



REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE SALUD DEL PARLATINO

Ciudad de Panamá, Panamá
26 de noviembre de 2015



REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE SALUD DEL PARLATINO

Ciudad de Panamá, Panamá
26 de noviembre de 2015

Serie América Latina No. 21

Índice

1.-Resumen Ejecutivo.	3
2.- Agenda de Trabajo.	5
3.- Acta de la XXII Reunión de la Comisión de Salud, La Habana, Cuba, 5 de Junio 2015.	7
4.- Enfermedades Raras	17
5.-Proyecto De Ley Marco por la cual se Reglamenta la Atención en Salud de las Personas con Enfermedades Poco Frecuentes.	21
6.- Anteproyecto Ley Marco sobre Derechos de los Pacientes	31
7.- Derechos y Obligaciones de los Pacientes en México.	45
8.- El Derecho a la Salud: ¿Cuál es el Modelo para América Latina?.	51
9.- Ley Marco en Materia de Producción Pública de Medicamentos para América Latina.	61
10.- Mercadotecnia Social: Una Herramienta Necesaria para la Promoción de Salud.	69

RESUMEN EJECUTIVO

La reunión de la Comisión de Salud del Parlatino que se llevará a cabo en la Ciudad de Panamá, el 26 de noviembre de 2015, tendrá como tema principal el análisis de los Proyectos de Ley Marco sobre: Reglamentación a la Atención en Salud de las Personas con Enfermedades Poco Frecuentes; Derecho de los Pacientes; y Producción Pública de Medicamentos, además del tema “Uso de la Mercadotecnia Social en la Salud Pública”.

Esta carpeta informativa incluye textos preliminares de las leyes marco a analizar, además de documentos de apoyo para cada uno de los temas de la agenda. En cuanto al Derecho a la Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que tal derecho significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano. El derecho a la salud está consagrado en tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo. El derecho a la salud es, en lo fundamental, es responsabilidad de los individuos y la atención a su salud debe ser financiada por particulares y empleadores y no sólo por el Estado, según la organización..

Las experiencias de los países que han implementado el modelo de cobertura universal bajo la forma de seguro social público, tales como Colombia, México y Chile no han logrado mejoras sustanciales, debido a su orientación comercial y a los costos de los subsidios estatales. En México, desde la propia Constitución, pasando por la Ley General de la Salud y diversos reglamentos, se establecen ciertos derechos para los pacientes que les permiten procurar para sí mismos una atención médica adecuada y de calidad. El espíritu de esta legislación se basa en brindarle la posibilidad al paciente de participar activamente en las decisiones sobre la calidad y forma de su tratamiento médico, todo con base en la transparencia e intercambio de información en la relación que mantiene con el médico y con el sistema de salud.

Por otro lado, la OMS señala que las enfermedades raras son aquellas con baja incidencia, por lo que son poco comunes. Sin embargo, hay gran cantidad de personas afectadas por este tipo de enfermedades; la organización estima que hay unas 7000 enfermedades raras que afectan al 7% de la población. Muchas de las enfermedades raras son genéticas. En la mayoría, los signos se pueden observar desde el nacimiento o la infancia, como es el caso de la atrofia muscular espinal proximal, aunque, más del 50% aparecen durante la edad adulta, como sucede por ejemplo con la enfermedad de Huntington ó la enfermedad de Crohn.

El desarrollo de las ciencias médicas y el análisis de la situación epidemiológica han permitido definir lo importante que resulta cambiar estilos de vida y enseñar a la población a asumir conductas con un impacto positivo en su salud, si se quiere transformar el actual cuadro epidemiológico. Las muertes prevenibles son el basamento del empeño de educar, informar, persuadir, entrenar, modificar el medio ambiente y adecuar las condiciones en que viven las personas, a fin de obtener una mayor calidad de vida y, por ende, una mejor salud

Para el logro de estos objetivos se requiere, en primer lugar, actuar con tal propósito y emplear programas de mercadotecnia social, con estrategias de comunicación, movilización social y participación comunitaria, entre otros, como vía para involucrar a la comunidad en las decisiones relacionadas con las posibilidades de acceder a estilos y condiciones de vida sanas, para lo cual se hace necesario que los profesionales de la salud formen parte de estos procesos y se capaciten en este sentido, de acuerdo con la OMS.

En la presente carpeta se incluyen los documentos: Enfermedades Raras; Derechos y Obligaciones de los Pacientes en México; el Derecho a la Salud. ¿Cuál es el Modelo para América Latina? y; Mercadotecnia Social: Una Herramienta Necesaria para la Promoción de Salud.



REUNION DE LA COMISIÓN DE SALUD DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO

Sede Permanente, Ciudad de Panamá, 26 de noviembre de 2015

AGENDA PRELIMINAR

Miércoles 25 de noviembre de noviembre		Llegada de los parlamentarios, traslado al hotel
Jueves 26 de noviembre	08:30	Traslado de los legisladores a la Sede Permanente
	09:00	Instalación de la reunión y aprobación de agenda Designación de un Secretario Relator
	9:30	Tema I – <i>Proyecto de Ley Marco por la cual se reglamenta la atención en salud de las personas con enfermedades poco frecuentes.</i>
	11:00	Receso para café
	11:15	Tema II - <i>Anteproyecto de Ley Marco sobre Derecho de los Pacientes Delegación Argentina</i>
	13:00	Almuerzo

	14:30	Tema III <i>Proyecto de ley marco sobre Producción Pública de Medicamentos</i>
	16:00	Receso para café
	16:15	TEMA IV <i>“Uso de la Mercadotecnia Social en la Salud Pública”</i> Expositora Dra. Marilú Fernández Haddad
	18:30	Profesora Asociada del Departamento de Mercadotecnia Escuela de Negocios y Economía, México
		Conclusiones Lectura, revisión y aprobación del Acta.



Parlamento Latinoamericano

Acta de la XXII Reunión de la Comisión de Salud Cuba, 5 de Junio 2015

En la ciudad de la Habana, Cuba, el día 5 de junio del año 2015, a las 10 am se inicia la reunión de la Comisión de Salud bajo la conducción del diputado Dr. Luis Velázquez y con la participación además de los siguientes legisladores:

<u>Participantes:</u>	<u>País</u>
1. Liliana Fellner	Argentina
2. Ana Carolina Gaillard	Argentina
3. Sen. Lorna Varlack	Aruba
4. Sen. Mervin G. Ras	Aruba
5. Dip. Mery Elina Zabala Montenegro	Bolivia
6. Sen. Fernando Flexa Ribeiro	Brasil
7. Sen. Cássio Cunha Lima	Brasil
8. Sen. Hélio José Dasilva Lima	Brasil
9. Sen. Roberto Rocha	Brasil
10. Dip. Lelo Coimbra	Brasil
11. Dip. Hiran Goncalves	Brasil
12. Dip. Juscelino Filho	Brasil
13. Dip. Marta Araújo Mora	Costa Rica
14. Dip. Jorge González Pérez	Cuba
15. Dip. José Luis Fernández Yero	Cuba
16. Dip. Teresa Pérez Morales	Cuba
17. Dip. Miladys Orraca Castillo	Cuba

18. Sen. Eugene Cleopa		Curacao
19. Sen. Jacinta Scoop Constancia		Curacao
20. Dip. Cristina Girardi		Chile
21. Blanca Arguelles Troya	22. Dip.	Ecuador
Reynaldo Antonio López Cardoza		
		El Salvador
23. Dip. Kensa EL GHALE		Marruecos
24. Dip. Antonio Sansore Sastre		México
25. Dip. José Luis Castillo		Panamá
26. Dr. Rubén Dario López Barragan		Panamá
27. Sen. Lloyd J. Richardson		San Martín
28. Sen. Van Hugh C. de Weever		San Martín
29. Dip. Silvio Ríos Ferreira		Uruguay
30. Dip. Francisco García Martínez		Venezuela
31. Dip. Ana Elisa Osorio		Venezuela
32. Migdalia Denis		Venezuela

El Presidente de la Comisión de Salud, Luis Velázquez Pérez, comienza solicitando a los legisladores que se presenten con su nombre, ocupación y país al que pertenecen.

Solicita además que se encarguen uno o dos parlamentarios de la relatoría de la comisión, la cual quedó a cargo de la representante del parlamento de Venezuela Ana Elisa Osorio y del parlamento cubano Miladys Orraca Castillo.

