8). As a policy tool, CEA is limited because efficiency is not the only value relevant to priority setting. The Institute of Medicine Panel on Cost Effectiveness argued that, "...CEA [should] be used as an aid to decision makers who must weigh the information it provides in the context of ... other values"(9).

Decision makers require practical and theoretically grounded advice for making decisions in these difficult circumstances. A traditional bioethics approach might sound like this: Memorize and apply the three primary philosophical principles of bioethics (autonomy, beneficence, justice). Get a trained bioethicist to critique your decisions. Add other principles if deemed necessary. However, the key to unlocking real-world answers is an approach that is more constructive, interdisciplinary, practical and accessible to decision makers.

The most significant advances in improving priority setting have been the two-fold achievement of i) a normatively grounded framework, and ii) an improvement strategy that utilizes this framework to guide decision makers and strengthen health systems.

Improving Priority Setting and Strengthening Health Systems Globally

In 2000, Singer reviewed recent advances in medical ethics and made two points: 1) the most important

recent advance in priority setting is the development of a framework for fair priority setting, ‘accountability for reasonableness’, and 2) issues related to medical ethics, including priority setting, “can no longer be viewed only from the perspective of wealthy countries... [we should seek] to identify key ethical problems faced by the world’s six billion inhabitants and envisages solutions that transcend national borders and cultures(10). While knowledge is increasing about priority setting in developed countries, very little is known about priority setting in developing country health care institutions. Improving priority setting is crucial to improving health system performance in developing countries. It is increasingly recognized that health system performance is an important part of improving the inequities in global health, which are perhaps the greatest ethical challenge in the world today. Key elements of the WHO’s framework for measuring health system performance include: reducing health inequalities, providing appropriate care promptly, and fairness in system financing(11). Improving priority

setting processes within health care institutions in developing countries can improve these and other performance elements and can lead to a more just allocation of scarce health resources. Ultimately, through more just targeting of resources, these improvements will translate into improvements in global health.

A Strategy to Improve Priority Setting in Health Systems: Describe-Evaluate-Improve

‘Accountability for reasonableness’ is a framework for legitimate and fair priority setting that allows decisions makers and stakeholders to deliberate together about the values that should be relevant to priority setting decisions in specific contexts. ‘Accountability for reasonableness’ operationalizes the principle of fairness and helps to provide the environment within which difficult decisions may be found to be acceptable, even by those who may disagree with the outcome.

Martin & Singer developed an improvement strategy that they have implemented in health care insti-

tutions in Canada through the Canadian Priority Setting Research Network (www.canadianpriority-setting.ca)(12). The strategy involves combining three linked methods: case study research to describe priority setting; interdisciplinary research to evaluate the description using an ethical framework; and action research to *improve* priority setting. This *describe-evaluate-improve* strategy is a generalizable method that can be used in different institutions or organizations to improve priority setting in that context.

In order to improve priority setting in healthcare institutions, a first step is to *describe* priority setting groups and their priority setting processes. There are few limited descriptions of how actual priority setting decisions are made in healthcare institutions (e.g. Regional Health Authorities, Pharmaceutical Benefit Management Organizations, hospitals, etc.). A second step, because how groups make decisions may not be how they should, is to *evaluate* the description against a framework of how priority setting decisions should be made. ‘Accountability for reasonableness’ has gained in-

ternational recognition as a framework for fair priority setting(13). It can be adapted to the nuances of local decision making in both developed and developing countries. Priority setting in Canadian healthcare institutions has been evaluated using ‘accountability for reasonableness’, but the work is limited beyond Canada. But, because these two steps are insufficient in themselves to create change, a third step is to *improve* priority setting using action research based on the comparison between how groups make decisions and how they should make decisions. Correspondence with the framework indicates ‘good practice’; gaps indicate opportunities for improvement.

The benefits of this approach accrue at three levels. First, in the individual institution, this approach provides a strategy for quality improvement in regard to priority setting and other administrative decisions, a heretofore missing evidence-base for priority setting decisions, and a way of operationalizing the abstract concept of a ‘learning organization’. Second, in the health system, this approach will serve an

educative function for social policy learning regarding limit setting in health care, develop a 'data-base' or 'case law', of lessons gleaned from priority setting in different health care contexts, including developing country contexts. Third, this approach helps to inform members of the public, particularly vulnerable people, about priority setting decisions that affect them directly, and encourages the involvement and engagement of all stakeholders, including patients and members of the public.

This strategy has been used in many contexts of the health system, including: new technologies(14), a provincial drug formulary(15), organizations responsible for provincial cancer and cardiac care(16-19), hospital strategic planning(20), hospital-based critical care(21) and cardiac surgery programs(9), and a hospital drug formulary(22).

A Global Priority Setting Research Network

Over the past 2 years, colleagues in 15 developing countries have partnered with scholars at the Uni-

versity of Toronto Joint Centre for Bioethics in Canada to develop a Global Priority Setting Research Network (GPSRN). Improving priority setting and strengthening health systems in developing countries is vital for two reasons: first, no matter what resources you have it is still possible to allocate them well or not –discrimination, inefficiency and inequity are still undesirable and avoidable even if the total sum to be allocated is small; and second, both developing and developed countries need an explicit framework and an operational plan to provide guidance to decision makers. The GPSRN is working to improve priority setting in all health systems by improving priority setting processes locally and sharing the lessons globally. Moreover, it will strengthen the capacity of researchers and research users (i.e. decision makers) to collaboratively develop and apply global health knowledge for evidence-based policy making, particularly in priority setting. The GPSRN includes collaborators from: Argentina, Chile and Mexico (in Latin America), Ethiopia, Ghana,

Gambia, Kenya, Tanzania, Uganda, South Africa and Zimbabwe (in Africa), Oman (in the Middle-East) and India, Pakistan, and Taiwan (in Asia).

The GPSRN is unique in comparison to other global priority setting-related research initiatives. Two relevant examples are The World Health Organization's Choosing Health Interventions that are Cost-Effective (CHOICE) project, and the World Bank's Poverty and Health program: 1) The objectives of WHO-CHOICE are to: develop a standardized method for CEA that can be applied to all interventions in different settings; develop and disseminate tools required to assess intervention costs and impacts at the population level; and assist policy makers and other stakeholders to interpret and use the evidence. 2) The World Bank's Poverty and Health Program focuses on developing health economics tools to help decision makers in developing countries set priorities for their health investments, including CEA, quality adjusted life years (QAL Vs), disability adjusted life years

(DAL Vs), and Program Incidence Analysis.

The GPSRN is unique in three ways. First, both information and institutional processes are important in priority setting, however there has been much more attention paid globally to developing information. *The GPSRN is focused on complementing information-focused approaches by enhancing priority setting processes.* Second, other initiatives are focused on developing and disseminating prescriptive tools. *The GPSRN is focused on capturing and sharing lessons derived from actual priority setting experiences to enhance evidence-based policy making.* Third, other global priority setting initiatives are focused internationally, at the level of global regions or national health systems –i.e. improving priority setting from the top-down. But, health systems consist of their constituent institutions, and priority setting in a health system occurs in these institutions. *The GPSRN is focused on complementing top-down approaches by enhancing priority setting processes in institutions where it occurs, thus improving health systems from the bottom-up.*

Conclusion

Priority setting is arguably the most important health policy issue of the 21st century. The health care available to individual is determined by it and the sustainability of every health system depends on it. Decision makers in every health sys-

tem lack guidance in this difficult and contentious problem. Priority setting scholarship, improvement strategies and the Global Priority Setting Research Network are vivid positive examples of progress at the intersection of bioethics and health policy.

References

1. Scott A, Currie N, Donaldson C. Evaluating innovation in general practice: a pragmatic framework using programme budgeting and marginal analysis. *Family Practice* 1998; 15: 216-222.
2. Mitton C, Donaldson C. Setting priorities in Canadian regional health authorities: a survey of key decision makers. *Health Policy* 2002; 60: 39-58.
3. Detsky AS, Naglie IG. A clinician's guide to cost-effectiveness analysis. *Annals of Internal Medicine* 1990; 113: 147-54.
4. Laupacis A, Feeny D, Detsky AS, Tugwell PX. How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations. *Canadian Medical Association Journal* 1992; 146: 473-481.
5. Russel LB, Gold MR, Siegel JE, Daniels N, Weinstein MC. For the Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine. *Journal of the American Medical Association* 1996; 276: 1172-1177.
6. Tengs TO, Adams ME, Pliskin JS, et al. Five hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. *Risk Analysis* 1995; 15: 369-390.
7. Detsky A. Guidelines for economic analysis of pharmaceutical products: a draft document for Ontario and Canada. *Pharmacoeconomics* 1993; 3(5): 354-361.

- 8 PaussJensen AM, Singer PA, Detsky AS. How Ontario's Formulary Committee Makes Recommendations. *Pharmacoeconomics* 2003; 21(4): 285-294.
9. Walton N, Martin DK, Peter E, Pringle D, Singer PA. Priority setting in cardiac surgery: A qualitative study. *Health Policy* 2006 (In Press).
10. Singer PA. Recent Advances. Medical Ethics. *British Medical Journal* 2000; 321: 282-285
11. Murray CJL, Frenk J. A Framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(6): 717-731.
12. Martin DK, Singer PA. A Strategy to Improve Priority Setting in Health Care Institutions. *Health Care Analysis* 2003; 11(1): 59-68.
13. Ham C, Coulter A. Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices. *Journal of Health Services Research and Policy* 2001; 6: 163-169.
14. Martin DK, Singer PA. Priority Setting for health technologies in Canada. In: Ham C, Roberts G. (Eds.) *Priority Setting in health care. Institutions, information and 'accountability for reasonableness'*. London: King's Fund Publications. (In Press).
15. PaussJensen AM, Singer PA, Detsky AS. How Ontario's Formulary Committee Makes Recommendations. *Pharmacoeconomics* 2002 (In Press).
16. Singer PA, Martin DK, Giacomini M, Purdy L. Priority Setting for new technologies in medicine: A qualitative study. *British Medical Journal* 2000; 321: 1316-1318.
17. Martin DK, Pater JL, Singer PA. Priority Setting Decisions for New Cancer Drugs: What rationales are used? *The Lancet* 2001; 358: 1676-1681.
18. Martin DK, Giacomini M, Singer PA. Fairness, Accountability for Reasonableness, and the views of priority setting decision-makers. *Health Policy* 2002; 61: 279-290.
19. Martin DK, Abelson J, Singer PA. Participation of health care priority setting through the eyes of the participants. *Journal of Health Services Research & Policy* 2002; 7: 222-229.

Douglas K. Martin

20. Martin DK, Shulman K, Santiago-Sorrell P, Singer PA. Priority Setting and Hospital Strategic Planning: A Qualitative Case Study. *Journal of Health Services Research & Policy* 2003; 8: 197-201.
21. Mielke J, Martin DK, Singer PA. Priority Setting in Critical Care: a Qualitative Case Study. *Critical Care Medicine* 2003; 31: 2764-2768.
22. Martin DK, Hollenbreg D, MacRae S, Madden S, Singer PA. Priority Setting in a hospital formulary: a qualitative case study. *Health Policy* 2003; 66: 295-303.

INVESTIGACIÓN VERSUS INTERVENCIÓN EN SALUD PÚBLICA: ¿UNA DISTINCIÓN ÉTICA?

Fernando Lolas Stepke

La pregunta

Para el diseño e implementación de políticas sanitarias o para analizar el impacto de intervenciones gubernamentales o privadas deben recogerse informaciones sobre las personas. Muchas de ellas son de naturaleza confidencial o privada y, en ocasiones, aunque se obtienen en un esquema grupal, pueden vincularse a individuos, lo cual los expone a riesgos tales como la estigmatización o la discriminación.

Durante los últimos decenios, ha existido una creciente preocupación por salvaguardar los derechos y la dignidad de las personas que participan, o son sujetos, en la investigación científica, biomédica y epidemiológica(1). Numerosos documentos internacionales, entre

ellos las normas CIOMS, destacan la necesidad de obtener consentimiento informado, la obligación de dejar en el anonimato las informaciones confidenciales, el respeto a la privacidad y la necesidad de que la investigación resulte beneficiosa para las poblaciones y sus miembros, ya sea directamente –como usuarios de descubrimientos y avances– o indirectamente –desarrollando capacidades y destrezas en el personal que participa en la investigación(2).

El contraste se plantea entre actividades de vigilancia y monitoreo (*surveillance*) en la práctica de la salud pública y la investigación científica (*research*)(3). Aunque parece ser una distinción formal y académica, es importante esclarecer sus fundamentos, ya que en nombre del servicio público –o, a la inversa,

en el de la ciencia— se han cometido abusos contra las personas que fundamentan la preocupación bioética evidenciada en documentos, declaraciones y pactos sociales.

Así como en la medicina clínica hay etapas en las que es necesario experimentar con sujetos humanos (en el entrenamiento de profesionales o en el ensayo de productos e intervenciones), en salud pública es necesario recolectar informaciones para realizar acciones sanitarias.

El interés de la distinción no es solamente conceptual. Si una actividad es rotulada como investigación científica se le aplican las disposiciones y salvaguardas que la comunidad internacional considera pertinentes para proteger a las personas y respetar un trato equitativo en el acceso y uso de recursos. Si no lo es, habría motivos para justificar un examen diferente de los protocolos y reducir el tiempo de análisis de sus implicaciones.

Lo importante es establecer si se trata sólo de una distinción aparente o si existen argumentos para tratar diversamente los datos recogidos en estos contextos.

Criterios para una respuesta

Entre los criterios diferenciadores, el primero se refiere a la intención con que se recogen las informaciones. En la vigilancia y el monitoreo, la finalidad es tomar decisiones apropiadas; en la investigación, aunque esta finalidad puede estar presente, prima el deseo de obtener conocimiento generalizable, válido y confiable.

El conocimiento supone la articulación de informaciones en síntesis relevantes guiadas por algún interés social: académico, terapéutico, económico, etc. En este sentido, no es sólo información sino información organizada (e “interesada”, es decir, con intención de uso, no necesariamente utilitario)(4). Esta intención, que puede estar alejada de las exigencias o necesidades inmediatas de una población, exige resguardar los derechos de las personas e impone deberes a los profesionales.

En general, las actividades de vigilancia y monitoreo son parte de la misión institucional de organismos públicos. Aunque existen responsabilidades individuales en quienes

las ejecutan, su papel es distinto del de un investigador que dirige un proyecto. Éste tiene responsabilidad personal en la ejecución, la protocolización y la disseminación de los datos y suele responder a agentes financiadores.

La mayoría de las informaciones recogidas en vigilancia son indispensables o esenciales para prevención o promoción en salud pública. En investigación, es posible que haya informaciones de menor utilidad inmediata, lo que no significa autorización para recoger informaciones irrelevantes o superfluas. Es posible argumentar que cada uso de la información recogida (en cuestionarios o materiales biológicos) requiere un consentimiento expreso y específico por parte de los individuos y sus superiores, tutores o guardianes en los casos que así lo requieran (pautas culturales de aprobación tribal, competencias restringidas en caso de menores, dependencias por causa de incompetencia u otras).

La información y los modos de organizarla y presentarla sirven en la vigilancia fines inmediatos, a menu-

do bajo condiciones de emergencia (por ejemplo, epidemias); de modo que, ocasionalmente, puede considerarse una trasgresión de los derechos de las personas al recabar o recoger datos, en el sentido de no solicitar autorización expresa para hacerlo ya que se la presume implícitamente⁽⁵⁾.

Los modos de ponderar evidencias pueden diferir en el monitoreo y la investigación. En salud pública, la evidencia suele referirse a las causas de condiciones anómalas o patológicas o a la eficacia de intervenciones y procedimientos. En el trabajo estrictamente académico, el énfasis está en la acuciosidad y la precisión. Importa también la velocidad con que se valoran y aplican las informaciones. La cronofilia de la vida académica, en que el tiempo importa menos y se lo usa más liberalmente, contrasta con la cronofobia del trabajo práctico, en el que, a menudo, las decisiones tienen urgencia e inmediata relevancia. En el caso de un brote epidémico, por ejemplo, no puede esperarse a completar todos los detalles o a tener una evaluación ética exhaustiva si hay peligro de muertes. El

concepto de riesgo (probabilidad de daño) es diverso en estos contextos. Es necesario considerar que, aparte del concepto estadístico de riesgo, la valoración subjetiva y la “*compliance* social” deben ser tenidas en cuenta para valorar eficacia o sugerir intervenciones. Ello tiene mayor importancia en la práctica que en la investigación, pues las personas no suelen comportarse racionalmente y una medida teóricamente adecuada puede fracasar en el mundo real.

¿Transferencia entre investigación y práctica?

Un desiderátum frecuentemente expresado es que las decisiones en salud comunitaria estén basadas en datos sólidos, producto de investigación científica acuciosa y confiable.

El cuidado de la salud fundado en pruebas o evidencias (*evidence-based*) emplea informaciones actualizadas, producidas por fuentes confiables, sobre etiología de condiciones mórbidas o eficacia y eficiencia de intervenciones preventivas o curativas.

Las informaciones válidas y confiables, sin embargo, no son el único insumo al tomar decisiones. A ellas deben agregarse los condicionantes políticos, culturales y económicos del mundo real. Muchas indicaciones pueden no ser implementables por limitaciones presupuestarias o rechazo de las poblaciones. Tal rechazo puede provenir de prejuicios o experiencias reales magnificadas por los medios de prensa. A veces hay objeciones religiosas no refutables por razonamientos técnicos, que deben examinarse en su racionalidad peculiar.

Aún en el mejor contexto, es imposible evitar completamente sesgos en la interpretación de la información y la construcción de conocimiento (información organizada con miras a un interés social y una acción concreta). Los expertos pueden no estar de acuerdo sobre datos o interpretaciones. Puede haber ignorancia de informaciones necesarias para interpretar correctamente los datos, debida a insuficiente preparación de los profesionales o acceso restringido a fuentes confiables. Imposibles de evitar son sesgos individuales debidos a creencias par-

ticulares, especialmente peligrosos si no son conocidos. El estado del conocimiento puede contener ignorancia generalizada sobre hechos y circunstancias que, por ser general, no culpabiliza a nadie pero limita las posibilidades de uso.

Es importante reiterar que el conocimiento, como articulación de informaciones, no tiene un significado único y canónico. Además, sus aplicaciones son múltiples. Por ejemplo, puede tener utilidad en la enseñanza, servir para adoctrinar personas o inducir cambios de conducta en grupos específicos. La alfabetización universal homogénea es una utopía y, como mito, sobrevive en las nociones antiguas de “educación para la salud” como simple transferencia de informaciones. La armonización entre discursos no es automática y lo que los expertos creen no siempre es lo que creen las poblaciones, aunque empleen las mismas palabras. El significado de los términos técnicos no es una propiedad inherente a ellos sino su posición en una construcción teórica que dota de relevancia a todos y cada uno de los elementos que la constituyen. Así, la palabra

“hipotálamo” tiene un significado en un discurso morfológico y otro distinto en un discurso clínico. En cada uno de estos espacios semánticos, “hipotálamo” cumple diversa función e interpela distintos agregados conceptuales. Podría decirse que, en cada espacio, significa algo diferente.

A menudo se contrastan datos con creencias. Éstas, en cuanto basadas en prejuicios, intuiciones, textos sacros o palabras inspiradas, se suponen menos confiables que los datos. No obstante, desligándose del origen (texto sagrado, palabra inspirada, experimento científico) todas las certezas o certidumbres son estructuralmente semejantes. Se trata de convicciones que mueven a la acción o determinan la forma de la acción. En este sentido, es irrelevante si se originan en cuidadosos estudios, ponderadas investigaciones o simples corazonadas. Como motor de la conducta, toda creencia pasa a un estrato en que se engrama o se inviscera en el comportamiento de manera irreflexiva. Como decía Ortega y Gasset, en una creencia “se está”, en cambio las ideas “se tienen”. Ampliando la expresión,

podríamos decir que las ideas “se obtienen” por procesos discursivos, en cambio las creencias se incorporan al plexo vital de las personas en un proceso parcialmente irreflexivo e irracional basado en actitudes hacia fuentes de información, confianza en ellas o, simplemente, respeto a la autoridad.

Las creencias, para ser eficaces, dependen de las actitudes de quienes las usan(6). Valiosas informaciones pueden ser inútiles si se desconfía de su origen o modo de producción o si quienes las difunden son poco creíbles. Por ello, no basta con proporcionar datos, informaciones o certidumbres si no se presta atención a las actitudes necesarias para su correcta ponderación y empleo, pues ellas cualifican el modo como se reciben informaciones y se responde a ellas.

No basta tener políticas públicas técnicamente correctas y basadas en pruebas (*evidence-based*), es necesario también considerar su base en los valores compartidos por una comunidad (*value-based*). Esto afecta al establecimiento de prioridades al decidir sobre cursos alternativos

de acción: recoger informaciones de uso inmediato o plantear una infraestructura de investigación, a mediano o largo plazo, pueden constituir opciones alternativas y excluyentes.

La “transferencia” de los resultados de la investigación a la práctica no puede desconocer que notables innovaciones en medicina y otras tecnologías no provinieron de una aplicación consecuente y razonada de ciencia. Algunas se gestaron en el seno de la misma práctica, como si la tecnología engendrara más tecnología sin necesidad de invenciones conceptuales descollantes.

Tampoco debe desconocerse que en un mundo globalizado, con el conocimiento fuertemente influido y generado por intereses económicos y comerciales, a veces privados, esta transferencia puede involucrar actores diferentes de los investigadores y los usuarios. Por ejemplo, transferir el conocimiento obtenido por la industria genómica puede significar acceso a derechos de propiedad intelectual y, por consiguiente, costos económicos que suelen ser evaluados por analistas

de proyectos que no son ni creadores de ideas ni utilizadores de técnicas(7). Esto añade un factor de complejidad a la discusión sobre los aspectos éticos de la innovación y el uso de la información y el conocimiento. Puede proponerse que una medida sanitaria apoyada por los resultados de la investigación privada exige una cuidadosa diseción de los intereses en juego y un análisis de las racionalidades que pueden entrar en conflicto (académica, económica, utilitaria, por citar algunas). Si bien existe conciencia sobre la responsabilidad social de las empresas, la beneficencia no puede ser impuesta y el uso del conocimiento para beneficiar poblaciones depende de un juego de intereses que debe ser analizado sin satanizar intereses ni omitir acciones benéficas. Debe recordarse que omitir una acción positiva es tan negativo como dañar deliberadamente; al mismo tiempo, promover acciones de eficacia insuficientemente demostrada (por ejemplo, por motivos de mercadeo) atenta contra el respeto a la dignidad de las personas y las comunidades.

En el contexto del actual orden mundial, los peligros de un mal uso deliberado de informaciones relevantes sobre poblaciones no pueden subestimarse. El bioterrorismo ha dejado de ser una posibilidad y es hoy concebible que el conocimiento sobre una determinada población o un país pueda ser empleado por grupos, personas o Estados para dañar seres humanos. No existe, en realidad, más salvaguarda que un cuidadoso control de las actividades, una adecuada formación de los investigadores y una vigilante conciencia sobre organizaciones y estados nacionales.

Jerarquías de principios éticos

Parece evidente que los principios con que habitualmente se identifica a la bioética estadounidense –autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia– deben ser revisados si se los aplica a un sujeto de derechos diferente, como la población de un país, una etnia en particular o, simplemente, grupos humanos. La orientación individualista de la medicina, en la que suele preva-

lecer una mentalidad paternalista, sigue reclamando presencia en las decisiones técnicas. El análisis ético, especialmente en las zonas limítrofes, debe tomar en cuenta una jerarquía de principios algo distinta de la que se emplea en la investigación clínica o el trabajo asistencial. Aunque existe la tentación de asimilar éste a la formulación de políticas y al análisis práctico, no cabe dudar de sus diferencias. Incluso, la investigación, que podría suponerse inspirada por semejante “ethos” en la clínica individual y en la salud pública, no puede decirse que sean espacios idénticos de significación.

Entre los principios que cabe destacar en el campo de la salud comunitaria está la noción de no hacer daño o de evitarlo si una decisión, favorable a unos pocos, dañara al cuerpo social en su conjunto. En ciertos casos, la reflexión acepta vulnerar en parte derechos individuales o invadir la privacidad de las personas si así lo recomienda la prevención en cualquiera de sus formas. En el pasado, tanto la vacunación como la cuarentena y el aislamiento forzoso se han usado

con fines benéficos y a menudo la justificación está dada por la protección a los “inocentes” y a los “sanos”.

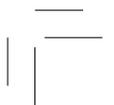
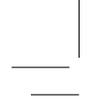
Cuidar de los más vulnerables pertenece a la justicia que una sociedad equitativa podría considerar esencial. El concepto de vulnerabilidad, de difícil análisis, puede predicarse de grupos, personas y situaciones vitales no solamente *prima facie* sino también en formas sutiles. Por ejemplo, la falta de educación implica que cualquier medida universal de prevención o promoción será usada y entendida en realidad por las personas con mejor educación, que suelen ser las mismas que gozan de mayor nivel de ingresos. Una comunidad aislada o sin esperanzas puede no tener muchas alternativas al uso de tabaco, alcohol o drogas, lo cual pone en entredicho y en duda la suposición de que los comportamientos y los estilos de vida son libremente escogidos. Este es un caso en el cual un “paternalismo social” puede presentarse bajo diversas formas y derivar en acciones que más parecen de pastoral que de aplicación de raciocinio científico a los problemas de salud.

El valor de la comunidad obliga a replantear tradicionales supuestos del consentimiento y la autonomía. Sin ignorar los desafíos planteados por la interculturalidad(8), la proporcionalidad entre riesgos y restricciones debe ser examinada en el plano societario con mayor cautela que en los casos individuales.

Nociones tales como solidaridad y reciprocidad pueden ser invocadas para exigir de algunos miembros de la comunidad sacrificios en aras del bienestar del conjunto, argumento que puede ser invocado por regímenes totalitarios como excusa para intervenciones que signifiquen violación de derechos individuales.

Referencias

1. Capron AM. Protection of research subjects: Do special rules apply in epidemiology? *Journal of Clinical Epidemiology* 1991; 44(suppl.1):81-89.
2. Lolas F, Quezada A. (Eds.) *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética, Organización Panamericana de la Salud; 2003.
3. World Health Organization. *Life Science Research: opportunities and risks for public health*. Ginebra: WHO; 2005.
4. Lolas F. *Bioética y antropología médica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2000.
5. Nuffield Council on Bioethics. *Public health: ethical issues*. Londres: Nuffield Council on Bioethics; 2007.
6. Stevenson CL. *Ética y Lenguaje*. Barcelona: Paidós; 1984.
7. Lolas F. (Ed.) *Ética e innovación tecnológica*. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile; 2006.
8. Lolas F. Intercultural communication and informed consent. In: Levine RJ, Gorovitz S, Gallagher S. *Biomedical research ethics: Updating international guidelines. A consultation*. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS); 2000: 135-140.



IMPROVING PRIORITY SETTING IN LOW AND MIDDLE INCOME COUNTRIES: INTERDISCIPLINARY BIOETHICS IN ACTION

Douglas K. Martin and Lydia Kapiriri

The Problem of Priority Setting in Low and Middle Income Countries

For the past decade, policy makers, aided by scholars, from wealthy health systems in North America and Europe have been struggling to set spending priorities because health system costs have been growing at an alarming and unsustainable rate(1). More recently, policy makers in Low and Middle Income Countries (LMIC) have been looking for help to set priorities in their context where lack of resources often means that even basic health care is unaffordable.

Priority setting is arguably most important when resources are scarce and spending decisions mean life or death for many, which is the

case in most LMIC. In addition, LMIC are characterized by enormous social and health inequalities, a paucity of credible information to support decision making, a lack of systematic decision making processes throughout the health system, political instability that plagues implementation, and weak institutions(2). Hence, priority setting within these contexts tends to be ad hoc –more by chance than by choice(3).

How should priorities be set in LMIC?

This paper serves as an update to a paper written 5 years ago that provided a strategy for improving priority setting using an innovative interdisciplinary approach(4). This strategy is a generalizable approach

that can be used in multiple decision making contexts to improve priority setting in that context. The approach we advocate is a three-phase improvement strategy: 1) *Describe*: Capture the experiences of priority setting in actual decision making contexts –case study research can be used to describe a priority setting context; 2) *Evaluate*: Strengthen decision making capacity by using interdisciplinary analysis to evaluate the description using an ethical framework for priority setting and identify good practices and areas for improvement; and 3) *Improve*: Implement initiatives to improve priority setting –action research methods can be used to stimulate improvements to identified areas.

A key goal for any priority setting improvement strategy is to create the environment where priority setting decisions may be considered acceptable –that is, where they are, and are seen to be, legitimate and fair. Legitimacy refers to the accepted moral authority of decision makers. Fairness means that decisions are morally acceptable because the decision making process is, and is perceived to be, mor-

ally acceptable. They are distinct concepts in that legitimate decision makers may act fairly or unfairly; but, they are related in that decision makers tend to enhance their legitimacy by adhering to fair processes and erode their legitimacy by acting unfairly.

Legitimate and fair priority setting meets four conditions (described in Text Box 1): *stakeholder engagement, publicity, revisions, and leadership*(5). This framework can be used as an analytic lens to facilitate social learning about priority setting and it connects priority setting to broader, more fundamental, democratic deliberative processes that have an impact on social justice and equity.

The *describe-evaluate-improve* approach described above has been successfully used in many priority setting contexts, for example: governments(6), regional health authorities(7), hospitals(8), clinical programs(9), wait-list management(10), drug formularies(11) and disaster response(12). More recently, this approach has been utilized by partners in the Global

Priority Setting Research Network (GPSRN), which is a network of decision makers and scholars working to strengthening the health systems of LMIC by improving priority setting through innovative collaborations.

This paper develops themes that have emerged from research in LMIC. In the next section, we will report some of the key findings from this global initiative.

Lessons from 8 Countries

In this section, we report some key findings from several studies of priority setting in 8 LMIC using the approach described above. These studies focused primarily at the macro and meso policy levels of decision making –that is, governments, regions and institutions– because there is very little literature addressing priority setting at these levels in LMIC. However, the same approach has been used to examine priority setting at the micro (i.e. clinical or beside) level of priority setting in LMIC(13).

South Africa

Historically, priority setting in the Western Cape Region has been characterized by centralized control, a lack of transparency and stakeholder participation, and ineffective local leadership. The public has had no assurance that health resources are being used to achieve maximal effectiveness or efficiency, or that the health needs of vulnerable populations are being adequately address. Moreover, front-line clinicians do not trust institutional managers who they believe to be ineffective; institutional managers do not trust regional policy makers who they believe to be out of touch with local realities; and regional policy makers do not trust physicians who they believe to be profligate spenders of health resources.

A recent study that compared priority setting in a public hospital and a private health insurance organization revealed that the private organization more often adhered to the principles of fair priority setting than did the public hospital(14). The primary explanation for this was that the private organization

is governed by more prescriptive government regulations which force it to be more transparent and responsive. However, underlying these findings is also the concern that managers in the public hospital lack the necessary leadership capacity to implement fair priority setting processes because their authority is often assumed by centralized decision making authority.

A first attempt to break this vicious cycle occurred when Neurosurgeons at Groote Schuur Hospital in Cape Town were challenged by a rising number of severe head injuries and simultaneous reductions in operating time, critical care nurses and beds. To address this complex and controversial problem, they collaborated with bioethicists, administrators, lawyers, nurses and others, to develop a morally defensible resuscitation policy(15). This initiative has provided an example of good priority setting practice that stimulated further efforts.

In August 2007, senior policy makers in the Western Cape Region Department of Health launched an improvement initiative, beginning

with a 3-day workshop involving 37 key health policy makers, institutional administrators, clinical leaders, and others across the Western Cape Region. The workshop participants committed themselves to democratizing health policy decision making by enhancing participation and transparency, and to building leadership capacity within the region.

Ethiopia

In Ethiopia, one of the poorest countries in the world, the principles of democratization are well-embedded in the nation's governance, and Ministry of Health priority guidelines were developed using an inclusive and transparent process. Moreover, hospitals have a mandate to involve a wide range of stakeholders. However, these ideals have not yet been fully achieved. Decision making is still centralized at the government level and regional and hospital managers are perceived to be powerless to affect priority setting. Resource allocation to different departments within the hospital is neither evidence –nor need-based, but historical(16).

Ghana

In a study of a faith based and public hospital in Ghana, priority setting decisions in both institutions were found to be made by a small management committee, according to the national guidelines, but with very little transparency. This often leads to disagreements between people, and between departments, which creates ongoing crises that are addressed by multiple urgent ad hoc meetings(17).

Tanzania

In 2005, the *describe-evaluate-improve* approach was evaluated by District Planners and relevant stakeholders in rural Iringa, Tanzania(18). They noted a need for wider stakeholder participation –e.g. private not-for-profit sectors are not involved in the district planning process– and greater transparency –they felt that by being involved, more people developed their understanding of the district plans and, consequently, there was closer scrutiny of relevant criteria. But, many were concerned that potential stakeholders do not have the

knowledge to participate in priority setting deliberations. Some were concerned that incorporating additional stakeholders would add costs that could not be justified in the current planning frame.

Uganda

A recent study of hospital priority setting in Kampala revealed that government policies that limit funding to tertiary units have negatively affected both public and practitioner confidence in the hospital and the health system(19). Also, extreme resources constraints limited efforts to initiate a consistent, formal priority process. However, participants believed that greater transparency would restore the confidence of frontline practitioners and the public.

Zimbabwe

The economic crisis and gross inflation in Zimbabwe has significantly affected priority setting across the health system. Our study of priority setting in Harare identified the concern that extreme poverty combined with manpower scarcity prejudices

involvement in time-consuming priority setting decisions, suggesting that improving priority setting may not be possible until the human resource scarcity is first remedied. For instance, it may be impossible for clinicians to participate in institutional or regional priority setting when they are already doing the clinical work of more than one person, in addition to consultations and meetings. Lack of resources may have also contributed to the insufficient publicity of decisions and lack of revisions(20). Within this context, ignorance of decision making processes was widespread, both within the health system and among the public.

Argentina

The economic crisis and health care reforms in Argentina, as elsewhere, have greatly affected priority setting. A study of priority setting in the Argentinean health system found that decision making is centralized with Department of Health allocating approximately 90% of resources within public hospitals. The budgeting is historically based and “personalistic” –that is, priori-

ties are set according to the whims of the current power brokers. The process was not guided by evidence and did not attend to the needs of local contexts (e.g. hospitals); also, that the entire system was characterized by a culture of non-disclosure(21). Consequently, confusion and distrust regarding decisions was endemic at all levels.

Chile

Chile has both a publicly and privately financed health care system. However, the ministry of health is responsible for the regulation and supervision of all healthcare policies. Priority setting in the Chilean health system was characterized by submission to central authority, which limited knowledge of decision making and restricted participation(22). Interventions covered by the national and private insurance companies were well publicized, but there was not attempt to disseminate decisions about or within institutions (e.g. hospitals). Consequently, frontline practitioners could not access decision making and hospitals managers perceived themselves as mere implementers

and not participants in the effective decision making process.

Synthesis of lessons

From this small cohort of studies examining priority setting in 8 LMIC, three lessons may be gleaned that provide the grounding for developing an improvement strategy.

