

COMUNICAÇÕES ORAIS / COMUNICACIONES ORALES

1. El impacto de la inmigración en los servicios de salud

1.1

Propuesta de sistema de derivación regional de pacientes: una oportunidad para la cooperación sur-sur

A proposed Client Referral Regional System. An opportunity for South-South Cooperation

José Emilio Ortega

Abogado, Especialista en Gestión Administrativa de los Servicios de Salud, Posgraduado en Derecho Comunitario, Políticas Públicas y Gestión de Riesgos. Profesor de la Universidad Nacional de Córdoba y de la Universidad Blas Pascal. Asesor de la Presidencia Provisoria del Poder Legislativo de la Provincia de Córdoba. Córdoba, Argentina.

Santiago Martín Espósito

Abogado, Magíster en Estudios Internacionales. Docente Adscripto en la Universidad Nacional de Córdoba. Asesor Poder Legislativo de la Provincia de Córdoba. Córdoba, Argentina.

Resumen: Teniendo en cuenta la problemática que muchas veces genera el acceso al sistema público de salud por parte de inmigrantes que carecen de políticas de desarrollo asistencial adecuadas, es necesario, teniendo en cuenta las implicancias del derecho a la salud y de la calidad de vida, generar un sistema regional de derivación de pacientes, el cual, financiado por un fondo dentro del marco de la cooperación sur-sur, permita financiar la atención médica y generar un recupero del gasto.

Palabras claves: Derecho Sanitario Internacional; cooperación sur-sur; salud de inmigrantes.

Abstract: Considering the problems that often generates the access to public health care system by immigrants who lack proper care policies development, and taking into account the implications of the right to health and quality of life, is necessary to generate a regional patient referral system, funded by a grant within the framework of South-South cooperation, to finance health care and generate a recovery in spending.

Key words: International Health Law; South-South cooperation; inmigrants health.

Introducción

En la Declaración de Alma-Ata, de 1978 (OPAS, s/f), se presentó a la salud como un “*derecho humano fundamental*”, cimiento de una gran construcción en el mundo entero. Hoy, es condicionante e indicador del crecimiento socioeconómico, y reto para la planificación, la gestión y la investigación.

Se estructura en base a sistemas, se materializa a través de un universo de prestaciones y su existencia y disfrute se considera esencial para el desarrollo de una vida digna. Cuenta con base constitucional que lo garantiza y leyes que tornan operativas esas garantías abstractas. La esencialidad del bien sanitario-asistencial, legitima el derecho de todo individuo a su acceso, por razones de justicia social. La salud es un bien primario para la persona, lo que genera un deber con ella como ser social.

Aún así, el acceso se obstruye, como veremos, por un conjunto de dificultades que exigen de los Estados permanentes y creativos esfuerzos para remover los obstáculos.

Calidad de Vida (CV). Concepto y elementos

Desde que comenzó a utilizarse, finalizada la Segunda Guerra Mundial, hasta la actualidad, este concepto ha pasado del ámbito de la economía al de las ciencias humanas, abriéndose camino dentro de la medicina. No sólo la integración de trabajos de economía y derecho, sino también de ecología, antropología, sociología, psicología social, inmunología y bioética, contribuyen a una visión sistémica tanto de la sociedad, el hombre y la salud (González Pérez, 2002). El concepto permite la utilización de información y de técnicas diferentes para comparar primero e integrar después. Incluye, por una parte, riesgos y amenazas a la salud, así como por otra, actividades de promoción y prevención posibles (González Pérez, et. la. 2002).

No existe una única definición. Incluye tres puntos de vista: económico, sanitario y científico-social, dependiendo conjuntamente de cuestiones objetivas (más estables) y subjetivas que cambian según los individuos, grupos, épocas, situaciones, etcétera. (Cummins y Cahill, 2000).

Entre los aspectos objetivos se encuentran el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social e indicadores de salud. Dentro de los subjetivos, la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida (Aroila, 2003).