TEMAS A TRATAR: El presidente de la comisión da lectura a la siguiente agenda de trabajo:

AGENDA

VIERNES 5 DE JUNIO

010:00 horas

**Bienvenida a la Reunión de la Comisión de Salud
Designación de un legislador como secretario redactor.**

Tema I. Información sobre el estado actual de las Leyes Marcos sometidas para su aprobación a la Junta Directiva del Parlato:

- *Ley Marco por la que se regula, controla y fiscaliza el uso y aplicaciones de sustancias de rellenos en tratamientos con fines estéticos en América Latina y El Caribe.*
- *Ley Marco sobre Salud.*
- *Ley Marco sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos*
- Propuesta de Proyecto Ley Marco sobre Derechos de los Pacientes.

11:00 horas Receso

11:30 horas

- Propuesta de un proyecto de la Ley Marco sobre la atención socio sanitaria de la Hipertensión Pulmonar. (Solicitud realizada por Migdalia Denis. Presidenta de la Sociedad Latina de Hipertensión Pulmonar)

Tema II. Análisis de los temas propuestos para la continuidad del trabajo de la comisión en el año 2015.

13:00 horas **Almuerzo**

14:00 horas

Tema III. Prevención de la discapacidad producida por enfermedades. Enfoque epidemiológico y acciones para la rehabilitación y reincorporación social en América Latina.

- Visita al Centro de Neurociencias de Cuba.
- Enfoque en el manejo y protección de los pacientes con enfermedades que provocan discapacidad física e intelectual. (Experiencia de Cuba en países del área de América Latina. Dra. Miriam Sao).

18:00 horas Fin de la jornada

20:00 horas

HORARIO

Actividad de Bienvenida

ACTIVIDADES

SABADO 6 DE JUNIO

09:00 horas

Tema IV. Enfermedad producida por el virus del Ébola

- Actualización epidemiológica de la enfermedad producida por el virus del Ébola (Representante del Centro de Enlace OPS-OMS Cuba)
- Experiencia de Cuba en el tratamiento y manejo de dicha enfermedad en países afectados. (Dr. Lorenzo Somarriba, Director Centro de Dirección Ministerial, MINSAP, Representante del Centro de Enlace OPS-OMS Cuba).
- Resolución para el reconocimiento al trabajo del personal cubano y de otros países en la lucha contra el Ébola.

12:00 horas

**Continuación de los trabajos
Debate y conclusiones**

Lectura y aprobación del Acta

Almuerzo Libre

El diputado Francisco García Martínez de Venezuela agradece los temas que se tratarán.

Tema I. Información sobre el estado actual de las Leyes Marcos sometidas para su aprobación a la Junta Directiva del Parlatino:

- *Ley Marco por la que se regula, controla y fiscaliza el uso y aplicaciones de sustancias de rellenos en tratamientos con fines estéticos en América Latina y El Caribe.*
- *Ley Marco sobre Salud.*
- *Ley Marco sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos*

El presidente informa que las referidas leyes fueron aprobadas por la junta directiva del Parlatino.

Inicia la **diputada Ana Carolina Guillard** de Argentina quien presenta una Propuesta de Proyecto Ley Marco sobre Derechos de los pacientes.

El presidente propone crear una comisión dirigida por la ponente e integrada además por el diputado Francisco García de Venezuela, los cuales serían los encargados de revisarla, corregirla y presentarla para la próxima sesión de trabajo.

Diputado Fernández Llero

El presidente cede la palabra a **Migdalia Denis, de Venezuela** para que exponga el proyecto de Ley Marco sobre Hipertensión pulmonar.

Migdalia Denis explica que no es una diputada, que es una paciente afectada por Hipertensión pulmonar que tuvo que abandonar su país tras un pronóstico de apenas cuatro meses de vida, para recibir tratamiento en Estados Unidos, por lo que decidió fundar la Sociedad latinoamericana de Hipertensión pulmonar.

El presidente cede la palabra a los diputados

Diputada Cristina Girardi de Chile, felicita a la ponente. Agrega que en su país acaban de aprobar una ley que permite que el tratamiento de las enfermedades de alto costo sea asumido por el gobierno. Explica que una dificultad es que se necesita conocer el diagnóstico de las mismas, lo que resulta difícil. Afirma que la ley chilena involucra las enfermedades raras. En concreto propone buscar alternativas en el Parlatino para establecer estrategias latinoamericanas para resolver el alto costo de las mismas. Refiere además que hará llegar la ley chilena a la comisión de salud del Parlatino.

Diputada Ana Elisa Osorio de Venezuela felicita a Migdalia y destaca su valentía ante la vida. Plantea que la comisión de salud del Parlatino aprueba leyes marcos. Se propone que se pudiera agrupar en una ley que incluyan varias enfermedades raras y costosas, para que los gobiernos faciliten el diagnóstico y tratamiento. Además pide que se incorpore en la ley los aspectos necesarios para avanzar en las investigaciones sobre las causas y la prevención. Se refiere además sobre lo planteado por la diputada de Chile y confirma que existen varios países con leyes diferentes, por lo que propone reorientar la ley para que abarque mayor número de enfermedades, por supuesto incluyendo la Hipertensión pulmonar y que todos los países aporten.

Diputado de Reinaldo Antonio López El Salvador. También felicita a la ponente. Reconoce que es difícil vivir con esa enfermedad. Invita a los parlamentarios a que ayuden a impulsar a los gobiernos en la contribución al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

El presidente Luis Velázquez informa que varios diputados están solicitando la palabra y tratará de que todos puedan expresar sus ideas. Hace un llamado para que se recuerde la existencia de varias enfermedades con iguales características, por lo que no es posible crear una ley para cada una de ellas.

Diputado Antonio Sansore Sastre de México también felicita la ponente. Acepta que hay muchas enfermedades y considera que se debe hacer una ley marco que incluya todas las enfermedades olvidadas. Agrega que hoy se producen las enfermedades para producir el remedio, la teoría es ganar ganar, pero dinero, no salud. La salud no constituye la prioridad para muchos, por lo que no se intencionan los programas para su prevención.

Diputado de Brasil, felicita la ponente. Expresa que la exposición de Migdalia abre un espacio para que se puedan discutir todas las enfermedades raras que sufren tantas personas en el mundo. Agrega que en Brasil se intenta crear un Instituto de investigación para el tratamiento de las mismas. Afirma que América Latina debe unir esfuerzos en la creación de un centro para el diagnóstico, prevención y tratamiento de todas las enfermedades raras.

Diputado Francisco García de Venezuela. Agradece la exposición de este tema. Considera que lo importante es nombrar una comisión de cuatro o cinco personas que evalúe la viabilidad de la ley marco que propone Migdalia, pues está convencido que si se incluyen todas las enfermedades, nadie hará nada.

Diputado Silvio Ríos Ferreira de Uruguay plantea que en su país los tratamientos de alto costo son asumidos desde hace varios años por el gobierno, a través del seguro social.

Diputada Liliana Fellner de Argentina, secretaria del Parlatino muestra su acuerdo con la conformación de una comisión para la evaluación de la ley que se propone. Expone la experiencia de su país. Le parece poner a disposición la posibilidad de que los países contribuyan en el estudio del comportamiento de todas las enfermedades raras.

Diputada de Venezuela Ana Elisa Osorio plantea que está de acuerdo en elaborar una ley global, pero incluyendo dos aspectos: enfermedades de alto costo y que sean raras, además agrega que la ley debe promover la evaluación epidemiológica de dichas enfermedades.

Diputado José Luis Castillo de Panamá felicita a la ponente por la iniciativa que ha desarrollado. Está de acuerdo con la ley marco, propone hacer el abordaje de las determinantes sociales, la incidencia de estas enfermedades y el tratamiento.

Migdalia Denis hace un llamado sobre el tema “alto costo”, el cual debe interpretarse adecuadamente, pues no se compara con el costo de la vida, el costo de personas con vidas no productivas y que entran y salen continuamente de los hospitales sin solución.

El presidente Luis Velázquez considera que el tema es muy interesante y pide a la diputada Miladys que de lectura al proyecto de acuerdo.

Diputada Miladys Orraca Castillo de Cuba resume: Crear una comisión, para que evalúe la creación de una ley marco para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades raras con alto costo, que considere además la evaluación de los aspectos epidemiológicos.

Diputado Francisco García de Venezuela insiste que su propuesta de crear la comisión es solo para evaluar el proyecto que ha traído Migdalia Denis sobre la Hipertensión pulmonar.