1. *Centralized decision making restricts the full range of stakeholder participation.*

This leads to concerns about the narrow range of values that drive priority setting and leads to a reduction in trust and confidence in decision making and decision makers.

2. *Extreme resource constraints can limit the degree to which institutions, and systems, may implement the conditions of fair priority setting.*

The extreme resource constraints of the poorest LMIC are often accompanied by human resource shortages and weak institutions. Consequently, there may simply not be enough people

or infrastructure to implement priority setting improvements, especially when meaningful participation in a priority setting process is impossible because of time constraints. One could postulate exclusionary situations, akin to a disaster situation in the public health domain, where some rules may be put aside.

3. *Decision makers lack guidance in implementing legitimate and fair priority setting.*

A systematic process of capturing and sharing lessons from priority setting experiences can provide a database of learning, which can provide an evidence-based for policy making in LMIC.

Improving Priority Setting in LMIC

A key to understanding the essence of the priority setting problem is grappling with the limits that are inherent in the health sector. Priority setting is required whether in a context of scarcity or abundance, poverty or wealth, because

resources are finite and, therefore, demands must compete. Simply advocating for more resources for the health sector is unsustainable because other vital public sectors must also be funded from the same finite pot of money (e.g. education, security, etc). In every health system, even the wealthiest, limit setting decisions regarding reimbursements are required to sustain the system's viability. As mentioned, the problem of priority setting is, however, more acute in LMIC because of the imbalance between extreme scarcity and extreme need. Decisions in wealthy countries may concern the number of CT scanners in a city. But, decisions in LMIC may concern the number of people that will die because one drug is provided and another one is not.

Decision makers everywhere, including those in LMIC who are faced with these morally charged choices, lack guidance on how to set priorities well. Moreover, many LMIC have a history of political instability or military dictatorship which has created a culture of oligarchy and opacity that makes it difficult to implement the elements

of legitimate and fair priority setting.

Help for policy makers in LMIC, from international bodies such as the World Health Organization's *Choosing Interventions that Are Cost Effective* project(23) and the Disease Control Priorities Project(24), have focused on amassing data and tools for decision makers' use. However, these approaches have not helped with three fundamental, unavoidable realities of priority setting: First, priority setting occurs within specific decision making contexts at each level of the health system (e.g. governmental, regional, institutional, clinical). Second, priority setting is not a technical or data-driven exercise; it involves choices between and among clusters of relevant values, and these values often conflict. Third, because different people often disagree about which values should be emphasized in each specific priority setting context, the goal of priority setting must be fairness.

The core of priority setting involves choices between and among a range of competing values. Often

priority setting has been framed as a technical exercise –for example, involving Burden of Disease statistics and Cost-effectiveness Analysis. But, the technical approach has provided only limited help to decision makers because it focuses on a narrow set of values (e.g. effectiveness, efficiency) and not the full range of relevant values. Priority setting involves a wide range of relevant values that often conflict, including: effectiveness, efficiency, cost, equity, need, compassion for the vulnerable, rule-of-rescue, equality, solidarity, individual responsibility, risk, precedence, and more(25). These conflicts are manifest in unresolved value-laden problems: When should we fund an expensive program that provides only a small benefit? Should we give priority to the worst-off –If so, how much? Should we give some chance at benefit to everyone? Only recently have scholars and policy makers recognized the fundamental value-conflicts that lie at the heart of difficult priority setting decisions(26,27).

The core difficulty with value-based decision making is that value-con-

flicts are really people-conflicts. Different people disagree about the values that should drive priority setting in any specific context. Consequently, when a person, or a small group of specially anointed people, makes priority setting decisions they generate controversy, even hostility(28). A range of participants is required to bring to consideration the full range of relevant value-considerations. This is not a culturally specific problem, but is true internationally(29).

Thus, in the face of profound disagreement about underlying values, decision makers must create an environment where decisions are acceptable.

In the 21st century, citizens are more informed, less trusting, and more often demanding public accountability from their policy makers. According to an EKOS poll, 86% of Canadians would like the government to put more emphasis in consulting citizens and 69% believed that increased stakeholder consultation would improve governance(30). A 2005 survey by the Crossing Boundaries National

Council found “three in five Canadians want more opportunities to influence government decisions directly”(31). A 2006 Leger poll reported that only 36% of Canadians, 37% of Americans, and 30% of Britons believe their country is governed by the will of the people(32). There is evidence that the public is interested in participating in decision making in LMIC, such as Uganda, where low literacy, social-cultural and economic barriers are prevalent(33).

Ultimately, priority setting decision makers everywhere must strive to ameliorate this ‘democratic deficit’.

Local versus Global Decision Making

Most of the health sectors in LMIC have relied on donor support from wealthier countries or international NGOs for their health budgets. However, because donors perceive decision making weakness and policy instability in LMIC, they lack of confidence in government institutions and, therefore, try to exert influence over priority setting

through strict guidelines that make local input to decision making almost impossible, and which have been found to distort local values relevant to priority setting(34-36). Consequently, local institutions lack the capacity and leverage to influence priority setting decisions, and priority setting decision are made by a few powerful people, donors. Policy makers in LMIC do not believe this to be ideal. In a Ugandan study, health planners and practitioners were asked to rank i) who they thought currently influenced priority setting, and ii) who they thought should influence priority setting(35). The three highest ranked current priority setting actors were physicians, donors and politicians; the three highest rank ideal priority setting actors were physicians, patients and citizens.

Recent trends toward Sector Wide Approaches –whereby donors support the budget of the health sector through basket funding, instead of vertical projects– allow local policy makers to identify their own priorities), mitigating inappropriate external power influences(37).

The Relationship between Priority Setting and Trust

Concern has been raised that it may be too costly or too time consuming to engage a wide range of stakeholders, including patients and members of the public. However, some methods of stakeholder engagement, such as adding public members to priority setting committees, have little impact upon cost or the time required for decision making. Other techniques, such as surveys or town hall meeting, may extend the time required. However, in the context of priority setting “You save time by taking time” (38). If the necessary time is not taken to obtain genuine stakeholders engagement to help ensure the legitimacy and fairness of setting, enormous amounts of time are spent by leaders afterward addressing objections and dealing with angry, even hostile, stakeholders.

Explicit priority setting mechanisms that are, and are perceived to be legitimate and fair, help to enhance trust throughout a health system, and indeed throughout a society. When priority setting decisions are

made in an ad-hoc, historical, or opaque manner, distrust flourishes. When decision making meets the conditions of legitimacy and fairness, especially when the full range of stakeholders are included in the process in keeping with the principles of deliberative democracy (39) trust and confidence in the system is enhanced (40-42). Moreover, public involvement provides a crucial perspective –the values and priorities of the community– which, when included in priority setting deliberations, leads to better decisions and greater acceptance of the decisions (43).

Social Policy Learning and Capacity Building

What are best practices in priority setting? How would you recognize when policy makers in LMIC are doing it well? According to the analysis above, two lessons are vital: 1) Decision makers must explicitly address the difficult value-conflicts that are fundamental to priority setting; and 2) Decision making must exhibit the conditions of legitimacy and fairness.

To create best practices, policy makers need an innovative improvement strategy built upon a learning platform, guided by the ethical framework that focuses on enhancing value-based reasoning, openness, and citizen involvement(44). This approach facilitates attention to explicit value-choices but does not specify what values should dominate in any specific context –i.e. it allows priority setting decisions to be worked out locally, according to local values. It is therefore appropriate for use in different health systems, societies and cultures. Finally, so that decision makers everywhere can learn from each other, it uses a common framework as platform for capturing and sharing the social policy learning.

In order to improve priority setting, a first step is to *describe* priority setting contexts and their processes. There are few descriptions of how

priority setting decisions are made in LMIC. A second step, because how policy makers make decisions may not be how they should, is to *evaluate* the description against a framework of how decisions should be made. The framework described above (see Text Box 1) –*stakeholder engagement, publicity, revisions, and leadership*– can be adapted to the nuances of local contexts at all levels of decision making in both developed and developing countries. Few studies have evaluated priority setting in LMIC using this type of framework. Third, because these two steps are insufficient in themselves to create change, a third step is to *improve* priority setting based on the comparison between how policy makers make decisions and how they should make decisions. There has been no research aimed at improving priority setting in any LMIC using this, or a similar, approach.

Text Box 1. The Conditions of Legitimate and Fair Priority Setting

Stakeholder engagement: Rationales for priority setting decisions must rest on reasons (value-based) that stakeholders can agree are relevant in the context. Only participation by the full range of stakeholders can ensure that the full range of relevant reasons are brought to the deliberations. Only by deliberation between conflicting viewpoints can context-specific solutions be found.

Publicity: Priority setting decisions and their rationales must be publicly accessible. Publicity means that leaders must take action to disseminate the message out to all segments of the public. Thus, publicity goes beyond mere transparency.

Revisions: There must be a mechanism for challenge, including the opportunity for revising decisions in light of considerations that stakeholders may raise. This provides a quality assurance mechanism to difficult and controversial decision making and demonstrates responsiveness on the part of leaders.

Leadership: Leaders in each context are responsible for ensuring that the first three conditions are met. This requires periodic ongoing monitoring and evaluation of progress with respect to *stakeholder engagement, publicity and revisions.*

One of the advantages of using this approach is that it provides a common language that allows policy makers, and others, across contexts to discuss their experiences and learn from each other. It also provides the public with an easily digested framework to understand the need for limits and the process of limit-setting(45). Policy makers who are responsible for priority setting, whether in governments or institutions, can use this approach to create best practices in their context, thus providing leadership to help guide others.

In addition, this framework can be used by scholars to capture and share best practices. Table 1 provides a structured matrix for strengthening priority setting in which context-specific experiences may be captured (e.g. in Pharmaceutical Benefit decisions or Regional planning), focusing on to the conditions of legitimate and fair decision making (e.g. stakeholder engagement or publicity). Over time, one can build a data-base of lessons. Thus, an evidence-base of best-practices provides guidance to policy makers –operationalizing

the notion of evidence-based policy making.

Limitation

This analysis has not addressed one of the most significant findings from the studies in LMIC (described above), which is the

difficulty implementing the conditions of legitimate and fair priority setting in contexts where severe human resource limitation may make stakeholder participation, especially of clinicians, impossible. We acknowledge that this enormous problem must be addressed using separate mechanisms.

Table 1. Evidence-Base of Best-Practices

	Engagemt.	Publicity	Revision	Leadersh.
Health system				
MoH				
Pharma Benefits				
Disease Mgmt. Orgs				
Regional Planning				
District Planning				
Hosp Planning				
Hosp Drug Formul.				
Clinical Programs				

Conclusion

In this paper we have examined specific lessons from priority setting in LMIC and developed the foundation for an improvement strategy that: 1) has an educative function –makes previously private social policy deci-

sions public; 2) develops leadership capacity in priority setting and provides guidance for decision makers; and 3) creates an environment for acceptable limit setting, which therefore facilitates a strong and sustainable health system.

References

1. Organization for Economic Cooperation and Development. *Rising health costs put pressure on public finances*. Paris: OECD; 2006. [Website] Available at: http://www.oecd.org/document/49/0,2340,en_2649_201185_36986213_1_1_1_1,00.html
2. Bryant JH. Health priority dilemmas in developing countries. In: Coulter A, Ham C. (Eds.) *The global challenge of health care rationing*. Philadelphia: Open University Press; 2000: 63-73.
3. Steen HS, Jareg P, Olsen IT. *Providing a core set of health interventions for the poor. Towards developing a framework for reviewing and planning — a systemic approach. Background document*. Oslo: Centre for health and social development; 2001. (Unpublished Report).
4. Martin DK, Singer PA. A Strategy to Improve Priority Setting in Health Care Institutions. *Health Care Analysis* 2003; 11(1): 59-68.
5. Daniels N, Sabin JE. *Setting Limits Fairly: Can we learn to share medical resources?* Oxford, UK: Oxford University Press; 2002.
6. Ham C, Roberts G. (Eds.) *Reasonable Rationing: International Experience of Priority Setting in Health Care*. Maidenhead, UK: Open University Press; 2003.
7. Gibson JL, Martin DK, Singer PA. Evidence, Economics and Ethics: Resource Allocation in Health Services Organizations. *Health Care Quarterly* 2005; 8: 50-59.
8. Martin DK, Shulman K, Santiago-Sorrell P, Singer PA. Priority Setting and Hospital Strategic Planning: A Qualitative Case Study. *Journal of Health Services Research & Policy* 2003; 8: 197-201.
9. Mielke J, Martin DK, Singer PA. Priority Setting in Critical Care: a Qualitative Case Study. *Critical Care Medicine* 2003; 31: 2764-2768.
10. Greenberg R, Laupacis A, Levinson W, Martin DK. Priority Setting in the Ontario Wait Time Strategy: Evaluating Public Involvement. *BioMed Central Health Services Research* 2007; 7: 186.
11. Martin DK, Hollenberg D, MacRae S, Madden S, Singer PA. Priority Setting in a Hospital Formulary: A Qualitative Case Study. *Health Policy* 2003; 66: 295-303.

12. Bell JAH, Martin DK, Hyland S, Depellegrin T, Bernstein M. SARS And Hospital Priority Setting: A Qualitative Case Study And Evaluation. *Biomed Central Health Services Research* 2004; 4: 36.
13. Kapiriri L, Martin DK. Bedside Rationing by Health Practitioners in a context of extreme resource constraints: The case of Uganda. *Medical Decision Making* 2007; 27: 44-52.
14. Martin DK, Strachan B, Kapiriri L, Benatar S. *Priority Setting In Cape Town, South Africa*. (Submitted For Publication).
15. Benatar SR, Fleischer TE, Peter JC, Pope A & Taylor A. Treatment Of Head Injuries In The Public Sector In South Africa. *South African Medical Journal* 2000; 90: 790-793.
16. Ibrahim M, Kapiriri L, Martin DK. *Priority Setting In Developing Country Health Care Institutions: A Case Study Of A Hospital In Ethiopia* (Submitted For Publication).
17. Amuah E, Kapiriri L, Martin DK. *Priority Setting In Ghana*. (Submitted For Publication).
18. Mshana S, Shemilu H, Ndawi B, Momburi R, Olsen OE, Byskov J, Martin DK. What do District Health Planners in Tanzania think about improving priority setting using 'Accountability for Reasonableness'? *BioMed Central Health Services Research* 2007; 7: 180.
19. Kapiriri L, Martin DK. Priority Setting in Developing Countries Health Care Institutions: The case of a Ugandan Hospital. *BioMed Central Health Services Research* 2006; 6: 127.
20. Mielke J, Kapiriri L, Martin DK. *Priority Setting In Zimbabwe: A Qualitative Study at a Tertiary Referral Hospital*. (Submitted for publication).
21. Gordon H, Kapiriri L, Martin DK. *Argentinean Priority Setting*. (Submitted for publication).
22. Valdebenito C, Kapiriri L, Lolas F, Martin DK. *Priority Setting in Chile*. (Submitted for publication).
23. World Health Organization, *Choosing Interventions that Are Cost Effective*. [Website] Available at <http://www.who.int/choice/en/>

24. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al. (Eds.) *Disease Control Priorities in Developing Countries 2nd Edition*. New York: The World Bank and Oxford University Press; 2006.
25. Martin DK, Pater JL, Singer PA. Priority Setting Decisions for New Cancer Drugs: A Qualitative Study. *The Lancet* 2001; 358: 1676-1681.
26. Daniels N, Sabin JE. *Setting Limits Fairly: Can we learn to share medical resources?* Oxford, UK: Oxford University Press; 2002.
27. Singer PA. Recent advances in medical ethics. *British Medical Journal* 2000; 321: 282-285.
28. Ham C. Tragic choices in health care: lessons from the child B case. *British Medical Journal* 1999; 319: 1258-1261.
29. Ham C, Coulter A. Explicit and Implicit Rationing: Taking Responsibility and Avoiding Blame for Health Care Choices. *Journal of Health Services Research and Policy* 2001; 6: 163-169.
30. EKOS Research Associates. *Rethinking Government*. Ottawa: EKOS Research Associates Inc.; 1996.
31. Crossing Boundaries National Council. *Canadians want a more direct say in their democracy: poll*. [Website] Available at: http://www.crossingboundaries.ca/files/ses-crossing_boundaries-ppf_part_1_20050906.pdf
32. Leger J-M. *Voice of the People 2006: What the World Thinks on Today's Global Issues*. Montreal, Can.: Transcontinental Books; 2006.
33. Kapiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K. Public participation in health planning and priority setting at the district level in Uganda. *Health policy and planning* 2003; 18(2): 205-213.
34. Waddington C. Does earmarked donor funding make it more or less likely that developing countries will allocate their resources towards programs that yield the greatest health benefits? *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82(9): 703-706.
35. Kapiriri L, Arnesen T, Norheim OF. Is cost-effectiveness analysis preferred to severity of disease as the main guiding principle in priority setting in

- resource poor settings? The case of Uganda. *Cost Effectiveness Resource Allocation* 2004; 2(1):1-11.
36. Kapiriri L, Norheim OF. Criteria for priority setting in health care in Uganda: exploration of stakeholders' values. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82: 172-179.
 37. Sundewall J, Sahlin-Andersson K. Translations of health sector SWAPs. A comparative study of health sector development cooperation in Uganda, Zambia and Bangladesh. *Health Policy* 2006; 76: 277-287.
 38. O'Hara K. Citizen Engagement in the Social Union. In: *Securing the Social Union*. Ottawa: Canadian Policy Research Network; 1998: 77-110.
 39. Goldman J. *Millions of Voices: A blueprint for engaging the American public in national policy-making*. Washington DC: America Speaks; 2004.
 40. Traulsen JM, Almarsdottir B. Pharmaceutical policy and the lay public. *Pharmacy World and Science* 2005; 27: 273-277.
 41. Daniels N. Accountability for Reasonableness. *British Medical Journal* 2000; 321: 1300-1301.
 42. Ham C, McIvers S. *Contested decisions: priority setting in the NHS*. London, UK: King's Fund; 2000.
 43. Ham C. Rationing in Action: Priority Setting in the NHS: Reports from Six Districts. *British Medical Journal* 1993; 307(6901): 435-438.
 44. Martin DK, Singer PA. A Strategy to Improve Priority Setting in Health Care Institutions. *Health Care Analysis* 2003; 11(1): 59-68.
 45. Daniels N, Sabin JE. *Setting Limits Fairly: Can we learn to share medical resources?* Oxford, UK: Oxford University Press; 2002.

IMPORTANCIA DEL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN LATINOAMÉRICA

Juan Manuel Sotelo

Introducción

Situar la prevención y el bienestar en el centro de las políticas públicas de salud tiene impacto no sólo en las personas sino también en el mercado. Circula un nuevo concepto, denominado “el estilo de vida del bienestar” o “*wellness lifestyle*”¹. Éste involucra subcategorías que van desde las medicinas alternativas, terapias del comportamiento, espiritualidad, nutrición, hasta el físico culturismo y la belleza, y que moviliza ingentes cantidades de recursos, desde diversas fuentes. La importancia de este concepto es su vinculación con la promoción de la salud y cómo ésta se ha ido incorporando al quehacer de salud

en los países. Se presenta en forma breve algunos hitos ocurridos en las últimas décadas en la Región de las Américas en el proceso de identificar prioridades en salud.

Antecedentes

Desde la segunda mitad del siglo XX, la Región ha buscado identificar prioridades colectivamente. A continuación se destacan los siguientes esfuerzos:

Planes decenales de salud. En la reunión de Punta del Este, en 1961, se acordó realizar procesos de planificación como mecanismo clave para orientar el desarrollo. En tal sentido, se elaboraron planes nacionales de salud y planes decena-

¹ The wellness boom. Jan 4th 2007. *The Economist*, print edition.

les, adelantando a ALMA ATA² en la necesaria articulación intersectorial para definir objetivos y alcanzar metas de salud.

Plan de acción regional para instrumentar SPT-2000. Después de ALMA ATA (desde 1978 en adelante) la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promovió la elaboración de un plan de acción regional y de planes nacionales para instaurar la Salud para Todos. Debido a vaivenes políticos, entre otras razones, no se sostuvo el cometido.

Otros esfuerzos: Ha habido acciones de tipo político, como las cumbres de las Américas o las cumbres iberoamericanas; esfuerzos económicos, a través de tratados de comercio como el Tratado de libre Comercio para Norteamérica TLC y el Mercado Común del Sur MERCOSUR; otros intentos de integración, como la Comunidad Andina

de Naciones, la Comunidad del Caribe, el Sistema Centroamericano de Integración, entre otros. Todos estos esfuerzos ubicaron los temas de salud y ambiente en los planes de trabajo, promoviéndolos en conferencias dirigidas a Estados Miembros, sociedad civil y organismos internacionales.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y su adopción en las Naciones Unidas a principios de este Siglo, son un ejemplo reciente de priorización.

La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 representa el esfuerzo más reciente.

¿Qué es la Agenda de Salud?

La Agenda de Salud para las Américas es un instrumento que orienta la acción colectiva para mejorar la salud, e involucra a todos los Estados Miembros de la OPS. Constituye una expresión resumida de la visión compartida de los países del continente, integrando las tendencias esperadas y los desafíos en la década, y enfocándose en mejoras

² Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma-Ata, URSS, entre el 6 y el 12 de septiembre de 1978. Para más información, véase el sitio en Internet de la declaración: http://www.paho.org/Spnish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

concretas de la salud de su población. A su vez, define áreas de acción para el desarrollo de la salud para el período 2008-2017 y considera los objetivos y mandatos acordados internacionalmente.

¿Por qué una Agenda de Salud?

La Agenda presenta Áreas de Acción para los próximos 10 años, con el propósito de alcanzar el mayor nivel de salud posible para la población.

Los objetivos de la Agenda llenan un vacío en la Región de las Américas, que no contaba con un ordenamiento común para trabajar problemas regionales específicos de salud. Además, la explícita voluntad de los países de trabajar juntos, solidariamente, requiere ser traducida en direcciones concretas. Las numerosas declaraciones y mandatos para mejorar la salud pública no se han articulado, analizado ni sintetizado en una expresión clara de intencionalidad colectiva, que destaque el rol de dirección de los gobiernos y el compromiso de los Estados Miembros para alcanzar

objetivos comunes de salud. De esta manera, los diversos asociados e instituciones que participan en este quehacer se beneficiarán con la existencia de esta Agenda, la cual es concisa, de alto nivel y puede usarse para diversos fines, incluyendo la movilización y distribución de recursos.

¿Cuánto se ha progresado?

Durante 2006, los sectores directivos de la OPS han aprobado el desarrollo de la Agenda en Salud, estableciéndose un grupo de trabajo integrado por siete Estados Miembros para conducir el proceso (Antigua y Barbuda, Argentina, Canadá, Cuba, Chile, Estados Unidos de Norteamérica y Panamá), quienes, a su vez, han asignado recursos para apoyar este esfuerzo.

Este conjunto de Estados Miembros elaboró un borrador de la Agenda en Salud que ha sido revisado por el Comité Ejecutivo de la OPS y ha circulado por todos los países para su revisión y comentarios. De este modo, se busca la mayor participación de todos los interesados en la salud.

El borrador incluye una declaración de intenciones y un conjunto de principios y valores. Se funda en los derechos humanos, promueve la solidaridad panamericana, busca la equidad en salud y fomenta la participación. Toma en cuenta la situación de salud y sus tendencias en las Américas, los determinantes sociales que es preciso abordar, las desigualdades y la exclusión en salud, la pobreza, la marginalidad y las discriminaciones segmentadas. Define áreas de acción, y se pronuncia sobre cómo fortalecer la autoridad nacional y cómo abordar los determinantes de la salud. Aprovecha los conocimientos latinoamericanos y fortalece la solidaridad y seguridad sanitarias. Busca disminuir las inequidades en salud entre países y dentro de ellos, además de reducir riesgos y la carga de enfermedades, aumentar la protección social y el

acceso a servicios de calidad con una gestión fortalecida y el desarrollo de los trabajadores de la salud.

El enfoque de derechos, los altos niveles de inequidad en salud en el mundo y particularmente en la región, los discursos actuales en los debates internacionales sobre cohesión social y el deseo de avanzar abordando los determinantes sociales le imprimen al quehacer en salud fuerza renovada con elementos que necesariamente se incorporarán a la priorización en salud. Finalmente, la repercusión internacional de la globalización en la salud, la irrupción de nuevos patógenos que se trasladan de un continente a otro y la emergencia y reemergencia de enfermedades transmisibles van a ir conformando una priorización que busca mayores niveles de seguridad.

BIOÉTICA Y SALUD EN LAS AMÉRICAS Y EL CARIBE: COOPERACIÓN Y DIÁLOGO EN EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Fernando Lolas Stepke

Bioética en la región

En los servicios sanitarios y en la investigación en salud, la bioética adquiere importancia en la región de las Américas y el Caribe, como análisis de problemas relacionados con las aplicaciones de la ciencia y la tecnología al bienestar humano y como disciplina que emplea el diálogo para formular y resolver dilemas éticos en medicina y salud pública.

Especialmente relevante es la deliberación ética cuando se trata de establecer prioridades en sistemas y servicios de salud. La escasez, principio que rige los comportamientos económicos, exige decisiones conflictivas, pues, en ocasiones, debe privilegiarse la amplitud y cantidad de los servicios por encima de la

calidad técnica. Como hemos señalado en otro lugar, “equidad” y “calidad” son dos conceptos de difícil armonización en salud y educación(1). En ocasiones, los problemas morales asociados con la distribución de recursos son lo que en inglés se llama “*no technical solution problems*”: problemas generados por la tecnificación que la técnica se muestra incapaz de resolver.

Como disciplina, la bioética utiliza principios “intermedios” (entre valores universales y normas de conducta): autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, consagrados en el Informe Belmont de 1978, los cuales se aplican en la investigación y en la provisión de servicios(2). Es evidente que esta tétrada no agota el universo de los juicios morales y existen otros principios, como

la solidaridad y la reciprocidad, de tanta o mayor relevancia en el campo de la salud pública.

América Latina recibe la influencia del principalismo estadounidense a contar de 1980, si bien los problemas éticos habían sido abordados previamente en el contexto de la deontología profesional y la evaluación política de las iniciativas sanitarias. Por la naturaleza “medicocéntrica” de los sistemas de salud en los países iberoamericanos, muchas decisiones en salud pública se consideraron patrimonio de la profesión médica. Ello tiene varias consecuencias. En primer lugar, traslada el *ethos* de la medicina a decisiones comunitarias, lo que privilegia el trato individual con pacientes o usuarios de servicios. Se confunde así una vocación de servicio dirigida al individuo con decisiones técnicas que afectan a comunidades. En muchos países, la salud pública es parte de las facultades de medicina, lo cual oscurece su identidad específica y desdibuja su orientación. Por otro lado, el medicocentrismo produce una cierta desconfianza de otras racionalidades, como la eco-

nómica, que, aplicada a los temas sanitarios, es esencial para describir algunas formas de conflicto moral, como los derivados de la necesaria priorización y racionamiento de los servicios.

Aunque no es éste el lugar adecuado para tratar aspectos históricos, es menester recordar que de los dos orígenes reconocidos en la bioética estadounidense, el que propugnaba Potter, orientado hacia lo global y bioesférico, y el de Hellegers, consistente en aplicar las humanidades a la medicina, ha sido este último el más influyente, al punto que, en muchos países, la bioética ha sido ligada a los ministerios de salud o estrechamente reducida a una forma de ética profesional que no representa el espectro de intereses de la bioética concebida como instrumento de deliberación para la mejora de la calidad de la vida(3). Como los problemas que afectan a lo que suele llamarse “el sector salud” no se restringen a éste ni puede ignorarse que nunca se resuelven “dentro” de él –pues precisan aportaciones de la economía, la educación y las ciencias sociales–, la bioética sanitaria debiera considerarse un

aspecto necesario pero parcial en la deliberación sobre prioridades. Por de pronto, los intereses de las poblaciones en la salud son diversos y, naturalmente, compiten por recursos con la educación, los estilos de vida, la provisión de otros servicios y la necesidad de los políticos de demostrar actividad, aunque sea sin efectos discernibles.

Los países de la región latinoamericana y caribeña pueden clasificarse según grado de desarrollo bioético mediante diversos indicadores: número y eficiencia de las instituciones bioéticas (comités y comisiones), madurez de su producción intelectual y aplicación de los principios en la asistencia, investigación y planificación sanitarias. En general, hay correlación entre tales indicadores y el desarrollo de los derechos humanos y la institucionalidad. Es difícil asignar valencia causal a estos factores, porque, como en el caso de los determinantes sociales, si bien el efecto sobre las condiciones de salud parece intuitivamente claro, la real dificultad estriba en establecer cadenas de influencia que permitan predicciones razonables. Especialmente en una región

de tanta labilidad institucional y política, las cifras macroeconómicas o, incluso, indicadores globales de “desarrollo humano” deben estudiarse en conjunto con la eficacia y la eficiencia de los servicios. En este sentido, una pregunta todavía abierta concierne al grado en que la bioética influye sobre las decisiones de atención sanitaria y las agendas de investigación.

Según sus aplicaciones, se distingue: *microbioética*, relativa a relaciones entre personas; *mesobioética*, para instituciones sociales, y *macrobioética*, ética global que incluye la ética ambiental (ecoética) y las relaciones entre especies animales. La bioética *relacional* identifica un “tono ético” en comunidades y la *decisional* define formas apropiadas para decidir en servicios y sistemas de salud. Formas frecuentes en el continente son la *microbioética* en el plano asistencial y la *decisional* en las instituciones sanitarias. Existe activo interés por las formas *meso* y *macro* e incipiente aproximación a la bioética *relacional*, especialmente en sus implicaciones para la gestión ética de las instituciones.

El trabajo bioético se basa en instituciones sociales que emplean el diálogo. Se distingue entre comités de ética asistencial, comités de ética de la investigación y comisiones nacionales, aparte de formas diversas de asesoría ética institucional(4).

La expansión de la bioética se explica por la naturaleza omnipresente de sus temas. Interesan las tecnologías reproductivas, los avances en genómica y proteómica, los desafíos de una adecuada alfabetización científica y participación ciudadana, y la necesidad de marcos regulatorios para la investigación, la propiedad intelectual y los servicios sociales. Los debates sobre anticoncepción de emergencia, eutanasia y suicidio asistido, clonación y tratamiento de embriones humanos concitan interés público y demandan respuestas. Planificadores y políticos aluden con frecuencia a notorias desigualdades e injusticias que afectan a los sistemas sociales. Todos temas que demandan análisis bioético.

A ellos deben añadirse aquellos temas propios de una bioética ampliamente entendida como toma de decisiones en la sociedad. Aspectos

organizacionales de las instituciones, la relación con los poderes político y académico, la respuesta a las demandas de personas y comunidades exigen competencias bioéticas en la formulación y fundamentación de los conflictos y sus posibles soluciones.

Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe

El 13 de enero de 1994 se firmó el acuerdo entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Gobierno de Chile y la Universidad de Chile que estableció el Programa Regional de Bioética (PRB). Éste debía estudiar lo realizado, promover investigación y enseñanza y colaborar con instituciones públicas y privadas. Su finalidad era mejorar las políticas públicas y la salud de las poblaciones(5,6). En la misma época, UNESCO establecía la Comisión Internacional de Bioética.

Como disciplina aplicada, la bioética aborda temáticas relacionadas con la salud, la intervención sobre la vida y la muerte, el patrimonio genético y la responsabilidad social

de científicos, médicos y otros profesionales. Problemas de la región, como la inequidad en el acceso a servicios sanitarios y la protección de las personas en sus entornos culturales, son abordadas por el PRB en conjunto con ministerios, asociaciones nacionales y grupos profesionales. Inicialmente, el Programa se concentró en la formación de miembros de comités de ética asistencial y de investigación. Sin descuidar la solvencia académica, interviene en aspectos aplicados. Con los Representantes de OPS en cada país, estimula programas formativos y contribuye a su dictación. Mediante talleres de didáctica, crea redes de personas e instituciones interesadas en la ética de la investigación y la práctica clínicas. Se amplía así la cooperación técnica a la reflexión y la fundamentación de principios para el trabajo en salud en aspectos asistenciales, de investigación y de políticas públicas. No se trata solamente de abordar problemas éticos. Fomentar la discusión y la participación ciudadana en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades significa un enriquecimiento cualitativo

del trabajo dentro de cada país y en la comunidad internacional. El trabajo bioético exige confrontar postulados y axiomas morales. Se sitúa entre la política y los medios de prensa, que siguen dinámicas propias. Su desarrollo significa conciencia y formas de deliberación que coadyuvan a mejorar la calidad y la eficiencia del trabajo en salud, bajo el lema de “salud para todos, con todos y por todos”(7).

Competencias bioéticas, procesos, procedimientos, productos

Para el trabajo en bioética, son fundamentales ciertas “competencias básicas”. La disposición a dialogar, la facilitación de grupos para identificar y rotular problemas, la capacidad de negociar sin renunciar a las propias convicciones y la responsabilidad de opinar sobre temas valóricos son fundamentales. Los procesos sociales importan tanto como los contenidos. Estas competencias aportan calidad a los servicios de salud y se encuentran implícitas en muchos planes y programas gubernamentales.

La bioética puede abordarse en la triple perspectiva de *proceso social* (generalmente emotivo), *procedimiento técnico* y *producto académico*. Su evolución puede sistematizarse tanto en el plano *microbioético*, de relaciones entre personas, como en los planos *meso* y *macro*, de relevancia en salud pública y política sanitaria(8). A una etapa de *contacto emocional* sigue *reflexión* y *asimilación* y, finalmente, *consolidación*. En ésta, el discurso bioético es parte de los saberes establecidos en la educación superior, se forman especialistas, se fundan institutos y revistas y se promueven estándares de calificación y certificación. Como producto académico, la bioética da prestigio y aumenta la calidad del trabajo. Así lo entienden instituciones públicas y privadas del continente que ofrecen servicios bioéticos como complemento de sus actividades. La RedBIO, que mantiene el PRB OPS/OMS, cuenta con más de 500 entradas referidas a personas y grupos.

El PRB OPS/OMS se propone lograr políticas públicas “informadas” por principios bioéticos y prácticas profesionales humanizadas por valores

y principios morales explícitos. A una “medicina basada en pruebas” (*evidence-based-medicine*), se agrega una “medicina basada en valores” (*value-based-medicine*)(9).

“Productos” de la bioética: programas, instituciones, publicaciones

Los productos bioéticos son de difícil registro. La mayoría son intangibles y se expresan en comportamientos y actitudes. Revistas y boletines tienen breve existencia. El número de diplomas y grados ha crecido en los últimos años, como también el de congresos, foros, jornadas y encuentros, a menudo rotulados de “primeros” o “primeras”, de organizaciones, agrupaciones y centros asistenciales. La creación de asociaciones y comités no siempre se realiza orgánicamente o en respuesta a necesidades realmente percibidas.