Hablar de CV es útil para relacionar salud, individuo, comunidad y Estado, a fin de hacer tangibles, concretos, los compromisos asumidos constitucional y legalmente, empezando por el acceso a los servicios asistenciales.

Desde la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible (CMDs) realizada en Johannesburgo en 2002, la salud es, definitivamente, un determinante principal del desarrollo sostenible. Antes de la Cumbre, se suponía que los países menos desarrollados tendrían peores condiciones sanitarias y menor CV de las personas; ahora se considera que mejorando primero la condición sanitaria, será factible un mejor desarrollo. La CV se utiliza finalmente para cuantificar el desarrollo de un país y dentro de él, el ámbito de la salud es uno de los más importantes (Brundtland, 2002). Y no hay genuina salud, y por tanto no hay CV, sin acceso a aquella.

Además, los avances en medicina y el desarrollo de técnicas de tratamientos motivan que los indicadores tradicionales para analizar su la eficacia (como la mortalidad infantil o la esperanza de vida) necesiten ser complementados por las percepciones de los pacientes, tomando gran relevancia la consideración de la CV relacionada con la salud y el acceso a ésta. Permite recabar información para comparar información, tanto a nivel gubernamental como médico, ver niveles de morbimortalidad, etcétera.

El término “calidad” en lo referente a aspectos clínicos y asistenciales, se refiere a cualidades, criterios, que permiten evaluar, valorar, apreciar, diferentes aspectos inherentes al proceso salud-enfermedad. (González Pérez, et. la. 2002). Mejorar la calidad, es propósito tanto de la atención asistencial, como del desarrollo técnico y organizacional que se relaciona y en consecuencia, del marco institucional y logístico sobre el cual se asienta.

Como lo expresó el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2006), en su Manual sobre Indicadores de Calidad de Vida en la Vejez, establece que en ésta, la CV depende de la creación de entornos propicios y favorables. En este sentido, las condiciones socioeconómicas son esenciales, y también las técnico-organizacionales, aspecto en el que se detendrá el presente trabajo, analizando una forma concreta de mejora de dicha atención, a partir de la sistematización de un aspecto de las posibilidades materiales de acceso a los servicios de salud, apto para contribuir a mejorar de la CV de la población.

Realidades y Dificultades

No hay dudas de que en las comunidades con mayor nivel de desarrollo, la salud es asumida un bien preferente que debe ser garantizado por el Estado: es su responsabilidad protegerla y asegurar, particularmente a las personas más desfavorecidas, el acceso a los mecanismos que la preservan.

Pero también es cierto que el logro de objetivos en este campo, es dispar y está complicado por los mismos factores que, en definitiva, alientan o deprimen el desarrollo socioeconómico.

Ese complejo objetivo-subjetivo que denominamos “CV”, asoma como un camino posible para cuantificar la densidad del compromiso del Estado con la salud y otros factores; pero las dificultades en torno al establecimiento de propósitos de largo plazo que integren de manera consistente decisión, sociedad y territorio, afectará aún por un buen tiempo a la posibilidad de estandarizar una visión compartida del concepto, por no compartirse plenamente entre varias jurisdicciones todos los elementos subjetivos y aun los objetivos, como así también de ponerla en práctica por periodos suficientemente válidos para comprobar la eficiencia y la eficacia de las política de estado sanitarias.

En la actualidad, tenemos diversos indicadores relacionados, como el índice de Gini (que mide la desigualdad en la distribución del ingreso entre países, donde cero es el ideal y 1 la máxima desigualdad), o el Desarrollo Humano de PNUD, que engloba variables como expectativa de vida, acceso a educación y nivel de vida digno, pero su referencia y comparación no alcanza a explicar el fenómeno que motiva este trabajo. Ni siquiera son suficientemente útiles, los análisis de indicadores que muestran la evolución sanitaria de temas puntuales, como los que publica la OMS o la OPS, que comparan pero no permiten asociar o integrar determinados datos con otros, ni pensar cómo relacionar cuestiones individuales con temas colectivos, capacidad de respuesta, contexto, organización instalada, marco legal y entorno.