El presidente **Luis Velázquez** refiere que se tomará como base el material desarrollado por Migdalia y se ajustaría a otras enfermedades raras, si se tiene en cuenta que son comunes para todos los países, así como el manejo de las mismas. Somete a votación la propuesta y se aprueba.

Además propone como miembros de la comisión a:

El **diputado Reinaldo de El Salvador** se autopropone, pues considera que debe existir una representación de Centroamérica.

De igual modo el **diputado Sen. Fernando Flexa Ribeiro de Brasil** propone al diputado Lelo Coimbra por ser representante del país más grande América del Sur.

Migdalia considera que se evalúe su participación en la comisión. Se acepta como asesora de la misma.

Se someta a votación con las nuevas propuestas y se aprueba, por lo finalmente queda conformada la comisión que evaluará la propuesta de la ley marco por: **Comisión**

Dip. Lelo Coimbra	Brasil	leocoimbra@camara.leg.br
Dip. Miladys Orraca Castillo	Cuba	milgene@princesa.pri.sld.cu
		cristinagirardi.lavin@gmail.com ,
Dip. Cristina Girardi	Chile	cgirardi@congreso.cl

Dip. Reynaldo A. López Cardoza	El Salvador	rey.cardoza@hotmail.com , reinaldo.cardoza@asamblea.gob.su
Dip. Antonio Sansore Sastre	México	sana.pie@hotmail.com
Dip. Ana Elisa Osorio	Venezuela	anaelisapsuv@gmail.com

Asesora

Migdalia Denis	Venezuela	migdalia.denis@sociedadlatinahp.org
----------------	-----------	--

Tema II. Análisis de los temas propuestos para la continuidad del trabajo de la comisión en el año 2015

El presidente da a conocer la propuesta de los temas para la continuidad del trabajo de la comisión de salud del Parlatino en el año 2015.

Análisis de los temas propuestos para la continuidad del trabajo de la comisión en el año 2015

1. Estrategias de los Sistemas de Salud de la región en la preparación y enfrentamiento de la enfermedad del Virus del Ébola y otras epidemias de elevada morbimortalidad.
2. La discapacidad y las enfermedades que la provocan. Enfoque epidemiológico y acciones para su rehabilitación y la reincorporación social.
3. Comportamiento del fenómeno del envejecimiento del área de Latinoamérica y su repercusión en el desarrollo futuro. Acciones de las regiones del área.
4. Mortalidad Infantil y materna.
5. Drogadicción.
6. Enfoque ético de las investigaciones en diferentes afecciones.
7. Sistemas de control y regulaciones existentes para el control del uso de medicamentos no certificados o regulados en el área.

Diputado Coimbra de Brasil propone se tengan en cuenta temas como la Diabetes y la HTA.

El presidente plantea que serán considerados para momentos posteriores. Recuerda la agenda de trabajo para la tarde la cual se desarrollará en el Instituto de Neurociencias de Cuba, explica la importancia de la participación de los diputados, los invita a almorzar, por lo que da por terminada dicha sesión a la 1.15pm del propio día.

Tema III. Prevención de la discapacidad producida por enfermedades. Enfoque epidemiológico y acciones para la rehabilitación y reincorporación social en América Latina.

A las 2 pm la comisión de salud arriba al Instituto de Neurociencias de Cuba, la cual es recibida y atendida por su director el Dr. Michel Valdés. Realiza recorrido por las áreas fundamentales de producción del Centro.

A las 3 pm en el teatro de dicho centro el Dr. Michel Valdés inicia su conferencia titulada: Centro de Neurociencias de Cuba, misión y perspectivas.

Posteriormente a las 4 pm la Dra. Miriam Portuondo Sao, funcionaria de Investigación del Ministerio de Salud Pública de Cuba e integrante de la dirección de la investigación sobre la discapacidad desarrollada en Cuba y los países del Alba desarrolló la conferencia: Enfoque en el manejo y protección de los pacientes con enfermedades que provocan discapacidad física e intelectual.

A las 5 pm concluyen las actividades de trabajo del día. Se invita a todos los legisladores a la actividad de bienvenida que ofrece el diputado Juan Esteban Lazo, presidente de la Asamblea Nacional de Cuba y se da por finalizada la reunión de la Comisión.

Día 6 de junio.

Tema IV. Enfermedad producida por el virus del Ébola

De inmediato el **presidente Luis Velázquez** cede la palabra al Dr. Somarriba director nacional del Centro de Dirección del Ministerio de Salud Pública de Cuba. El doctor muestra un video que refleja las características de la enfermedad producida por el virus del Ébola. Posteriormente cumple el resto de la agenda de trabajo relacionado con el tema IV.

El presidente agradece la exposición sobre el Ébola y solicita la participación de los legisladores.

Diputado Leo Coimbra de Brasil, quiere preguntar cuál fue el punto de desequilibrio que hizo que se manifestara la enfermedad y cuáles son los organismos que financian la presencia cubana en el combate de la enfermedad.

Diputada Kensa EL GHALE de Marruecos pregunta por qué el Ébola y SIDA aparecen en África y por qué dice que el mundo debe mantenerse alerta y de qué modo. Además pregunta hasta qué punto Cuba puede colaborar en la lucha contra la enfermedad y cómo podrá protegerse con tantos inmigrantes ilegales que hay en el mundo?.

Diputada Jacinta Constanca de Curacao. Refiere sobre la situación del Chikungunya en su país y pregunta si hay un plan internacional para combatir estas enfermedades, si sabe algo del Sica y si conoce si se habló algo sobre el Ébola con el ministro de salud de su país que recientemente visitó Cuba.

Diputado Jorge González, se une a la felicitación que se le realiza al Dr. Lorenzo Somarriba por la exposición. Explica la experiencia del expositor. Plantea que lo importante es unirse para luchar contra todas las enfermedades que producen grandes epidemias, profundiza en el concepto de formar médicos para preservar la salud de las personas, de la familia y de la comunidad. Reclama la responsabilidad con la conservación del medio ambiente, lo cual se relaciona con el estado de salud-enfermedad de los pueblos.

El **Dr. Somarriba** explica las dudas e inquietudes de los legisladores los cuales se mostraron satisfechos.

La **diputada Liliana Fellner** realiza la presentación de la resolución para el reconocimiento al trabajo del personal cubano y de otros países en la lucha contra el Ébola.

Diputada Ana Elisa Osorio está muy de acuerdo, pero plantea que en los RESUELVOS se minimiza el papel de los médicos cubanos y su pueblo en el combate por la salud de los países en los lugares de difíciles accesos, por lo que replantea los mismos.

Se aprueba. El presidente da lectura al documento rectificado y se circula para su firma por parte de los legisladores.

Otros asuntos:

Diputada Cristina de Chile plantea su gran preocupación con la vacuna pentavalente, que quiere compartir, pues parte de los niños desarrollaron un espectro autista. Se ha incrementado la frecuencia de este espectro en comunidades de EU y otros países. Este incremento ocurre específicamente en los de origen no genético, los llamados regresivos. Precisamente el timerosal se considera como uno de los factores ambientales que participa en la génesis del autismo y dicho medicamento forma parte de la composición de las vacunas. Finalmente plantea que debía existir un esfuerzo internacional para eliminar el timerosal de las vacunas.

El **presidente** plantea que la preocupación queda recogida en dicha acta.

Diputada Miladys Orraca Castillo da lectura al acta. La misma se aprueba por los legisladores.

Finalmente la diputada Liliana Fellner comenta algunos aspectos organizativos sobre el desarrollo de próximas actividades del Parlatino.

A las 12 m concluyen las actividades de trabajo del día.

Se adjuntan todas las exposiciones de los ponentes.