Aparte de las agrupaciones profesionales y sociedades nacionales de bioética, merecen mención la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAIIBE) y la Federación Latinoamericana de

Comités de Ética de la Investigación en Salud (FLACEIS). Algunas sociedades internacionales, como la *International Association for Bioethics* y la Sociedad Internacional de Bioética tienen presencia en el continente. Un desafío es el trabajo armónico, por la heterogeneidad de los países de América y el Caribe. Temas como equidad en el acceso a servicios, cuidado de los enfermos terminales o políticas sobre anticoncepción se discuten en entornos jurídicos diferentes y en el contexto de distintas tradiciones. La armonización y el conocimiento recíproco son parte del trabajo pendiente. En el sector salud, los dilemas éticos no se reducen a procedimientos jurídicos, sino que involucran percepciones de usuarios, profesionales y agentes sociales, no consideradas por el derecho positivo pero determinantes de acciones. Hay meritorias iniciativas en algunos países sobre derechos de pacientes y minorías, y la difusión de procedimientos de deliberación.

Hay gran actividad académica. Frecuentemente se inauguran institutos o centros de bioética en universidades y otras instituciones, a

veces con orientaciones doctrinales o confesionales, o bien con posturas técnicas y neutrales. Se promueven cursos, seminarios y grados académicos¹. Las universidades han incorporado la bioética a sus planes de estudio y varias cuentan con diplomados y grados de maestría, algunos iniciados gracias al Programa OPS². Éste ha colaborado con la Universidad de Chile en programas de formación avanzada en ética de la investigación sanitaria³. El futuro exige procesos de autoevaluación y acreditación de centros que imparten estudios avanzados. Bioética

- 1 Para mayores informaciones véase <http://www.paho.org/bioetica> y el libro *Investigación en salud. Dimensión ética*, editado por F. Lolas, A. Quezada y E. Rodríguez (Santiago de Chile: CIEB Universidad de Chile; 2006).
- 2 Las maestrías de las universidades de Chile, San Marcos de Lima, INTEC de Santo Domingo, Nacional de Cuyo y Nacional de Córdoba fueron inspiradas por programas desarrollados por OPS en conjunto con la Universidad Complutense de Madrid. En otras instituciones, personal de Bioética OPS participa en la dictación de cursos y seminarios.
- 3 La asociación Universidad de Chile-OPS ha recibido financiamiento de los *National Institutes of Health-Fogarty International Center* para estos programas, en los cuales se han formado 30 becarios entre 2002 y 2006.

OPS ofrece asistencia para resguardar la calidad de los programas.

No importa sólo el número de instituciones que cultivan la bioética. Los principios bioéticos deben impregnar las prácticas sociales e influir sobre su calidad y relevancia. Las agencias financiadoras de la investigación biomédica y las normas editoriales de revistas profesionales latinoamericanas ya incluyen el examen de los aspectos éticos⁽¹⁰⁾. En los países hay conciencia de la necesidad de supervisión ética en los hospitales. Sin embargo, los progresos están amenazados por dificultades locales o transitorias⁴. Mostrar supervisión ética sin considerar el grado de experiencia y capacitación de quienes la practican es una riesgosa tendencia que merece examen.

Los “comités” y “comisiones” de bioética ilustran la necesidad de hacer realidad la participación, el autocuidado y el empoderamiento de las

4 Es instructivo examinar diacrónicamente las bases de los concursos para proyectos de investigación de los organismos de financiación que han incorporado la revisión ética gradualmente.

poblaciones. Su impacto en los productos de la investigación, publicaciones y patentes, y en la equidad y calidad de los sistemas sanitarios exige permanente atención, especialmente por los cambios debidos a los procesos de reforma. La responsabilidad legal de sus miembros en las decisiones que aconsejan es tema aún no enteramente debatido. Aunque el número de comités ha aumentado en los últimos años, debe calificarse su desempeño, acreditar a sus miembros y legitimar su existencia, demostrando que mejoran la transparencia, la calidad y la responsabilidad de las comunidades de investigación y servicio.

Respecto de las comisiones nacionales de bioética, algunos países cuentan con un organismo estable con local y financiamiento propios. En otros, no se han formado o son inestables, con débil apoyo administrativo o político. Su conformación puede provocar tensiones y existe el riesgo de que se conviertan en centros de poder y produzcan desaparición de grupos de trabajo y descrédito de la tarea de diálogo. La vía legislativa (la discusión en el medio parlamentario) no produce

una respuesta tan rápida o global como las decisiones del Poder Ejecutivo, y la tramitación de un proyecto bioético puede verse afectada por negociaciones políticas ajenas a su contenido. Las comisiones nacionales son útiles si sus miembros se seleccionan consultando a grupos pertinentes.

Desafíos para la bioética: el establecimiento de prioridades

Mientras más débil un sistema de salud más endeble su desarrollo bioético. Datos sobre la situación actual pueden encontrarse en el sitio Web del Programa de Bioética OPS (<http://www.paho.org/bioetica>). El panorama cambia y no siempre hay datos oportunamente.

En la región latinoamericana y caribeña es desafío importante en salud armonizar equidad en el acceso con calidad en el servicio. El primer tema preocupa a autoridades, líderes de opinión y gestores de servicios. El segundo se relaciona con financiamiento, investigación y formación de personas. Todos temas bioéticos.

El Programa OPS ha producido contribuciones de alcance continental. Una revista indexada en la base de datos SciELO (*Acta Bioethica*, ISSN 0717-5906), un informativo (*Bioética Informa*, ISSN 0717-6112), series de publicaciones técnicas y libros para miembros de comités e investigadores⁵. También ha producido, con la Universidad de Chile, aportes a la bioética de la salud oral (boletín *Salud Oral y Bioética*, ISSN 0718-2392). Sus aportes se han traducido en adopción de sus recomendaciones. Para educar bioéticamente a las poblaciones, especialmente las juveniles, se han producido historietas ilustradas (*comics*) sobre historia de la ciencia, salud reproductiva e historia de la medicina, que destacan el papel de la reflexión ética en producir conocimiento y en mejorar las condiciones de vida⁶. Su uso en el medio escolar y la orientación

-
- 5 Todo el material producido por el Programa de Bioética OPS/OMS está disponible gratuitamente en versiones de texto completo en <http://www.paho.org/bioetica>
- 6 Puede consultarse el programa en el sitio <http://www.uchile.cl/bioetica> y también en <http://www.paho.org/bioetica>

comunitaria suponen que la difusión de principios y prácticas de bioética refuerzan la idea de que la salud es tema de todos.

El Programa de Bioética desarrolla criterios y mecanismos para evaluar acciones, examinar políticas y expresar posturas sobre la salud y sus condicionantes socioeconómicos, culturales y políticos. La mayor demanda exige asegurar la calidad de la supervisión ética, en el plano individual y en el societario. La bioética demuestra que la mejora de la atención sanitaria y del desarrollo científico y tecnológico merecen especial dedicación. Es difícil calibrar el impacto del trabajo bioético por ser sustantivamente cualitativo, pero las evaluaciones de gestores de sistemas sanitarios, profesionales, público y formuladores de políticas revelan que su inclusión en la tarea político-técnica de OPS ha cumplido sus propósitos y es ya parte de la cooperación técnica, haciéndose eco de las necesidades y demandas de la región. Una forma en que la bioética se manifiesta en la legislación de los países es a través de leyes, decretos, reglamentos y sen-

tencias⁷. Aunque muchas constituciones tienen artículos o preceptos de contenido bioético, el término no es regularmente empleado. Pero, sin duda, lo más importante es modificar la percepción y la conducta de las personas sobre los deberes y derechos que cabe reconocer en la misión de preservar y dar salud.

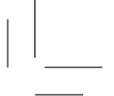
La agenda pendiente, así como el cumplimiento de las Metas de Desarrollo del Milenio propuestas por la comunidad internacional, son desafíos técnicos y morales. El modo como se aborden las decisiones se perfeccionará profundizando el trabajo bioético y con instancias nacionales e internacionales conscientes de su responsabilidad. El peligro de la improvisación y el facilismo demagógico se conjura con reflexión y cooperación entre las instituciones. El diálogo, herramienta fundante de la bioética, también debe emplearse en armonizar discursos técnicos. Especialmente en el campo de la priorización en salud, la impronta del proceso globaliza-

7 Una excelente compilación, a la que contribuyó OPS con sus bases de datos, se encuentra en <http://www.hhs.gov/ohrp/international/index.html#NatlPol>

dor, el impacto de las sociedades avanzadas tecnológicamente y las expectativas de las poblaciones exigen que los técnicos y los expertos mediten sobre las consecuencias de sus recomendaciones y decisiones a la luz de los principios morales forjadores de la convivencia.

Referencias

1. Lolas F. (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS/OMS; 2000.
2. *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. Washington D.C.: Department of Health, Education and Welfare; 1978.
3. Lolas F. *Temas de bioética*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2003.
4. Lolas F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. 2^{da}. edición. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2001.
5. Lolas F. (Ed.) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS/OMS; 2004.
6. Lolas F. Bioethics at the Pan American Health Organization. Origins, development, and challenges. *Acta Bioethica* 2006; 12(1): 113-119.
7. Lolas F. *Bioética y Medicina*. Santiago de Chile: Editorial Biblioteca Americana; 2002.
8. Lolas F. Bioética y salud pública. En Malagón-Londoño G, Galán Morera R. (Eds.) *La salud pública. Situación actual, propuestas y recomendaciones*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2002: 477-482.
9. Lolas F, De Freitas Drumond G. *Fundamentos de uma antropologia bioetica*. São Paulo: Edições Loyola; 2007.
10. Mancini R, Lolas F. Evaluación bioética de trabajos de investigación en seres humanos publicados en América Latina y el Caribe. *Acta Bioethica* 2001; 7(1): 159-169.



PRIORIZACIÓN, EFECTIVIDAD Y EQUIDAD EN SALUD: ¿ECUACIÓN POSIBLE EN AMÉRICA LATINA?

Alma Eunice Rendón Cárdenas y Elizabeth Mercado Morales

Introducción

A lo largo del siglo XX se crearon muy diversos y complejos sistemas de salud que acompañaron los grandes avances tecnológicos en la atención médica. Sin embargo, uno de los mayores retos que han enfrentado estos sistemas en todo el mundo es alcanzar un financiamiento justo y una atención equitativa.

En América Latina (AL) todavía no se cuenta con mecanismos efectivos que sean equitativos y sustentables para financiar estos sistemas, enfrentando la aparición de brechas cada vez mayores en el acceso a la tecnología médica al interior de y entre los países de la región.

En los últimos diez años se ha fortalecido el consenso mundial sobre la importancia de la definición de

prioridades en materia de salud, tomando en consideración los escasos recursos económicos y la pobreza existente en los países en desarrollo. Es así como los países de AL han implementado políticas públicas de salud apoyados por organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el Banco Mundial (BM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otros.

En este capítulo profundizaremos en el concepto de “equidad” en materia de salud, al tiempo que analizaremos la priorización y racionalización de los servicios y la efectividad de los programas y proyectos implementados en AL. Por último, expondremos algunas de las acciones que se podrían llevar a cabo con la finalidad de mejorar el

panorama de los programas de salud en la región.

Sistemas de salud, equidad y justicia social

En un mundo caracterizado por desigualdades, en el que millones de seres humanos sobreviven con menos de un dólar diario, no es posible hablar de salud sin referirnos a la equidad, a la solidaridad y, por lo tanto, a la justicia social(1).

La razón de ser de todo sistema sanitario es alcanzar el nivel más alto posible de salud para su población. Esta meta se debería lograr cuando el sistema cumple con cuatro funciones básicas: la prestación de servicios, el financiamiento de dichos servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud(2). Sin embargo, esto no ha sido posible en AL porque se ha priorizado la efectividad por sobre la equidad. No se determinaron las necesidades poblacionales, siendo fundamental el estudio e integración de éstas para la elaboración de políticas sociales, particularmente de bienestar y salud(3). Un sistema competente tiene la responsabili-

dad de reducir las desigualdades, priorizando la salud de aquellos que se encuentran en peores condiciones (es decir el sistema debe ser equitativo).

Debemos considerar la equidad en varios niveles:

- En el acceso a servicios ante necesidades iguales.
- En su utilización ante necesidades iguales.
- En el funcionamiento de los servicios.
- En el bienestar social y de salud.

La equidad en el campo de la salud debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, su papel en la vida y libertad del ser humano. No trata sólo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria. Ninguna concepción de justicia social puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas. La equidad en la atención de salud

queda así incorporada, formando parte integral de un concepto más amplio de justicia(4).

La atención médica de calidad no puede desentenderse de una respuesta adecuada a los condicionantes económicos y sociales. Resulta inútil un dispendioso presupuesto para la atención médica si, paralelamente, no se combaten los estragos de la pobreza extrema, la mal nutrición o la contaminación ambiental. Las políticas de salud deben integrarse y complementarse con políticas en el campo social(1).

1. La dimensión económica de la salud y la equidad: ¿equilibrio posible?

Las políticas públicas en salud se llevan a cabo desde un marco económico formado por las instituciones estatales, los profesionales y los bienes(5); éstos se intercambian dentro de una ley de “mercado”, en la cual la demanda de salud de la población es confrontada con la oferta y los costos, de acuerdo con la calidad que le confieren los proveedores de la asistencia sanitaria. Empero, los diseñadores de las po-

líticas de mercado deben comprender que la salud no es un producto o servicio comparable con otros, ya que existe una asimetría de información: es decir, el paciente desconoce lo que necesita, no como en cualquier otro tipo de mercado o con otro tipo de bienes.

El Estado debe ejercer control sobre la asignación y distribución de recursos, de modo de garantizar un reparto justo y un adecuado acceso a los servicios. Sin embargo, la oferta propiciada por centros públicos de atención sanitaria suele ser insuficiente, por existir gran demanda y poco presupuesto. Esto ha empeorado por la situación macroeconómica, los efectos de la globalización en el mercado de la salud, las políticas de reducción del gasto público, las concesiones a empresas privadas para la venta de servicios de salud –altamente rentable por la eficiencia con que se manejan–, los sistemas de copago, los planes de salud reducidos, entre otros.

Se ha dejado a un lado el logro de la equidad, que debería ser el eje en la atención en salud, y se presta especial atención a los incentivos

que el mercado entrega para el uso eficiente de los recursos en la prestación de servicios(6). Por ello, las políticas públicas estatales priorizan la eficacia por sobre la equidad.

La falta de equidad se evidencia en personas que, por razones económicas, geográficas o laborales, no pueden acceder a la atención sanitaria y quedan fuera del alcance de las políticas sociales estatales, independientemente de que existan programas para su atención(7). Una enfermedad que no es prevenida ni tratada por motivos sociales tiene una repercusión particularmente negativa en la justicia social. Si bien no se pueden identificar las desigualdades con la inequidad, aquellas son indudablemente importantes para ésta(8).

2. Modelos de priorización en programas de salud y racionalización de los recursos

Durante los últimos años, los ministerios de salud de los países de AL crearon diversos programas por ciclo de vida. Éstos corresponden a una estrategia más global de promoción de la salud, lo que afecta e

incluso contradice su perfil y sus posibilidades de desarrollo. En la atención de niños y adultos es fácil percibir una permanencia de esquemas tradicionales de planificación que mantienen programas por patologías prevalentes; pero este modelo excluye una mirada holística, integral, movilizadora de la sociedad en pro de una cultura de vida.

A pesar del proceso de transición demográfica en que se encuentra la mayoría de países de la región, en los ministerios de salud hay escaso desarrollo de políticas y programas específicos. Por ejemplo, la responsabilidad del adulto mayor sigue siendo trasladada a la familia y a los programas de seguridad social, con poca rectoría y promoción de parte del sector salud(6).

Hasta ahora, esta priorización por programas de salud no ha sido suficiente para lograr reducir las brechas de desigualdades en la atención y las inequidades en el acceso, porque no están implementadas dentro de políticas sociales macroeconómicas justas para brindar una salud equitativa. Asimismo, tras integrar en la agenda de políticas públicas

en salud algún programa o acción, se debe vigilar la situación y evaluar los resultados para enriquecer realmente el sistema.

La pobreza en AL es un desafío importante y se encuentra asociada con inequidad y con exclusión social, especialmente en los grupos indígenas(9). El nivel de salud es uno de los principales determinantes de la pobreza y su persistencia en el tiempo, al ser un componente de las llamadas “trampas de pobreza”. La salud y nutrición infantiles determinan de manera importante la capacidad de desarrollo cognitivo y la productividad del adulto y, por ende, su nivel de ingresos. A su vez, el nivel de ingresos y la educación de los padres afectan la salud y nutrición de los hijos. De este modo, se reproduce el círculo vicioso de la pobreza extrema(10).

Prácticamente en todas las sociedades existe desigualdad en el ingreso y en la satisfacción de las necesidades; sin embargo, la gravedad y extensión de las carencias en los grupos de población afectan el nivel de desarrollo. Por otra parte, en los grupos sociales menos favorecidos

se presentan dificultades de incorporación adecuada a los circuitos productivos y de consumo.

3. El papel del Estado en Latinoamérica y la racionalización de recursos

Hasta ahora, en la mayoría de los países de la región hay aparatos estatales que distan de ubicarse en un proceso global de reinversión del Estado o, mejor dicho, de reforma eficiente. Su fragmentación, la falta de institucionalización de políticas, el escaso nivel técnico de sus funcionarios, la falta de políticas de recursos humanos que promuevan la captación y permanencia de profesionales calificados, la ausencia de planes estratégicos y de procesos de monitoreo y evaluación de metas hace que la labor sea aún bastante artesanal y poco innovadora(6). Mientras persista este tipo de intervención estatal, la equidad social –y particularmente en salud– no será posible, independientemente de programas dirigidos hacia este objetivo.

Debido a la escasez de recursos de muchos de los sistemas de salud en

AL surge el planteamiento de si es necesario o no racionar los servicios. En caso afirmativo, ¿qué principios deben determinar el acceso de los pacientes a los servicios de salud y cómo deben aplicarse dichos principios?(11) Además, ¿cómo asegurar que dichos principios sean válidos y aceptables desde una perspectiva de justicia social?

Uno de los argumentos a favor del racionamiento es que la demanda es infinita o excesiva, mientras que la oferta es finita(12). Sin embargo, al tratarse de un tema como la salud, se deben buscar vías alternativas, como un incremento en los recursos con el fin de cubrir la demanda. Asimismo, cuando la protección de la salud es concebida como un derecho, la búsqueda de nuevas soluciones se vuelve más urgente. Bajo este acuerdo, los individuos esperan que el Estado les brinde todos los servicios de salud que se encuentren disponibles cuando lo necesiten, sin discriminación de ningún tipo.

Coincidimos con Motta en que el racionamiento es un proceso discriminatorio y, consecuentemente, un esquema que viola el acuerdo

implícito entre el individuo y el Estado. Antes de seguir políticas de racionamiento se deben explorar otros caminos para resolver los problemas considerados como la causa de la necesidad de racionar(12).

La racionalización de los sistemas de salud debe estar enfocada más hacia la eliminación de las ineficiencias en el componente burocrático de los servicios de salud (derivado de la prestación de los servicios respectivos)(13). De esta forma, los fondos remanentes podrían ser utilizados para brindar tratamientos a los pacientes.

Priorización de programas

Hasta hoy las reformas sanitarias han sido impulsadas y apoyadas por organismos internacionales, logrando una mayor eficiencia en los sistemas de salud pero a cambio de aumentar las desigualdades en la atención sanitaria, ya que ha supeditado la atención a las leyes del mercado. En este apartado analizaremos el panorama e influencia internacionales en los programas de salud en AL.

En los últimos diez años se ha fortalecido el consenso mundial sobre la importancia de la definición de prioridades en salud para el combate a la pobreza.

Es importante distinguir, por una parte, el logro y la posibilidad, y, por otra, las facilidades sociales ofrecidas para dicho logro, como la atención sanitaria. Los factores que pueden contribuir a logros y fracasos en el campo de la salud van mucho más allá de la atención sanitaria e incluyen influencias muy distintas: desde las predisposiciones genéticas, los ingresos individuales, los hábitos alimentarios y los estilos de vida, hasta el entorno epidemiológico y las condiciones de trabajo. Por ello, es importante considerar los efectos de la desigualdad social sobre la salud y la supervivencia.

Con el propósito de reducir las grandes disparidades, sobre todo en países en vías de desarrollo, surgieron los llamados “Objetivos de Desarrollo del Milenio” (ODM), que definen prioridades comunes y coordinan esfuerzos para lograr un mayor impacto en el uso de los recursos de cooperación internacio-

nal. Son ocho objetivos y abarcan desde la reducción a la mitad de la pobreza extrema hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza primaria universal para 2015. Es un plan convenido por todas las naciones del mundo y las más importantes instituciones internacionales de desarrollo. Los objetivos han galvanizado esfuerzos sin precedentes para ayudar a los más pobres del mundo(14).

Dichos objetivos están en línea con las propuestas de la 8ª Reposición de Recursos del Banco Mundial(15). Para lograr los ODM, las políticas de salud deben estar comprometidas con esfuerzos que aumenten la equidad social y sanitaria por medio de resultados mensurables y evaluables.

Algunos de los problemas políticos más importantes de la promoción de la salud dependen fuertemente de la asignación global de recursos, y no únicamente de acuerdos distributivos de la atención sanitaria (por ejemplo, el “racionamiento” de esta atención sanitaria y de otros determinantes), en los cuales pare-

ce estar concentrada en la actualidad gran parte de la literatura sobre la equidad en salud. Los recursos son fungibles y los acuerdos sociales pueden facilitar la salud de los pobres a costa no sólo de la atención sanitaria o de los logros de salud de otras personas, sino también de un acuerdo social diferente o de una modificación de la asignación de recursos(8).

Perspectivas y propuestas

Para lograr un verdadero avance en las políticas públicas en torno a este tema debemos desarrollar una serie de acciones y una vinculación estratégica de actores que permita ampliar la dimensión ética en materia de salud.

1. Perspectivas que es preciso desarrollar

Las responsabilidades compartidas con otros sectores del Estado justifican el desarrollo de políticas de carácter macro; por ejemplo, el desincentivo al uso del tabaco y el alcohol. En esta política deberán participar el Ministerio de Economía (a través de los impuestos), el

Ministerio de Trabajo (prohibición del acto de fumar en el lugar de trabajo), las municipalidades (separación de espacios para fumadores y no fumadores, prohibición de fumar en lugares cerrados), el Ministerio de Educación (inclusión del tema en el currículo escolar), el Ministerio de Justicia (penalidades a empresas que evadan impuestos o no cumplan con la normativa de señalar en las envolturas la información básica) y el Ministerio de Salud (información sobre el daño físico que produce el uso de tabaco, especialmente cuando éste se inicia a temprana edad; educación sobre los mecanismos para evitar o eliminar la adicción y servicios especializados para adictos)(6).

El desarrollo de políticas de salud más adecuadas en AL debería tomar en cuenta, por un lado, las necesidades e intervención en salud (la población de los países en desarrollo soporta el 90% de la carga de morbilidad, pero sólo tiene acceso al 10% de los recursos destinados a salud)(6), y la reorientación eficiente de los servicios y participación de actores sociales.

2. *Propuestas para un mejor sistema de salud en AL*

Propuesta de justicia distributiva

La OMS define la salud no sólo como ausencia de enfermedad sino, también, como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Para que las personas de un país alcancen un estado de salud adecuado, en la medida de las posibilidades, es necesario que el Estado intervenga también en la elaboración de políticas públicas. Corresponde al Estado formular políticas encaminadas a modificar todos aquellos determinantes que interfieran con la salud de forma negativa. El objetivo es que la equidad se utilice como un valor aplicado de la justicia distributiva, o sea, dando a cada uno de acuerdo con sus necesidades. El Estado debe intervenir en pos de distribuir la riqueza que generan sus ciudadanos, y de manera solidaria y equitativa entre los más necesitados.

Propuesta de solidaridad en salud

En muchos países, los servicios de salud son un bien eminentemen-

te social o colectivo, que beneficia a todos los ciudadanos al lograr que reciban la asistencia curativa o preventiva requerida. Se enfatiza en ellos el valor de la solidaridad, razón por la cual la asistencia se financia intencionalmente mediante subsidios cruzados (de jóvenes a ancianos, de ricos a pobres y de sanos a enfermos, por ejemplo).

Es necesario crear programas de salud no estigmatizantes (según indigencia, uso de drogas o patologías, VIH, etc.).

En países con tan altas cifras de población viviendo en condiciones de pobreza y cifras aún mayores de exclusión social, convendría reflexionar sobre cuáles servicios básicos deben considerarse universales y cuáles pueden ser focalizados mediante discriminación positiva por razones de equidad. Los servicios de salud se articulan con derechos básicos y no es fácil establecer un límite entre la satisfacción de estos derechos y programas simplificados y concentrados. Algunas experiencias en nuestro continente parecen mostrar que los costos de transacción en los programas focalizados

—por los costos de identificación de “los más pobres” y los costos de vigilancia, supervisión y control de los programas— suelen ser muy altos y que, frecuentemente, son fácilmente víctimas de la corrupción y del clientelismo, razones por las cuales el impacto real sobre la pobreza y la exclusión social tienden a ser limitados. En comparación, los servicios permanentes y de cobertura universal logran tener buena calidad en lugares donde habita población predominantemente pobre(16).

Para cumplir los ODM, el aumento de la ayuda y el alivio de la deuda deben ir acompañados de una mayor apertura de los intercambios comerciales, una aceleración de la transferencia de tecnología y de mayores oportunidades de empleo para el creciente número de jóvenes que viven en el mundo en desarrollo.

Es importante que estos cambios político-estructurales, que administran recursos económicos en sectores vulnerados, alcancen sus objetivos a largo plazo. Sin embargo, se debe implementar un sistema

de priorización más equitativo al margen del mercado. Enfatizar no sólo la redistribución de recursos económicos y la aplicación de programas para las enfermedades de mayor prevalencia, sino que, además, considerar las personas que lo conforman: los demandantes de atención y los prestadores de servicios de salud.

Será necesario implementar programas, tanto preventivos como curativos, en los cuales el riesgo poblacional se desagregue en programas locales, asumiendo las características de las comunidades a las que van dirigidos.

Conclusión

Más allá de un discurso económico, una priorización efectiva y justa debería estar relacionada con una capacidad más humana dentro del sistema de salud. Es necesario redistribuir el gasto y universalizar el acceso; sin embargo, este cambio tiene que ir de la mano con un aumento de la calidad técnica y humanitaria del sistema de salud. En este caso, el Estado, como órgano rector, debe mantener su interés y

compromiso con la orientación y coordinación de los servicios, en lo cual cobran importancia la modernización en su organización y las formas de financiamiento. Los criterios de selección y calificación de los grupos sociales que participarán de la cobertura de servicios de salud gubernamentales son aspectos que ameritan ser analizados en general y desde una perspectiva de equidad.

La promoción de programas de salud prioritarios permitirá incidir selectivamente en los problemas. Se requiere establecer, además, mecanismos que aseguren el incremento y la preservación de la salud con acciones dirigidas a grupos de población selectos, considerados de alto riesgo y de insuficiente capacidad para la autoprotección. Priorizar las acciones preventivas constituye una opción que apoya la equidad, en tanto supone la posibilidad de abatir la patología evitable para la totalidad de la población.

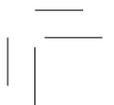
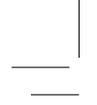
Finalmente, como parte de esta nueva perspectiva de priorización en salud pública, es importante tomar en cuenta la generación de tecnología propia para el mejoramiento de la salud de los latinoamericanos, ya que las nuevas tecnologías tienden, con el tiempo, a ser más baratas que las usadas actualmente. El desarrollo e investigación en nuevas ciencias, como es el caso de la medicina genómica⁽¹⁷⁾ –que en el futuro pretende hacer más eficiente la atención generando un paradigma de una medicina más preventiva, predictiva e individualizada–, impactará en la población latinoamericana en términos de un sistema de salud más equitativo.

Agradecemos a la beca Fogarty NIH Research Grant 2006, que nos permitió realizar estudios en el Programa Internacional de Investigación Biomédica y Psicosocial, del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile, y a la maestra Lourdes Motta por sus valiosos comentarios para el desarrollo de este trabajo.

Referencias

1. Bergel S. Responsabilidad social y salud. *Revista Latinoamericana de Bioética* 2007; 12: 10-27.
2. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS, 2000.
3. Peña H. Patricia, et al. Equidad y salud: Necesidades de investigación para la formulación de una política social. *Salud Pública de México* 1991; 33(1): 9-17.
4. Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. *Health Economics* 1997; 6:117-132.
5. Bonnici B. *La politique de santé*. Paris: PUF; 2004: 26-70.
6. Huertas LLR. *Reforma sanitaria, promoción de la salud y programas de salud de los adolescentes en la Región*. OMS. [Documento en Internet] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Reforma.pdf>
7. Donati P. *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1994: 3-97.
8. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública* 2002; 11(5):302-309.
9. Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud. *Macroeconomía y Salud. Invertir en salud para el desarrollo económico*. México: Fondo de Cultura Económica; 2006: 35-67.
10. Zúñiga E, Gomes C. *Pobreza, curso de vida y envejecimiento poblacional en México. La situación demográfica de México*. México: CONAPO; 2002: 85-100.
11. Maynard A, Bloor K. *Our Certain fate: Rationing in Health Care*. London: Office of Health Economics; 1998.
12. Motta L. *¿Es inevitable racionar los servicios de salud?* Birmingham: Health Services Management, The University Birmingham; 1-25.
13. Rawls J. *A theory of justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1971.

14. ONU. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://www.undp.org/mdg/>
15. World Bank. *The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results*. April, 2007.
16. Castellanos P. *Comentarios sobre el informe BM-BID sobre desarrollo y pobreza en República Dominicana 2006*. [Documento en Internet] Disponible en http://www.centrojuanmontalvo.org.do/spip/IMG/pdf/BM_Intervencion_Castellanos.pdf
17. Martínez-Salgado C, Leal G. Epidemiological transition: Model or illusion? A look at the problem of health in Mexico. *Social Science and Medicine* 2003; 56: 539-550.



PRIORIZACIÓN EN SALUD: UN DILEMA ÉTICO

Rafael Caviedes Duprá

Antes de expresar algunas ideas sobre el tema de la priorización en salud, es preciso analizar qué sucede con la medicina moderna. En efecto, en los últimos 50 años se ha producido un enorme progreso científico en la humanidad y una importante evolución cultural, social y económica. Así, en el sector salud, observamos tres cambios importantes.

El primero es de origen político: el acceso a la medicina se transformó en un derecho de los individuos, es más, en un derecho universal. Ello constituye, evidentemente, un avance social: la salud se democratizó y ya no es el privilegio de unos pocos. Lo anterior va acompañado de un fenómeno comunicacional que, por una parte, ha permitido promover los derechos de la gente y, por otra, acceder a información

actualizada sobre los avances médicos, lo que genera grandes expectativas en los enfermos que exigen solución a sus problemas.

El segundo corresponde a los avances científicos que han generado la industrialización de la medicina. Este fenómeno permitió satisfacer la demanda masiva de servicios de salud y ofrecer nuevas prestaciones médicas, seguros, equipamiento, medicamentos, insumos e investigación y desarrollo. Ha contribuido a incrementar el tamaño de la industria de la salud, fomentar las inversiones y solventar los más importantes logros de la historia en ciencias médicas, biológicas y bioingeniería.

El tercero atañe a las consecuencias económicas de todo lo anterior. El

incremento de los costos de la medicina ha sido muy superior al crecimiento económico. Ello se debe a varios factores, que se pueden simplificar en un uso cada vez más intensivo de los servicios médicos por la población y en la existencia de una sofisticada tecnología que permite salvar a pacientes que antes sólo concurrían a morir a los hospitales. Por otra parte, un importante cambio etario y epidemiológico ha obligado a los sistemas médicos a tratar enfermedades degenerativas, como el cáncer, que tienen mayores costos de tratamiento que las enfermedades infecciosas de antaño. Pero, también, se observa un despilfarro de recursos económicos, errores y sobreutilización de servicios, lo que nos obliga hoy a hablar de eficiencia.

Según el psiquiatra Thomas Szasz¹, lo que antes se atribuía al pecado hoy ocurre por la enfermedad. Esto significa que antes los penitentes enfermos buscaban apoyo en el sacerdote, pero hoy se convierten en pacientes penitentes del médico-sa-

cerdote. El rol del médico se socializa y se sacraliza. Sobre el facultativo se levanta la iglesia de la medicina, cuya teología es la ciencia y sus leyes canónicas se reflejan en políticas de salud pública que impactan en la economía. Pero, además, hoy nos invade la modernidad, representada por una sociedad de consumidores en un mundo de desarrollo científico y tecnológico. Ello ha obligado al “médico artesano” a transformarse en un factor productivo de un proceso industrial, es decir en un “médico profesional”. A lo anterior, se agrega el progreso económico, que ha permitido un mejoramiento de la calidad de vida y con mayor poder de compra, lo que también ha contribuido a modificar nuestra conducta frente a la enfermedad. Sin embargo, a pesar de todo lo anterior, vivimos la paradoja “epicúrea” en la cual las crecientes expectativas generadas por este progreso acarrearán más insatisfacciones en la gente, simplemente porque lo obtenido en servicios médicos por la mayoría de ellos es inferior a lo esperado. Ello se refuerza por un bombardeo de información pseudo científica —especialmente a

1 Szasz Th. *La teología de la medicina*. Madrid: Tusquets Editores; 1981.

través de la televisión— que transforma la salud en un “*show business*” en el que, sin mayor investigación, se estimula la sobredemanda de prestaciones. De este modo, la explotación escandalosa de la enfermedad por estos medios presiona a los políticos para que los gobiernos destinen cada vez más recursos a la salud, los que, al final, nunca alcanzarán para todos. Todo ello obliga evidentemente a priorizar.

La ciencia médica ha respondido a las necesidades de la gente: evidentemente ha progresado, ha ganado prestigio y poder, y ha logrado que el hombre cumpla su deseo de vivir más y mejor. Si viviésemos en el siglo XVIII, siete de cada uno de los lectores ya habría fallecido. El promedio de vida no superaba los 30 años, los estados melancólicos los resolvía el sacerdote y los enfermos graves sólo debían esperar resignadamente su muerte.

Hoy nuestra realidad es muy diferente. Los moribundos se resucitan a cualquier costo en las UTI de los hospitales, las depresiones se curan con *Prozac*, y ya se ha develado el

misterio de la cadena proteica del ADN con la esperanza de sanar todas las enfermedades. A modo de ejemplo, el tratamiento del Mal de Gaucher cuesta US\$ 100.000 por paciente al año y sus pacientes presionan a los gobiernos para que se les atiendan sus necesidades. Por lo demás, tan invasiva resulta la medicina que hoy la discusión ética se ha desplazado al “testamento vital”, es decir al derecho del paciente para rechazar ciertos procedimientos e, incluso, para que se le deje morir.

Paradójicamente, las personas cada vez acceden con mayor facilidad a todo tipo de prestaciones gracias a que alguien financia la demanda. Ya lo señaló Milton Friedman: los costos de la medicina suben porque el pago del bolsillo de las personas ha disminuido. En efecto, si no existiese un mecanismo que permitiese un financiamiento adecuado, sólo habría demanda de prestaciones básicas. La ironía de todo esto es que los costos de la salud suben en la medida que se perfeccionan sistemas de seguridad social. La consecuencia de ello es una espiral inflacionaria en salud.

Sin embargo, como los recursos de los sistemas de salud, públicos o privados, son limitados y las necesidades de la gente infinitas, surge evidentemente la obligación de priorizar. En parte, la ineficiencia del sistema se puede atribuir a que los médicos generan su propia demanda, los pacientes se someten a sus decisiones, pero ambos gastan los dineros que aportan terceros. Todo ello ha contribuido a generar una espiral incontenible de costos que la sociedad ha asumido por la vía del aumento del gasto público o por el alza de las primas en los seguros de salud.