Pero al menos en este ejercicio teórico, creemos que trabajar sobre algunos de los elementos subjetivos y objetivos que conforman esta idea de “CV”, aplicada a la realidad socioeconómica e institucional de nuestros países sudamericanos, nos permitirá apreciar que aún cuando todos los Estados han avanzado notablemente, desde el punto de vista político institucional y social, respecto a la asunción de obligaciones relacionadas con la salud (firma de acuerdos internacionales, inclusión

constitucional y legal de la tutela a la salud, puesta en marcha de diversos programas, organización de sistemas de ,salud pública, etcétera), existen hacia el interior de los Estados enormes dificultades.

Entre otros aspectos, la realidad organizacional y operativa es distinta: los marcos constitucionales y legales son diferentes, la tradición sanitaria de los países (en la cual englobamos niveles de conciencia, confianza, creencia en la necesidad de estructurar un sistema, grado de integración del sistema entre lo público y lo privado, legitimación de la salud pública, etcétera) presenta variados matices, los sistemas y subsistemas son más o menos descentralizados y admiten más o menos participación privada, los criterios de implementación de la oferta no son consistentes en el tiempo, todo ello consecuencia de que, en rigor de verdad, la salud ha sido incorporada a la agenda pública y ha sido objeto de atención estatal y gubernamental, de inversión, regulaciones, etcétera: pero no ha sido eje cierto y sostenido de políticas nacionales de Estado de largo plazo, ni hacia el interior de los países, ni mucho menos *entre* los países.

Entre las múltiples dificultades que se advierten, analizaremos la que constituye el motivo de este trabajo.

Es común encontrar que los hospitales públicos de ciudades medianas o grandes, generalmente los polivalentes y los pediátricos, atraen a pacientes que llegan desde remotos lugares buscando la atención de su caso. No sólo se observa entre residentes de una misma jurisdicción estadual o provincial, ni entre vecinos de otro estado o provincia respecto de una jurisdicción que por la complejidad y calidad de su sistema público se convierte en “receptora”, sino que también se observa entre ciudadanos de diversos países, que concurren desde localidades sitas en Estados con menos desarrollo asistencial a jurisdicciones receptoras ubicadas a cientos o incluso a miles de kilómetros de distancia.

En la República Argentina, ciudades como Buenos Aires, Córdoba, Rosario o Mendoza, que cuentan con una importante oferta y capacidad instalada de servicios de salud, reciben habitualmente pacientes de Estados limítrofes, la mayor parte de las veces sin derivación alguna, con diversos problemas, muchas veces muy importantes, que requieren la realización de un complejo de acciones en relación con su abordaje y en los cuales también es necesario acompañar el proceso de tratamiento con un conjunto de medidas que se relacionan con el entorno del enfermo. Lo mismo ocurre en el centro-sur de Brasil, para poner otro ejemplo.

En este sentido, si bien los pacientes deben ser atendidos y reciben tratamiento, se producen una serie de conflictos e interferencias que conspiran contra la eficacia de la prestación. No se cuenta con buena información sobre la historia previa del paciente ni sobre su contexto, no se cuenta con un vínculo con efectores instalados en el entorno del domicilio del paciente, y muchas veces se generan conflictos por presiones de la comunidad del efector receptor (otros pacientes o incluso el equipo de salud) cuestionándose la atención de foráneos que ni residen, ni pagan impuestos en la jurisdicción.