Participantes:

País

- | | | | |
|-----|------------------------------|------------|---------|
| 1. | Liliana Fellner | Argentina | |
| 2. | Ana Carolina Gaillard | Argentina | |
| 3. | Sen. Lorna Varlack | Aruba | |
| 4. | Sen. Mervin G. Ras | Aruba | |
| 5. | Dip. Mery Elina Zabala | Montenegro | Bolivia |
| 6. | Sen. Fernando Flexa Ribeiro | | Brasil |
| 7. | Sen. Cássio Cunha Lima | | Brasil |
| 8. | Sen. Hélio José Dasilva Lima | | Brasil |
| 9. | Sen. Roberto Rocha | | Brasil |
| 10. | Dip. Lelo Coimbra | | Brasil |

11. Dip. Hiran Goncalves Brasil
12. Dip. Juscelino Filho Brasil
13. Dip. Marta Araúz Mora Costa Rica
14. Dip. Jorge González Pérez Cuba
15. Dip. José Luis Fernández Yero Cuba
16. Dip. Teresa Pérez Morales Cuba
17. Dip. Miladys Orraca Castillo Cuba
18. Sen. Eugene Cleopa Curacao
19. Sen. Jacinta Scoop Constancia Curacao
20. Dip. Cristina Girardi Chile
21. Blanca Arguelles Troya Ecuador
22. Dip. Reynaldo Antonio López Cardoza El Salvador
23. Dip. Kensa EL GHALE Marruecos
24. Dip. Antonio Sansore Sastre México
25. Dip. José Luis Castillo Panamá
26. Dr. Rubén Dario López Barragan Panamá
27. Sen. Lloyd J. Richardson San Martín
28. Sen. Van Hugh C. de Weever San Martín
29. Dip. Silvio Ríos Ferreira Uruguay
30. Dip. Francisco García Martínez Venezuela
31. Dip. Ana Elisa Osorio Venezuela
32. Migdalia Denis Venezuela

ENFERMEDADES RARAS

ENFERMEDADES RARAS¹

DEFINICIÓN

Las enfermedades raras son aquellas con baja incidencia, por lo que son poco comunes. Sin embargo hay gran cantidad de personas afectadas por este tipo de enfermedades ya que la OMS (Organización Mundial de Salud) estima que hay unas 7000 enfermedades raras que afectan al 7% de la población. En España hay aproximadamente 3 millones de personas con alguna enfermedad rara. Muchas de las enfermedades raras son genéticas. En la mayoría, los signos se pueden observar desde el nacimiento o la infancia, como es el caso de la atrofia muscular espinal proximal, sin embargo, más del 50% aparecen durante la edad adulta, como sucede por ejemplo con la enfermedad de Huntington ó la enfermedad de Crohn.

Enfermedades Raras también conocidas como «enfermedades poco comunes», «enfermedades minoritarias» o «enfermedades poco frecuentes», son un conjunto de enfermedades que tienen ciertas características comunes:

- Aparecen con una baja frecuencia, que la Unión Europea determina como menor de 5 casos por 10.000 habitantes en la Comunidad.
- Presentan muchas dificultades diagnósticas y de seguimiento.
- Tienen un origen desconocido en la mayoría de los casos.
- Falta de información y de conocimiento científico.
- Conllevan múltiples problemas sanitarios, sociales, psicológicos, educativos y laborales.
- Existen pocos datos epidemiológicos.
- Plantean dificultades en la investigación debido a los pocos casos.
- Carecen en su mayoría de tratamientos efectivos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES RARAS

De media se estima que entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico suele transcurrir 5 años, por lo que también hay casos en los que se puede tardar 10 años en diagnosticar con las consecuentes situaciones negativas al no recibir tratamiento, recibirlo mal y/o que se provoque un agravamiento de la enfermedad. Casi la mitad de los afectados han tenido que viajar fuera de su provincia para diagnóstico o para obtener tratamiento.

¹ Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba. Consultado el 19 de noviembre de 2015 en la URL: http://www.cofco.org/ficheros/enf_raras.pdf

Listado de algunas enfermedades raras:

- Acondroplasia, tienen deteriorada la capacidad de formar hueso a partir del cartílago.
- Enfermedad de Addison, caracterizada por un déficit de la función de las glándulas suprarrenales.
- Albinismo, se debe a defectos de la síntesis y distribución de la melanina.
- Artritis Psoriásica, es una enfermedad parecida a la artritis reumatoide que se asocia a la psoriasis de la piel o de las uñas.
- Ataxia telangiectasia, es una forma progresiva hereditaria de ataxia (carencia de la coordinación de movimientos musculares) cerebelosa que comienza generalmente durante la infancia.
- Síndrome de Bardet Biedl, es una enfermedad hereditaria multisistémica, caracterizada por polidactilia (dedos adicionales), retardo mental, obesidad, subdesarrollo de los órganos reproductores, sordera y retinosis pigmentaria.
- Enfermedad de Crohn, enfermedad inflamatoria del intestino. Los síntomas principales son la diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso a menudo acompañada de manifestaciones extradi digestivas como fiebre, aftosis, artralgia, y eritema nodoso. La etiología es desconocida.
- Dermatitis herpetiforme, se caracteriza por una recurrencia crónica de picores, pápulas eritematosas, ronchas de urticaria y vesículas agrupadas que aparecen dispuestas simétricamente en las superficies extensoras, glúteos y espalda.
- Distrofia Muscular de Duchenne, es una neuromiopatía (degeneración de los músculos)
- Síndrome de Ehlers Danlos, afecta al metabolismo del colágeno produciendo hiperextensibilidad de la piel, laxitud articular y fragilidad de la piel y de otros tejidos conectivos.
- Fibrosis Quística, es una enfermedad hereditaria que se caracteriza por la presencia de infecciones respiratorias crónicas, insuficiencia (fracaso funcional) pancreática y afectación de hígado y bazo.
- Síndrome de Gordon, es un trastorno genético muy infrecuente que se caracteriza por la combinación de camptodactilia (varios dedos con posición flexionada fija), pie zambo o con otras deformaciones (giro anómalo de los pies hacia dentro).
- Hemocromatosis, es de origen genético caracterizada por la sobrecarga de hierro debida a la hiperabsorción intestinal de este elemento, es responsable de complicaciones metabólicas y viscerales severas, que incluyen cirrosis, diabetes, artropatías e insuficiencia cardíaca.
- Enfermedad de Huntington, es progresivamente degenerativa del sistema nervioso central que se caracteriza por corea (movimientos involuntarios del músculo), alteraciones del comportamiento y demencia.
- Narcolepsia, es un trastorno del sueño caracterizado por somnolencia diurna excesiva, acompañada de ataques de sueño incontrolables y cataplexia (pérdida de tono muscular, a menudo desencadenada por emociones agradables).

**PROYECTO DE LEY MARCO POR LA CUAL SE
REGLAMENTA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS
PERSONAS CON ENFERMEDADES POCO
FRECUENTES.**

PROYECTO DE LEY MARCO

POR LA CUAL SE REGLAMENTA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES POCO FRECUENTES.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El Parlamento Latinoamericano en uso de las atribuciones establecidas en su Estatuto y Reglamento, decide formular la siguiente Ley Marco dado que el pueblo Latinoamericano y Caribeño requiere con especial urgencia que se legisle en relación con las Enfermedades Poco Frecuentes (EPF).

Las EPF se caracterizan por el gran número y amplia diversidad de los trastornos y síntomas, los cuales varían no solo entre las diferentes enfermedades, sino también en una misma enfermedad. Constituyen un grupo de población especializada en la prestación de los servicios de salud.

Es difícil obtener un diagnóstico por la diversidad de EPF, prácticamente todas las especialidades y disciplinas de la salud están involucradas de una u otra manera en el tratamiento por lo que no es sencillo diagnosticarlas. Adicionalmente suele requerir exámenes especializados, debido a que sus manifestaciones clínicas pueden confundirse con enfermedades más comunes.

Estas enfermedades son habitualmente graves, crónicas y provocan que las personas afectadas requieran atención o cuidados especializados y prolongados.

Es necesario disponer de un marco legal que sirva de lineamiento para las acciones que se deben asumir en favor de esta población.

Capítulo I Disposiciones Generales

Artículo 1. Marco Legal

La presente ley tiene como marco legal lo estipulado en cada norma suprema de los estados miembros del Parlamento Latinoamericano y demás normas conexas relativas a la salud.

Artículo 2. Objeto de la Ley. El objeto de la presente ley es promover el cuidado integral de la salud de las personas con EPF teniendo en cuenta la baja prevalencia y en algunos casos su elevado costo de atención, se requiere que los países de la región, implementen mecanismos especiales de atención en salud mediante modelos especializados, con el fin de mejorar la calidad de vida de ellas y sus familias, en América Latina y el Caribe.

Artículo 3. Ámbito de Aplicación. Para los efectos de la presente ley se consideran EPF a aquellas enfermedades cuya prevalencia en la población es igual o inferior a una en dos mil (1 en 2000) personas, comprenden las enfermedades raras y las ultrahuérfanas.