A modo de ejemplo, el consumo privado de medicamentos, analgésicos, ansiolíticos y antidepresivos es gigantesco, pero se triplicaría si el Estado los regalara. También, existen miles de enfermos crónicos que suplican financiamiento estatal para tratamientos que cuestan una fortuna. Es decir, la demanda potencial es tan grande y la oferta de procedimientos y fármacos tan diversa como nuestro natural deseo de no morir, no envejecer, estar sano y evitar el sufrimiento. Por ello, como el impacto económico

de cualquier decisión en materias de salud –pública o privada– es significativo, debe haber mucha racionalidad en la asignación de recursos. Pero, quién está autorizado para decidir qué, cómo y cuánto consumir en salud. Algunos proponen al Estado como “asignador” de recursos, pero ya sabemos que la planificación central nos puede llevar al absurdo de racionar lo que necesita la gente y sobreestimar la oferta de lo que no es necesario.

El fenómeno descrito obliga a una mayor responsabilidad en el uso de los recursos y, en este sentido, el mercado tiene mucho que decir. Ya no basta el concepto tradicional de salud pública, en el que el Estado define qué se debe ofrecer en salud; tampoco aquel concepto básico de la bioética de “saber hacer bien” la medicina, pero a cualquier costo. Los conceptos de “mercado”, “eficiencia”, “eficacia”, “coste-efectividad” y “medicina basada en la evidencia” surgen porque, desde la perspectiva de la sociedad, no basta que el médico sepa hacer bien las cosas, sino que también conozca qué procedimiento resulta más efectivo, qué desea el consumidor,

qué efecto producirán sus decisiones en el sistema y qué se dejará de hacer por efecto de ellas. Por eso, no es suficiente que se prescriba un buen tratamiento, sino que se debe buscar aquel más costo-efectivo y, al menos, el médico se debe cuestionar si lo requerido es estrictamente necesario para curar al paciente o es accesorio.

Por otra parte, la investigación y desarrollo de nuevos equipos, procedimientos o medicamentos de última generación, se hace independientemente de su coste-efectividad. Por ello, vuelve a aparecer y a ser necesario el concepto de “priorización”. No se puede pretender que el Estado o los seguros de salud financien todo el avance tecnológico, salvo que exista demanda privada para ello. Así, la incorporación de nuevas técnicas a los sistemas de salud se ha transformado en todo un dilema. ¿Cómo se pondrán al servicio de los enfermos si éstos no tienen con qué pagarlas? ¿Existe suficiente evidencia médica del resultado de dichos avances? ¿Cómo hacer un uso eficiente de los recursos?

Todo lo anterior conforma las señales de un importante cambio en materias de asignación de recursos para la medicina. Y es que, en materias de salud, el hombre moderno ha entrado en crisis, pero no por falta de capacidad creadora, sino, al contrario, por exceso de creatividad, lo que ha significado la imposibilidad de comprender el fenómeno para abordarlo desde una perspectiva ética y económica. Nadie tiene una respuesta a este fenómeno. ¿Son los médicos víctimas o culpables de ello o es el consumidor el culpable? ¿Qué responsabilidad les cabe a los medios de comunicación, a los políticos y a los científicos? Hoy, más que nunca, la medicina moderna está fuertemente tensionada. Por esto, quienes toman decisiones políticas enfrentan enormes desafíos, tanto en lo profesional como en lo social, científico, ético y económico. Los gobiernos tienen las siguientes obligaciones éticas: a) fomentar una buena calidad de vida a través de los programas denominados “de bienes públicos”, labor indefectible para el Estado; b) garantizar el acceso a la salud a través de mecanismos

subsidiarios; c) cautelar la mayor eficiencia en el uso de los recursos escasos, y d) velar por la libertad de los individuos.

Esos debieran ser sus mayores compromisos éticos con la sociedad. El punto es que hoy, por cuestiones ideológicas, se descartan soluciones de mercado que podrían ser una respuesta a la eficiencia en la asignación de recursos y a la libertad que requieren las personas. El Estado debería permitir que los sectores intermedios de la sociedad satisfagan por sí mismos sus necesidades, pero, al mismo tiempo, asumir un rol subsidiario para cautelar el derecho a la salud de los más necesitados. Ello significa que el Estado debe abandonar acciones productivas, buscar la eficiencia y, sobre todo, velar por que haya competitividad entre los diferentes actores del sistema –aseguradores y prestadores–, entendiendo que la competencia es el motor de la eficiencia y de la transparencia.

Para ello se requiere, en primer lugar, reforzar el principio de subsidiariedad, aquel que establece que

una estructura social de orden superior no debe interferir en la vida interna de un grupo social de orden inferior, privándole de su autonomía y, en consecuencia, del pleno ejercicio de sus competencias. Es decir, la sociedad debe dejar a las personas o a los grupos que la componen todo lo que puedan realizar responsable y eficazmente, entre otras tareas la “priorización” del uso de los recursos que se destinan a salud.

En segundo término, se requiere diseñar incentivos apropiados para alcanzar los objetivos específicos de salud que busca el Estado, dependiendo de las condiciones epidemiológicas de cada país. En tercer lugar, se necesita promover la competitividad, eliminar el clientelismo, la burocracia y la corrupción. En cuarto, se requieren políticas públicas que fomenten la justicia, para que los más necesitados accedan a servicios de salud dignos y, especialmente, políticas que impliquen evitar todo tipo de discriminación. Finalmente, resulta indispensable la libertad de los individuos como control social de los sistemas y como manifestación de

decisiones democráticas de consumo, para que éstos tomen decisiones según sus preferencias.

Según reza un artículo de la constitución de la OMS, “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales del ser humano”. Evidentemente, cada país tendrá ese “grado máximo” acotado por su propio desarrollo económico. En consecuencia, la priorización en la asignación de recursos en salud se hace indispensable, no obstante que, más que el Estado, debería ser la propia sociedad organizada la que tome sus decisiones al respecto.

Ello, no significa desconocer la función del Estado como garante del bien común, ni de su indefectible labor en materias de control del sistema y orientación y promoción de acciones de salud pública. Pero tampoco parece ser correcto entregarle la responsabilidad de priorizar la asignación de todos los recursos para salud, puesto que es fácil que las políticas queden capturadas por intereses partidistas. De esa forma, se corre el riesgo de que las decisiones se tomen más por su impacto político que para satisfacer las verdaderas necesidades de la gente. Ese es el verdadero dilema ético en la racionalización y priorización de recursos destinados a salud.



ETHICS OF PREPAREDNESS IN LATIN AMERICA. CONSIDERATIONS ON GLOBAL EPIDEMIC RISKS

Fernando Lolas Stepke

Risk: probability and importance of harm

One of the main dilemmas facing healthworkers in the field of public health concerns the tension between individual rights, societal needs, and technical proficiency. Quality of service does not necessarily imply equitable distribution of benefits or universal access to innovative resources.

Epidemics are a case in point. During the SARS crisis, Geneva WHO officials observed that the usual procedure for evaluating ethical aspects of research proposals might well take too much time considering the risks and dangers posed by a condition rapidly spreading over wide geographical areas. In this particular situation, individual

rights to autonomy, confidentiality, and even denial of treatment would collide with the common good and the public interest. Researchers needed to speed up the process of ethical review because theirs was not academic pursuit but need of knowledge for immediate life-saving action.

The situation only underscored what is already common practice in most countries. Certain public health actions are compulsory. Vaccination is not left to individual choice but imposed by public health officials. Notification of transmissible diseases is mandatory when populations are at risk. Public good, as it is implied in such practices, has precedence over individual choice or even individual rights. This consideration underlies

the distinction between *research* and *surveillance* and the difference between radical intervention and preventative measures.

A potential pandemic poses an additional question. Chances are that the virus of avian flu migrates to human reservoirs and mutates before any viable vaccine is available. Here the question is not so much to stop the spread of a disease but how to fundament actions before any actual harm has been produced. That is, the decision must be made under *conditions of uncertainty*, which typically involve political and moral evaluation of consequences with their attendant responsibilities.

The notion of risk is a way to describe a potentially dangerous outcome based on probability estimates. It may be said that risk is an algorithm composed by at least two factors: *probability* of harm and *importance* of harm. The same risk accrues to highly improbable but grave conditions (i.e., death) and highly probable but negligible harm (a minor ailment). In addition to these two components of the risk equation, there is also the

time component, best described as *vulnerability*. Not every risk has the same importance at all times, and this temporal -or diachronic- consideration holds true for individual human life, for social or natural processes, and for disease prevention. Another important factor (although it may be considered partly important) is *reversibility*. An irreversible harm is by definition more serious than a reversible one, irrespective of the effort and cost of its resolution.

Risk and danger

Risk must be distinguished from danger. Danger is a form of risk with a higher degree of certainty for harmful effects or outcomes. A situation may be risky but not dangerous, whereas a dangerous situation always involves a high degree of risk. It may be suggested that risk, beyond a certain threshold, becomes a danger.

The risk-danger transition is typically an expert decision. Only experts are in the position of ascertaining if the levels of risk facing a person or a population demand normal or extra

measures for prevention or remediation. Since the difference between these kinds of measures is always an ethical decision, the burden of proof should be left with science underlying the decisions and the prudence with which it is applied or invoked. Prudence (*phrónesis*) is the mark of real professional ethics and belongs to the type of virtue termed intellectual by ancient writers. It is a virtue based on reason and is the privilege of rational and reasonable persons.

Ignorance, incapacity, negligence

Risk and danger challenge the expert community in many forms. The challenge posed by a new disease resides in a form of ignorance so generalized that no single practitioner is responsible for not possessing knowledge on how to prevent or control it. This type of ignorance –universal, shared by the community of experts- is not guilty. No ethics demands to do what is impossible, unknown or unimaginable.

There is another type of ignorance. When facts are available and some experts do not know them, then

their ignorance is a guilty one. In this case, ignorance carries the burden of individual or group responsibility. State-of-the art knowledge, when available, becomes an obligation for experts, if they are to be considered experts and be accorded the privileges of their condition.

The moral obligation to share knowledge facing threats and in the presence of risk and dangers is an indication of the need to have *international bodies* whose activities cross national and geographical boundaries for the sake of efficient action. It justifies open access to information and fundamentals loosening restrictions on data or knowledge. It should be remembered that knowledge is not only information but “*organized information*”, so that experts, along with gathering data and transforming them into information, must also reveal how do they construct knowledge. Only knowledge that is falsifiable, open to public scrutiny, reproducible and generalizable is accepted by the academic community. This type of knowledge is the one most respected for actions in the public health field.

It may happen that knowledge is available, duly codified, and accessible, but practitioners do not apply it. The *know-do* gap is one of the most pervasive moral faults known to-day, when hundreds of thousands of human beings suffer hunger, disease and restricted lives because experts, stakeholders, industrialists or politicians impede or otherwise limit the application of knowledge or the needed actions dictated by the current level of expertise worldwide. In this case we do not face ignorance but inability to translate science into policy. Again, it may be morally responsible or not guilty. Some barriers to the diffusion of appropriate knowledge and its application are morally acceptable while others not. The bioterrorism threat is a case in point. Publishing information that may be used by terrorists as well as by physicians demands careful analysis and some degree of moral imagination.

The third level of moral failure, beyond ignorance and incapacity is called negligence. This is the guilty form of incapacity to translate

knowledge into policy and appears when affluent societies, groups of experts, and powerful industrial complexes simply deny the help needed by demanding communities with no reason other than egoism or profit.

Dangers and moral dilemmas

It is true that other moral dilemmas have appeared in the last decades. Terrorist groups may use knowledge on infectious diseases to develop powerful threats against innocent populations. This has imposed restrictions on the obligation to disseminate information and to help in the production of knowledge. There are divergent views on the ethics of censorship, especially when the goals are beneficent.

This additional complexity in the complex web of relationships between research, prevention, intervention, and collaboration for the benefit of humankind demands efforts on the part of the academic community for clarifying concepts and suggesting courses of action.

Important triads for action

Any activity has to be analyzed from three vantage points: attainment of goals, compliance with duties and respect for rights. In previous analyses(1) we have alluded to these three components of rightful action saying that it must be proper (the intervention must be appropriate, according to the state of the art), good (it has to do some good to the agents performing it) and just (all members of society should benefit equitably from it). The evaluation has to be performed on these three axes simultaneously, preferably by a group or committee equipped with basic knowledge on how to deliberate and how to integrate different views(2). This dialogical principle is of the essence of bioethics(3).

Risks, dangers, threats, harms: The ethical decisionmaking process

The two prominent traditions in Western thought regarding “practical philosophy” (ethics in current parlance) refer to duties (deontology) and to consequences (teleology). The second position implies

responsability on the part of decisionmakers. The German sociologist Max Weber referred to these aspects as *Gesinnungsethik* and *Verantwortungsethik*, translated as “ethics of intentions” and “ethics of responsibility”.

These two contrasting views must be harmonized when dealing with complex issues. Permanent values must be maintained and defended, but consequences must be anticipated. Decisionmakers and planners must share responsibility with experts, politicians, and lay people regarding decisions and courses of action. The key principle is dialogue, the way postmodernity has found to legitimize action, beyond beliefs, beyond tradition, beyond expert information.

This is particularly important when assessing risks and dangers, for they do not seem to appeal equally to everybody. Risks, to be perceived, have to be defined, and that is an expert task. Experts may wish to impose their views to people who they believe in danger. This, however, may on occasion collide with cultural traditions or entrenched

practices of communities. The delicate balance needed is a matter of prudence.

The ethics of risk involves also a great deal of moral imagination when the real harm and the people who may be affected either are not present, do not believe, or are unaware of the situations. Best interest principles or substituted judgment, employed in clinical situations involving incompetent persons, should have an equivalent in public health policies informed by bioethical principles.

The ethics of intervention under uncertainty

The outcomes of prevention and intervention in healthcare systems depend on two main factors: resources and efficiency.

Healthcare systems have different types of resources: primary, human individuals trained and committed. Secondary, such as ideas, tools, theories; and tertiary, such as facilities. Certainly, rewards and recognitions are important components of systems, for they maintain

identity among its members, make explicit the deployment of power structures, and help in defining the relationship between demand and supply.

Efficiency refers to the way in which these resources are focalized and deployed in any given situation to attain pre-established goals with some degree of quality, equity, and sustainability. Efficacy is not the sole aim of an intervention. Many interventions may be appropriate but ineffective in the long run if some factors (such as cost-benefit) are not duly considered.

It is the appropriate balance between ends and means what counts. Not only in terms of attaining goals, but also considering the rights of people and the duties of the professionals. Medicine is a good example of the interrelations between ethics, politics, and technology(4).

The Latin American/ Caribbean scenario

The Pan American Health Organization (PAHO), established in 1902, became the Regional Office

of the World Health Organization (WHO) in 1948, when WHO was established.

The Region of the Americas and the Caribbean includes very rich and very poor countries. Inequity in access and disparities in health outcomes are prevalent in many nations. The 10/90 gap and the know-do gap are present especially in countries establishing research or partnership relations with more affluent nations. Epidemiological transition is an added burden to healthcare systems dealing with classical infectious diseases and the diseases of modern life. Efficiency of healthcare systems is sometimes limited by faulty administrative practices, priorities set by political agendas not sensitive to healthcare or health research needs, or corruption of the public systems(5).

The Region is also very diverse in terms of ethnic composition, legal and cultural traditions, and political and administrative practices.

It may be said that precisely because of this diversity, the role of the international organizations is

all the more important in the moral analysis and the ethical oversight of research and healthcare. The experience of a common public good represented in the international bodies can be a factor mitigating the hardships and difficulties experienced by the vulnerable, poor, or stigmatized populations of the countries in the Region. The trust in such organizations is an asset in any developments involving a proactive ethics, the ethics of preparedness needed in the face of globalized risks, threats, and harms. The ethics of dialogue between rationalities, between groups, between the rich and the poor, the expert and the lay.

What began as the Regional Program on Bioethics in 1994, after an agreement between PAHO, the University of Chile and the Chilean government, evolved later on to become the Bioethics Unit and now, as part of the Area of Health Systems Strengthening, is the Bioethics Program, committed to inform public policies, decisionmaking processes and priority setting activities by bioethical principles. This should happen both in times of progress and in

times of turmoil and danger, as the globalization process has shown. The Program is committed to fulfilling the moral role of an international public service organization in order to attain not only health, but also wellbeing and quality of life according to the Millennium Development Goals set by the international community(6-8).

References

1. Lolas F. *Bioética y antropología médica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2001.
2. Lolas F. Empirical social science studies and bioethics. An interface for the Regional Program on Bioethics. En: Lolas F, Agar L. (Eds.) *Interfaces between bioethics and the empirical social sciences*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2002: 11-14.
3. Lolas F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1998. English translation: *Bioethics*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1999. Portuguese translation: *Bioética. O que é, como se faz*. Sao Paulo, Brazil: Edicoes Loyola; 2001.
4. Lolas F. Medical praxis: an interface between ethics, politics, and technology. *Social Science and Medicine* 1994; 39: 1-5.
5. Lolas F. On the goals of medicine: a Chilean perspective. *Social Science and Medicine* 1996; 43: 125-127.
6. Lolas F. PAHO's Regional Program on Bioethics in health care and research. *Public Health_Nutrition* 1999; 2(3): 241-242.
7. Lolas F. Das Bioethik Programm der Pan American Health Organisation. *Newsletter Akademie für Ethik in der Medizin* (Göttingen) 1999; 4(2): 2.
8. Lolas F. (Ed.) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética, Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS; 2004.

LA MEDICINA GENÓMICA COMO PRIORIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

Gerardo Jiménez-Sánchez

Antecedentes del Proyecto Genoma Humano (PGH)

El plan básico del PGH en Estados Unidos fue establecido por una comisión del Consejo Nacional de Investigación (*National Research Council*), presidida por Bruce Alberts, estimando una duración del proyecto de quince años y con un costo de 200 millones de dólares por año, dependiendo organizacionalmente de los Institutos Nacionales de la Salud (*NIH*) y del Departamento de Energía (*DOE*). Posteriormente, otros países han ido incorporándose, destacando los esfuerzos del Reino Unido, Francia, Alemania, China y Japón.

En 1995 se unieron esfuerzos desde la iniciativa privada, acentuando la participación del grupo que

dirigió J. Craig Venter en *The Institute for Genomic Research* (*TIGR*), en colaboración con *Human Genome Sciences, Inc*, en Maryland. En un trabajo publicado el 28 de septiembre de 1995 en la revista *Nature*, Venter describía 174.472 secuencias parciales de ADN, totalizando más de 52 millones de bases de ADN humano, procedentes de 37 tejidos y órganos diferentes obtenidos en distintos momentos del desarrollo. En junio de 2000, de manera sorpresiva, la empresa *Celera-Genomics* y el Grupo *HUGO* decidieron unir esfuerzos.

El año 2003 significó la culminación del PGH, permitiendo mayor conocimiento de nuestra especie, así como de otras especies vivientes con las que convivimos en el hábitat de la Tierra. Hoy sabemos que

los seres humanos compartimos el 99,9% de la secuencia del genoma humano, lo cual plantea grandes retos en el campo de la salud, como son generar aplicaciones benéficas para la población, al tiempo de recoger, sistematizar, analizar y obtener valiosa información sobre las características genómicas de las poblaciones.

A manera de resumen, diremos que más de medio siglo sirvió para dilucidar la estructura del componente básico de la vida, es decir del ADN; una década más pasó para entender el código genético y los mecanismos de síntesis de las proteínas, y menos de tres lustros han permitido obtener el mapa de genes de decenas de seres vivos, incluido el propio ser humano.

Hacia la medicina genómica en México

Como sabemos, los objetivos originalmente planificados por el PGH ya han sido superados, desarrollando la secuencia total del mapa genético humano, lo cual parecía una utopía difícilmente alcanzable. El conocimiento de este mapa

tendrá seguramente importantes consecuencias para la medicina genómica, puesto que se producirán innovaciones drásticas en diagnóstico, introduciendo nuevos conceptos, como el de la información genética sobre riesgos de algunas enfermedades (probabilidad), y la forma de evitar otras (certeza), así como las interacciones entre la conformación genética de cada individuo y su entorno ambiental. Todo esto, en definitiva, modificará las relaciones médico-paciente en las cuales se desenvuelve la medicina actual.

Para México es importante incorporarse en el desarrollo de una medicina más preventiva, predictiva e individualizada, que contribuya a mejorar la calidad de vida de los mexicanos, atendiendo en forma cada vez más satisfactoria la salud de nuestra creciente población. Por ello, a fines de 1999, con Antonio Velázquez planteamos a la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) la necesidad de que México participara de los beneficios del PGH y no quedara en el rezago científico de la medicina genómica.

A partir de este acercamiento, se organizó a principios del año 2000 un grupo de trabajo integrado por investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y de los Institutos Nacionales de Salud, dependientes de la Secretaría de Salud (SSA). Este grupo se dedicó a estudiar la situación actual y las posibilidades para que México pudiera aprovechar la información y el conocimiento que se derivarían del esclarecimiento del genoma humano. Desde los trabajos iniciales de este grupo, se formuló el documento “Desarrollo de la medicina genómica en México. Centro de Medicina Genómica” y el 3 de octubre de 2000 se materializó un convenio entre la UNAM, la SSA, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y la FUNSALUD para crear un centro de medicina genómica y realizar, como primer paso, un estudio de factibilidad.

Este estudio de factibilidad para el establecimiento y desarrollo del Centro de Medicina Genómica, realizado entre octubre de 2000 y agosto de 2001, fue entregado el 27 de agosto de ese último año

a los titulares de la UNAM, SSA, CONACYT y FUNSALUD, quienes lo aprobaron y acordaron continuar una siguiente etapa hacia la creación de un Instituto de Medicina Genómica. El estudio sustentó la viabilidad para dicho centro de investigación, anticipando la posibilidad de aprovechar la infraestructura que ya tenía el país. El 22 de noviembre de 2001 los titulares de las cuatro instituciones participantes firmaron un nuevo convenio para establecer el Consorcio Promotor del Instituto de Medicina Genómica. Desde esa fecha se decidió que, conforme con el sistema jurídico mexicano, la futura organización quedaría ubicada dentro del sector salud y tendría el perfil de un Instituto Nacional de Salud.

Para dar respaldo a la formulación del proyecto de creación de otro Instituto Nacional de Salud, participaron en las distintas fases de elaboración 61 personas; además, se conformaron diversos comités: el Científico Asesor, el de Organización y Financiamiento, el de Programas y el de Aspectos Éticos de la Medicina Genómica.

Institucionalización jurídica del Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN)

Ante el dilema de oponer los problemas ancestrales de rezago sanitario a las grandes oportunidades que surgen por los avances en la biomedicina, la biotecnología, la informática y las telecomunicaciones, en 1999 se planteó la necesidad de que el Sistema Nacional de Salud de México tuviera los medios para identificar, valorar y, en su caso, implantar innovaciones tecnológicas que permitieran el mejoramiento en el cuidado de la salud de los mexicanos. A principios de 2002, el Consorcio Promotor de un Instituto de Medicina Genómica comenzó a trabajar con las Comisiones de Salud y de Ciencia y Tecnología de la Cámara de Diputados, de la LVIII Legislatura del Congreso de la Unión, proporcionando la información necesaria para sustentar sus iniciativas.

El trabajo iniciado en 1999 obtuvo sus primeros frutos el 22 de mayo de 2002, cuando se presentó a la Cámara de Diputados la iniciativa

de reforma a la Ley de Institutos Nacionales de Salud para crear el undécimo Instituto, esta vez dirigido a materias de medicina genómica. Esta Cámara aprobó la minuta de reforma el 2 de diciembre de 2003, turnándola dos días después para su estudio a la Cámara de Senadores. Éstos, en una primera apreciación, coincidieron en que la investigación y el desarrollo del campo de la medicina genómica planteaba nuevos retos éticos, legales y sociales fundamentales, por lo cual decidieron realizar más foros en tanto se analizaba la aprobación de la reforma.

Posteriormente, hacia mediados de 2003, el Consorcio Promotor elaboró un documento denominado “Proyecto de Desarrollo Integral del INMEGEN (2003-2012)”, cuyo propósito fue fundamentar las decisiones en relación con la construcción, habilitación y puesta en marcha de las instalaciones, así como el flujo de los recursos necesarios para el inicio de sus operaciones y la evolución gradual de una institución científica y tecnológica del más alto nivel. Además, serviría de referencia para la

planeación con detalle del trabajo académico que llevaría a cabo el INMEGEN.

Así, el 29 de abril de 2004, la LIX Legislatura del Congreso de la Unión aprobó la iniciativa de Ley que dio lugar a la creación del Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN). Posteriormente, el 19 de julio de 2004, el titular del Ejecutivo Federal promulgó y expidió el Decreto de Creación del INMEGEN, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de julio de 2004.

Principales aspiraciones del INMEGEN-México

En la actualidad, el INMEGEN es el undécimo Instituto Nacional de Salud y lleva a cabo actividades de investigación en salud y docencia relacionadas con investigación básica y clínica en la especialidad de genética humana. Su naturaleza jurídica es la de un organismo público descentralizado, que tiene como cabeza de sector a la SSA, con personalidad jurídica y patrimonio propios. Además, cuenta con órganos de dirección, administración y representación, objeto, finalidad y régimen fiscal reconocidos por las leyes mexicanas.

Algunas áreas de investigación que se propone desarrollar el INMEGEN y sus respectivas actividades

Áreas de investigación	Actividades
Genómica estructural	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterización y análisis de variaciones en la secuencia del genoma. • Asociación con enfermedades humanas e identificación in silico de secuencias de ADN.
Genómica comparada	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterización de la estructura y función de genes mediante su comparación con genes de otras especies utilizando herramientas de bioinformática. • Identificación de nuevos genes mediante comparación de secuencias de genomas de diferentes especies.
Genómica funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterización de la función de los genes a través del estudio en modelos experimentales en animales. • Producción de modelos animales de experimentación para el estudio de los mecanismos moleculares de las enfermedades.
Bioinformática	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de modelos informáticos para estudio de variaciones en la secuencia del genoma, polimorfismos genéticos y su asociación a enfermedades. • Bases de datos para almacén y manejo de información genómica. • Desarrollo de programas de análisis de secuencias de genes y proteínas.
Genómica terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de la farmacogenómica. • Desarrollo de la terapia génica. • Desarrollo de otras terapéuticas moleculares.
Investigación en aspectos éticos, legales y sociales de la medicina genómica	<ul style="list-style-type: none"> • Usos legales y científicos de la información genética. • Recomendaciones sobre modificaciones a la legislación. • Impacto del conocimiento del genoma humano en el derecho público y privado. • Consulta comunitaria para llevar a cabo estudios genómicos en poblaciones. • Biotecnologías y patentes.
Identificación de perfiles genéticos	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de protocolos y herramientas de diagnóstico. • Estudios genómicos poblacionales.
Ensayos clínico-genéticos	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de tecnologías de análisis genómico y diagnóstico a gran escala. • Desarrollo de protocolos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. • Identificación de grupos poblacionales que por sus características genómicas respondan de manera particular a fármacos. • Valoración de intervenciones en salud.
Desarrollo tecnológico de servicios genético-sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Impulso de proyectos de desarrollo de tecnología especializada y asimilación de tecnología relacionada. • Vinculación conjunta de las partes con la industria para el desarrollo de bienes y servicios derivados de proyectos conjuntos.

El propósito de establecer estas líneas de investigación es ofrecer a la sociedad mexicana y, en un futuro, a toda la población latinoamericana, técnicas médicas más seguras, dirigidas a la prevención o retraso de la sintomatología de enfermedades comunes, como diabetes *mellitus*, hipertensión, obesidad y algunos tipos de cáncer, entre muchas otras. Además, se planea la generación de productos sanitarios más eficaces, disminuyendo los niveles de toxicidad y consecuencias adversas de la medicina actual.

Primeros análisis de las variaciones genómicas realizadas por el INMEGEN

La metodología para asociar una variación genética a una determinada enfermedad humana requiere de una infraestructura tecnológica compleja, por lo cual el proceso de investigación es largo y costoso, sobre todo, por el número de *single nucleotide polymorphisms* (SNPs) que deben investigarse en las secuencias del genoma para definir la variación genética. En consecuencia, en los últimos años se han dedicado es-

fuerzos importantes al desarrollo de estrategias para agilizar este tipo de investigación y se ha buscado reducir el número de SNPs necesarios para cada estudio.

Los SNPs que se encuentran físicamente cercanos a otro SNP se heredan juntos, mientras no sean interrumpidos por un sitio de recombinación¹. Estas variaciones ligadas unas con otras se llaman haplotipos, combinaciones de dos o más polimorfismos, localizados en un mismo cromosoma, que se heredan juntos –en bloque– a la siguiente generación. El conocimiento de los límites de los bloques de haplotipos dentro del genoma humano es de gran relevancia, pues permite desarrollar nuevas estrategias que permitan su estudio masivo en forma más rápida y a un menor costo.

La historia demográfica mesoamericana tiene como pilar el establecimiento de grupos indígenas, los cuales, con el transcurso del tiem-

¹ Intercambio físico de información genética durante la meiosis como parte de la formación de células germinales (espermatozoides y óvulos).

po, fueron mezclándose con poblaciones europeas provenientes sobre todo de España y, en menor medida, con grupos africanos. La ausencia de poblaciones latinoamericanas en el Mapa Internacional de Haplotipos (*HapMap*) implica riesgo de segregación frente a los beneficios de su propio catálogo de haplotipos, y de serio retraso en la investigación en la medicina genómica. En respuesta, el INMEGEN inició un estudio bajo principios similares a los del Proyecto Internacional del *HapMap*, con el objetivo de generar la información genómica de la población mexicana y, consecuentemente, apoyar la investigación médica.

El proyecto *HapMap* de la población mexicana comenzó en junio de 2005. La primera etapa consistió en la aprobación del protocolo de investigación por parte de las comisiones de Investigación, Ética y Bioseguridad del INMEGEN; posteriormente, se procedió a la recolección de muestras sanguíneas en los estados de Yucatán, Veracruz, Sonora, Guerrero, Zacatecas y Guanajuato, para lo cual se instauró la Jornada Nacional para la Elaboración del

Mapa del Genoma de los Mexicanos, en un esfuerzo conjunto entre los investigadores del INMEGEN y personal del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea de cada Estado. Se desarrolló un capítulo en cada uno de los Estados en los que se recogieron muestras, firmándose un convenio de colaboración entre el INMEGEN, las secretarías estatales de salud y el gobierno, en el cual se incluyó un compromiso con las universidades públicas de los Estados participantes para desarrollar proyectos de investigación, rotación de estudiantes, recepción de cursos, conferencias por vía electrónica y asesoramiento en tecnología genómica.

Previo a la jornada de recolección de muestras, se realizó una campaña de sensibilización, dirigida a la población en general, por medio de programas de radio, *spots* televisivos, conferencias académicas y juntas públicas. Todo esto se materializó en una invitación abierta a toda la sociedad, integrada en su mayoría por población mestiza de la entidad correspondiente. Para el estudio se recabaron 140 muestras, señalando los siguientes criterios

de inclusión: a) individuos, sin parentesco entre ellos; b) mayores de 18 años; c) 50% de cada género; d) originarios del Estado, así como sus padres y abuelos (lo que excluyó a inmigrantes recientes de otros países), y e) que todos los individuos fueran voluntarios, obteniendo en cada caso el consentimiento informado. En este último criterio, los investigadores del INMEGEN se cercioraron de que cada persona comprendiera el procedimiento de extracción de la muestra, las condiciones de confidencialidad, la garantía de que cada muestra fuera tratada anónimamente al momento de su obtención y los alcances del proyecto.

Contar con un *HapMap* de los mexicanos permitirá acceder a información muy importante, como la identificación de los factores genéticos que modifican el riesgo de presentar enfermedades comunes, lo que, eventualmente, conducirá al desarrollo de nuevos métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento en materia de salud. Ello representa una importante ventaja sobre estudios de asociación entre distintos candidatos con enferme-

dades específicas, y de ligamiento o escaneo del genoma completo, con lo cual las estrategias complejas serán más prácticas y menos costosas. Además, mediante la comparación de la estructura genética de los mestizos mexicanos con las estudiadas por el Proyecto Internacional del *HapMap* (africana, europea y asiática) se fortalecerán los conocimientos para atender a poblaciones no mexicanas, por ejemplo, comunidades con nuestros mismos orígenes genéticos, como lo comunidad latina de la Unión Americana y el resto de América Latina.

Importancia de los aspectos éticos, legales y sociales en el INMEGEN

El establecimiento del INMEGEN responde al reto de mejorar cuantitativa y cualitativamente la investigación en salud, acorde con los propósitos del Programa Nacional de Salud 2001-2006, y contribuye con la estrategia de innovación del quehacer científico. La Junta de Gobierno del INMEGEN aprobó mi Programa de Trabajo para el período 2004-2009, en mi calidad de director general del Instituto. Este

programa definió su misión y visión e incluyó las prioridades para el desarrollo inicial del Instituto agrupadas en nueve estrategias.

Apuntando a estos principios, se diseñó la estrategia número ocho del programa de trabajo, para garantizar que toda actividad científica sea desarrollada de manera responsable y orientada a objetivos socialmente útiles, con el fin de no producir consecuencias indeseables, como la discriminación, la estigmatización o la falta de equidad en el cuidado de la salud. Por tanto, es importante el cumplimiento del marco ético, legal y social en la investigación en personas, con quienes estamos comprometidos al respeto de su seguridad personal y protección de sus derechos fundamentales. Consecuentemente con esta idea, se ha conformado dentro del INMEGEN el Centro de Estudios Éticos, Legales y Sociales de la Medicina Genómica (ELSI-INMEGEN).

El Instituto reconoce que la implementación de la medicina genómica en México ha planteado dudas en ciertos sectores de nuestra sociedad, todas ellas infundadas y caren-

tes de sustento jurídico y científico. Sin embargo, es cierto que en nuestro sistema legal no hay precedentes; por tanto, el análisis ético, legal y social debe avanzar y proponer respuestas más o menos inmediatas, para orientar a los científicos en las normas que deben respetar en el ejercicio de sus funciones.

Conclusiones

La medicina genómica plantea el reto de entender los orígenes genéticos de muchas enfermedades comunes y el papel que juega el medio ambiente para que estas sean inhibidas o, al contrario, para que se manifiesten todos sus síntomas, con los efectos devastadores que las acompañan. Por ende, es loable que los órganos legislativos mexicanos hayan iniciado las gestiones necesarias para que México ingrese al proceso de creación de conocimiento y, por tanto, de la innovación tecnológica.

Para cumplir todos los objetivos expuestos en el Programa de Trabajo para el período 2004-2009, el INMEGEN requerirá desarrollar la infraestructura adecuada, generar recursos humanos para la investi-

gación científica y diseñar programas de educación. Además, intervenir en la formulación de políticas sanitarias públicas encaminadas a mejorar el conocimiento sobre los mecanismos moleculares de las enfermedades, generando un mayor peso en la calidad de vida y de salud de los individuos. Nuestra finalidad es sentar las bases científicas para el desarrollo de una medicina más preventiva, predictiva e individualizada, que soporte la gestión de la salud con sentido de equidad, calidad y protección financiera a la población.