Hemos podido conocer que situaciones de esta índole, han generado en la Provincia en la cual residimos, la necesidad de que cónsules de países limítrofes -con conocimiento e instrucciones de sus Embajadas-, hayan tenido que intervenir en numerosas oportunidades ante la generación de tensiones por la llegada a nosocomios estatales de pacientes de sus países, que requerían largos tratamientos, costosas prótesis, intervenciones muy complejas – hasta trasplantes – y que a pesar de la vocación de receptorlos, la atención encontraba dificultades para concretarse con éxito.

Posibilidades

Cabe preguntarse, en primer término, si el paciente está legitimado para trasladarse a otro Estado soberano para procurar su asistencia. Nada limita, en principio, su derecho a circular, su derecho a la vida en general y a la salud en particular, como así también algunos que tutelan a grupos etareos en particular (por ejemplo niños). ¿Pero este derecho es absoluto? ¿Está habilitado el demandante para usar y gozar del presupuesto y la oferta o capacidad instalada en extraña jurisdicción? Entendemos que, efectivamente, desde el momento en el cual es autorizado a ingresar al Estado de que se trate, no mediando causa que con arreglo a la legislación general restrinja su ingreso o permanencia en otro país, el demandante del servicio se encuentra legalmente autorizado a disfrutar del sistema público del país de destino, ya que aún con una técnica deficiente y en el marco de iniciativas muy poco precisas e incluso erráticas al respecto, no puede aceptarse que la idea de negar la atención o el acceso a una práctica asistencial sea compatible con la vigencia de numerosos tratados internacionales, muchos de ellos relacionados con la salud -en el contexto de un conjunto de derechos civiles, sociales y culturales-, y otros con la integración y la cooperación.

Es válido preguntarse entonces, cuál es el marco en el cual se debe ejercer, por la jurisdicción receptora, el deber de otorgarle atención. Y en este sentido, cabe imaginar que sin perjuicio de que aún no se ha previsto, para estos casos, algún tipo de solución diferenciada, ya que ni siquiera se los cuantifica precisamente a los fines estadísticos, no es irrazonable que el efector o el sistema en el cual éste está inserto, reciba al paciente habiéndose acreditado en su país de origen se ha acreditado que la derivación es la mejor respuesta posible para ese paciente, por haberse agotado la capacidad instalada o por la razón sanitaria que fuere. Tampoco es ilógico que el efector reciba algún tipo de compensación por el acto de recepción. Pues ello permitiría que la oferta, en estas jurisdicciones, se consolide y amplíe, integrando mejor e incrementando servicios, y que la llegada de un paciente de otra jurisdicción, sea vista por la comunidad del hospital como un estímulo. Además exigiría el enlace o la ligazón de efectores de distintos países a los fines de la derivación y el seguimiento institucionalizado, organizado, con las consiguientes posibilidades de intercambio, rotaciones, etcétera.

Asimismo, desde una perspectiva político institucional más profunda, esta idea es compatible con una visión “inclusiva” de la integración continental. Los líderes del Cono Sur defienden su integración. Aún cuando se interprete que los Presidentes consideran que aún no están dadas las condiciones para transformar al bloque insignia, el Mercosur, de naturaleza intergubernamental, en un organismo comunitario. Y prioricen una agenda continental multilateral en la que asociaciones más flexibles asumen los aspectos políticos de la dinámica internacional regional, en particular la UNASUR -supliendo de este modo las carencias del MERCOSUR-institución, facilitando el consenso para la defensa de asuntos de interés común.

La idea de explicitar o sincerar esta movilidad informal, que no aparece ni siquiera entre los motivos de migración explicados en el informe citado más arriba por la OPS, es coherente con los objetivos de integración y cooperación continental. Los Estados de esta región fueron cruzados, a su tiempo, por diversos paradigmas políticos: el social demócrata de la transición de los `80, el neoliberal de los `90, la crisis profunda de las instituciones del Estado de Derecho y el surgimiento de líderes asociados a ideas progresistas en la primera década del siglo XXI. Y en ese marco, una consideración específica de problemas tan sensibles como los que analizamos, tienen plena cabida en una agenda, sin necesidad de grandes sacrificios o complicadas negociaciones sectoriales.