Artículo 4. Reconocimiento de las enfermedades poco frecuentes como asunto de interés regional. Los Estados parte reconocerán como asunto de interés regional las EPF para garantizar el acceso a los servicios integrales de salud y el disfrute de los programas de protección social que se creen como consecuencia de esta Ley y los ya existentes.

Artículo 5. Objetivos. En el marco de la asistencia integral establecida para las personas con EPF; la autoridad de aplicación debe promover los siguientes objetivos:

a) Promover el acceso al cuidado de la salud de las personas con EPF, incluyendo las acciones destinadas a la detección precoz, diagnóstico, tratamiento y recuperación, en el marco del efectivo acceso al derecho a la salud para todas las personas;

b) Promover, en su ámbito, la creación de un organismo especializado en EPF, de carácter multidisciplinario, que coordine con las autoridades sanitarias, la implementación

de las políticas, estrategias y acciones para el cuidado integral de las personas con EPF y sus familias;

- c) Propiciar la participación de las asociaciones de personas con EPF y sus familiares en la formulación de políticas, estrategias y acciones relacionadas con dicha problemática;
- d) Propiciar la realización periódica de estudios epidemiológicos que den cuenta de la prevalencia de EPF.
- e) Incluir el seguimiento de las EPF en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de los respectivos Estados.
- f) Promover la creación de un Registro Nacional de Personas con EPF, con el resguardo de protección de confidencialidad de datos personales.
- g) Promover la articulación de los centros y servicios de referencia en atención a personas con EPF, con establecimientos de salud de todos los niveles de complejidad, en el marco de la estrategia de la atención primaria de la salud;
- h) Promover el desarrollo y fortalecimiento de centros de asesoramiento, atención e investigación en enfermedades de origen genético que incluyan servicios de diagnóstico para los estudios complementarios pertinentes;
- i) Promover el vínculo de las redes de servicios que atiendan a niños, niñas y adolescentes con EPF con los servicios de atención de adultos, favoreciendo la continuidad en la atención de las personas afectadas, reconociendo la particularidad de cada etapa vital.
- j) Fortalecer y coordinar técnica y financieramente la implementación de los programas de pesquisa neonatal y detección de enfermedades congénitas, en coordinación con las autoridades sanitarias;
- k) Promover estrategias y acciones de detección de EPF, en las consultas de seguimiento y de atención por otras problemáticas de salud más frecuentes, estableciendo la importancia del incremento de los criterios de sospecha del diagnóstico, jerarquizando la perspectiva de los usuarios;

- l) Contribuir a la capacitación continua de profesionales de la salud y otros agentes sociales, en todo lo referente al cuidado integral de la salud y mejoría de calidad de vida de las personas con EPF, en el marco de estrategias de atención primaria de la salud;
- m) Promover la investigación socio-sanitaria y el desarrollo de tecnologías apropiadas para la problemática de personas con EPF.
- n) Promover la accesibilidad de personas con EPF a actividades deportivas y culturales, acordes a sus necesidades y posibilidades;
- ñ) Propiciar la articulación con programas y acciones para la atención de personas con discapacidad, cuando correspondiere;
- o) Favorecer la participación de las asociaciones nacionales de EPF en redes internacionales de personas afectadas por EPF y sus familias.

Capítulo II

Principios Rectores

Artículo 6. Principios rectores. Los principios rectores de la presente Ley estarán en concordancia con los establecidos en la Observación 14 de la Carta de Derechos Humanos de la ONU.

a) *Disponibilidad.* Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

b) *Accesibilidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) *No discriminación*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) *Accesibilidad física*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) *Accesibilidad económica (asequibilidad)*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaigan cargas desproporcionadas, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) *Acceso a la información*: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) *Aceptabilidad*. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) *Calidad*. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Artículo 7. Interpretación de la Ley. La interpretación del contenido de esta Ley, así como la actuación de las autoridades será congruente con los instrumentos internacionales aplicables en la materia en cada Estado que sea parte, la Constitución y las leyes nacionales.

Artículo 8. Principio Pro-homine. Cuando se trate de diferentes interpretaciones en el reconocimiento de derechos protegidos, los Estados parte acudirán a la norma más amplia o a la interpretación más extensiva en favor del paciente.

Capítulo III Atención en Salud

Artículo 9. Atención en Salud. Los Estados Parte se comprometerán a garantizar a través de las legislaciones nacionales la cobertura en salud, atención integral de los pacientes con enfermedades poco Frecuentes EPF incluyendo todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como los medicamentos especializados.

Capítulo IV Iniciativas

Artículo 10. Registro Nacional. Los Estados parte propiciarán la creación y actualización periódica de un Registro Nacional de pacientes afectados por EPF, que

permita su identificación, caracterización y localización con el fin de favorecer el conocimiento epidemiológico que conduce a avances en el manejo clínico y mejoras en calidad y esperanza de vida de los afectados.

Artículo 11. Investigación Científica. Los Estados parte fomentarán la investigación clínica científica de las EPF, dirigida a garantizar el desarrollo de estrategias en busca de alternativas terapéuticas para las distintas enfermedades que hacen parte de este concepto.

Artículo 12. Apoyo Psicosocial. Los Estados garantizaran la efectiva calificación de condición de discapacidad de los pacientes afectado por esta condición y propiciarán la creación de programas de apoyo y seguimiento psicosocial a pacientes de hipertensión pulmonar, sus familiares y/o cuidadores.

Capítulo V Comisión Técnica de Enfermedades Poco Frecuentes

Artículo 13. Comisión Técnica Asesora de EPF. Créase la Comisión Técnica Asesora de EPF, como una instancia Asesora del Parlamento Latinoamericano, presidida por un Parlamentario Latino, los Directores de los Observatorios de EPF de cada país, dos miembros de las sociedades Científicas Latinoamericanas, dos miembros de Organizaciones Latinoamericanas que agrupen organizaciones de pacientes de EPF.

El Parlamento Latino reglamentará el funcionamiento de esta Comisión.

Capítulo VI Participación de la Sociedad Civil

Artículo 14. Participación de la Sociedad Civil. Los Estados Parte impulsaran como mecanismo de participación de la Sociedad Civil, Observatorios Interinstitucionales de EPF, de los cuales serán parte las organizaciones de pacientes de EPF, las sociedades científicas respectivas, los organismos de derechos humanos, organismos de control social y academia que tendrán como finalidad garantizar la participación efectiva y el

diálogo directo entre ellos, en procura de mejorar las condiciones de salud de los pacientes a través de la incidencia en las políticas públicas.

Dichos Observatorios realizarán seguimiento y evaluación del cumplimiento de la presente Ley.

Disposiciones Finales

Los Estados Parte adoptarán las medidas legislativas, sociales, políticas e institucionales que sean necesarias para implementar la presente Ley Marco en cada país miembro del Parlamento Latinoamericano, de conformidad con los principios de igualdad soberana, no intervención e integridad territorial.

ANTEPROYECTO LEY MARCO SOBRE DERECHOS DE LOS PACIENTES

ANTEPROYECTO DE LEY MARCO



SOBRE DERECHOS DE LOS PACIENTES

PARLAMENTO LATINOAMERICANO



*Delegación Argentina
del Parlamento Latinoamericano*



ANTEPROYECTO LEY MARCO **SOBRE DERECHOS DE LOS PACIENTES**

EXPOSICION DE MOTIVOS

El Parlamento Latinoamericano en su calidad de órgano regional, permanente y unicameral, fomenta el intercambio de experiencias y propuestas legislativas locales en pos de una Integración regional latinoamericana, y manifiesta, entre sus objetivos principales “canalizar y apoyar las exigencias de los pueblos de América Latina, en el ámbito internacional, respecto al justo reconocimiento de sus derechos” y “velar por el estricto respeto a los derechos humanos”. Es precisamente en este marco, y sobre este principio democrático, que cobra relevancia el presente proyecto de Ley.

El reconocimiento del derecho a la Salud goza de larga data, tanto en el tiempo como en el espacio. De hecho, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25°, expresa: “*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica [...].* Sin embargo, nuestra responsabilidad pública, democrática, y en definitiva humana, nos impone el desafío permanente de actualizar nuestra legislación y avanzar en marcos jurídicos y normativos que permitan garantizar el efectivo cumplimiento de dicho derecho.