La equidad y la justicia en el acceso a la información y a los servicios que se deriven de la medicina genómica, los aspectos relacionados con la propiedad intelectual, el fomento de la creación científica, la autodeterminación informativa genética, la creación de bancos de datos genéticos, la protección de la soberanía genómica en nuestro país y el respeto de los marcos jurídicos constituyen, sin duda alguna, los retos que deberemos afrontar.

Las implicaciones de la medicina genómica van más allá de las va-

loraciones científicas, abarcando grandes desafíos éticos, legales y sociales. El INMEGEN ha creado su centro ELSI para analizar las mejores formas de enfrentar cualquier reto en estas áreas y establecer un claro deslinde con otras importantes áreas de la investigación científica con las que no guarda relación. Por ejemplo, la medicina genómica no tiene relación con la clonación de seres humanos, ni con la manipulación de células madre; tampoco con los procedimientos de reproducción asistida, mucho menos con la manipulación de embriones humanos. La medicina genómica está dirigida al estudio de individuos ya nacidos, identificando predisposiciones genéticas a enfermedades comunes, con el fin de formular recomendaciones sobre su estilo de vida y retrasar o evitar la manifestación de estas enfermedades en una primera etapa.

El INMEGEN reconoce que el genoma humano es, en un sentido simbólico, patrimonio de la humanidad, pues guarda los secretos de nuestra evolución como especie y se constituye, al decir de la UNESCO, en base de la unidad fundamental

de los miembros de la familia humana y del reconocimiento de su dignidad intrínseca y de su diversidad. Por tanto, debe ser tratado en el plano científico y humanístico con una consideración especial.

Bibliografía

Junquera de Estefani R. El contenido de la bioética como enseñanza de tercer ciclo en las facultades de derecho. *Cuadernos de Bioética* 1999; 10(37): 51.

Muñoz de Alba Medrano M. Aspectos sobre la regulación del genoma humano en México. En: Muñoz de Alba Medrano M. (Coord.) *Reflexiones en torno al derecho genómico*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2002: 192-193.

Russell B. *La perspectiva científica*. Barcelona: Ariel; 1974: 213-220.

Tusié Luna MT. El proyecto genoma humano. En: Gascón Muro P. (Coord.) *La revolución genómica*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco: 42-45.

EFECTOS DE LA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA CALIDAD DE VIDA EN PUERTO RICO

Manuel Torres Márquez

Visión

La reforma de los servicios de salud debe respetar las circunstancias y singularidades de cada sociedad para producir cambios que surjan de la búsqueda de consenso y equidad. Ningún Estado que se precie como institución democrática real puede eludir sus responsabilidades con el bienestar social y la salud integral de sus ciudadanos.

Recuento histórico

Al culminar el siglo XIX, Puerto Rico enfrentaba graves problemas de salud, tales como la anemia, la desnutrición, el parasitismo, entre otros. Al momento del cambio de soberanía de España a Estados Unidos de América, en 1898, se crean las “comisiones de anemia”, con el fin de asistir a toda la población

enferma. De éstas surge, en 1912, el Instituto de Medicina Tropical, que, en 1926, se consolida como la Escuela de Medicina Tropical.

En 1950 se crea la Escuela de Medicina del Estado, integrada al sistema universitario. Su fundación democratizó el estudio de la profesión médica en Puerto Rico. En 1954 recibe su acreditación de las instituciones norteamericanas y, a partir de este año, el sistema de salud se organiza en seis regiones definidas con criterios epidemiológicos. Este fue el primer modelo de cuidado coordinado de Puerto Rico y sirvió como base para la creación de otros sistemas de salud, como los desarrollados en Canadá e Israel.

Para 1976, las decisiones normativas y administrativas del Departamento de Salud se separan. Esto introduce

tres directrices de política pública: la atención de la salud de la población se reconoce como un derecho, se le asigna la más alta prioridad a la atención primaria para prevención y se autoriza al Departamento de Salud para privatizar aspectos de prestación y fiscalización de los servicios de salud.

En la década de los 80, bajo la estrategia “Democratización de la Medicina”, se privatizaron once hospitales de área y regionales, y se implantó una política de consolidación de camas. El Departamento de Salud cerró camas en los centros de diagnóstico y tratamiento y las sustituyó por las inauguradas en los hospitales de área. Ello llevó a desarrollar el nivel secundario del modelo de regionalización.

Según el Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico, “la falta de indicadores de desempeño para velar por la administración de los contratos fue el factor principal para el fracaso de esa iniciativa”. Ya para finales de esa década, el costo de operación del sistema de salud público continuaba ascendiendo. Se observó un patrón de duplicación de gastos cada cinco años.

Para 1992, el Consejo General de Salud prepara una propuesta para reformar el sistema público de salud. Sus recomendaciones partían de una visión integral y de un análisis costo-beneficio con sensibilidad social, pero, al momento de establecerse el Programa de Tarjeta de Salud, en 1993, estas recomendaciones fueron ignoradas. Puerto Rico pasó de servicios de salud autóctonos, con fortalezas y debilidades, a una precipitada e improvisada reforma que afectó y afecta directa e indirectamente la calidad de vida de toda la población. Esta reforma se desarrolla siguiendo en forma inflexible los enfoques de privatización prevalecientes en los Estados Unidos de América.

Enrique Vázquez Quintana, ex secretario de Salud, al describir el sistema de servicios previo a la reforma expresa que: “garantizaba el acceso a los servicios, proveía una cubierta básica, el racionamiento era uniforme, siempre favorecía al paciente, los referidos tomaban en consideración su condición de salud, atendía la educación médica y el presupuesto estaba engranado al sistema de regionalización. Los mejores centros de salud atendían todas las necesi-

dades básicas del núcleo familiar con equipos multidisciplinarios; se hacía prevención y el servicio de salud mental estaba integrado”¹.

Marissel Velázquez, presidenta del Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico, concluye: “El antiguo sistema público, aunque en un pasado reconocido y emulado por otros países, daba muestras de deterioro dada la alta burocratización e ineficiencia de los servicios prestados. ¡Cuánto hubiéramos podido alcanzar con aquel sistema con los recursos que invertimos en salud al día de hoy! La salud pública debe ser un bien colectivo y un derecho de todos, y sus servicios no pueden

ser producidos ni evaluados con criterios de ajuste de costos solamente como si fueran bienes privados”.

Ibrahim Pérez, médico y analista de nuestro sistema de salud, afirmó en 2006: “Ningún pobre olvidará aquella tentadora oferta del gobierno en 1993. Al fin podrían salir del enjaulamiento eterno de los centros de tratamiento y obtener sus servicios de salud en los mismos lugares de los pacientes privados. Tendrían libre selección de nuevos proveedores y mejor calidad de servicios. Nuestros pobres nunca imaginaron que la reforma los cambiaría de una jaula a otra”.

Indicadores socioeconómicos de Puerto Rico

Porcentaje de población alfabeta (15+ años)	89,6
Producto interno bruto per cápita (a precio constante)	2,772
Crecimiento en el producto interno bruto 2002/2001 (%)	2,3
Por ciento de la población con acceso a servicios de agua potable	99,0
Porcentaje de viviendas ocupadas sin servicios sanitarios completos	5,2
Porcentaje de viviendas ocupadas sin servicio telefónico	23,8
Porcentaje de viviendas que disponen de uno o más vehículos	71,3
Porcentaje de mujeres en fuerza laboral	33,7
Porcentaje de graduados de escuela secundaria o grado más alto	60,0
Empleo total (en miles de personas)	1.200
Porcentaje de viviendas ocupadas por el propietario	72,9

Fuentes: Negociado del Censo Federal, Junta de Planificación y Departamento de Salud de Puerto Rico.

1 Fuentes consultadas y citadas: Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico, Departamento de Salud y *El Nuevo Día*.

Indicadores generales de Puerto Rico

Población total estimada en 2005	3.911.299
Total de nacimientos vivos	50.803
Porcentaje de nacidos vivos en instituciones de salud	99,84 %
Tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes	13,1
Tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes	7,3
Tasa de crecimiento anual de la población (censos, 1990/2000)	0,78
Tasa de fecundidad general por 1.000 mujeres de 15 a 44 años	59,5
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)	1,8
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacimientos vivos	9,8
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	10,6
Tasa de mortalidad perinatal	8,8
Tasa de mortalidad fetal por 1.000 nacimientos vivos	10,7
Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias	35,4
Porcentaje de enfermedades infecciosas y parasitarias del total de defunciones	4,8
Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	13,8
Médicos por 10.000 habitantes	19,8
Personal de enfermería por 10.000 habitantes	59,6
Camas de asistencia médica por 1.000 habitantes	3,2

Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico.

Consecuencias deformadoras de la Reforma de Salud

Para el año 2000, el reto financiero continuaba sin resolverse. A trece años de iniciada la Reforma, el cuidado de salud se trata como una mercancía y no como un bien social que debe ofrecerse de acuerdo con la necesidad del ciudadano. La Reforma ha generado una deformación: se reducen los costos sacrificando la calidad de los servicios.

Se evade a los pacientes más enfermos porque son más costosos. Las ganancias de los inversionistas consumen los dineros para servicios directos de salud. Se practica una medicina remediativa, tardía y no preventiva. El negocio de la medicina incide en la calidad de los servicios, en la confianza médico-paciente y en los valores éticos que ésta requiere.

Han proliferado los mercaderes e intermediarios –las empresas de ser-

vicios y otros— a los que se desvían grandes sumas de dinero, cantidades que deberían asignarse a servicios directos de salud. La inversión combinada del sector público y privado se ha estimado recientemente en los US\$ 12.000 millones. La Reforma de Salud consume el 26% del ingreso bruto nacional, pero la calidad de los servicios continúa deteriorándose aceleradamente.

Muchos son los médicos que, deseando servir a sus pacientes, no tienen otra opción que cerrar sus oficinas. Una vez más, la falta de indicadores de desempeño y fiscalización efectiva de la privatización impide evaluar adecuadamente la magnitud de este problema. Durante todo este proceso, tanto los pacientes como los médicos han experimentado insatisfacción e incertidumbre.

Efectos de la Reforma de Salud

<p>En la calidad de vida de los pacientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo la promesa de “libre elección” de médicos, se masificaron los servicios horizontalmente en el sistema público y en el privado. • Deterioro de la calidad de los servicios y del acceso rápido a los medicamentos apropiados para cada condición de salud. • Racionamiento de los servicios y desarticulación de la capacidad de respuesta del sistema de salud. • Aumento desmedido en las horas de espera para recibir servicios médicos en oficinas y en salas de emergencias. • Impedimentos para obtener referidos a especialistas y para autorización de laboratorios, procedimientos e intervenciones quirúrgicas. • Encarecimiento del costo de los servicios y lentitud en conseguir la atención adecuada. • Violencia institucional, manifestada en privación y maltrato de la población cuando recurre a solicitar servicios médicos. • El cierre de centros de salud pública y la subasta de dispensarios y hospitales ha provocado una reducción en la oferta geográfica de centros de salud, lo que obliga a desplazarse a distancias considerables. • El desmantelamiento de la unidad de estadísticas, estudios epidemiológicos y evaluación del Departamento de Salud expuso a los ciudadanos a la merced de las aseguradoras, quienes se autoevalúan e informan al Estado sus niveles de “eficiencia”. • En un país con altas tasas de trastornos de salud mental, se delegó esta importante área en grupos médicos e instituciones que no habían alcanzado el nivel de organización para reemplazar la atención integrada que ofrecía el anterior sistema de salud.
---	---

<p>En la calidad de vida de los médicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del 68% de las residencias por el cierre de los centros de práctica. • Las demandas por impericia médica se han triplicado, provocando el retiro de cirujanos, ortopedas, ginecólogos y emergenciólogos. • En 2005, cerca de 400 médicos abandonaron el país; en 2006, 800, y se estima que unos 1.150 tomarán esa decisión en 2007. • El 39% de los médicos quiere irse del país. • El costo básico para operar una oficina médica es de US\$ 100.000 anuales y sigue en ascenso. • Se han multiplicado los cierres y las quiebras de oficinas médicas debido a que la compensación mensual por paciente (<i>capitation</i>) de 50 a US\$ 60 no cubre los costos operacionales. • Han debido recurrir al reemplazo de personal administrativo diestro por familiares o por recursos no especializados. • Dedicar entre un 20 y un 30% más de su tiempo útil al desempeño de su carrera para recibir una compensación cada vez menos competitiva en relación con otras carreras. • Disminución del interés por estudiar medicina por la pérdida de rentabilidad en relación con los costos y sacrificios para alcanzarla. • Se ha minado la confianza en la relación médico-paciente, por los conflictos éticos que encara el médico al convertirse ambos en víctimas de la especulación de las aseguradoras.
<p>En la calidad de vida del personal de enfermería, de acuerdo con la institución que lo representa en Puerto Rico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El éxodo y la migración de profesionales de la enfermería viene siendo denunciado hace ya algunos años en Puerto Rico sin que las autoridades encargadas tomen el asunto con la debida seriedad. • La reforma dejó sin empleo a cerca de 5.000 profesionales de la enfermería, ya que no se garantizó su empleo ni sus beneficios adquiridos. La situación alcanzó niveles de crisis ante la deficiencia de recursos humanos para cubrir las necesidades del servicio. • Para 2003, las estadísticas indicaban que el número de profesionales de la enfermería que abandonaba la profesión era mayor que el que abandonaba el país.

Recomendaciones de la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud

En 2005, el gobernador Aníbal Acevedo Vilá creó la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico para que presentara recomendaciones con el propósito de enfrentar los disloques y desigualdades provocados por la Reforma.

Para ello, se reestableció la responsabilidad primaria del Departamento de Salud y se señaló que es intransferible a otras instancias de la sociedad, aunque se le permitió delegar y ejercer sus funciones con el apoyo de diversos sectores y actores sociales, bajo ciertas condiciones y normas. Las principales recomendaciones de dicha comisión fueron:

- Transformar el sistema de salud en tres fases: modificar contrataciones de la Reforma de Salud, iniciar dos proyectos pilotos y establecer un Plan de Salud Universal con cobertura básica para todos los ciudadanos de Puerto Rico.
- Integrar los servicios de salud física y salud mental.
- Reorganizar el Departamento de Salud para que asuma el control de la política pública de salud.
- Crear una Junta Reguladora de Beneficios con una Oficina de Estudios Actuariales y una Junta Administradora de Seguros de Salud. La primera evaluaría los proyectos pilotos y establecería parámetros fiscales para su expansión, y la segunda las tendencias de sistemas de información para armonizarlas con las del Gobierno Federal (USA).
- Integración real y operacional de los principales componentes del Centro Médico bajo un nuevo ente corporativo al que se transfieran todos los fondos.
- Establecimiento de cuatro centros médicos académicos terciarios para atender a la ciudadanía y ampliar residencias.
- El restablecimiento de un sistema de referidos médicos por niveles de complejidad y distribuidos regionalmente, integrando subsistemas privados, organizaciones de base comunitaria y salas de emergencia, tanto públicas como privadas.
- Reemplazar salas de emergencia en municipios con salas de urgencia que tengan personal mínimo para diagnóstico inicial, estabilización y referido a niveles superiores.
- Contratar directamente con las farmacéuticas la compra de medicinas, intentar comprar por correo medicamentos de mantenimiento y comprar y distribuir directamente medicamentos especializados de alto costo.
- Se recomienda un fondo de compensación a víctimas de impericia, que se adopte el concepto de fuente colateral

de pago y extender inmunidad a todas las instituciones públicas y privadas que operen programas de educación médica graduada y a profesionales de la salud.

Aun cuando el Estado no es el único responsable por la salud de sus ciudadanos, sí es su principal gestor. La Reforma desarrollada en Puerto Rico es un ejemplo del cual pueden aprender otros países para atacar frontalmente la violencia institucional que ésta genera, al privar a los ciudadanos de sus derechos a servicios de salud que respondan a indicadores de excelencia y humanidad.

Un reto para el conjunto de la sociedad

Han sido muchas las iniciativas de grupos formales e informales de la sociedad civil en Puerto Rico para analizar y encarar creativamente el aumento acelerado en el costo de los servicios de salud sin afectar significativamente su eficiencia. Esta sigue siendo una prioridad en la agenda puertorriqueña para el mejoramiento de la calidad de vida. El

Estado actúa irresponsablemente si delega de forma desproporcionada estos servicios esenciales en agentes que no tienen el bien común como prioridad. Ante la realidad de una casa planetaria achicada horizontalmente, en la que se borran las fronteras por los trueques económicos y políticos, tenemos que fortalecer las redes de apoyo para mejorar la salud integral de todos los pueblos como proyecto universal.

Denominadores comunes de los mejores sistemas de salud del mundo

Según la Organización Mundial de la Salud, treinta y dos países han logrado un sistema de salud pública superior al de los Estados Unidos. Tomando en cuenta que en Puerto Rico existen 300.000 personas que no tienen un seguro de salud y que en Estados Unidos la cifra asciende a los 45 millones, proponemos mirar hacia otras naciones que han podido resolver el problema de los servicios de salud de una forma justa para todos los ciudadanos. Como resultado de la evaluación y análisis de los mejores sistemas de salud del mundo, identificamos unos de-

nominadores comunes, los cuales exponemos a continuación:

- El Estado es planificador, regulador, fiscalizador y administrador del sistema de salud, al que financia total o parcialmente.
- Estos sistemas surgen en países donde existen sociedades maduras, estables, con una cultura de paz y respeto ciudadano a la vida. La salud se considera un derecho, un bien común que está por encima del interés particular, y el Estado protege esa visión de los ciudadanos.
- El Estado garantiza a todos los ciudadanos el acceso a servicios de salud de calidad, independientemente del poder adquisitivo particular.
- Se establecen niveles de cuidado y se asegura una distribución regionalizada de las instalaciones médico-hospitalarias y de los profesionales de la salud disponibles para ofrecer servicios.
- El Estado brinda alguno o todos los servicios mediante la contratación y pago directo de los profesionales que los prestan.
- Ninguno de estos sistemas basa su modelo de pago a los proveedores en la capacitación con riesgo, la cual puede resultar en racionamiento de los servicios.
- Aunque algunos utilizan un modelo de capacitación, este pago es por el cuidado médico sin que el proveedor asuma el riesgo del costo de medicamentos, laboratorios y hospitalizaciones, entre otros. Es decir, el médico o proveedor se compensa por el trabajo que realiza por su profesión.
- En algunos, se permite la coexistencia de seguros médicos privados sin que el Estado pierda su función de planificador, regulador y proveedor de servicios esenciales. Estos pueden operar como plan de salud principal o como complemento para cubrir servicios que no cubre el plan del Estado.

Propuesta de enfoque salubrista del Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico

Valores prioritarios

Equidad. En Puerto Rico, los servicios de salud de excelencia serán un derecho humano, independiente de la capacidad económica, origen, creencias, sexo, orientación sexual o condición social.

Dignidad humana. La compasión y calidad humana son indispensables. La dignidad se reconocerá tanto para los que reciben los servicios como para todos los profesionales que los prestan.

Acceso. Los servicios garantizarán a todas las personas en Puerto Rico la disponibilidad de servicios de salud básicos y primarios, a medicamentos en un punto geográfico cercano a donde existe la necesidad, y a servicios especializados sin restricciones cuando sea necesario.

Sincronización. Fomentarán la coordinación entre las instituciones públicas y privadas y entre los diversos profesionales del equipo de salud para garantizar un sistema de salud integrado. Para lograrlo, es esencial definir y precisar las funciones de los diversos componentes del sistema.

Justicia. Todas las personas tendrán derecho a servicios de salud de excelencia, los cuales se regirán por criterios de necesidad, principios éticos y de buena práctica profesional. Se garantizarán condiciones apropiadas de trabajo, seguridad y compensación justa a los profesionales de la salud, de acuerdo con su preparación, experiencia y riesgo.

Sustentabilidad. Se preservarán los recursos humanos, económicos y ambientales, y se fomentará su desarrollo y crecimiento.

Patrimonio. Nuestro sistema de salud será un patrimonio protegido y asegurado para nuestra generación y las futuras, resguardado de los vaivenes partidistas.

PRIORIZACIÓN DE LA PERSPECTIVA OCUPACIONAL PARA EL ABORDAJE DE LA DISCAPACIDAD EN CHILE

Laura Rueda C.

Introducción

Durante la última década surgió en Chile un gran interés por debatir e iniciar acciones para la integración social de las personas con discapacidad. Sin embargo, estas acciones no han sido suficientes para este grupo y mucho menos para evitar la condición de discapacidad en la población en general.

Hay evidencia que permite concluir que el desarrollo satisfactorio de las ocupaciones contribuye notablemente a la recuperación y fomento de estándares de vida saludable.

Actualmente, los estudios relacionados con la temática son escasos; las investigaciones se centran, principalmente, en conocer la relación de la persona discapacitada con el medio laboral y social en general, a

partir de las oportunidades de inserción que se le presentan.

Según el Primer Estudio Nacional sobre la Discapacidad en Chile¹, un 12,9 % de la población presenta algún grado de discapacidad, estando la mayor parte de ellos (7,2%) en un rango leve². La Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), publicada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS, 2001), establece que, de la totalidad de discapacitados en

- 1 ENDISC 2004, Informe Ejecutivo, Región Metropolitana.
- 2 Discapacidad leve: las personas presentan alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria (AVD), sin embargo, son independientes y no requieren el apoyo de terceros y pueden superar las barreras del entorno.

el mundo, un 58,2% son mujeres y un 41,8% hombres.

La Región Metropolitana (RM) en Chile presenta un total de 747.017 personas con discapacidad. De ellas, un 6,8% presenta un grado leve, un 2,7% moderado³ y un 2,8% severo⁴. En esta región, el porcentaje de mujeres con discapacidad alcanza el 61,5%. Según rango etario, el 50% de las personas con discapacidad de la RM se agrupa entre los 30 y los 64 años de edad.

Según tipo, el 5,7% de la población regional tiene una deficiencia física, equivalente a 366.137 personas y el 3,3% presenta deficiencias viscerales (210.299 personas). Las personas que presentan deficiencias

visuales representan el 2,9% de la población regional y las que presentan deficiencias psiquiátricas, el 1,6%. La discapacidad intelectual y auditiva se presentan en un 1,5%, cada una, y la de tipo multi déficit en un 1,3% del total.

En cuanto al acceso a los servicios en la RM, cuatro de cada cinco personas con discapacidad ha tenido acceso a servicios de salud, sociales y de rehabilitación en el último año. Un tercio ha recibido atención básica en salud y un 43% servicios de diagnóstico. De todos los que han recibido atención, un 70% ha accedido a ella en el sector público.

Respecto del ámbito laboral en todo el país, el 29% de las personas con discapacidad, mayores de 15 años, realiza trabajo remunerado. En la RM la situación se presenta más optimista: el 32% de quienes presentan discapacidad en la región realiza trabajo remunerado. Esto es, 223.292 de las 697.393 personas discapacitadas mayores de 15 años. De éstas, una de cada nueve realiza exclusivamente trabajo remunerado y una de cada cinco realiza además quehaceres

3 Discapacidad moderada: las personas presentan una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las AVD, llegando incluso a requerir apoyo en labores básicas de autocuidado aunque superan con dificultades algunas barreras del entorno.

4 Discapacidad severa: las personas ven gravemente dificultada o imposibilitada la realización de sus AVD, requiriendo del apoyo o cuidados de una tercera persona y no logran superar las barreras del entorno o lo hacen con gran dificultad.

del hogar; dos de cada cinco realizan exclusivamente trabajo doméstico y una de cada cinco no realiza actividad alguna. La prevalencia de discapacidad entre las personas que no trabajan estando en edad de hacerlo es de 20%; en cambio, la prevalencia de discapacidad entre las personas que trabajan remuneradamente es de 8,5%. Es decir, una de cada cinco personas que no trabajan presenta discapacidad, mientras que, de cada 12 personas que sí trabajan, una presenta discapacidad.

Estas cifras vinculan directamente la condición de discapacidad con la de productividad laboral. La premisa que funda esta relación es la evidencia de que los humanos son seres ocupacionales y que las sociedades son guiadas por la ética, la moral y los principios cívicos. En las situaciones en las cuales los humanos son privados de actividades con sentido y en las que hay desigualdad en las alternativas laborales se aprecia una disminución en la calidad de vida de las personas.

Priorizar la perspectiva ocupacional como fomento de la salud y prevención de la discapacidad

El paradigma del equilibrio ocupacional como indicador de una vida saludable⁽¹⁾ orienta la elección de actividades significativas para la satisfacción y el desarrollo integral de las personas. Las bases de esta conceptualización son científicamente validadas, moralmente aceptadas y socialmente justas.

La priorización o jerarquización consiste en la ordenación de los problemas identificados, poniéndose de acuerdo en las razones para priorizar y valorando por consenso desde la información en una escala numérica.

Como método, se ha diseñado una matriz de priorización que permite seleccionar los problemas que se presentan en la consecución de los objetivos ocupacionales, los criterios de superación de estos problemas y las decisiones que orientan soluciones.

Matriz de priorización

Proceso	¿Cómo influye en la satisfacción de las personas?	¿Cómo influye en la percepción del colectivo?	Factibilidad de solución
Privación ocupacional	Aislamiento	Pérdida del sentido de convivencia ética	Generación de comunidades de apoyo
Marginación ocupacional	Pérdida de sentido y propósito	Desintegración social	Proposición de acciones donde se den ventajas compartidas
Desequilibrio ocupacional	Aburrimiento y /o agotamiento	Pérdida de la sensibilidad social	Detección de riesgos ocupacionales
Falta de facilidades	Injusticia ocupacional(2)	Disturbios cívicos	Facilitación del potencial ocupacional

Este esquema abarca las necesidades ocupacionales de todos los individuos. Sin embargo, atender las mismas necesidades en personas que, por razones de afecciones crónicas, ven más acrecentadas las barreras de acceso a la justicia ocupacional tiene otros beneficios para la comunidad, entre otros:

- Compartir información sobre factores de riesgo comportamentales asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles y sus repercusiones en la calidad de vida, ponderando la importancia de optar, entrenar y mantener hábitos y estilos de vida saludables, en un lenguaje común y sencillo y al alcance

y entendimiento de todos.

- Conocer la realidad a partir de testimonios, reflexionando sobre situaciones puntuales de grupos pequeños.
- Permite hablar del tema, lo que convoca a más de un escenario, sector e institución (salud, educación, justicia, por ejemplo).

Los recientes esfuerzos para corregir las desigualdades, en el marco de la renovación cultural que se ha venido generando en el país, destacan la validación de las poblaciones que, por mucho tiempo, han visto dificultada la expresión de su autonomía: tercera edad, personas discapacitadas, indígenas y niños, entre otras. La inclusión de estos grupos

en la participación social y la representatividad cultural es una tarea que motiva a muchas personas.

La igualdad es la piedra angular de toda sociedad democrática que aspire a la justicia social y a la realización de los derechos humanos, y significa mucho más que tratar a todas las personas de la misma manera: sólo puede surgir de esfuerzos encaminados a abordar y corregir las situaciones de desigualdad. Esta visión más amplia ha llegado a ser principio subyacente y objetivo último en la tarea por establecer el reconocimiento de la persona con discapacidad como sujeto de derechos.

Sobre la base de la igualdad de dignidad y derechos de todo ser humano, la declaración universal al respecto (1948) proclama que toda persona podrá gozar de los derechos humanos y las libertades fundamentales “sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” (art. 2)(3).

Al aceptar en uno de sus puestos de trabajo a una persona con discapacidad, el empleador contribuye al bienestar de la sociedad, colaborando en la disminución del índice de desempleo y mejorando el clima laboral. Por otra parte, las personas con discapacidad tienen características que favorecen el proceso productivo; entre otras, su responsabilidad (presentan menos ausentismo laboral que un trabajador común), la calidad de trabajo, se acomodan a los trabajos rutinarios y no buscan el cambio y el ascenso.

Contratar a un discapacitado no es una obligación, sino una oportunidad de desarrollo para las empresas.

Diversidad, inclusión y participación son tres principios interrelacionados en la salud ocupacional. La diversidad facilita un sistema organizado de complementariedad en las ocupaciones y las ventajas de la inclusión y la participación se vinculan con un estado de justicia ocupacional.

Una comunidad justamente ocupada sería inclusiva socialmente, es

decir, se trataría de una sociedad en la que a nadie se le niegue ocuparse en lo que necesite o desee.

Las alternativas tecnológicas como vías de integración social –psicofármacos y otras terapias para disminuir la discapacidad psicosocial– o las adaptaciones ambientales y computacionales como ayudas técnicas para las disfunciones físicas

son incorporadas a las vidas particulares de las personas de acuerdo con sus contextos culturales. Para las minorías más alejadas de las grandes ciudades o que no participan de las redes del sistema, la priorización debería formular instancias de acercamiento mediante programas de educación y gestión de comunidades de autoayuda.

Referencias

1. Wilcock AA. Reflections on doing, being, and becoming. *Australian Occupational Therapy Journal* 1999; 46: 1-11.
2. Townsend E, Wilcock A. Occupational justice. In: Christiansen C. *Introduction to occupation*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 2002: 243-273.
3. Naciones Unidas. Derechos Humanos. Campaña Mundial Pro Derechos Humanos. *Folleto Informativo* 2003; 22: 5b.

AT THE CROSSROADS BETWEEN GLOBAL HEALTH AND LOCAL CULTURES: A CRITICAL PERSPECTIVE

Duncan Pedersen

“Once medicine is established as anthropology, and once the interests of the privileged no longer determine the course of public events, the physiologist and the practitioner will be counted among the elder statesmen who support the social structure. Medicine is a social science in its very bone and marrow.”

Rudolph Virchow

Die Einheitsbestrebungen, 1849

1. At the turn of the century, the emergence of the “New World Order” lead to profound changes in the social, economic and political context –in both rich and poor countries alike– creating opportunities and hopeful prospects, but also challenges, risks and constraints for the health of populations’ world wide. Today, **globalization** and **fragmentation** are world dominant forces at play, simultaneously exerting major influences in the configuration of vast social sectors, realigning political fronts, generating

alliances and antagonistic tensions and conflict in various forms with a range of consequences in the quality of life, health status and life expectancy of populations around the globe. Growing interdependence, competition for world markets, the expansion of transnational corporations, and new trade agreements mobilizing financial resources, goods and services along with increased transfer of medical technologies, drugs and pharmaceuticals have contributed both positively in some instances, but also negatively to global health(1). The transboundary movement of hazardous products and waste have created new health risks often resulting in global environmental degradation: ozone depletion, climate change and ocean pollution, with obvious deleterious consequences in the

living conditions and global health outcomes(2).

The realignment of political and economic forces have increased social inequalities and debilitated the safety net, while ethnic and religious conflicts and wars have become major causes of suffering, general ill-health, and increased mortality rates. In recent decades, the number of forcibly displaced and refugee populations have significantly raised to over 30 million, as war, armed conflict, and political upheaval engulfs civilian populations worldwide, contributing to a lingering additional burden of disease, death and disability(3,4). Violence has become endemic in various parts of the world. According to a WHO report, in 2000 an estimated total of 1.6 million deaths were attributed to global violence in various forms: about half were due to suicide (self-directed violence), almost one third to homicide (interpersonal violence and crime), and one fifth were war-related casualties. The vast majority of deaths occurred in low and middle income countries and less than 10% in rich, high income countries(5). However

sombre this world scenario may be, as we complete the first decade of the XXI century, there also seems to be consensus that the overall world health status is now significantly better than it was five or six decades ago. Since the end of the Second World War, most countries have shown a steady decline in infant mortality rates and corresponding increases in life expectancy, accompanied by a changing, “transitional” pattern of the main causes of morbidity and mortality. While communicable diseases, such as smallpox, have been eradicated and many others have experienced a considerable reduction in frequency and/or lethality, re-emerging diseases, “new” epidemics (i.e., obesity and HIV/AIDS) and chronic disorders are affecting increasing numbers of people, clearly illustrating that the fundamental nature of the health and disease process is a socially-determined multi-dimensional phenomena in continuous transformation and dynamic change.

2. Beyond biology and population genetics, it is generally accepted that there are other factors in the

environmental, social, economic and political dimensions which are involved at various levels determining the magnitude and influencing the direction and velocity of these changes. Urbanization, economic growth, improved access to basic education, and a whole range of societal changes affecting the family reproductive patterns and women's status and role are most often recognized as playing an important part in the overall health improvement experienced in low and middle-income countries. Although there seems to be no simple linear relationship between economic growth and health outcomes, there is a consistent association between **social inequalities, poverty and cumulative adversity** with disease and all forms of suffering¹ and distress, including mental and behaviour-related disorders.

1 Social suffering results from what political, economic, and institutional power does to people and reciprocally, from how these forms of power themselves influence responses to social problems (Kleinman A, Das V, Lock M. (Eds.) *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press; 1997).

The main pathways linking social inequalities with health status and longevity remain to a large extent unknown. Nevertheless, we argue that poverty, racism and social exclusion, can have powerful influences in mental and physical health, both in terms of morbidity and mortality(6). Material insecurity which comes with poverty is itself a source of stress, worry and a constant threat which should not be underestimated. People exposed to stressful life events (i.e., legally prosecuted, evicted, marriage dissolution, job insecurity, death of family member, serious financial trouble, etc.) have higher mortality rates. There are several possible psychosocial pathways linking stressful life events with higher morbidity and mortality, some involve biological factors such as immune and neuroendocrine systems, while others are related to the psychosocial and cultural dimensions(7).

A research domain based on inequality, disease and poor health outcomes offers an opportunity to explore pressing health and social issues while forging links among different disciplines and research

topics. Societies where social inequality tend to increase, experience higher death rates from most causes **and** higher rates of alcohol-related deaths, drug abuse, self-inflicted injuries and suicide, crime, homicide and violence (interpersonal, collective, and organised). Violent death in urban settings in both industrial and less developed nations has become one of the main causes of mortality among men in low-income sectors of cities such as Cape Town, Rio de Janeiro or Detroit².

3. Basic and applied health and social scientists are engaged in

2 The homicide rates in Rio de Janeiro have surpassed 45 per 100,000; yet there are many cities in Latin America experiencing similar, if not higher rates, like Medellin, in Colombia, where as many as 318 homicides per 100,000 were recorded at the peak of violence in the early 1990s, mostly related to the power struggle between competing drug cartels. In El Salvador, the estimated percentage of life-years lost to suicide and homicide among men, including war and summary executions, is 26.3 percent of the total death toll, which is many times higher than the percentage lost to cancer (1.8 %) and four times higher than the proportional loss attributed to diarrhoea (6.4 %).

the formidable task of developing theories, concepts, methods and techniques to reshape and enrich our understanding of the social and biological determinants of health and redesign interventions and responses aimed at increasing our life expectancy and improving the overall quality of life. Today, there is little doubt that health status and life expectancy improves where income differentials are smaller and societies become more egalitarian and socially cohesive. Moreover, the finding that old and new diseases selectively attack certain individuals while others similarly situated and exposed remain healthy imposes great challenges to our conventional knowledge of causality as we look beyond inequalities as an inescapable fact that shapes social life everywhere.