La consideración de un aspecto de la realidad socioeconómica, mediante programas integradores que, al financiamiento que hoy está disponible -ni un centavo más de lo que hoy se gasta-, sumen vocación de servicio, compromiso social, creatividad y sentido común, podría lograr graduales pero importantes transformaciones que muestren a la integración como una realidad, entre los ciudadanos de a pie.

Sistema regional de Derivación de Pacientes.

La situación de estos migrantes forzados, lejos de ser “turismo sanitario”, es puro instinto de supervivencia. Peregrinaciones que se hacen sin ninguna validación formal del sistema de salud, lo que genera discriminación, esfuerzos en vano -por perderse contacto con el paciente tratado-, como también engaños por la aparición de operadores irregulares.

Proponemos un sencillo y ágil sistema de derivación internacional, administrado por la UNASUR a través de los Ministerios de Salud (podría organizarse una sección específica dentro del Consejo de Salud Suramericano), con cargo a un fondo solidario regional aportado por los países, tanto de sus presupuestos como de las remesas que eventualmente reciban de la cooperación internacional (incluso la sur-sur), que permita subsidiar el traslado organizado de esos pacientes (movilidad, permanencia, etcétera) y generar un sistema de recupero de gasto para los hospitales o ministerios locales involucrados, mediante un nomenclador internacional único de prestaciones, con nosocomios referentes y módulos bien determinados y estimados en una moneda referente, que permitan estructurar un mecanismo seguro, transparente y eficiente de atención médica regional.

A su vez, esa información permitiría ir desarrollando estadística y casuística útil para reforzar en materias críticas a los sistemas nacionales y locales, desarrollar programas de investigación trasnacionales, desarrollar investigación clínica segura, planificar las inversiones en infraestructura y equipamiento, etc.

La salud, así entendida, es un vehículo de cohesión, promueve la integración de los grupos excluidos y una aproximación mucho más organizada de los sistemas nacionales.

Incorporar dentro de la “CV” la posibilidad de plantear el acceso a los servicios de salud, y dentro de éstos organizar una única plataforma de servicios, brindada por efectores de distintos países, garantizando mecanismos para sostenerla, permitiría

encontrar una síntesis que realmente incorpore elementos objetivos y subjetivos que a partir de esa dinámica, tendrán que evolucionar e integrarse, en un ritmo que acompañe la oferta y demanda de servicios absorbidos por el pleno ejercicio de las derivaciones, combinando adecuadamente decisión – agenda, políticas, marcos, organización, respuesta; comunidad – individuo, sociedad; y territorio – contexto, entorno, equidad

Referencias

AROILA, Rubén. Calidad de Vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Bogotá, 35(2):161-164, 2003. ISSN: 01200534.

BRUNDTLAND, Gro Harlem. Salud y desarrollo sostenible. *Información comercial española, ICE*, Madrid, 800: 173-180, 2002, ISSN 0019-977X.

CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA (CELADE). Manual sobre Indicadores de Calidad de Vida en la Vejez. (LC/W.113) Santiago de Chile, dic. 2006. Santiago de Chile: CEPAL. [ISBN n/ proveído] [on line] Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/28240/W113_1.pdf. Fecha de consulta: 14 jul. 2014.

CUMMINS, Robert; CAHILL, Judith. Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Intervención Psicosocial*, Madrid, 9(2):185-198. 2000. ISSN: 1132-0559.

GONZÁLEZ PÉREZ, Ubaldo. El concepto de CV y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, La Habana, 28(2), jul./dic. 2005. ISSN 0864-3466.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Declaración de Alma Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 sep. 1978. Washington: OPAS [s/f]. [ISBN n/ proveído] [on line] Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm Fecha de consulta: 15 jul.2014.