Hasta hace no muchos años, la relación médico-paciente estuvo impregnada por el denominado "paternalismo médico", originado entre otras cosas en la autoridad que emana del vocabulario e imagen social que representa el galeno, así como entre otros aspectos, en la asimetría de información que disponen las partes. No obstante ello, no es menos cierto que en los últimos tiempos, ha avanzado sustancialmente una clara conciencia de los derechos de los pacientes, generándose con ello la necesidad de regular jurídicamente aspectos que antes eran obviados o directamente regulados exclusivamente por los usos y costumbres del ejercicio de la profesión médica.

En este sentido, el proyecto de Ley Marco sobre los derechos de los pacientes que se presenta al Parlamento Latinoamericano y del Caribe tiene por objeto regular ciertos aspectos que resultan nodales a la hora de establecerse la relación entre el sujeto-paciente y los profesionales e instituciones de salud, y que tienen como principio básico el respeto de la autonomía humana. Así, los derechos propios de los pacientes (trato digno, intimidad, confidencialidad, entre otros), la información sanitaria, el consentimiento informado y la conformación y acceso a la histórica clínica personal, permiten, antes que proteger a los proveedores de salud en términos legales, garantizar los derechos inherentes a los pacientes y armonizar el respeto a la autoridad de la palabra médica con el respeto a la voluntad del paciente, derivando en un proceso de decisión conjunta entre ambas partes.

El tema sin duda excede inclusive las fronteras nacionales, para constituirse en una materia de preocupación internacional, por afectar derechos humanos esenciales. Así vemos que la Unión Europea suscribió en 1997 el Convenio sobre los Derechos del Hombre y la Bio-medicina, que fue el primer instrumento internacional que dio tratamiento explícito sobre los derechos de los pacientes, entre los que resalta el derecho a la información, al consentimiento informado y a la intimidad de la información de la salud de las personas. En el año 2009, un Informe del Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, establecía la garantía del consentimiento informado como pieza fundamental para ello, procurando el respeto de la autonomía y la dignidad humana. Por otra parte, la 200ª Sesión del Consejo de la Asociación Médica Mundial, realizada en abril del 2015, reafirmó la “Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente”, asumiendo como principios fundamentales el derecho a la atención médica de buena calidad, a la libertad de elección y a la autodeterminación.

Asimismo, como antecedentes inmediatos de nuestro Parlamento Latinoamericano, la Ley Marco de Salud aprobada reconoce en su artículo 1º algunos de los derechos de las personas en relación a su salud, entre los cuales podemos resaltar, en tanto la cuestión que nos ocupa, el inc. h) *“A no ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico que implique riesgo para su integridad física, su salud o su vida, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada a darlo legalmente si estuviera impedida de hacerlo, salvo en los casos de urgencia o cuando exista riesgo para la salud pública”*, el inc. j) *“A recibir toda la información necesaria en relación al consentimiento informado”* y el inc. l) *“A tener acceso a la documentación clínica”*.

Por todo lo expuesto, y en ejercicio de la atribución competente, se propone el Presente Proyecto de Ley Marco para su consideración.

CAPITULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1°.- Objeto

La presente Ley Marco tiene por objeto promover el ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica.

Artículo 2°.- Principios

Son principios inherentes a esta Ley:

- a) El reconocimiento de que la protección de la salud es de interés público y por lo tanto es la responsabilidad del Estado de regularla y promoverla
- b) El respeto por la dignidad humana
- c) El derecho a la intimidad y confidencialidad
- d) El derecho a la Salud
- e) La autonomía de la voluntad de las personas
- f) El derecho al acceso a la información como principio básico de la democracia

Artículo 3°.- Fines de la Ley

Son fines particulares de esta Ley:

- a) Sugerir a los Estados establecer como objetivo de salud pública, la promoción de los derechos de los pacientes que permitan resguardar su intimidad, confidencialidad y autonomía.
- b) Desarrollar y garantizar condiciones efectivas y universales de accesibilidad, equidad, calidad y participación en la atención integral de salud, sin distinción de raza, género, religión, orientación y/o identidad sexual, ni cualquiera otra forma discriminaria.

- c) Generar mecanismos y promover un régimen de derechos y obligaciones que armonice la relación paciente-médico, derivando en proceso conjunto de toma de decisiones, sobre todo en lo que respeta al consentimiento informado.
- d) Generar la institucionalidad necesaria para garantizar a los pacientes el acceso a información sobre su estado de salud, estudios, tratamientos y previsible evolución, riesgos o secuelas.
- e) Establecer un marco jurídico que permita sistematizar la conformación y el acceso a una historia clínica obligatoria, auténtica y personal, valiendo ésta como registro fiel de la evolución de salud del paciente y garantizando una disponibilidad sencilla, accesible y permanente.

CAPITULO II

Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud

Artículo 4°.- Derechos del paciente.

Los Derechos de los pacientes constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

- a) Asistencia.** El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación y/o identidad sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;
- b) Trato digno y respetuoso.** El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;
- c) Intimidad.** Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así

como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles;

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Convención sobre los Derechos del Niño, a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente;

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información;

g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud;

CAPITULO III

De la Información Sanitaria

Artículo 5º.- Definición.

A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe

sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

Artículo 6º.- Autorización.

La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente.

En el supuesto de dificultad o imposibilidad del paciente de comprender la información, a través de cualquier medio o formato adecuado, a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada con los apoyos que fuere necesario o, en su defecto, a su representante legal, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

CAPITULO IV

Del Consentimiento Informado

Artículo 7º.- Definición

Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.
- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de

hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable

h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

Artículo 8°.- Obligatoriedad

Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que cada Estado establezca, el previo consentimiento informado del paciente.

Artículo 9°.- Instrumentación

El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

a) Internación;

b) Intervención quirúrgica;

c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;

d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;

e) Revocación

f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 7° deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto.

Artículo 10°.- Exposición con fines académicos

Se requiere el consentimiento del paciente, con los apoyos que corresponda en caso de ser necesario, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

Artículo 11°.- Excepciones al consentimiento informado

El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública. Esto deberá estar declarado por la Autoridad Sanitaria correspondiente. Ante tal situación, la negativa a un tratamiento o diagnóstico puede dar lugar a la pérdida de beneficios o derechos o a la imposición de algunos tratamientos o diagnósticos coactivamente.
- b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y la persona se encontrara absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica ni la hubiera expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente. Asimismo, deberá ser justificada en la razonabilidad médica por el profesional interviniente y refrendada por el jefe y/o subjefe del equipo médico, la situación de emergencia con grave peligro para la salud o vida del paciente, cuando no puedan dar su consentimiento ninguna de las personas autorizadas por el presente inciso.

Artículo 12°.- Revocabilidad

La decisión del paciente o de su representante legal en su caso, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimientos de los riesgos previsibles que la misma implica.

En los casos en que el paciente o su representante legal en su caso revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente fundada del profesional actuante se asentará en la historia clínica.

Artículo 13°.- Directivas anticipadas

Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito conforme lo establecido en cada Estado miembro. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

CAPITULO V

De la Historia Clínica

Artículo 14°.- Definición y alcance

A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado, individualizado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

Artículo 15°.- Titularidad

El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial.

Artículo 16°.- Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en cada Estado, en la historia clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que cada Estado establecerá.

Artículo 17°.- Integridad. Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

Artículo 18°.- Inviolabilidad. Depositarios. La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual establezca la legislación de cada Estado Miembro.

Artículo 19°.- Legitimación. Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo, y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;
- c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

Artículo 20°.- Negativa. Acción. Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción que cada Estado establezca a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla.

Artículo 21°.- Sanciones. Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles de las sanciones previstas por las leyes de cada Estado Miembro.

Artículo 22°.- Subsidiariamente será de aplicación para la presente Ley todo lo establecido en la Ley Marco que crea la Historia Clínica y su Registro, aprobada por este parlamento.

Artículo 23°.- De forma

Diputado Nacional Agustín PORTELA
BERTONE

Senadora Rosana

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES EN MÉXICO

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES EN MÉXICO²

A pesar de que en México y en una buena parte del mundo se establece al Estado como el encargado de otorgar servicios de salud y al médico como el máximo responsable de los tratamientos, la figura del paciente debe también asumir un papel importante para la preservación de una sociedad sana.

Desde la propia Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, pasando por la Ley General de la Salud y diversos reglamentos, se establecen ciertos derechos para los pacientes que les permiten procurar para sí mismos una atención médica adecuada y de calidad.

La problemática radica normalmente en que el paciente que acude a los servicios de salud, en este caso públicos, suele no tener conocimiento de los derechos que se le han concedido por el simple hecho de ser un ciudadano mexicano.