In human societies, health and disease are unequally distributed with some segments or groups coming out consistently better than others, whatever techniques or measuring tools are used. From the social sciences' perspective health is seen as a product or a commodity and illness is seen largely as the result of

unequal distribution of resources or unequal access to wealth and power. Power in society relies not only on domination, control, repression and submission of others, but also expresses itself in its ability to define what is acceptable, appropriate and should be considered normal(8). The critical public health approach borrows from these assertions claiming that distress, mental illness, and human suffering are social productions modelled by the structural power relations at work in the larger society.

In sum, there is a continuous loop from the behaviour of cells and molecules to the health of populations, and back again, a continuum in which the past and present social environment of individuals (and their perceptions of those environments) constitutes a key set of links and pathways(9). In the next decades, one of the main challenges remains to evolve a global health research agenda aimed at elucidating this set of linkages and pathways.

4. An important cross-cutting area of global health research would be to systematically explore the ways

in which health inequalities are historically and socially produced. This should not be limited to the analysis of how illness, including mental illness, is socially distributed, but must examine how political and economic structures are embodied in the illness experience “every bit as much as early family experience and biology are”(10). While most social scientists recognize the interplay of historical, social and economic contexts in the production of health and illness, this recognition is at best seen as marginal among many biomedical researchers and health practitioners. Moreover, the significance of the social determinants is often underestimated, and generally there has been an inadequate articulation of the macro-social dimensions with the micro-social –the community, family and individual experiences– and the biological, in attempting to explain the construction of illness and its opposite, the production of health.

According to data presented in the World Development Report(11), two sets of causes relevant to our discussion, namely neuro-psychiat-

ric disease and intentional injuries, together represent 10.5 % of the total number of DALYs (Disability-Adjusted Life Years) lost worldwide, making it the **single most important cause of disease and disability**, when compared with other worldwide prevalent causes, such as diarrhoea (7.3 %); cancer (5.8 %); or malaria (2.6 %). The figures for neuro-psychiatric conditions may even under-represent the magnitude of the problem, since many of the “newly” emerged patterns of social and behaviour-related problems, such as street violence, women battering, child sexual abuse, substance abuse and smoking, among others, are somewhat “hidden” under the conventional classification of disease categories and causes of death. Mental health problems such as major depression, has also been underestimated by traditional approaches that take into account mortality and morbidity rates and not disability. Major depression is the leading cause of disability in Canada and elsewhere, where it accounts for more than one in every ten years of life lived with disability worldwide. The pre-

dominance of these conditions is by no means restricted to established market economies, although their burden is higher in these countries and affects disproportionately more women than men(12,13).

5. There is no single paradigm to explain the role of psychosocial, environmental and biological factors in mental illness. However, current research provides strong evidence that most if not all mental disorders are bio-psychosocial and – regardless of the psychological and/or physiological processes involved – the quality of the person’s social environment influences the onset, course and outcome of mental illness(12). Although the links between social and biological determinants and ill-health are still poorly understood, there is increasing recognition that mental health and well-being are largely –but not exclusively– related to the broader context of the political economy, the social *milieu* and the local resources available for managing and coping with illness and disability.

Recent epidemiological evidence has shown that the oversimpli-

fied theory of adverse psychosocial conditions as the primary cause of poor health is no longer sustainable. Today, the emergence of the “**new cultural psychiatry**” (14-16) has transformed our understanding of the role psychological, social and cultural forces play in shaping mental disorders. A better understanding of these issues on a global scale will contribute to the formulation of sound mental health policies both domestically and abroad, and generate new hypotheses for the organization of services, health care provision and alternative models of clinical practice.

Given the great diversity of the illness experience across countries it seems essential to continue exploring the boundaries of what is considered abnormal or deviant behaviour and the experience of mental illness in different social and cultural settings. A second issue relevant to our global research agenda is to elucidate the influence of society and culture in the onset, course, management and prognosis of mental illness. Likewise, it is also important to document what the psychosocial responses toward

certain disease conditions such as AIDS are in the general population (i.e., stigma) and how the help-seeking process is constructed in different social, cultural and ethnic groups. Although, as pointed above, individual characteristics such as genetic endowment, early life experiences and lifestyle influence relative risk and resilience, the social system of age-cohort and gender, class, ethnicity and social cohesion is particularly powerful in diminishing or intensifying the consequences of broader social forces at play.

While diseases resulting from poverty and poor environmental conditions, such as diarrhoea or tuberculosis, have often been “medicalised” (transforming largely social and political problems into narrow biomedical concerns) and subject to massive technological interventions, **mental disorders and the newly-emerging behaviour-related problems** challenge conventional biomedical solutions and demand a different approach.

As shown in carefully conducted studies, the course and outcome

of severe mental disorders depend not solely on access to services, medication, skills and the availability of professional care, but also on the reactions, care and support provided by family members and the immediate social network of community resources. Likewise, many behaviour-related disorders have no simple, effective and readily available bio-technological solution, but will require changes in individual and collective behaviours as well as interventions directed to both “microsocial processes” and the broader social context.

6. Let us turn now our attention to some behavioural interventions aimed at changing health outcomes led by public health programs. Three large-scale intervention trials reviewed by Glass(17): the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT); the Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT); and the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease trial (ENRICH), have been proven of limited efficacy in modifying health behaviour and health outcomes. Modest changes in individual health behaviour can

be achieved, such as smoking cessation or dieting and exercise, but these changes are for the most part of short duration and their contribution to improved health outcomes is questionable(18). The large-scale interventions focused primarily on changing individual health behaviours largely ignoring the social and cultural context shaping these behaviours. Likewise, most public health and health education programs depart from the unproven assumption that health behaviours such as dieting, smoking, substance abuse, condom use and sex work are voluntary decisions, with little consideration of existing social pressures and local cultural values and norms. Changing life styles or individual behaviours aiming at lasting improvements in the health status of populations has proven to be a complex and difficult task and there is growing consensus for the need to enlarge the current biomedical model of disease to include the psychosocial and cultural dimensions of health behaviour. Understanding the critical role of local cultures in shaping health behaviours is a fundamental task

which remains to be acknowledged by health and social scientists.

7. In recent years, there seems to be growing consensus that **public health** as a profession, as a governmental activity, and as a global commitment for the improvement of collective health, is neither clearly defined nor fully understood. Following the recent turn toward adopting the biomedical paradigm in public health, most international health agencies and private foundations have followed the strategy of applying massive biomedical interventions (i.e., vaccines, oral re-hydration salts, contraceptives, condoms, vitamin A, etc.), targeting specific diseases categories and behaviours. The implementation of these interventions, often requiring a central locus of control, were largely based on the risk approach focussing on “diseases of poverty,” and received ear-marked funding from multi-lateral agencies, government sources and private donors.

Almost 30 years ago, under the auspices of WHO, the *Alma-Ata Declaration*(19) launched primary health care as an overall strategy

to improve health across the globe. This was followed by the WHO initiative of *Health for All in the Year 2000*(20) and years later by other internationally-driven global initiatives such as *Child Survival and Safe Motherhood*, where medical technologies were widely promoted, targeting specific disease categories prevalent in the developing world. Although there is neither consensus nor sufficient data yet available, there is little doubt that these initiatives have contributed to widespread improvement of health conditions, considerably improving the chances for survival in various population groups who had been previously plagued by disease, famine and early death. However, it is also true that for many, health progress has stagnated or even reversed, once enthusiasm and funding from donors have waned. For instance, after the 80 percent population target for vaccination against measles has been reached, large numbers of the cohort of newly born children remain unprotected, so that measles is today highly prevalent in certain regions and the global death toll for this preventable condition

is still around 900,000 children annually(21).

Many of these internationally-driven health interventions are based on a **conventional public health paradigm** –focusing on changing individual behaviours– departing from the flawed assumption individual actions are the single most important factor explaining the occurrence of disease. Public health specialists operating within the conventional paradigm tend to ignore or marginalise the contextual forces at play, often end up making false attributions of causality leading in turn into inadequate or ineffective interventions.

Over a decade ago, international health experts agreed that the conventional public health paradigm is entering a new (or different) developmental phase, where it is no longer subordinated to medicine either conceptually or operationally(22). Critical social scientists have made an even more drastic proposition demanding the detachment of public health from the biomedical model and its rational, positivistic philosophy resting on a functional-

ist interpretation of society(23). In this paper we endorse a more balanced view advocating for a **stronger articulation of public health and epidemiology with the social sciences**, which ultimately would lead to a complete reconfiguration of the field of population health.

8. In the **social sciences**' arena, the success of structuralism followed by the so-called “interpretive turn” has led to increased skepticism about the use of positivistic methods in the study of human societies. Within this frame, Charles Taylor –a philosopher based at McGill– launched the notion that “human beings are self-interpreting animals”(24), meaning that humans are ontologically beings who cannot avoid interpreting themselves, others and the world around them. Two other important dimensions, namely narrativity and experience, are attached to the perspective opened by the interpretive turn of the social sciences. It is not enough to say that people act towards things in at least partial congruence with the meanings these things hold for them. People also produce discourses and narratives

in which they explain, via complex rhetorical strategies, the **meanings associated with their behaviours**. To be properly understood these discourses have to be ultimately inserted within the whole culture which supports these texts (the emphasis placed on narrativity is so strong in contemporary social sciences that some scholars have come to see culture as nothing else than a mega-text). In short, in order to understand the meanings attached to certain individual and collective behaviours, we should analyze not only the professional explanatory models (i.e., biomedical) but also the popular discourses of health and illness in the context of local cultures. The use of qualitative tools, such as the collection of illness narratives –particularly from the patients’ perspective– should be seen therefore as important as the quantitative methods and tools we utilize in epidemiology, public health and both set of methods should become standard practice in health assessment as well as in the design of health interventions.

9. In order to contribute to the adoption of a more **critical epis-**

temology of medical science, we should begin to examine much more closely the conventional epidemiological model of disease causation. The “holy epidemiological trinity” –agent, host and environment– which has been extensively applied to infectious diseases, as well as a wide range of other conditions (from coronary artery disease to suicide to traffic accidents), tend to ignore or marginalize the social system’s influences on the disease distribution in the population(25). Among others, we have argued elsewhere, that it is imperative to enlarge the conventional epidemiological model of disease causation and incorporate the social system in the analysis and better understanding of disease occurrence and its distribution(2,26).

There is enough data being reported in the epidemiological literature referred above to suggest that there must be other factors beyond the introduction of biomedical technologies (i.e. vaccines or new drugs) to explain why certain diseases have experienced a substantive decline. A classical example is the historical decline of death rates for tubercu-

losis in England and Wales, which has been attributed more to changes in industrialization and working conditions, housing and nutritional status, rather than to the introduction of the BCG vaccine and streptomycin or a better understanding about the disease causation(27). Fifty years after the introduction of a highly effective combination therapy, tuberculosis still remains the world's leading infectious cause of preventable deaths. Nevertheless, there still is persistence in national programs to rely mainly in vaccines and medication for the control of tuberculosis.

Another prime example is malaria. In the last 50 years, malaria rates in the US have been steadily declining largely because ecological changes, agricultural development and a range of other poorly understood factors(28). In Southern US, the use of antimalarial drugs and DDT have been rather limited in the last few decades, which means that there are other factors at play in the reduction and maintenance of low attack rates for malaria beyond the introduction of antimalarials and vector control measures.

HIV infection and the AIDS epidemic seem to be following a similar pattern, when trying to explain the rise and/or decline in the number of cases among certain risk segments of the population. For instance, a wave of optimism recently displayed with regards to the AIDS epidemic have been created by the illusion of having "conquered" the disease and raised life expectancy with a new generation of antiretroviral drugs. However, differentials in access to these new drugs and ability to pay are still determining the outcome of AIDS among the peoples from rich countries such as the US and Canada. Even though antiretroviral agents are showing a clear advantage over other therapies, the overall impact of treatment in mortality due to AIDS may show a limited effect since the population under treatment represents only a fraction of the total population already infected with the disease. In spite of worldwide advances being made the balance shows new infections continue to dwarf the numbers who start retroviral therapy in low and middle income countries(29). Substantial

resources are allocated to vaccines, microbicides, and prophylactic antiretrovirals. Yet such innovations might be mainly targeted only at very high-risk populations, rely on behavioural compliance, and engender disinhibition(30). Similarly, treatment of sexually transmitted infections to prevent HIV has been disappointing(31). Even male circumcision, an already available and proven effective procedure used in AIDS prevention will take many years to become culturally acceptable and have a significant effect in controlling the epidemic.

HIV transmission is another example of how medical and social scientists can be caught barking up the wrong tree. But after almost two decades of such studies on HIV transmission, few have explored the "...precise mechanisms by which such forces as racism, gender inequality, poverty, war, migration, colonial heritage, coups d'état, and even structural adjustment programs become embodied as increased risk"(32). On the other hand, the development of effective interventions are also dependent on the social, cultural and political

context within which policy makers, bankers, investors and scientists reach their decisions.

But to advocate for a **critical epistemology** and interrogate science and the medicalisation of psychosocial problems does not mean we should neglect medicine as a science and biotechnologies as relevant and often potentially significant interventions. By questioning the impact of medical technologies or the quest of "magic bullets" as a failed strategy, we want to point at the complexities of solving health-related problems and ill-health engendered by social inequalities. While we censure the abuses of medicalisation, we acknowledge that there is nothing wrong with using effective therapies, biotechnologies and appropriate interventions. As has been pointed out more than two decades ago by Eisenberg and Kleinman(33): "The key task for medicine is not to diminish the role of biomedical sciences in the theory and practice of medicine but to supplement them with an equal application of the social sciences in order to provide both a more comprehensive understanding of dis-

ease and better care of the patient. The problem is not ‘too much science’, but to narrow a view of the sciences relevant to medicine.”

10. In outlining a **new health research agenda**, our first goal should aim to study the scientific process through which major psychosocial problems come to be defined either as psycho-pathology or socio-pathology by biomedical experts and health professionals. Our second goal should be to examine and better understand the systems of knowledge and practices developed by medical scientists and lay persons in order to manage, cope with, assign meaning to, and interpret health problems and illness conditions(34).

To accomplish these goals it is mandatory to continue building an interdisciplinary framework –between medicine and psychiatry, anthropology, history of medicine and sociology of science– in order to investigate how prevalent scientific categories used by biomedical and health social scientists are constructed(35). Concurrently, it is essential to assess local cultures and

local systems of knowledge in managing health and illness that have been developed by communities, organizations and groups. The time has come for building bridges between the biological and the social sciences as well as for merging both “expert” and “lay” knowledge, articulating professional knowledge, ideas and practices with popular knowledge which is immersed in local cultures.

11. At the crossroads of global health and local cultures we propose to build a new health research agenda based on a three-sided analytical model consisting of: (1) an ethnographic approach to study diagnostic categories, as well as theories and ways of thinking which prevail in contemporary medicine and health social sciences; (2) a culturally-grounded study of the local ways (local idioms of distress, explanatory models, systems of meaning) through which suffering, pain and illness are expressed, interpreted, reacted to, and managed on a daily basis by individuals, families and communities; and (3) a perspective inspired by the social determinants’ approach to improve

our understanding of the relationships between modern conditions of life, contemporary family patterns and social organization, including the emergence of new cultural values and prevalent disease categories.

This triangular analytical model should permit to produce research results which will help to lay out a new interpretative frame for addressing health policy issues and designing innovative models of medical practice at local, regional and national levels, leading to the reconfiguration of the population health field. It will further facilitate the development of socially relevant and culturally sensitive health services by building on both professional *and* lay knowledge and practices; and it will generate guidelines for reorienting the training of health professionals and health care workers within the framework of a genuine “bio-psycho-socio-cultural” model.

We must periodically remind health scientists and medical colleagues that the problem of signification (meaning) is tied to being

human and that the practice of human sciences thus necessitates the inclusion of both semiology and hermeneutics. The benefits of transdisciplinary cooperation appear convincing within areas such as contemporary genetics, evolutionary biology and neurology of regulatory processes, and contribute both to consolidate the biological pole of contemporary social sciences and to open biology to the impact of the social and historical context. We have entered a new era dominated by biology that *links* the brain-mind complex with environment and history, both at collective and individual levels. From this new perspective, **biology is thus seen as dynamic, interpersonal, historical and evolutionary**(36).

12. As part of the globalization of scientific knowledge, an array of biotechnologies has emerged: from molecular diagnostics to recombinant vaccines and therapeutic proteins, from bioremediation to genetically modified crops, most of which have great potential of being used in the prevention and control of specific disease conditions. However, as discussed above in the

case of HIV/AIDS, tuberculosis and malaria, the availability of vaccines, drugs and different biotechnologies in themselves do not necessarily represent the ultimate solution. It is the transformation of this new knowledge into effective services and interventions in resource-poor environments and its adaptation to local cultures what remains most critical to collective health. On the other hand, current trends in global economic policy, emphasizing a smaller role for governments and a larger role for market forces, aiming towards curative profit-making services, are in potential conflict with some central concerns of public health. The health status of marginalized populations has been shown to be jeopardized when privatization in health financing and access to health care technologies are inadequately regulated⁽¹⁾.

A few years ago, funding for global health was dwindling down and available resources were clearly insufficient to effectively tackle the diseases of the poor. In the last decade however, the situation has changed dramatically and significant financial resources from

public and private sources have been allocated to fighting disease in the developing world. New fund-dispersal mechanisms have been created, such as the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria, which receives donations from governments, philanthropies and corporations, as well as the explosion of humanitarian agencies and thousands of NGOs operating at international, national and local levels are all engaged in a myriad of global and local health initiatives³. The World Bank has increased its health spending on HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, and maternal and child health; as well as the IMF, the OECD and the G-8 nations have made additional funding available to fight diseases in the poor countries. In the U.S, billions of dollars donated by individuals, corporations and private foundations are readily available for conducting global health interventions mostly aimed at the delivery of

3 For example, it has been estimated in more than 60,000 the number of NGOs active in AIDS-related programs (Garrett L. The Challenge of Global Health. *Foreign Affairs* 2007; 86(1): 14-38).

specific biotechnologies (i.e., vaccines) or drugs and pharmaceuticals for treatment of specific disease conditions. U.S.-based charitable organizations, churches, foundations, such as the Bill and Melinda Gates Foundation, and individuals, have made available billions of dollars to domestic and foreign health programs, disaster relief operations and global, massive immunization campaigns(37).

However, well intended funding is not necessarily well spent. Funds are often trapped in bureaucratic bottlenecks or diverted from their intended goals and health programs are inefficiently run, make little improvement if any to local health services infrastructure and have poor sustainability. The increased availability of funds for global health initiatives largely driven by the donors and implemented by the private sector raises critical issues with regards to the ability of poor nations to define their own health policies and priorities and exert some degree of control over where the funding should be best applied. According to Garrett(37), funds are “stovepiped” targeting a spe-

cific disease category which often reflects the interests and concerns of donors, not the recipients, thus creating a vertical and unbalanced intervention. Much of the funding and efforts are thus concentrated in solving a specific problem in detriment of broader public health needs often derived from persistent social inequalities –such as poverty or social exclusion– which remain largely unattended for.

It is now more than ever important to strive not only for a more effective and less pernicious use of available resources but also for a better balance in the funding of health research priorities which remain around the so-called 10/90 gap: **only 10% of global spending on health research is devoted to diseases or conditions accounting for 90% of the global disease burden**(38). In other words, we are investing far too little in research on diseases which are most prevalent in the world and vice-versa, we apply 90% of our resources to research on diseases that represent only a fraction of the global disease burden. We should strive for reversing current trends in funding

of global health research and begin investing resources proportionally to the global disease burden.

13. As part of that vision of equity, solidarity and social justice, a more balanced and critical perspective in global health at the crossroads with society and local cultures is beginning to emerge. This perspective encompasses the following convergent endeavours:

i) The need for **enlarging the biopsychosocial-cultural model** of health and illness, based on the recognition of the growing importance of the political, economic and social determinants of health and the interplay between the social and the cultural with the biological dimensions of health and disease(9).

ii) The **reconfiguration of the population health field** and the adoption of a **critical epistemology of medical science**. As described above, it is essential to acknowledge the paradigmatic changes occurring in the population health field, and the need to reconfigure its boundaries, striving for a better articulation of the social sciences with public

health which should lead in turn to the adoption of a critical epistemology of medical science(25,26).

iii) Attaining a more **balanced funding for global health research**: Canada, as a society committed to the principles of equity, social justice and international solidarity, is striving to reallocate public and private funding for global health research. The recently created Global Health Research Initiative and the Teasdale-Corti Grant Program, funded by ACIDI/CIDA; CRDI/IDRC; the Canadian Institutes of Health Research; and Health Canada, among others, are best positioned to contribute significantly to increase the proportion of their current level of funding to research on the social determinants of health relative to clinical and biological research.

iv) Finally, we should intensify our efforts for developing a **new global health research agenda** in partnership with researchers based in poor and middle-income countries, in consonance with the issues raised above.

We have argued that it is through the evaluation of frames, models and practices commonly used in medicine, anthropology, psychology and health social sciences that we will eventually better understand how distress and suffering are transformed into nosographic categories and eventually absorbed in the realm of the medical domain. We have also acknowledged how the medical science and biotechnologies are used both in the medicalization of the “problem” and as a form of social control in detriment of local, endogenous resources. One may easily find multiple examples in industrial nations as well as in the developing world of medical technologies aimed at controlling deviant behaviours (i.e. hyperac-

tive children, substance abuse and addictions, etc.), as well as plagues, diseases and even natural lifecycle events (childbirth, menopause, etc.).

We posit as a unique challenge in the years to come the building of a clearer understanding of not only *which* political, social and cultural, biological and environmental factors are deleterious and of relevance to different health outcomes, but also *how* they interact and *what* links, paths or mechanisms might explain the interrelationship of these factors and their short, medium and long-term impact or influence (noxious, protective or beneficial) on the health and disease of populations around the globe.

References

1. Kim JY, Millen JV, Irwin A, Gershman J. (Eds.) *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*. Monroe, Maine: Common Courage Press; 2001.
2. Pedersen D. Disease ecology at a crossroads: man-made environments, human rights and perpetual development utopias. *Social Science & Medicine* 1996; 43(5): 745-758.
3. Pedersen D. Political violence, ethnic conflict and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. *Social Science & Medicine* 2002; 55: 175-190.

4. Pedersen D, Gamarra J, Planas ME, Errázuriz C. Violencia Política y Salud Mental en las Comunidades Altoandinas de Ayacucho, Perú. In: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallenas S. (Eds.) *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003: 289-307.
5. WHO. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
6. Bibeau G, Pedersen D. A return to scientific racism in medical social sciences: a case study of sexuality and the AIDS epidemic in Africa. In: Nichter M, Lock M. (Eds.) *New Horizons in Medical Anthropology: Essays in honour of Charles Leslie*. London: Routledge; 2002: 141-171.
7. Wilkinson RG. *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. London: Routledge; 1996.
8. Lock M, Lindenbaum S. (Eds.) *Knowledge, Power and Practice: The anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley: University of California Press; 1993.
9. Evans RG, Barer ML, Marmot TR. (Eds.) *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine de Gruyter; 1994.
10. Good B. *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. New York: Cambridge University Press; 1994.
11. World Bank. *World Development Report: Investing in Health*. New York: Oxford University Press; 1993.
12. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *World Mental Health: Problems and priorities in low-income countries*. New York: Oxford University Press; 1995.
13. WHO. *New Public Health and the WHO's Ninth General Programme of Work*. Geneva: WHO, Division of Development of Human Resources for Health; 1995.
14. Kleinman A. *Rethinking Psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: The Free Press; 1988.

15. Kirmayer LJ. Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Social Science & Medicine* 1989; 29(3): 327-339.
16. Bibeau G. Cultural psychiatry in a creolizing world: questions for a new research agenda. *Transcultural Psychiatry* 1997; 33(4): 322-345.
17. Glass TA. Psychosocial interventions. In: Berkman LF, Kawachi I. (Eds.) *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000: 267-305.
18. Glass TA, McAtee MJ. Behavioral science at the crossroads in public health: Extending horizons, envisioning the future. *Social Science & Medicine* 2006; 62: 1650-1671.
19. World Health Organization and UNICEF. *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata USSR. 6-12 September, 1978*. Geneva: WHO; 1978.
20. WHO. *Health 21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region (1998)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
21. Immunizations. *Encyclopedia of Public Health*. Ed. Lester Breslow, Gale Group, Inc.; 2002. [Website] Available at <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/immunizations> (accessed Nov 21, 2007).
22. Guerra de Macedo C. The Context. In: *The Crisis of Public Health: reflections for the debate*. Washington D.C.: PAHO Scientific Publication No. 540; 1992: 218.
23. Lupton D. A postmodern public health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1998; 22(1): 3-5.
24. Taylor CC. (Ed.) *From the beginning to Plato*. New York: Routledge; 1998.
25. McKinlay JB, Marceau LD. To Boldly Go... *American Journal of Public Health* 2000; 90: 25-33.
26. Bibeau G. Une troisième voie en santé publique. *Ruptures (Revue transdisciplinaire en santé)* 1999 ; 6(2): 209-236.
27. McKeown T. *The Modern Rise of Population*. New York: Academic Press; 1976.

28. Levine RA. *Improving world health and alleviating human suffering (invited lecture)*. MIT Media Laboratory; 1999.
29. World Health Organization, UNAIDS, and UNICEF. *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*. Progress report, April 17, 2007. [Website] Available at http://www.who.int/hiv/mediacentre/universal_access_progress_report_en.pdf (accessed Nov 21, 2007).
30. Imrie J, Elford J, Kippax S, Hart G. Biomedical HIV prevention-and social science. *The Lancet* 2007; 370: 10-11.
31. Gray RH, Wawer MJ. Randomized trials of HIV prevention. *The Lancet* 2007; 370: 200-201.
32. Farmer P. *Infections and Inequalities: The modern plagues*. Berkeley: University of California Press; 1999.
33. Eisenberg L, Kleinman A. *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht, Holland: Reidel ; 1981
34. Corin EE, Bibeau G, Martin J-C, Laplante R. *Comprendre pour soigner autrement: repères pour régionaliser les services de santé mentale*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal ; 1990.
35. Heggenhougen HK, Pedersen D. Beyond Quantitative Measures: The Relevance of Anthropology for Public Health. In: Detels R, Holland WW, McEwen J, Omenn GS. (Eds.) *Oxford Textbook of Public Health* (Third Edition). New York: Oxford University Press; 1997.
36. Institute of Medicine (U.S) Eisenberg L, Pellmar TC. *Bridging disciplines in the brain, behavioral, and clinical Sciences*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000.
37. Garrett L. The Challenge of Global Health. *Foreign Affairs* 2007; 86(1): 14-38.
38. GFHR (Global Forum for Health Research). *The 10/90 Report on Health Research*. Geneva: GFHR; 2002.

INTERCULTURALIDAD EN SALUD EN CHILE: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Margarita Sáez Salgado

Como en la gran mayoría de los países latinoamericanos, la situación social en Chile presenta una gran diversidad étnica y cultural, que se reproduce en espacios urbanos y rurales. Este país ha iniciado en los últimos años un camino donde los conceptos de “identidad”, “participación” e “interculturalidad” predominan en las distintas políticas públicas hacia los pueblos originarios.

El concepto de “diversidad” se ha expresado en múltiples aplicaciones en materia de políticas públicas y una de las que presenta mayor desarrollo es la relacionada con los pueblos indígenas. Desde la década del 90 del siglo pasado, Chile viene desarrollando numerosas iniciativas, estrategias, planes y programas en materia de salud y pueblos indígenas.

Los esfuerzos realizados desde el Estado por reconocer la diversidad buscan provocar un acercamiento entre paradigmas, un encuentro de distintas formas de entender y enfrentar el proceso salud-enfermedad: “lo oficial” y “lo indígena” bajo el concepto de “interculturalidad”. Significa no sólo un contacto entre culturas, sino un intercambio basado en el respeto. Es un proceso dinámico y permanente de comunicación y aprendizaje entre culturas, en condiciones de legitimidad mutua e igualdad, que se construye entre personas y grupos, y entre conocimientos y prácticas culturalmente distintos.

La interculturalidad en salud se refiere a una estrategia transversal que considera, utiliza y potencia conocimientos y prácticas en torno

al proceso salud-enfermedad-atención, tanto de la medicina oficial como de las medicinas indígenas. Desde la política ministerial en salud, el enfoque intercultural se propone situarse en las estrategias de curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud, e intenta desarrollar el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias culturales de los pueblos y la complementariedad de sus conocimientos y sus recursos en salud. Respecto del marco legal, en el artículo 16 de la Ley de Autoridad Sanitaria se establece que es deber del Ministerio de Salud: “formular políticas que permitan incorporar el enfoque intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración de población indígena”(1).

Hasta ahora, el enfoque intercultural ha estado orientado, por una parte, a producir un impacto en el modelo de atención, desarrollando estrategias para la pertinencia cultural en la organización y provisión de servicios de salud; por otra, a intentar una complementariedad de sistemas médicos en pos de una salud más integral. Este proceso

ha adquirido diversas expresiones según particularidades regionales, pero con un eje principal: lograr la participación y el compromiso de los pueblos originarios en procesos donde el sector público de salud intenta ejercer un liderazgo.

Este trabajo ha significado un despliegue de voluntades, habilidades y aprendizajes, tanto para el mundo indígena como para el sector salud, en el cual las ciencias sociales han jugado un papel importante.

El derecho a la diferencia

Recogiendo los llamados de los organismos internacionales –en especial de la Resolución V de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS(2, 3), en orden a avanzar desde los ministerios en la generación de estrategias nacionales en materia de salud de los pueblos indígenas–, los procesos desarrollados en el Servicio de Salud Araucanía de la IX Región por el Programa con Población Mapuche iniciado en 1992(4) y el mandato de la Ley Indígena de 1993, que señala la responsabilidad del Estado y de sus instituciones en el reconocimiento,

respeto y protección de las culturas indígenas, comienza a implementarse en nuestro país, a partir de 1996, una línea de trabajo ministerial en esta materia, que deviene en un Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, dedicado a la generación de orientaciones técnicas y políticas en salud intercultural en todo el país.

A partir de la Ley Indígena, para algunos sectores se estableció un mandato específico de priorización en esta materia. Hasta hace muy poco, no existía un marco legal en salud para el desarrollo de la interculturalidad. El enfoque ha debido crearse sobre la marcha, como producto del trabajo de personas que, en un proceso de reflexión crítica, se dieron a la tarea de cambiar la tradición imperante: la no diferenciación en salud.

¿Sobre qué evidencia sustentar un cambio tan importante? Sin duda, la epidemiología es la herramienta con que se ha intentado conocer las condiciones de vida y la situación de salud de los pueblos indígenas, estudios que se han realizado sólo en algunos territorios.

La preocupación mayor ha sido por mejorar la equidad en el acceso y la oportunidad y calidad de la atención. Disminuir las brechas en la situación de salud de los pueblos indígenas no está ausente del sentido y contenido de los objetivos sanitarios, más aún cuando las evidencias epidemiológicas señalan altos niveles de correlación entre alta concentración de población indígena y mayores grados de riesgo y daño en la salud. Esta situación ha obligado a fortalecer la red de servicios, mediante el aumento de las rondas médicas a zonas rurales, mejora de las condiciones físicas de establecimientos, creación de hogares de acogida para las familias que acompañan al enfermo, compra de medicamentos y financiamiento de exámenes de mayor complejidad, entre otras acciones.

En este contexto, en el sistema de salud oficial se iniciaron, desde hace más de una década, diversas experiencias con enfoque intercultural. Esto ha sido posible gracias a los equipos de trabajo en 24 servicios del país, que dan muestras de un incipiente cambio cultural en el modelo de salud imperante.

La participación indígena es un requisito indispensable para el desarrollo de programas y planes locales y regionales en salud y pueblos indígenas, no limitándose a las etapas de diagnóstico y definición de necesidades. La apuesta es contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural, que involucre su activa participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso(5).

El proceso de cambio cultural

La construcción de modelos en salud con enfoque intercultural constituye un enorme desafío que requiere de nuevas habilidades en los equipos técnicos del sector. Para ello, se han desarrollado numerosas estrategias de sensibilización y capacitación del personal, orientadas al conocimiento de la cosmovisión, historia, saberes y prácticas en salud de los pueblos originarios.

El proceso de cambio cultural ha sido gradual y heterogéneo, des-

de “negaciones” y “aceptaciones” hasta, en algunos casos, reconocer “otros liderazgos” en salud(6). Lo primero ha sido intentar construir relaciones de confianza entre ambos sistemas médicos y modelos de salud. Para la salud oficial, significa cambiar desde un modelo biomédico a uno más integrador, con un enfoque psico-socio-cultural, espiritual y biológico, en el cual se debe reconocer que existen otros actores –los agentes de salud indígena– que también saben. La apuesta, en definitiva, ha sido construir con ellos un espacio de encuentro respetuoso y de colaboración.

El trabajo con los dirigentes, autoridades y agentes de salud indígena es otra de las tareas urgentes que se ha venido desarrollando. Lo principal, en ese ámbito, ha sido la propia definición de necesidades y acciones a implementar. El gran objetivo es contribuir al reconocimiento, protección y desarrollo de los conocimientos y prácticas tradicionales en salud de los pueblos indígenas. Una gran inversión se ha realizado en esta área; no obstante, no pasa de ser un comienzo donde aún hay mucho por hacer.

El fundamento de este cambio paradigmático es que ningún sistema médico es capaz de satisfacer todas las demandas de salud que presenta una población multicultural. Para los técnicos, esto implica dejar de concebir el modelo biomédico como el único deseable, válido y efectivo(7). Deben reconocer que hay otros agentes y poblaciones que tienen conceptos de salud-enfermedad diferentes, y que hay enfermedades que el sistema de salud oficial no puede tratar, pues carece de los códigos para entender su etiología, rehabilitación y prevención.

Desde la dimensión intercultural se conciben al menos dos modelos de salud, uno oficial y otro indígena (que también evidencia prácticas del modelo “popular”). Acerca de las relaciones que se establecen nos hemos preguntado: ¿puede el sistema oficial dar respuesta a las necesidades de salud de los pueblos originarios, considerando sus conceptos de salud-enfermedad, prácticas y modelos de sanación? Una de las estrategias ha sido buscar la “pertinencia cultural” en la provisión de servicios, entendida como la adecuación de criterios, protocolos y

contenidos occidentales a las particularidades culturales y lingüísticas de las poblaciones beneficiarias; es decir, que los servicios de salud se modifiquen y se adapten a prácticas culturales variadas, como el uso de idiomas nativos y el respeto de las prácticas culturales de embarazo, parto, nutrición y alimentación(8).

Las características del Modelo de Salud Intercultural

- Se consideran y valoran los conceptos de “salud” y “enfermedad” que manifiestan las personas pertenecientes a los pueblos originarios.
- Se promueven relaciones de reconocimiento mutuo entre agentes del sistema oficial y de la medicina indígena.
- Se respetan y fomentan los saberes y prácticas indígenas en salud.
- Se respetan los espacios propios de acción de la medicina indígena.
- Se aplica un enfoque de co-gestión en salud, con participación indígena en la determinación de necesidades,

priorización de problemas, planificación, desarrollo y evaluación de las experiencias.