De entrada, el Artículo 4º Constitucional, establece que todos los ciudadanos mexicanos tienen derecho a la salud y transfiere a la legislación en la materia las bases y modalidades para el acceso a estos servicios.

La Ley General de la Salud, con las adiciones realizadas en el año 2001, es precisamente el documento donde se plasman los 16 derechos de los pacientes orientados a procurar una mejor atención médica.

El Artículo 77 bis 37 de la mencionada Ley establece que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán derecho a:

- I. Recibir servicios integrales de salud.
- II. Acceso igualitario a la atención.
- III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad.
- IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud.
- V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas

² [Almudena Suárez](https://lillypad.mx/entry.php?e=47), 25 de enero de 2013. Consultado el 19 de noviembre de 2015 en la URL: <https://lillypad.mx/entry.php?e=47>

- de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;
- VI. Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Protección Social en Salud;
 - VII. Contar con su expediente clínico;
 - VIII. Decidir libremente sobre su atención;
 - IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;
 - X. Ser tratado con confidencialidad;
 - XI. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;
 - XII. Recibir atención médica en urgencias;
 - XIII. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica;
 - XIV. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban;
 - XV. Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas, y
 - XVI. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Al colocarse como beneficiarios de estos derechos, los pacientes cuentan también con las siguientes obligaciones, enmarcadas en el Artículo 77 bis 38 de la Ley General de Salud.

- I. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;
- II. Hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios como documento de naturaleza personal e intransferible y presentarla siempre que se requieran servicios de salud;
- III. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;
- IV. Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud;

- V. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse;
- VI. Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas;
- VII. Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras que, en su caso, se le fijen;
- VIII. Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;
- IX. Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento;
- X. Hacer uso responsable de los servicios de salud, y
- XI. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar.

El espíritu de tal legislación se basa en brindarle la posibilidad al paciente de participar activamente en las decisiones sobre la calidad y forma de su tratamiento médico, todo con base en la transparencia e intercambio de información en la relación que mantiene con el médico y con el sistema de salud.

**EL DERECHO A LA SALUD:
¿CUÁL ES EL MODELO PARA AMÉRICA
LATINA?**

EL DERECHO A LA SALUD: ¿CUÁL ES EL MODELO PARA AMÉRICA LATINA?³

El interés suscitado por la atención sanitaria universal se ha intensificado en los últimos tiempos gracias al debate de la Cobertura Universal de Salud, incorporada en los acuerdos posteriores al 2015. No obstante, estos términos han de examinarse con cuidado ya que adquieren diferentes connotaciones, según los distintos intereses sociales, políticos y financieros. Algunos sostienen que la cobertura universal puede lograrse a través de seguros obligatorios, ya sean sociales, privados o públicos, en diversas combinaciones, mediante la segmentación de la población, según la capacidades adquisitiva de los grupos sociales. Esta posición considera que la salud es, en lo fundamental, responsabilidad del individuo y que la atención en salud ha de ser financiada por particulares y empleadores y no por el Estado, o al menos no debe constituir una responsabilidad financiera primordial del mismo. El financiamiento estatal sólo podría considerar a los grupos en extrema pobreza o en situación de riesgo. Las experiencias de los países que han implementado el modelo de cobertura universal bajo la forma de seguro social público, tales como Colombia, México y Chile no han logrado mejoras sustanciales, debido a su orientación comercial y a los costos de los subsidios estatales.

Mientras tanto, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) aboga por el derecho a la salud para todos los ciudadanos, sin distinción alguna, con el Estado como garante del financiamiento y la administración. Cuba, que ha puesto en práctica este modelo durante casi 50 años, y Brasil con más de 25 años de experiencia demuestran, a través de sus indicadores de salud, que la posibilidad de implementar una política basada en el derecho a la salud, inclusiva a todas las personas sin distinción y con financiamiento Estatal, resulta menos costosa.

En la actualidad, la campaña a favor de la “Cobertura Universal de Salud” es muy intensa. Todos parecen concordar con este objetivo. Sin embargo, es importante hacer hincapié en que la cobertura universal de salud es un término ambiguo. En particular, esto es evidente en América Latina, donde se emplean dos conceptos diferentes. Uno se refiere a las modalidades de los seguros de salud, sean voluntarios u obligatorios, públicos o privados o en diferentes combinaciones. El otro concepto se refiere a un

³ Nila Heredia, Cristina Laurell Asa, Oscar Feo, José Noronha, Rafael González-Guzmán, Mauricio Torres-Tovar Publicado en línea en The Lancet el 16 de octubre, 2014 y traducido al español con permiso. Inglés disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61493-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61493-8/abstract). Consultado el 19 de noviembre de 2015 en la URL: <http://www.medicc.org/mediccreview/pdf.php%3Fflang%3Des%26id%3D442>

sistema único de salud pública; es decir, un sistema de salud unificado, con financiamiento estatal proveniente de los impuestos.

Es fundamental diferenciar los dos conceptos y establecer criterios uniformes de análisis para comparar sus logros. En este contexto, éstos son: la población y la cobertura médica en sus categorías de acceso universal segmentado y el uso del servicio y las posibles barreras; el origen y la gestión de los fondos para la salud; el tipo de proveedores; el gasto en materia de salud pública y privada; la distribución de los costos y el gasto de bolsillo; el impacto en las medidas de salud pública y en las condiciones sanitarias; así como la equidad, la participación popular y la transparencia. Observados en conjunto revelan hasta qué punto es posible alcanzar el derecho a la salud, como un valor social muy extendido.

La experiencia latinoamericana en la reforma del sector salud solo puede entenderse en el contexto del ajuste estructural, que se extendió por el subcontinente a partir de la década de 1980. Estas políticas debilitaron, en gran medida, a los ministerios de salud y a las instituciones de seguridad social. Por lo tanto, el sector de la salud pública y cuasi-pública pasó por un prolongado período de gran carencia financiera y de recursos, que desencadenó un proceso de reforma, en la mayoría de los países, bajo la supervisión del Banco Mundial.

El modelo hegemónico de la reforma continúa siendo el del aseguramiento público “universal”, diferente a los modelos europeos, porque está configurada bajo los principios del mercado (interno o externo) y la competencia administrada bajo múltiples formas. Los ejemplos más conocidos son: Chile con un seguro obligatorio y sistemas públicos y privados paralelos; Colombia, con el seguro obligatorio y la competencia entre diversos gestores de fondos y proveedores; y México, con un sistema mixto de seguros obligatorios (seguridad social) y voluntario (Seguro Popular); en teoría, las funciones de regulación, de gestión de fondos / adquisición y prestación de servicios están separadas; pero, en la práctica, existe una participación directa del sector privado. Los tres sistemas poseen diferentes planes de seguros de salud, según la cantidad de la prima, los subsidios públicos y los costos de las transacciones.[1–3]

Aunque se afirma que la cobertura de la población es elevada, ninguno de los tres sistemas lo ha logrado; por ejemplo, se calcula que en México el 20% de la población carece de cobertura del seguro [4], también existe un problema metodológico puesto que la “cobertura” es considerada como la “cobertura del seguro”. Otros aspectos de la cobertura pública no se contemplan cuando se dan las cifras indicativas de progreso; por consiguiente, constituye un indicador controvertido utilizado en el Informe sobre la salud en el mundo 2000 para clasificar “desempeño”. La cobertura médica; es decir, las intervenciones de salud cubiertas por el seguro, por lo general, se limitan a “planes básicos” que se traducen en acceso a los servicios necesarios y al uso de los mismos de modo limitado y desigual. [5–7] Este problema se agrava por la injusta distribución

geográfica y social de los recursos,[6–8] que afecta a los grupos y regiones marginadas. Además, los planes limitados promueven seguros médicos complementarios, privados o con cuotas adicionales. [7,9,10]

La lógica de los planes explícitos con copagos y la obligación de costear los servicios no cubiertos por el seguro, la distribución desigual de los servicios, y la dificultad de regular a los administradores y proveedores privados, tiene un impacto directo en el uso de los servicios o gastos de bolsillo. Por ejemplo, en Colombia estas restricciones han ocasionado, al menos, miles de recursos de protección contra el Estado ya que violan el derecho constitucional a la vida.[11] Otro ejemplo gráfico lo constituye México, donde por cada peso pagado por los beneficiarios, el Seguro Popular gasta 0.93 pesos.[4]