- Se promueve la integralidad de las acciones que apunten al restablecimiento del equilibrio físico-socio-espiritual y psicobiológico de las personas y comunidades.
- Los objetivos se alcanzan a partir del diagnóstico y priorización conjunta de los problemas.
- Se fortalecen las redes territoriales de salud, incluidos los recursos de las comunidades y los del sistema oficial.
- Se integran en el territorio las acciones y programas públicos que se desarrollan desde el sistema oficial de salud.
- La evaluación de resultados es una herramienta de aprendizaje recíproco tanto para los agentes, las comunidades y el sistema de salud oficial.

Las innovaciones realizadas abordan desde cambios estructurales hasta procesos, pasando por normativas y nuevos roles: por ejem-

plo, “facilitadores interculturales” en el modelo de atención¹.

Otros cambios responden a demandas, como horarios de atención, incorporación de señalética apropiada, sistema de referencia y contrarreferencia, asistencia de agentes tradicionales a pacientes hospitalizados, los que constituyen avances importantes, pero que no abordan en profundidad aspectos conceptuales.

¿Cómo avanzamos en el afianzamiento del reconocimiento y valoración de los aportes de unos y de otros? ¿Cómo adelantamos en la construcción de la salud como un bien colectivo? En un marco de interculturalidad, han pretendido encontrarse para trabajar juntos, buscando mantener relaciones horizontales de respeto y colaboración.

1 Los facilitadores interculturales trabajan en establecimientos de la red de servicios. Ellos desarrollan actividad directa con pacientes indígenas, personal de salud y organizaciones y dirigentes. Participan en rondas médicas y colaboran en la derivación de pacientes desde el sistema médico occidental al sistema médico indígena, posibilitando así una atención oportuna y pertinente.

Sobre la base de los resultados de la última década, especialmente de las experiencias que se han ido desplegando en el quehacer de los servicios de salud, se ha elaborado la Norma Técnica Administrativa N° 16, sobre interculturalidad en los Servicios de Salud(9), la cual señala estrategias y acciones posibles actualmente en el sector público de salud, norma que constituye un mandato e imagen objetivo.

En suma, la forma en que se procura avanzar en la incorporación de un enfoque intercultural en el modelo de atención tiene en los servicios de salud distintos grados de desarrollo y responde a decisiones que el conjunto de los actores ha ido construyendo. No existe sólo una forma de avanzar, sino muchas. Ellas permitirán ir evaluando y consolidando estos procesos en el tiempo. El modelo médico dominante sigue siendo occidental y aún es incipiente el proceso de cambio cultural. Los esfuerzos por ampliar la participación de las

comunidades tienen todavía poco impacto; no obstante, en las experiencias que se desarrollan en los servicios de salud los procesos son sostenidos.

Lo avanzado hasta ahora ratifica la importancia de una voluntad política, del compromiso de ambas partes, de la existencia de financiamiento regular, de la participación directa de los pueblos originarios y de mantener procesos de monitoreo y evaluación participativa.

La interculturalidad ya no es sólo una “transversal” introducida a regañadientes entre las políticas del Estado, muchas veces tomada como “moda” que folcloriza “lo indígena”. Es la piedra angular de un profundo proceso de cambio cultural en el que indígenas y no indígenas empezamos a ser capaces de construir una nueva relación desde nuestras “identidades”. La salud intercultural es como “un cubo mágico: imposible armar una cara sin afectar a los demás lados”(10).

Referencias

1. Ministerio de Salud. *Ley de Autoridad Sanitaria* N° 2763. Santiago de Chile: MINSAL; 2004.
2. OPS/OMS. *Resolución CD37.R5*; 1993.
3. OPS/OMS. *Resolución CD40.R6*; 1997.
4. Oyarce AM. *Sistematización sobre los avances del proyecto Enfoque de Salud con Población Mapuche*. Temuco: Documento de Trabajo, Servicio Salud Araucanía; 1996.
5. Ministerio de Salud. *Orientaciones Técnicas Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas*. Santiago de Chile: MINSAL, División de Rectoría y Regulación sanitaria; 2004.
6. Sáez M. *Demandas y Necesidades en la Utilización de Servicios de Salud de Atención Primaria por parte de la Población Mapuche residente en dos Comunas de la Región Metropolitana*. Santiago de Chile: Tesis Magíster en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 2003.
7. Ministerio de Salud. *Política de Salud y Pueblos Indígenas*. Santiago de Chile: MINSAL, FONASA, Programa de Salud y Pueblos Indígenas; 2006.
8. Ministerio de Salud y OPS/OMS. *Encuentro Internacional Salud y Pueblos indígenas. Logros y desafíos en la Región de las Américas*. Puerto Varas, Región de Los Lagos, Chile: 13 a 15 de noviembre de 2000.
9. Ministerio de Salud. *Norma Administrativa N° 16, sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud*. Santiago de Chile: MINSAL, Resolución Exenta 261, 28 de abril de 2006.
10. Michaux J. Hacia un Sistema Intercultural de Salud en Bolivia. En: Fernandez G. (Coord.) *Salud e Interculturalidad. Perspectivas Antropológicas*. Quito: Abya Yala, Bolhispania, Universidad Castilla La Mancha; 2004.

INSTALACIÓN DE UN MODELO DE SALUD INTERCULTURAL EN LA COMUNA DE ALTO BÍO BÍO, VIII REGIÓN, CHILE

Guillermina Muñoz Panes

Introducción

La provincia de Bío Bío está ubicada en la VIII Región de Chile. Está conformada por 14 comunas, con una población de 365.000 habitantes. El índice de pobreza es de un 30% y la ruralidad de un 38%. Hay un 9% de analfabetismo y un 2% de la población pertenece a la etnia pehuenche.

La red asistencial del Servicio Salud Bío Bío (SSBB) está constituida por un Hospital Base tipo 1, ubicado en la ciudad de Los Ángeles; seis hospitales tipo 4, distribuidos en las comunas de Santa Bárbara, Mulchén, Laja, Yumbel, Nacimiento y Tucapel; un Centro Diagnóstico Terapéutico, 10 centros de Salud Familiar, cuatro centros de Salud, 68 postas de Salud Rural y 23 estaciones Médico-Rurales.

La comuna de Alto Bío Bío tiene una población de 7.027 habitantes. El 80% de la población pertenece a la etnia pehuenche con un 19,5% de analfabetismo en población mayor de 10 años y una tasa de desocupación de un 8,8 %.

La atención de salud en la comuna de Alto Bío Bío se ofrece en un Centro de Salud Familiar, en ocho Postas de Salud Rural, en una Estación Médico Rural y en “Veranadas” durante el período estival: de enero a marzo de cada año.

El presente informe tiene como objetivo demostrar que la formación de 27 técnicos paramédicos de enfermería de la etnia pehuenche entre 1988 y 2001 por el SSBB ha contribuido a instalar un modelo de salud intercultural en esta comuna de la VIII Región de Chile.

Formación de técnicos paramédicos pehuenches

El proceso formativo se realizó en la Unidad de Capacitación del Servicio de Salud Bío Bío entre 1988 y 2001. Durante 1988 ingresaron los primeros tres jóvenes procedentes de comunidades del Alto Bío Bío y, desde ese momento, jóvenes pehuenches continuaron ingresando a este Curso de Formación. En 1999 se realizó un Convenio de Cooperación entre el SSBB, la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) y la Gobernación Provincial; ese

año ocho jóvenes estudiaron gracias a las becas otorgadas por estas tres instituciones. En resumen, entre 1988 y 2001 se formaron 27 jóvenes pehuenches como técnicos paramédicos de enfermería.

El Modelo de Salud Intercultural es un modelo de gestión que busca incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención. El paramédico intercultural ha facilitado y promovido la instalación de este modelo mejorando indicadores sanitarios, acceso, calidad y pertinencia en la atención de salud.

Evolución de indicadores

Indicadores	1990	1995	2000	2003
Tasa de natalidad %				
Chile	23,5	19,7	17,2	15,5
SSBB	26,9	21,5	16,7	16,2
Santa Bárbara	26,2	21,2	15,7	15,3
Tasa de mortalidad general %				
Chile	6,0	5,5	5,2	5,3
SSBB	6,9	6,0	5,6	5,5
Santa Bárbara	7,5	6,3	5,6	5,2
Tasa de mortalidad infantil %				
Chile	16,0	11,1	8,9	7,8
SSBB	19,7	13,0	8,9	8,9
Santa Bárbara	35,6	25,7	13,2	12,3
Tasa de mortalidad neonatal %				
Chile	8,5	6,1	5,6	4,9
SSBB	10,4	6,8	5,2	6,2
Santa Bárbara	17,8	5,1	6,6	3,1

En la implementación del Modelo de Salud Intercultural surge la figu-

ra del “facilitador intercultural”, que articula los actores relacionados con

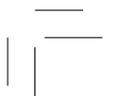
el funcionamiento del modelo de salud. Actualmente, dos paramédicos cumplen la función de facilitadores interculturales: uno en el Centro de Salud Familiar de Ralco y otro en el Hospital Base Los Ángeles.

Las funciones de un facilitador intercultural comprenden asesoría en el Hospital Base, en el Hospital Santa Bárbara, en el Centro Diagnóstico Terapéutico, en el Centro de Salud Familiar Ralco, en el Hogar Madre Campesina y en la Guardería Infantil. Además, derivación a agentes de medicina tradicional y a postas de salud rural, acompañamiento a machi-meicas y compondores, función relevante en la relación médico-paciente. Por último, actúan como agentes de derivación entre los especialistas de una y otra medicina.

Conclusiones

El trabajo de los facilitadores interculturales ha contribuido con:

- a) mejorar los indicadores bio-médicos;
- b) promover el acercamiento de ambos mundos para una complementación de los dos sistemas médicos;
- c) crear mejores puntos de acuerdo entre ambas culturas y medicinas;
- d) crear espacios para mayores niveles de participación y autonomía en la gestión de salud de las propias comunidades;
- e) facilitar el accionar de la red de agentes de medicina tradicional en cada comunidad;
- f) instalar acciones de salud desde un enfoque de interculturalidad;
- g) fomentar autonomía en la administración de centros de medicina pehuenche;
- h) promover que los integrantes del equipo de salud tradicional respeten su cosmovisión;
- i) dar mayor integralidad a la atención que se otorga al usuario;
- j) mostrar la importancia que tiene lo espiritual y religioso en los procesos de salud y enfermedad, y
- k) implementar hitos de la cultura pehuenche (el *wetripantu* se realiza en el Centro de Salud Familiar Ralco cada 24 de junio por el solsticio de invierno).



EL ENFOQUE INTERCULTURAL APLICADO A LA SALUD EN EL NORTE DE CHILE

Vivian Gavilán Vega

Introducción

Los problemas de salud pública en contextos multiculturales y multiétnicos plantean hoy a las ciencias de la salud y a las ciencias sociales el desafío de buscar marcos teóricos menos fragmentarios que los que han imperado en la institucionalidad disciplinaria, cuya situación actual complica el diseño, ejecución y evaluación de las políticas sociales.

El enfoque intercultural emerge hoy como una opción para comprender y explicar nuestra realidad en salud y formular políticas más adecuadas a las necesidades de las personas. Pero, ¿qué entenderemos por interculturalidad en salud y cuál es su utilidad para plantear soluciones a los actuales problemas de inequidad en la Región de Tarapacá?

Me interesa compartir resultados parciales de una investigación¹ a través de un diagnóstico general del estado de cosas regional, para luego presentar la interpretación de nuestro equipo de trabajo acerca de una de las experiencias en atención intercultural de salud.

Si bien Tarapacá ha sido históricamente un territorio compartido por múltiples grupos étnicos, sólo en las dos últimas décadas se han planteado demandas que apelan a dere-

¹ Este trabajo presenta avances del proyecto “Diversidad Cultural y Procesos Salud-Enfermedad en Atención Primaria. Hacia un enfoque intercultural en los Programas del Adulto en la Región de Tarapacá”, financiado por el Fondo Nacional de Investigación para la Salud (FONIS) MINSAL-CONICYT. El equipo de trabajo está constituido por Carlos Madariaga, Patricia Viguera, Vesna Madariaga y Romina Cabezas.

chos culturales diferenciados. Éstas nos hablan de un nuevo actor social y político: los pueblos originarios, cuyos integrantes se adscriben hoy a las etnias aimara y quechua.

El Estado, por su parte, reconociendo estas demandas y urgido por los acuerdos internacionales, ha comenzado a preocuparse por impulsar iniciativas dirigidas a atender esta diferencia cultural. Se han empezado a implementar políticas dirigidas al reconocimiento del sistema médico vigente en la comunidad étnica, al mejoramiento del acceso a los servicios de salud y a una mejor relación entre éstos y la población de origen indígena.

Tanto los dirigentes étnicos como el Estado comienzan a hablar de salud intercultural. Los primeros, aunque no son explícitos respecto de qué entienden por ésta, hablan de valorar la medicina tradicional y desarrollar un pensamiento distinto del fenómeno salud-enfermedad a partir de la perspectiva ideológica y situación socioeconómica del pueblo aimara, entre otros conceptos. Desde el Estado, la interculturalidad se ha planteado principalmente

como una estrategia para responder a las demandas étnicas más que a la planeación sanitaria. Sin embargo, la participación de los destinatarios es indirecta o se produce sólo en algunas de las distintas fases de los proyectos y programas.

El hecho de que el enfoque intercultural en salud esté centrado en la relación Estado-pueblos originarios, como una forma de reparación histórica, lleva a los distintos actores a creer que la interculturalidad se refiere a “lo indígena” y se pierde de vista que “el hospital” o “el consultorio” constituyen instituciones con actores sociales que despliegan cotidianamente tradiciones culturales particulares. Este olvido no es ingenuo, aunque lo parezca. En este “ocultamiento” opera la historia de una relación de poder que ubica a la cultura de los agentes del sistema de salud pública como la dominante, asumiendo sus contenidos como universales. Sus bases conceptuales las hallamos en las ciencias naturales, especialmente en la biomedicina, y se puede entender si la consideramos como producto de los procesos de modernización que ha experimentado la región.

¿Es posible aplicar un enfoque intercultural en salud si no ponemos en discusión nuestra propia cultura? El supuesto de universalidad que subyace en la biomedicina en particular, y en nuestra cultura en general, lleva a invisibilizar la cultura del “otro”. En el campo de la salud, conduce a no conocer y reconocer bases conceptuales diferentes de los procesos de salud.

El desarrollo de modelos de atención intercultural en salud

Una de las líneas de acción del “Programa Orígenes²” es diseñar, ejecutar y evaluar experiencias interculturales de atención y promoción de la salud, orientadas a la construcción de modelos de atención y gestión en salud intercultural. Por ello,

² El Programa Orígenes es consecuencia del desarrollo de la política pública dirigida a los pueblos indígenas en Chile, que comenzó en 1990 y que tiene su primera expresión institucional en la Ley Indígena de 1993. Nace en septiembre de 2001, tras la suscripción de un convenio de préstamo firmado entre el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Estado de Chile. Para más información, véase el sitio en Internet <http://www.origenes.cl>

el Programa apoyó una iniciativa en el Hospital E. Torres G., dirigida a impulsar una nueva modalidad de atención al parto.

En Iquique, un grupo de profesionales con experiencia de trabajo en comunas rurales comenzó a preocuparse por los altos índices de partos domiciliarios. Aunque esta preocupación estuvo presente en el sistema de salud pública en la región a lo largo del siglo XX, es sólo en la década de los 90 que cambió su carácter. A partir de los años sesenta los procesos de modernización se aceleraron en la zona rural, lo cual implicó, en el campo de la salud, la obligatoriedad del parto hospitalario. Esto llevó a imponer prácticas obstétricas modernas, sin considerar los modelos que, por siglos, habían guiado la atención del parto en las comunidades de origen indígena. Fue a fines del siglo XX que, por primera vez, agentes de la salud pública reconocieron este hecho y comenzaron a argumentar que la atención hospitalaria del parto constituye una trasgresión a la cultura aimara.

Entre 2003 y 2004 se inició un proyecto piloto para mejorar la atención al parto, especialmente orientado a mujeres pertenecientes a las comunas más alejadas del centro hospitalario, espacios donde se detecta la mayor proporción de partos domiciliarios.

El equipo buscó información para demostrar que las prácticas aimara en torno al parto eran tan válidas como las hospitalarias (llegaron a sostener incluso que estas últimas podían ser traumáticas). Para ello se acopiaron antecedentes acerca de las prácticas del parto en las comunidades. Paralelamente, se inició el trabajo comunitario de identificación de deseos, necesidades y expectativas de la familia. Asimismo, se realizaron campañas para sensibilizar a los profesionales que hoy integran el equipo de la Red de Parto: un ginecólogo y un grupo de matronas.

De acuerdo con sus gestores, se generó así un “modelo del parto intercultural”, aunque no sin resistencias en la maternidad del hospital.

El proyecto buscó acercar a las familias a los servicios de salud, in-

tentando construir un modelo de atención acorde con las necesidades y características culturales de la población indígena, modelo que se instala en la red asistencial conformada por el hospital y los centros de atención primaria (postas y consultorios rurales).

Por experiencia en salud intercultural se entiende “el conjunto de actividades de atención de salud acordadas entre las comunidades, los agentes de salud indígena y la medicina occidental, potenciando cada uno y respetando lo diverso de cada cultura”.

Entre los objetivos generales se propuso:

- Humanizar la atención del parto, creando un espacio de intimidad, seguridad y acogida al interior de la maternidad, en el cual la mujer aimara pueda dar a luz a sus hijos en forma natural, con el conocimiento empírico propio de su cultura.
- Desarrollar un programa de salud en el ámbito de la obstetricia que propicie y valide el concepto de salud intercultural.

- Disminuir la morbimortalidad materno perinatal generada por el parto en domicilio.

Mientras que como objetivos específicos:

- Introducir un nuevo modelo de atención del parto hospitalario basado en el concepto de salud intercultural.
- Disminuir el número de partos en domicilio en las comunidades rurales aimaras.
- Atraer a la comunidad aimara a los conceptos de salud respetando su cultura.
- Mejorar el grado de satisfacción de la usuaria.

Fundamentos de la experiencia

La base sobre la cual se elaboró una aproximación al modelo obstétrico aimara fue una investigación en fuentes secundarias y primarias. Por un lado, se revisaron resultados de investigaciones en Bolivia y en el norte de Chile; por otro, se entrevistó a parteras tradicionales e investigadores aimaras que actúan como facilitadores interculturales, y se realizaron reuniones con integrantes de las comunidades aimaras

de Colchane, Cariquima, Moque-lla, Camiña, Jaiña, Pozo Almonte, Chiapa, Sibaya y Huaviña.

El médico obstetra expresó que “el parto tradicional aimara refleja los pilares de la cosmovisión andina, en la cual se destacan principalmente la importancia de la organización comunitaria por sobre las personas individuales, el contacto íntimo y armonioso con los elementos naturales de su entorno y el respeto por la integridad física y ética de sus integrantes”.

Los conocimientos obtenidos a través de muchos años de práctica son transmitidos a las primíparas por las mujeres mayores de la comunidad y, en muchas ocasiones, a los propios maridos y familiares, quienes participan activamente en los subsiguientes partos. Agregó que “una de las características más importantes que definen al parto tradicional aimara es que se trata de un parto natural y domiciliario, el cual se ve atravesado por toda la cosmovisión andina que le da sentido y coherencia”.

La cosmovisión configuraría un cuerpo coherente de procedimien-

tos perfectamente organizados y diseñados para garantizar tanto el cuidado de la salud de la madre como del recién nacido.

Los profesionales que dirigen el proyecto señalaron que un modelo obstétrico alternativo, que pueda satisfacer las necesidades de las familias aimara, debería inscribirse en un cambio de modelo de atención desde el biomédico a uno biosicosocial y cultural, lo cual es un desafío y todavía en proceso de desarrollo en nuestro país.

Esta experiencia constituye un modelo de atención alternativo e identifica un conjunto de dificultades que presenta el modelo obstétrico basado en la biomedicina que se practica en los servicios hospitalarios para las mujeres de origen indígena y sus familias.

Avances y dificultades

El equipo de profesionales que dirige la experiencia Red de Parto Aimara definió como problema principal la alta proporción de partos domiciliarios en las comunas del área rural de la provincia de Iquique. El análisis

de esta situación le llevó a sostener que, más que un problema de morbilidad materno-perinatal, se trataba del desconocimiento, por parte del sistema de salud pública, del saber-conocimiento y tecnología del parto que ha prevalecido de generación en generación en este grupo étnico.

Los diagnósticos fueron fundamentalmente de tipo cualitativo y estuvieron orientados a obtener información acerca de la resistencia al parto hospitalario. No existe hasta la fecha ningún estudio epidemiológico en la población aimara de la provincia. Tampoco se recoge la gran heterogeneidad económica, social y cultural existente en la población que hoy se adscribe étnicamente.

Un antecedente interesante en cuanto a las demandas de salud planteadas por las comunidades se observa en las Asambleas Territoriales dirigidas por el Estado. En éstas, por lo general, un cambio en la atención al parto no se incluye como tal.

Entre los aspectos más destacados se halla el esfuerzo por aproximarse

al modelo obstétrico aimara y promover el respeto, en un medio que ve a la población de origen indígena y a sus prácticas como desfasadas de la modernidad. Esta intencionalidad no es menor en términos de la defensa de derechos humanos del pueblo aimara.

Esta aproximación parte de la base de la existencia de dos culturas, la aimara y la occidental, en oposición. Por lo tanto, supone la existencia de un sistema médico occidental y un sistema médico aimara como dos referencias opuestas y dicotómicas. Dicha presunción desconoce el hecho de que la sociedad y la cultura aimara han formado parte de los procesos sociohistóricos regionales. La colectividad que hoy se adscribe étnicamente al pueblo aimara ha vivido procesos de modernización al igual que el conjunto de la sociedad regional. Ello ha conducido a que gran parte de la población de origen indígena acceda al sistema público de salud e incorpore entre sus demandas un mayor acceso a los beneficios de la medicina moderna.

Hoy coexisten diferentes sistemas médicos, diferenciados cultural-

mente, pero en permanente comunicación. Las prácticas de salud-enfermedad-cuidado se presentan más como un continuo que como oposición entre un modelo y otro.

Los datos recopilados hasta ahora indican que los principios ontológicos y epistemológicos de la biología y fisiología humana (y por lo tanto de los procesos de salud-enfermedad-cuidado) organizan la combinación de diferentes sistemas médicos. Gran parte de la información empírica –registrada mediante autodiagnósticos de la situación de salud y enfermedad en las comunidades– da cuenta de la combinación del sistema de salud público y el tradicional comunitario, siguiendo una tendencia decreciente del uso de este último. De esta manera, las personas indican que, en caso de enfermedades menos graves, se suele acudir a los agentes comunitarios, y cuando se trata de enfermedades complejas se va al consultorio u hospitales.

Si pensamos un modelo intercultural de atención como un instrumento orientado a mejorar la salud de la población rural aimara, se

debe tener presente que lo que está en juego son, por una parte, modelos obstétricos y, por otra, sistemas de atención obstétrica diferenciados. Los primeros explicitan un conjunto de conceptos acerca de la concepción, embarazo, parto y puerperio, que conllevan supuestos y asunciones construidos histórica y culturalmente por un grupo social determinado; los segundos, en cambio, se refieren a una organización que, basada en conceptos específicos, dirige las prácticas para enfrentar las distintas fases de la reproducción humana. Comprende, por tanto, el conjunto de instituciones a disposición de la salud de las mujeres y del recién nacido.

En las sociedades modernas, la biología y la medicina han sido las dos disciplinas legítimamente establecidas para elaborar el saber sobre la sexualidad, concepción, embarazo y parto, el cual convive con el saber de la “costumbre” o tradición, transmitido de generación en generación. Ambos tipos de conocimiento se traslapan en la experiencia y se difunden por diferentes vías institucionales (la familia, la

escuela, la iglesia y los medios de comunicación).

En la sociedad y cultura aimara las teorías sobre el cuerpo y su biología y fisiología son elaboradas a partir de un conocimiento heredado de las generaciones pasadas, por la experiencia empírica y por la creencia en la no separación de cuerpo y mente. La perspectiva aimara de los procesos fisiológicos que sustentan las prácticas en torno al embarazo y parto se distingue de la tradición no indígena y se inscribe en un “patrón andino”. Cada una de las fases del ciclo reproductivo se comprende en una teoría y en un sistema de atención institucionalizada que es posible describir y analizar. En este caso, estas teorías se traslapan con los conocimientos entregados por la biología y medicina, e impartidos por el sistema escolar y el de salud pública.

Entonces, existirían varios modelos obstétricos en la población que hoy se adscribe étnicamente al pueblo aimara. Estos se presentarían empíricamente en un continuo, en cuyos polos se hallarían, por un lado, el

que sigue un “patrón andino” y, por el otro, el modelo biomédico. Si bien hace falta mayor investigación, es posible afirmar que a mayor escolaridad, mayor estatus socioeconómico, menor edad y residencia urbana se tiende hacia el modelo biomédico; mientras que a menor nivel socioeconómico, menor escolaridad y residencia rural hay mayor resistencia al parto hospitalario.

Aumenta la complejidad si agregamos dos componentes centrales. Por un lado, el hecho de que la adscripción étnica construida como una herramienta para reivindicar ciudadanía exige la participación de mujeres y hombres aimara en el diseño, ejecución y evaluación de modelos de atención intercultural. Por otro, la necesaria aplicación de la perspectiva de género plantea la

exigencia de investigar sobre de la elaboración social y cultural de ésta en la sociedad y cultura aimara, para promover no sólo los derechos étnicos sino también especificar los de las mujeres.

Síntesis de los principales componentes del modelo obstétrico aimara y el modelo biomédico

Los antecedentes acopiados en este estudio, a través de fuentes primarias y secundarias, acerca de la teoría y praxis aimara en salud reproductiva pueden compararse con el modelo biomédico. Entendidos como dos polos de un continuo, su comparación permite exponer una síntesis de los elementos principales presentes en un diálogo intercultural.

<p>Modelo obstétrico aimara</p> <p>Bases ontológicas y epistemológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • No separación entre conocimiento especulativo y empírico. • El tiempo-espacio se concibe en forma circular y constituye un hecho total. • Los individuos son ontológicamente concebidos a imagen y semejanza del universo. Hay un reciclaje interminable de la sustancia humana en un proceso continuo de reencarnación. La vida se inicia en el vientre como conexión con los antepasados (divinidades), va desarrollándose en fases de reconocimiento social, con el propósito de alcanzar el estatus de persona social. • Este cuerpo sigue un ciclo vital, concebido según el principio agrícola: siembra=juventud; crecimiento=matrimonio (madurez sexual); cosecha=vejez. La muerte reinicia el ciclo de la vida. • El cuerpo se distingue en hembras y machos. • La sexualidad es el origen del movimiento. • Las relaciones entre lo femenino y lo masculino organizan el orden cósmico y social. 	<p>Modelo obstétrico biomédico</p> <p>Bases ontológicas y epistemológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento basado en la biología y medicina como instituciones dominantes en la ciencia basada en la evidencia. • El tiempo-espacio es irreversible. • Los individuos son ontológicamente previos a la sociedad. Son consecuencia de su biología. • Los procesos sociales son consecuencia de las características biológicas de los sujetos. • Lo innato se considera inmutable, lo que apunta a la preeminencia de lo biológico sobre lo social. • La naturaleza humana da lugar a sociedades jerarquizadas y, por tanto, desiguales. • La persona aparece reificada. El cuerpo se fragmenta. Hay predominio de la dimensión anatómica del cuerpo, lo cual lo hace medible. • Separación cuerpo-mente. • La enfermedad es un problema biomédico asentado en el cuerpo, lo cual implica una alteración. El cuerpo como máquina. • La intervención está orientada a reparar la alteración de una manera mecanicista. • El lenguaje médico está dicotomizado y tecnificado. • La práctica médica es biologicista, ahistórica, asocial y elitista.
--	--

<p>Prácticas obstétricas</p> <ul style="list-style-type: none"> • En manos de mujeres expertas (<i>Qulliri</i>, madres, suegras y otros parientes). • Parto domiciliario. Debe ser en un lugar abrigado, sin luz y con los elementos necesarios (por lo general es en la cocina). • Conocimiento compartido entre especialistas y no especialistas. • Tecnología del parto heredada de las generaciones anteriores y enriquecida por la experiencia y la apropiación de nuevos elementos. Basada principalmente en la medicina natural. • Énfasis en aspectos fisiológicos. • Acompañamiento de marido y otras mujeres que contienen emocionalmente a la parturienta. • El embarazo es concebido como una enfermedad. Es un período de alteración humoral que debe ser controlado y vigilado mediante medicinas, ejercicio corporal, alimentación y respeto por antepasados (lugares fuertes o bravos). • El embarazo debe controlarse desde sus inicios por personas especializadas o expertas para asegurar su buen término. • El parto es pensado como un momento de enfriamiento por efecto de la actividad del feto y la placenta en las entrañas de la mujer, como son los demonios en las entrañas de la Pachamama. Estos se alimentan de sangre que provoca una alteración fisiológica del cuerpo femenino. De aquí que el proceso de parto debe considerar el permanente calentamiento del mismo. • Parturientas activas. • Procedimientos adaptados a las necesidades específicas de cada mujer. • Proceso concebido en tres fases: preparto, parto y alumbramiento. Este último debe cuidarse para favorecer la salud de la madre y del recién nacido. • Cuidados rigurosos en el postparto para recuperar el equilibrio humoral (no tocar agua ni fuego y con alimentación especial). • Lactancia no inmediata. 	<p>Prácticas obstétricas</p> <ul style="list-style-type: none"> • En manos de la medicina y sus practicantes. • Parto hospitalario. • Hegemonía del conocimiento médico. • Personal médico único que maneja el conocimiento en el proceso del parto. • Uso de tecnología sofisticada. • Énfasis en aspectos fisiológicos. • No se presta apoyo emocional a la parturienta. • El parto concebido como un proceso fisiológico que debe medicalizarse. Patologización del parto. • Parturientas pasivas y dependientes. • Supresión activa del saber y sentimiento de la parturienta. • Proceso homogenizador (individual y socioculturalmente). • Procedimientos estandarizados y uniformes. • Supresión de la experiencia de las parturientas. • Proceso de parto no le asigna importancia a la placenta. • Los cuidados del posparto no evita el baño. • Lactancia inmediata.
--	--

Reflexiones finales

Si bien han aumentado las experiencias de reconocimiento de los sistemas de salud indígena, éstas se han basado sobre todo en las demandas de las organizaciones étnicas. A pesar que ello, constituye un avance, pues se recogen las propias expectativas, se legitiman agentes y se afirman las identidades étnicas.

Los antecedentes muestran varios problemas. En primer lugar, el desafío que plantea el cambio de perspectiva en salud pública, para transitar de un usuario objeto a uno sujeto de programas. El caso observado expresa una dificultad generalizada en el diseño de políticas: ¿cómo se elabora un diagnóstico, con qué herramientas y quién participa en ella? Por parte del Estado, existe una gran carencia de información y, en el caso de la población indígena, problemas de representación.

En segundo lugar, ¿de qué manera podríamos abordar la cuestión de las necesidades sanitarias? La conjunción de los enfoques objetivo (desde los avances de la ciencia) y

subjetivo (desde la epistemología aimara) podría ofrecernos una pista. Pero sin un conocimiento del cuerpo humano y su relación con el medio ambiente natural y social desde la perspectiva indígena es imposible un diseño de política social orientado a disminuir las inequidades sociales, económicas y culturales.

El diseño de políticas orientadas a la interculturalidad debería reconocer la existencia de la diversidad cultural en salud en la región. Otro aspecto lo constituye la presencia de diferentes colectividades que reivindican derechos ciudadanos, entre los cuales los étnicos son, como hemos visto, de gran importancia actual.

Por otra parte, un diagnóstico dirigido a conocer y satisfacer las necesidades de salud, basado en estudios epidemiológicos clásicos, no recupera la diversidad cultural. Avanzar a estudios epidemiológicos socioculturales o interculturales es un desafío nacional para elaborar políticas con pertinencia y más cercanas a las necesidades de las personas.

PAHO BIOETHICS, PUBLIC HEALTH AND HEALTH POLICY FORUM

Eliot Sorel and Fernando Lolas
Chairmen

Presenters: Mirta Roses, Carlos Castillo-Salgado, Eliot Sorel and Fernando Lolas

Field presentations from: Jose Eduardo de Siqueira and Fermin Roland Schramm, Brazil, Douglas Martin, Canada, and Derick Aarons, Jamaica

The Pan American Health Organization (PAHO) Bioethics Unit, in collaboration with the Conflict Management and Conflict Resolution Section of the World Psychiatric Association organized the PAHO Bioethics, Public Health, and Health Policy Forum at the 11th World Congress of Public Health in Rio de Janeiro, Brazil on August 22, 2006. This brief Forum summary, and the accompanying summaries of the Forum's presentations, serve as a companion to the Forum DVD produced by PAHO.

Bioethics theory and practice have been evolving rapidly in the closing decades

of the 20th Century and the beginning of the 21st, becoming an integral part of knowledge generation. Bioethics has also become a significant partner in decision making processes regarding rights to health, equity in healthcare systems, social determinants of health, as well as in examining the challenges posed by the new frontiers in sciences, medical technologies and their public health consequences.

PAHO, through its Bioethics Unit, a joint venture with the University of Chile and the Chilean government, has been a global leader in the generation, translation, and transmission of knowledge in the Americas through training professionals, conducting surveys, providing ethical oversight in research studies; sharing relevant technical information through publications and the Virtual Library in Health. Its flagship journal, ACTA BIOETHICA, has become es-

sential reference in scholarly circles. Its liaison work with other regions of WHO has been important. Responding to requests by the Health Ministries and academic institutions of PAHO member states has been a significant service provided by the Bioethics Unit.

As the field of bioethics is rapidly evolving, particularly in high income countries, a significant widening knowledge gap is developing between high income versus low and middle income countries. The two key principles for the work of PAHO Bioethics Unit, the use of open dialogue and the ethical sustainability of public policies, are integral parts of a general policy for reducing inequities between and within countries, meet the challenge of the unfinished agenda in health, and promote a bioethically grounded healthcare and research.

The PAHO Bioethics, Public Health and Health Policy Forum DVD

- Reviews progress to date and future directions of its Bioethics Unit serving the Americas and the Caribbean.
- Presents bioethics lessons learned relevant to public health, and health policy.

- Specifies the PAHO position on bioethics, public health, and health policy.
- Presents bioethics, public health, and health policy experiences, priorities from Brazil, Canada, and Jamaica.
- Challenges health educators, practitioners, and policy makers to apply bioethics lessons learned to public health and health policy.
- Informs about bioethics, public health, and health policy priorities in the Americas and the Caribbean.
- Identifies resources, tools, and potential partners available in the Region to close the bioethics knowledge gap, to enhance capacity building, and to integrate through training and experience bioethics, public health, and health policy.

As a concrete and illustrative example of creative integration of bioethics, public health, and health policy, attached you will also find the Buenos Aires Declaration text, that challenges United Nations member states to develop health systems that are primary care based, equity focused, and that will deliver a basic health package to all citizens, without any discrimination, an

Alma Ata/WHO inspired legacy. The Declaration was unanimously approved on August 17, 2007.

The PAHO Forum DVD contributing authors hope that the DVD, the Buenos Aires Declaration, the accompanying presentation summa-

ries, and the Forum summary will serve as educational tools for health educators, practitioners, researchers, and policy makers in the Americas, and further stimulate a robust dialogue integrating bioethics, public health, and health policy..

Bibliography

Coughlin SS, Soskoline CL, Goodman KW. *Case Studies in Public Health Ethics*. Washington, D.C.: American Public Health Association; 1997

Hickling FW, Lolas F, Sorel E, Hutchinson G. Ethical Issues in Psychiatry. In: Hickling FW, Sorel E. (Eds.) *Images of Psychiatry: the Caribbean*. Kingston, Jamaica: Stephenson's Press Ltd; 2005: 361-379.

Lolas F. (Ed.) *Diálogo y Cooperación en Salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS/OMS; 2004.

Lolas F. Bioética y Salud Pública. In: Malagón-Londoño G, Galán Morera R. *La Salud Pública. Situación actual, propuestas y recomendaciones*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2002.

Lolas F. *Bioethics*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1999.

Sorel E. *Validity, Specificity, and Reliability of Informed Consent*. Santiago de Chile: WHO/PAHO Ethical Guidelines on Experimenting with Human Subjects Conference; October 2003.



RESUMEN DE VIDEOCONFERENCIAS: PRIORIZACIÓN EN SALUD Y SALUD INTERCULTURAL

Álvaro Quezada Sepúlveda

En febrero de 2006 se generó una propuesta de trabajo que tenía por finalidad convocar a distintos expertos y líderes de opinión en salud pública y bioética en América Latina y Canadá. El proyecto fue financiado por BPB-Canadá, Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, y su objetivo principal era compartir experiencias entre distintos actores involucrados en la toma de decisiones en salud y discutir acerca de los criterios de priorización en diferentes sistemas de salud y sobre cómo se incorporan las diferencias interculturales en este proceso.

Los tres encuentros fueron organizados en el marco de un proyecto conjunto entre el *Joint Centre for Bioethics, University of Toronto*, el Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile y el Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS.

Otro objetivo de esta iniciativa fue generar una red de colaboración entre los involucrados en la toma de decisiones en priorización en salud, tanto en Chile como en otros países de Latinoamérica, y difundir las exposiciones grabadas durante la videoconferencia a otras regiones de Chile, a través de talleres de capacitación.

I Videoconferencia

El 28 de agosto de 2006 tuvo lugar la primera de una serie de tres videoconferencias. Los puntos de conexión fueron el Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN) de México, la Fundación de *Amparo e Pesquisa do Estado de Mina Gerais* (FAPEMIG), en Brasil, y las universidades Arturo Prat (Iquique) y de Los Lagos (Osorno) en Chile.

El programa de trabajo comprendía tres partes. En la primera, "Priorización en

salud en países desarrollados y en desarrollo”, Fernando Lolas, director del CIEB, Universidad de Chile, y del Programa de Bioética, OPS/OMS, se refirió al impacto de la bioética en el proceso de priorización; Douglas Martin, de la Universidad de Toronto, Canadá, al mejoramiento de los patrones de priorización en los sistemas de salud, más allá de la medicina basada en la evidencia y del análisis costo-efectividad; Duncan Pedersen, de la Universidad McGill, Canadá, a la encrucijada entre salud global y cultura local, y las prioridades para una nueva agenda de investigaciones en salud; Juan Manuel Sotelo, por su parte, Representante de la OPS/OMS en Chile, aludió a la priorización en salud y salud intercultural en Latinoamérica.

La segunda parte, “Priorización y su impacto social”, tuvo como expositores a Rafael Caviedes, de la Asociación de Instituciones de Salud Provisional (ISAPRES) de Chile, quien abordó los aspectos económicos en la distribución de recursos en Chile; Margarita Sáez, del Ministerio de Salud de Chile, que expuso sobre priorización en salud y salud intercultural en salud en Chile, y Gerardo Jiménez, director del Instituto de Medicina Genómica (INMEGEN) de México, quien se refirió a la medicina genómica como prioridad en el sistema de salud mexicano.

En la tercera parte, “Ejemplos de Priorización y salud intercultural en salud en Chile”, Guillermina Muñoz, del Servicio de Salud Bío-Bío, describió la experiencia de formación de técnicos paramédicos pehuenches en la instalación de un modelo de salud intercultural en la comuna del Alto Bío Bío, en la VIII Región de Chile; Vivian Gavilán, de la Universidad Arturo Prat, Iquique, analizó un enfoque intercultural aplicado a la salud en el norte de Chile, y Carolina Valdebenito, colaboradora del CIEB, informó sobre los primeros resultados de una investigación sobre salud intercultural y dilemas éticos en mujeres aimaras en Chile.

También, fue posible difundir los resultados de un proyecto del CIEB, financiado por Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD-UNFPA), sobre el impacto de las políticas públicas en salud intercultural en las mujeres aimaras.

II Videoconferencia

Realizada el 18 de enero de 2007, también en Santiago de Chile, la II Videoconferencia “Priorización en salud y salud intercultural” permitió la conexión con puntos en universidades chilenas, ecuatorianas, mexicanas y brasileñas.

En esta segunda jornada, Fernando Lolos Stepke se refirió a los resultados de la primera, realizada en agosto de 2006, y reseñó los propósitos y metodología de la presente. Para la primera parte, denominada “Políticas públicas y Establecimiento de Prioridades en Latinoamérica”, Juan Manuel Sotelo, representante de OPS/OMS en Chile, centró su exposición en la importancia del establecimiento de prioridades en salud en Latinoamérica, mientras que Jacques Girard, consultor de OPS en Chile, se refirió a la relación entre priorización en salud y las Metas del Milenio de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS en Latinoamérica.

Sobre el “Establecimiento de Prioridades de Salud en Chile y la Reforma AUGE”, intervinieron dos personeros del gobierno de Chile: Manuel Inostroza, superintendente de Salud, y María Soledad Barría, ministra del ramo.

“Experiencias locales de establecimiento de prioridades. Enfoque intercultural”, tercera parte de esta videoconferencia, contó con la participación de destacados especialistas internacionales: Lydia Kapiriri, coordinadora de las actividades de la Red Global de Investigación del Establecimiento de Prioridades (GPSRN), revisó un estudio de caso sobre establecimiento de prioridades en

salud en Uganda; Jeff Reading, Director Científico de los Institutos Canadienses de Investigación en Salud y del Instituto de Salud de Pueblos Aborígenes, Universidad de Victoria, se refirió a las prioridades en salud en el contexto de salud indígena en Canadá a través de una nueva agenda de investigación, y Manuel Torres Márquez, catedrático de Sociología Urbana y Desarrollo Comunitario, Campus Metropolitano de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, expuso sobre los efectos de la reforma de los servicios de salud en la calidad de vida en ese país. Finalmente, Carolina Valdebenito, colaboradora del CIEB, describió un estudio de caso sobre el establecimiento de prioridades en salud en Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

En sus conclusiones, Fernando Lolos Stepke destacó el propósito de poner en contacto a los distintos actores sociales involucrados en el proceso de priorización en salud en distintos lugares del mundo y apuntar hacia el diseño de un modelo que pueda ser aplicado en diversos contextos socioculturales en Latinoamérica.

III Videoconferencia

Esta última videoconferencia de la serie sobre diálogo intercultural y criterios

de priorización en los sistemas de salud se llevó a cabo el 3 de julio de 2007 en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, actividad que pudo ser presenciada también por Internet a través de una comunicación *video-streaming*.

Esta tercera jornada se estructuró en dos tipos de análisis: macro y micro. En el primero, la doctora María Soledad Navarrete, directora del programa FONIS, iniciativa del Ministerio de Salud y CONICYT, y asesora del Ministerio de Salud de Chile para la regulación ética de la investigación biomédica, expuso sobre los recursos en investigación en salud en la que participan seres humanos; Luis Moreno, en tanto, farmacéutico bioquímico y analista del Centro Nacional de Control de Calidad de Medicamentos del Instituto Nacional de Salud de Perú, disertó acerca de las prioridades de investigación en seres humanos en ese país.

El análisis micro contó con la participación de Mauricio Olavarría, académico del Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile, quien apuntó algunas conclusiones a partir de datos sobre desigualdad en el acce-

so a la salud en Chile; Laura Rueda, terapeuta ocupacional y profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, por su parte, se refirió a la priorización en salud desde la perspectiva ocupacional y la discapacidad en este país. Concluyendo este tipo de análisis, Luis Risco, subdirector de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, expuso acerca de los criterios que dirigen las decisiones sobre salud mental en Chile.

Finalmente, Andrea Águila, bibliotecaria documentalista del Programa de Bioética de la OPS/OMS instruyó respecto de los medios y recursos de información en salud –particularmente en bioética– disponibles en Internet.

A lo largo de tres jornadas fue posible reunir a expertos y profesionales relacionados con salud e interculturalidad. El número de personas conectadas a través de *video-streaming* se estimó en más de un centenar, mientras que 86 puntos –ubicados en países como Canadá, Puerto Rico, Uganda, Ecuador, Perú, Colombia, Argentina y México– se conectaron por medio del sistema de videoconferencia.

DECLARACIONES Y DOCUMENTOS SOBRE PRIORIZACIÓN EN SALUD Y SALUD INTERCULTURAL

Andrea Águila Abarca

Pan American Health Organization. *The Commission on Social Determinants of Health*. Directing Council of the Pan American Health Organization, 47 (25-29 Sept 2006: Washington, D.C United States) Washington, D.C.: Pan American Health Organization, United States [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.paho.org/English/GOV/CD/CD47-inf1-e.pdf>

Pan American Health Organization. *Regional declaration on the new orientations for primary health care (PHC): renewing primary health care in the Americas: a strategic and programmatic orientation for the Pan American Health Organization*. [online] Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2005 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.paho.org/english/gov/cd/CD46-13-e.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. CD45.R3: *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud*. [online] Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2004 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd45.r3-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. *Funciones esenciales de salud pública*. [online] Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2000 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce126_17.pdf

Organización Panamericana de la Salud. *Agenda compartida de la OPS/BID/ Banco Mundial en pro de la salud en las Américas*. [online] Washington, D.C.:

Organización Panamericana de la Salud; 2000 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd42_17-s.pdf

Organización Panamericana de la Salud. *Seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector salud*. [online] Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1999 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd41_14.pdf

Organización Panamericana de la Salud. *La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017*. [online] Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; jun. 2006 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce138.r19-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. *La familia y la salud*. [online] Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, sept. 2003 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce132-14-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. *Globalización y salud*. [online] Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud sept. 2003 [acceso

26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce132-15-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. *CE132/16: Grupo étnico y salud*. [online] Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, sept. 2003 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce132-16-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. *CE132.R5: Atención primaria de salud en las Américas*. [online] Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, sept. 2003 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce132.r5-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. *CE130/17: Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas*. [online]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, jun. 2002 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/gov/ce/ce130-17-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. *CE130.R13: Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas*. [online] Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, jun. 2002

[acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/gov/ce/ce130.r13-s.pdf>

Mayer D, Mora H, Cermeno R, et al. *Salud, crecimiento y distribución en Latinoamérica y el Caribe: un estudio de determinantes y comportamiento regional y local*. [online] Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1999, 17 pp. [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDR/CAIS-99-08.PDF>

Castellanos PL. *Determinantes sociales de la situación de salud de las poblaciones*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1994, 34 pp. tab. (PAHO/HDP/HDA/94.11).

Organización Panamericana de la Salud. Modelo social de prácticas de salud. [online] OPS. *Boletín Epidemiológico* 1992;13(4):7-10. tab. [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/14438.pdf>

Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. *Informe Final y Discursos*. [online] Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; sept. 1969, 138 pp. (OPS. Documento Oficial, 89) [acceso 26 noviembre 2007]

Disponible en: <http://hist.library.paho.org/English/OD/33842.pdf>

World Health Organization. *Informe sobre la salud en el mundo 2006: colaboramos por la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006, 211 pp.

Organización Panamericana de la Salud. Desigualdades en salud. *Boletín Epidemiológico* 2004;(25):49.

Organización Panamericana de la Salud. *La cooperación centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2005, 19 pp. (CE136/18 Es).

Organización Panamericana de la Salud. *The Millennium Development Goals for Health: rising to the challenges*, Washington, D.C.: World Bank; 2004, 186 pp.

Organización Panamericana de la Salud. *La relación entre salud y desarrollo*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2002. 64 p. (CAIS/37/2002.08).

Jamison DT. (Org.) *Prioridades em saúde*. Washington: Banco Mundial; 2006, 209 pp. ilustraciones, tablas, gráficos.

Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue. *XXIV Reunión*

de Ministros de Salud y otros documentos institucionales. Lima: ORAS-CONHU, (Serie Documentos Institucionales); 2002, 118 pp. ilus.

Organización Mundial de Comercio. *Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública*. WT/MIN(01)/DEC/2 [online] 20 de noviembre de 2001 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/min-decl_trips_s.htm

Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral. *Seguimiento de iniciativa de Ministros de Salud y Medio Ambiente de las Américas*. CIDI/RES. 150 (IX-O/04) [online] 4 de mayo de 2004 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.oas.org/OASpage/CIDI/cidi_document.asp?sCodigo=04-0049

Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública* 2002; 11(5-6):302-309 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo>

Dachs NM, Ferrer ME, Florez CE, et al. Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: Descriptive and exploratory results for reported health problem and health attention in twelve countries. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2002; 11(5-6): 335-354 [ac-

ceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo>

Casas JA, Dachs N, Bambas L. *Health Disparities in Latin America and the Caribbean: the Role of Social and Economic Determinants*. In: *Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2001 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.paho.org/English/DBI/Op08/OP08_03.pdf

Stern AM. *Prioridades de la gestión en salud de la ciudad: Accesibilidad y participación comunitaria / Priorities of the management in health of the city: Accessibility and community participation*. Infosida 2004;4(4): 23-25.

Organización Panamericana de la Salud. *El uso de la investigación en las reformas del sector de la salud en América Latina y el Caribe: informe sobre el Foro Regional, Salvador, Bahía, 3-5 de mayo de 2000*. [online]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; mar, 2005. 32 pp. (SPP39/7 Add I Es) [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/spp/spp39-07a-s.pdf>

Machado Cristiani Vieira. Health priorities in Brazil in the 1990s: three policies, many lessons. *Revista Pana-*

americana de Salud Pública 2006; 20(1): 44-49.

González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, et al. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública México* 2007; 49(supl.1): s37-s52. graf.

Organización Panamericana de la Salud. *La Administración Estratégica. Lineamientos para su desarrollo*. Washington: OPS/OMS; 1995.

Chile

Ministerio de Salud. *Diagnóstico de la situación de salud en Chile. Plan de Salud*. Santiago de Chile: Minsal; 1995.

Ministerio de Salud. *Diseño e Implementación de las Prioridades de Salud País*. Santiago de Chile: Minsal; 1997

Salinas Portillo H, Herrera LG, Bustos SP. Procesos de priorización en salud: experiencias de Chile, Guatemala y Perú. *Revista Chilena de Salud Pública* 2000; 4(2-3): 122-128. tab. [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.saludpublica.uchile.cl/ac-textension/publica2-00.pdf>

Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. *Metodologías de apoyo a la priorización local de problemas de*

salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 1997, 68 pp. tab.

Málaga H. Perspectivas de la epidemiología en la reforma de la seguridad social. *Revista de Salud Pública* 1999; 1(2): 128-136.

Universidad de Chile. Facultad de Economía y Negocios. *Verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas*. [online] Santiago de Chile: MINSAL; 2007 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/INFORMEFINAL_AGOSTO2007versionoctubre07.pdf

Frenz P. *Documento Conceptual de Determinantes Sociales en Salud*. [online] Santiago de Chile: MINSAL; 2006 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/determinantessociales.pdf>

Faúndez A. *Construyendo la nueva Agenda Social desde la mirada de los Determinantes Sociales de la Salud*. [online]. Santiago de Chile: FLACSO, OPS/OMS, MINSAL; 2005 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/LIBRO_CONDICIONANTES_SOCIALES.pdf

OMS

Commission on Social Determinants of Health (CSDH). *Employment conditions and health inequalities. Final Report*. [online]. Ginebra: WHO; 2007 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf

Commission on Social Determinants of Health (CSDH). *Our cities, our health, our future: Acting on social determinants for health equity in urban settings*. [online]. Ginebra: WHO; 2007 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_report_16jul07.pdf

Commission on Social Determinants of Health (CSDH). *Civil Society and the Commission on Social Determinants of Health: Vision, Experiences and Values*. [online]. Ginebra: WHO; 2007 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/cs_rep_2_7.pdf

Kelly MP, Bonnefoy J. (Eds.) *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action. Final Report to World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health* [online]. Ginebra: WHO,

2007 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_report_10oct07.pdf

World Health Organization. *Poverty reduction strategy papers: Their significance for health*. [online] Ginebra: WHO; 2004 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.who.int/hdp/en/prsp.pdf>

World Health Organization. *PRSP implementation: A health sector perspective*. [online] Ginebra: WHO; 2006 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.who.int/hdp/publications/prsp_health.pdf

World Health Organization. *Human rights, health and poverty reduction strategies*. [online] Ginebra: WHO; 2005 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.who.int/hdp/publications/human_rights.pdf

World Health Organization, The World Bank. *Dying for change: Poor peoples experience of health and ill health*. [online] Ginebra: WHO; 2003 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.who.int/hdp/publications/dying_change.pdf

Fox-Rushby J, Mills A, Walker D. Setting health priorities: the development

of cost-effectiveness league tables. [online] *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79(7): 679-680 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2001/issue7/79\(7\)679-684.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2001/issue7/79(7)679-684.pdf)

WHO. *Children's environmental health. Setting priorities for children's environmental health indicators*. [online] Ginebra: WHO, 2007 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.who.int/ceh/indicators/indiprior/en/>

PAHO. *Setting priorities in health. Perspectives in Health* 2007; 11(1) [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.paho.org/English/DD/PIN/perspectives23.pdf>

Green A, Bennett S. *Sound choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy* [online] Ginebra: WHO; 2007 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Alliance_BR_TOC_Acknowledgements.pdf

WHO. Sustainable Development and Healthy Environment Department. *Healthy Settings*. [online] Ginebra: WHO; 2007 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.searo.who.int/en/Section23/Section24/Section25.htm>

Sedgley M. (Ed.) *Public health priorities for the French Presidency of the European Union*. [online] *Eurohealth* 2000; 6(4) [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.euro.who.int/document/OBS/EuroHealth6_4.pdf

Children's Environment and Health Action Plan for Europe. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health Budapest, Hungary, 23-25 June 2004. [online] [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e83338.pdf>

PAHO. *Políticas Nacionales de Salud*. [online] Washington: PAHO; 2007 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/Políticas_Nacionales_Salud.htm

PAHO. *Análisis del Sector Salud* [online] Washington: PAHO; 2007 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/Analisis_Sector_Salud.htm

PAHO. *Análisis de la Reforma del Sector Salud* [online] Washington: PAHO; 2007 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/Analisis_Reforma_Sector_Salud.htm

PAHO. *Funciones Esenciales de Salud Pública*. [online] Washington: PAHO; 2007 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/FESP.htm>

PAHO. *Extensión de la Protección Social en Salud*. [online] Washington: PAHO; 2007 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/Extension.htm>

Pueblos Indígenas y Salud Intercultural

Stidsen S. (Ed.) *El mundo indígena 2007*. [online] Copenhague: IWGIA; 2007 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.observatorio.cl/contenidos/naveg/doc9/iwgia2007.pdf>

Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. [online] New York: ONU; 2007 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.observatorio.cl/contenidos/datos/docs/20071003025023/Proyecto%20aprobado%20Declaración%20Universal%20PIndígenas%20ONU%202007.pdf>

Federación Internacional de los Derechos Humanos. *Chile: posibilidades de cambio en la política hacia los pueblos indígenas*. [online] (s.l): FIDH; 2006 [ac-

ceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.observatorio.cl/contenidos/naveg/doc9/FIDH2007.pdf>

World Health Organization (Ed.) *Traditional medicine* [online]. Ginebra: WHO; 2003 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB1111/seb111r12.pdf

World Health Organization (Ed.) *Traditional medicine and health care*. Ginebra: WHO; 1991.

Yáñez del Pozo J. Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-SIDA y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas. [online]. Washington: OPS; 2006 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/SSIA06.pdf>

MIDEPLAN. *Programa Orígenes – Componente de Salud Intercultural*. [online]. Santiago de Chile: MIDEPLAN; 2005 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.origenes.cl/images/descargas/hacienda2006.pdf>

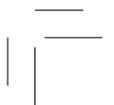
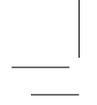
Aldea, Elena de la. *El enfoque intercultural en el mejoramiento de la calidad en salud*. [online]. Perú: AXXIONA Desarrollo Humano; 2004 [acceso 26 noviembre 2007] Disponible en: <http://www.ceisaperu.org/files/EI%20Enfoqu>

e%20Intercultural%20en%20el%20M
ejoramiento%20en%20la%20Calidad
%20%20de%20Salud.doc

Ibacache J. *La Salud, el Desarrollo y la
Equidad en un contexto Intercultural.*
[online] (s.l.): (s.e.); 2004 [acceso 26
noviembre 2007] Disponible en: [http://
www.xs4all.nl/~rehue/art/iba1.html](http://www.xs4all.nl/~rehue/art/iba1.html).

Bodeker G, Kronenberg F. A Public
Health Agenda for Traditional,

Complementary and Alternative Medi-
cine. [online] *American Journal of Public
Health* 2002; 92(10) [acceso 26 no-
viembre 2007] Disponible en: [http://
webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/ar-
chivos/public_health.pdf](http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/public_health.pdf)



INSTITUCIONES VINCULADAS A LA BIOÉTICA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

ARGENTINA

Asociación Argentina de Bioética
Calle 25 de mayo 2855, 3^{er} Piso
(Facultad de Derecho)
(7600) Mar del Plata.
<http://www.aabioetica.org/>
E-mail: hooftpf@infovia.com.ar.

Bio&Sur. Red Regional de Comités de
Ética en Salud
<http://www.biosur.org.ar>
E-mail: redbiosur@yahoo.com.ar

Centro de Investigación y Enseñanza
<http://www.bioetica.org>
E-mail: scypu@argenet.com.ar

Instituto de Bioética, Pontificia
Universidad Católica Argentina
Av. Alicia M. de Justo 1400, Buenos
Aires, Argentina
Tel: (54 11) 4338-0634
Fax: (54 11) 4349-0284
[http://www2.uca.edu.ar/esp/sec-bioetica/
index.php](http://www2.uca.edu.ar/esp/sec-bioetica/index.php)
E-mail: bioetica@uca.edu.ar

Instituto de Bioética y Humanidades
Médicas
La Plata (Provincia de Buenos Aires)
711160
<http://www.elabe.bioetica.org/>
elabe@satlink.com

Universidad Austral, Facultad de
Derecho, Departamento de Bioética
E-mail: feb@cas.austral.edu.ar

Universidad Nacional de Cuyo, Facultad
de Ciencias Médicas
Maestría en Bioética
<http://fcm.uncu.edu.ar/>
E-mail: posgrado@fcm.uncu.edu.ar

Universidad Nacional de Lanús, Maestría
en Ética Aplicada
Remedios de Escalada, Lanús. Tel / Fax
6322-9200, Provincia de Buenos Aires
<http://www.unla.edu.ar/>

Universidad Nacional de Mar del Plata
Especialización en Bioética
<http://www.mdp.edu.ar>

BOLIVIA

Centro de Bioética. Universidad Católica Boliviana San Pablo
Av. Gral. Galindo esq. Av. América #5381
Tel: 4293100, 4118426-30
FAX: 4291145
<http://www.ucbcb.edu.bo/>

Comité Nacional de Bioética de Bolivia
Tel: (591-2) 2204117 int 15
<http://www.ops.org.bo/bioetica/acta.htm>
E-mail: bioetica@colmedlp.org

BRASIL

Centro Universitário São Camilo
Av. Nazaré, 1501 - Bairro Ipiranga, São Paulo - SP Cep: 04263-200
Tel: (11) 272.6077
Fax: (11) 215.2361
<http://www.scamilo.br>
E-mail: reitoria@scamilo.edu.br

Comissão de Bioética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)
Informações: (11) 3069-6431; (11) 3085.4263
Fax (11) 3069.6492
E-mail: comissao.bioetica@hcnnet.usp.br

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)
Ministério da Saúde - Esplanada dos Ministérios Bl. G Ed.
Anexo Ala B Sls. 136 a 147 Brasília – DF
Cep: 70058-900
Tel: (61) 315-2951
Telefax: (61) 226-6453

<http://conselho.saude.gov.br/comissao/eticapesq.htm>
E-mail: conep@saude.gov.br

Instituto de Bioética, Derechos Humanos y Género
Caixa Postal 8011
70.673-970 Brasília-DF Brasil
Tel/Fax: 55 61 343 1731
<http://www.anis.org.br>

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
UFRGS Campus do Vale Avenue Bento Gonçalves, 9500 Caixa Postal 15.055 Agronomia
91501-970 - Porto Alegre - RS
Telephone: +55-51-3316-6616
FAX: +55-51-3316-6616
<http://www.ufrgs.br/ppgfil/>
E-mail: ppgfilo@ifch.ufrgs.br

Instituto Oscar Freire
Rua Teodoro Sampaio, 115, Bairro Pinheiros São Paulo - SP
Cep: 05405-000
Tel: (11) 3085-9677
<http://www.usp.br/fm/medleg/index.html>
E-mail: mls@iof.fm.usp.br

Núcleo de Bioética da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Paraná
Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
Av. Robert Kock, 60, Vila Operária Londrina - PR CEP 86038- 440
Tel/fax : (43) 3377495
<http://www.uel.br/uel/home/pt/portal.html>
E-mail: hurnp@uel.br

Núcleo de Estudos em Bioética da
Pontifícia Universidade Católica (PUC),
Porto Alegre, RS. Faculdade de Medicina
da PUC-RS
Avenida Ipiranga, 6681 Porto Alegre - RS
Cep: 90619-900
E-mail: pediatria@pucls.br

Núcleo de Ética Aplicada e Bioética,
do Departamento de Ciências Sociais
da Escola Nacional de Saúde Pública
- ENSP/Fiocruz
Rua Leopoldo de Bulhões, 1480 - 9
andar, sala 914, Manguinhos
Rio de Janeiro - RJ
Cep: 21041-210
Tel: (21) 2598.2646
E-mail: roland@ensp.fiocruz.br

Núcleo Interinstitucional de Bioética,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre e
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rua Ramiro Barcellos, 2350, sala 2227f
Porto Alegre - RS Cep: 90035-003
<http://www.bioetica.ufrgs.br>
E-mail: goldim@orion.ufrgs.br

Sociedade Brasileira de Bioética
Caixa Postal 0459 Brasília – DF
Cep: 70910-900
Tel: (61) 307-3229/ 61-307-2121
Fax: (61) 307-3946
<http://www.sbbioetica.org.br/>
E-mail: sbbioetica@sbbioetica.org.br

Universidade de Brasília, Campus
Universitário Darcy Ribeiro
Cep: 70919-970
Tel: (61) 307-2113
Fax: (61) 307-3946
E-mail: bioetica@unb.br

CHILE

Centro de Bioética de la Pontificia
Universidad Católica de Chile
Av. Libertador B. O'Higgins 340,
Santiago de Chile
Tel: 56-2-3543048
[http://escuela.med.puc.cl/deptos/
Bioetica/](http://escuela.med.puc.cl/deptos/Bioetica/)
bioetica@med.puc.cl

Centro de Bioética. Facultad de Medicina
de la Universidad del Desarrollo
Av. Vitacura 6082, Vitacura, Santiago
de Chile
Tel: 56-2-2187735
<http://www.udd.cl/>
E-mail: fredes@udd.cl

Centro de Ética. Universidad Alberto
Hurtado
Almirante Barroso 6, Santiago de Chile
Tel: 56-2-6920200
Fax: 56-2-6920216
[http://etica.uahurtado.cl/nuestro_centro/
01contexto.htm](http://etica.uahurtado.cl/nuestro_centro/01contexto.htm)
E-mail: tmifsud@uahurtado.cl

Centro Interdisciplinario de Estudios
en Bioética (CIEB), Vicerrectoría de
Investigación y Desarrollo, Universidad
de Chile
Diagonal Paraguay 265, Torre 15 of. 806,
Santiago
Tel: 9782274
Fax: 9782254
<http://www.uchile.cl/bioetica/>
E-mail: c-bio@uchile.cl

Programa de Bioética. Universidad de
Santiago de Chile.

Andrea Águila Abarca

Avenida Alameda Libertador Bernardo
O'Higgins 3363.
Estación Central, Santiago de Chile
Tel: 682 5293
<http://www.fcm.usach.cl>
E-mail: ibarruet@usach.cl

Programa Regional de Bioética, Pan
American Health Organization (PAHO),
World Health Organization (WHO)
Providencia 1017 - Piso 7, Providencia,
Santiago de Chile
Tel: +56-2-236-0330
FAX: +56-2-346-7219
<http://www.paho.org/bioetica>
E-mail: bioetica@chi.ops-oms.org;
lolasf@chi.ops-oms.org

COLOMBIA

Asociación Nacional Colombiana de
Bioética.
Transv 4ª N° 42-00 quinto piso
E-mail: analbe@hotmail.com

Centro de Bioética de la Universidad de
la Sabana (Chía)
E-mail: bioetica@unisabanaedu.co

Instituto Colombiano de Estudios
Bioéticos (ICEB)
Academia Nacional de Medicina de
Colombia
Cra. 7 No 69-05, Bogotá
Tel: 571-3458890; +571-2128670
<http://anm.encolombia.com/iceb.htm>
E-mail: iceb_colombia@hotmail.com

Instituto de Bioética. Pontificia
Universidad Javeriana
Transversal 4 N° 42-00 - Quinto Piso

Edificio José Rafael Arboleda (67),
Bogotá
Tel: (571) 320 8 320 Extensión 4536
<http://www.javeriana.edu.co/bioetica/>
E-mail: bioetica@javeriana.edu.co

Instituto de Bioética Universidad El
Bosque
Transv 9ª Bis No 133-25, Bogotá
Tel 571 - 6252038

Red de Bioética. Universidad Nacional
de Colombia
Edificio Manuel Ancizar
Tel: (091) 3165000 Ext. 16962
<http://www.unal.edu.co/bioetica/>
E-mail: redb_bog@unal.edu.co

ECUADOR

Grupo de Bioética - "PUSE"
Pontificia Universidad Católica de
Ecuador, Puse, Quito.
5º Piso Av. 12 de Octubre y Av. Patria.
Edificio de la Facultad de Ciencias
Exactas y Naturales
<http://www.puce.edu.ec/>

Sociedad Ecuatoriana de Bioética
<http://www.bioetica.org.ec/modules/news/>

MÉXICO

Academia Mexicana de Bioética, A.C.
Facultad Mexicana de Medicina
17 y Av. San Fernando, Tlalpan.
[http://comunidad.uls.edu.mx/public_](http://comunidad.uls.edu.mx/public_html/bioetica/sesion.htm)
[html/bioetica/sesion.htm](http://comunidad.uls.edu.mx/public_html/bioetica/sesion.htm)

Academia Nacional Mexicana de
Bioética, A.C

Antiguo Claustro del Hospital Juárez /
P. A. Plaza San Pablo Centro México
(Asociación Profesional) D.F. 06090
Tel: 52(5)542-0077; 542-2195(525)
542-2006; 542-7845 .
E-mail: vsuarez@servidor.unam.mx

Asociación Panamericana de Bioética, S.C.
Apartado Postal 41-518
México D.F. C.P. 11001
<http://www.anahuac.mx/apabe/index.htm>
E-mail: ehamill@anahuac.mx

Centro de Estudios e Investigación en
Bioética (CEIB)
Av. España 1924 Col. Moderna
Guadalajara
ONG Jalisco 44100
Tel: 52(5)811-741452(5)811-4763.
E-mail: cein@infosel.net.mx

Colegio de Bioética de Nuevo León
Tel: (81) 83334145
[http://www.bioetica.com.mx/
index.php?Itemid=1](http://www.bioetica.com.mx/index.php?Itemid=1)
E-mail: nellycarlos@bioetica.com.mx

Comisión Mexicana de Derechos
Humanos
Tehuantepec 142, Col. Roma Sur
Delegación Cuauhtémoc
Tel: 5564-2582 · 5564-2592 · 5584-9116
Fax: 5584-2731
<http://www.laneta.apc.org/cmdpdh/>
E-mail: direccion@cmdpdh.org

CONASIDA
Comercio y Administración N° 5 Col.
Copilco
Universidad Ciudad de México Otra
Dependencia

Gubernamental D.F. 04360
Tel: 52(5)554-933352(5)554-4202.

FLACEIS, *Latin American Forum of Ethics
Committees in Health Research*
Tel / fax (52)(55) 5559-1934
<http://www.flaceis.org>

Universidad Anahuac, Facultad de
Bioética
Av. Lomas Anáhuac s/n. Lomas
Anáhuac, Estado de México
C.P. 54760
Tel: (52-55) 56270210, Ext. 7146
<http://www.anahuac.mx/bioetica/>
E-mail: ojmartin@anahuac.mx

Universidad de Guanajuato, Centro de
Investigaciones en Bioética
20 de Enero 929, Colonia Obregón
Guanajuato (Institución Educativa) León
37320
Tel: 52(47)145-85952(47)145859.

PANAMÁ

Federación Latinoamericana y del Caribe
de Instituciones de Bioética (FELAIBE)
Piso 6, Oficina 620 ,
Tel: (507) 223-1508, 206-2580,
Telefax (507) 206-2579.
<http://www.felaibe.org>
FELAIBE@cwpanama.net

PERÚ

Comité de Ética en Investigación,
Facultad de Medicina, Universidad
Nacional Mayor de San Marcos
Av. Grau 755. Lima 1.
Tel: 3293237 Ax. 153

Andrea Águila Abarca

<http://medicina.unmsm.edu.pe/inicio/index.asp>
E-mail: perales.alberto@terra.com.pe

Instituto de Ética en Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Av. Grau 755. Lima 1.
Tel: 3293237 Ax. 153
<http://medicina.unmsm.edu.pe/inicio/index.asp>
E-mail: perales.alberto@terra.com.pe

Instituto de Medicina Legal "Leonidas Avendaño Ureta"
Esquina de Av. Raymondi con Av. Paseo de la República sin N°
La Victoria - Lima - Perú
Tel: 4240998, fax: 4240223; casa: 2247261
<http://www.mpfm.gob.pe/iml/>
E-mail: declif2006@yahoo.es

Unidad de Bioética, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia
Av. Honorio Delgado 430, Urb.

Ingeniería, S.M.P. Lima - Perú.
Tel: (51-1)319-0000, anexo 2603
<http://www.upch.edu.pe/famed/acerca/presentacion.asp>
E-mail: 33195@upch.edu.pe

URUGUAY

Instituto de Bioética, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Católica del Uruguay
Av. 8 de Octubre No. 2738,
Montevideo, CP 11800
Tel: +598-2-487-2717 int. 229-
FAX: +598-2-487-6204
E-mail: etica@ucu.edu.uy

VENEZUELA

Centro Nacional de Bioética
Asesor y Vocal de la Junta Directiva
Urb. Sebucán, subiendo por la Av.
Principal
Av. Miguel Otero Silva, Piso 2, Escuela de Enfermería
Caracas.
Tel: 286.2790/285.5004