Chile trató de resolver este problema con AUGE [Acceso Universal con Garantías Explícitas —Eds.], que concede un plazo fijo limitado para el tratamiento de una serie de enfermedades comunes y graves. AUGE ha aumentado el acceso oportuno al tratamiento de estas enfermedades, pero la falta de capacidad del sector público para satisfacer la demanda ha impulsado la transferencia de recursos públicos a los proveedores privados; por tanto, resulta perjudicial para otras enfermedades no cubiertas por AUGE.[12]

Los gastos en materia de salud, tanto públicos como privados, han aumentado en la mayoría de los casos donde se han implementado las reformas de seguros de salud —alrededor de un 2% del PIB en Colombia[3] hasta menos del 1% del PIB en México.[4] Varios problemas deben ser tomados en cuenta. Uno de ellos es que una parte considerable de los nuevos recursos favorecen al sector privado o se gastan en costos transaccionales. La quiebra del sistema de seguridad social colombiano está marcada por corrupción flagrante, afirmado por el Tribunal Constitucional [13] y la Contraloría General.[14] Por otra parte, en los sistemas fragmentados como el de México, el incremento del presupuesto ha generado conflictos por la distribución,[4] lo que puede resultar en una pérdida de derechos para grandes grupos de la población. El modelo de seguro centrado en la persona impacta de manera negativa en la salud pública, puesto que su enfoque pluralista debilita la vigilancia epidemiológica y las intervenciones colectivas.[15,16] Por último no hay pruebas consistentes de que la salud de la población haya mejorado[17] y algunos críticos incluso sostienen que el impacto sobre la salud no debería constituir un criterio de evaluación.[17] Este análisis conciso muestra que el seguro universal de salud en América Latina no otorga el derecho a la salud, entendido como igualdad de acceso a los servicios necesarios en igualdad de necesidad.

En contraste con las restricciones intrínsecas del seguro universal de salud, los problemas del sistema único de salud pública (SUSP) se deben a la ejecución operativa o puesta en práctica. Los SUSP son sistemas de salud pública no mercantilizados, integrados y financiados con fondos públicos otorgados por el Estado. En América Latina, los dos ejemplos más importantes son Brasil [18] y Cuba; pero recientemente países como Venezuela,[19,20] Bolivia[21] y Ecuador,[22] han utilizado marcos más amplios

como el “Vivir bien” o “Sumac kawsay”, adaptando este modelo de reforma tras años de política neoliberal en materia de salud. Este enfoque, por lo general, se ha legislado en constituciones y es el resultado de una movilización social de amplia base. Este paradigma, por definición, ofrece cobertura médica a toda la población. El acceso a los servicios y su uso dependen principalmente de diferentes clases de barreras: geográficas, culturales, burocráticas, así como de la actitud adoptada por el equipo de salud. Estas barreras son particularmente frecuentes en los sistemas creados recientemente y en los países pobres, puesto que carecen de recursos físicos y humanos. No obstante, el acceso se ha ampliado de forma masiva en todos estos países y en Brasil casi existe una cobertura universal (97%), el 80% de las personas dependen, de modo exclusivo, de un sistema único de salud pública. El 98% de las personas que buscan atención médica la reciben. [23]

Una segunda ventaja de los SUSP es que la muy discutida unión de los riesgos y los fondos es total, ya que poseen un fondo único de salud. Una deficiencia común de los SUSP es que las instituciones públicas con personal asalariado no son suficientes, por lo que se ven obligados a contratar a proveedores privados para el tratamiento de las intervenciones complejas. Este enfoque agota los recursos financieros con cargo al presupuesto público y también aumenta la contratación de planes privados complementarios de salud. [24]

El gasto público en salud se ha incrementado con la implementación de los SUSP; pero, incluso cuando existe una legislación regulatoria, el gasto público ha demostrado ser vulnerable ante la inestabilidad económica. Los gastos de bolsillo dependen, en gran medida, de la capacidad del sistema público para prestar servicios y suministrar medicamentos, además de la contratación de planes complementarios de salud. En este sentido, por ejemplo, cabe destacar que ciertas empresas de seguros brasileñas están vendiendo planes de baja cobertura con fines de lucro y luego remiten a los pacientes al sistema público para que reciban la mayoría de los tratamientos. [25]

Puesto que los SUSP ofrecen atención médica integral tienen mejores condiciones para promover y poner en práctica acciones de salud pública, tales como educación para la salud, promoción, prevención y detección temprana de enfermedades. También son más adecuados para la acción intersectorial con otros ministerios y tienden a formar parte de las políticas sociales y económicas progresistas que abordan una serie de determinantes sociales de la salud. Aunque resulta problemático demostrar causalidad entre la organización de los servicios de salud y la mejora de las condiciones sanitarias, los países con SUSP han mostrado avances en la salud de la población y en la seguridad de la vida. [26,27] Los SUSP en América Latina aún tienen que resolver ciertos problemas pero están en vías de garantizar el derecho a la salud.

Hoy día, la participación popular y social en salud es una cualidad ineludible y que ha de valorarse en gran medida. El modelo de seguro de salud reivindica la existencia de

participación social, puesto que la división pagador-proveedor debe permitir a la población “votar con los pies” mediante la selección. La participación social es el corazón de los SUSP por dos razones. Una de ellas es que en América Latina es el resultado de la participación social masiva, y la otra es que la participación se ha institucionalizado, a través de los consejos de salud, en todos los niveles.

Las relaciones interculturales son también importantes en América Latina, conjuntamente con los conceptos de “género”, “trabajo” y “medio ambiente”. Estas ideas deben ser consideradas en la elaboración de políticas y estrategias de salud. Las relaciones interculturales son importantes en el debate sobre el seguro universal de salud y los SUSP, porque el foco básico del modelo de seguro de salud se centra en el individuo y lo biomédico, mientras que el SUSP se construye sobre la base del bienestar universal de la persona, la familia y de la comunidad donde las personas viven y desarrollan su potencial. En la comunidad, las culturas y los saberes ancestrales populares sirven de facilitadores para que el sector salud construya relaciones respetuosas con la población, en las cuales la promoción y la prevención forman parte de la vida cotidiana. [28]

Para finalizar, deseamos afirmar que ALAMES no pretende representar la opinión de toda “la sociedad civil”. Lamentamos que a las organizaciones civiles sólo se les haya ofrecido una contribución única en un debate crucial sobre la utilización de la “Cobertura Universal de Salud” como instrumento que fortalece el seguro privado

REFERENCIAS

1. OPS. Salud en Sudamérica. Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2012.
2. Laurell AC. Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos. 2013. Disponible en: http://isuu.comisagsunasur/docs/sistemasuniversalesdesaludreto sydesafios_/1 (citado 6 de octubre, 2014).
3. Torres-Tovar M. Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado. *Sáude em Debate* 2008; 32: 207–19.
4. Laurell AC. Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano. Buenos Aires: CLACSO, 2013. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clac_socrop/20130807020931/Impacto del Seguro Popular.pdf (citado 14 de enero, 2014).
5. Consejo Nacional de Evaluación. Evaluación estratégica de protección social en México. 2012. Disponible en: http://web.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Estrategica/Evaluacionnegicas/Evaluacion_Estrategica_de_Proteccion_Social_en_Mexico.pdf (citado 6 de octubre, 2014).

6. Alvarez LS, Salmon JW, Swartzman D. The Colombian health insurance system and its effect on access to health care. *Int J Health Serv* 2010; 41: 355–70. Inglés.
7. Fondo Nacional de Salud Protección social en salud en Chile. Santiago de Chile: Fondo Nacional de Salud, 2007.
8. Hernández M, Torres-Tovar M. Colombia's new health reform: helping keep the financial sector healthy. *Soc Med* 2010; 5: 177–81. Inglés.
9. Lakin J. The end of insurance? Mexico's Seguro Popular 2001–2007. *J Health Polit Policy Law* 2010; 35: 456–71. Inglés.
10. Yepes Lujan FJ, Ramírez Gómez M, Sánchez Gómez LH, Ramírez ML, Jaramillo Pérez I. *Luces y Sombras de la Reforma de la Salud en Colombia*. Bogotá: Mayol Ediciones S.A, 2010.
11. Gianella-Malca C, Parra-Vera O, Ely Yamin A, Torres-Tovar M. Democratic deliberation or social marketing? The dilemmas of a public definition of health in the context of the implementation of Judgment T–760/08. 2009. Disponible en: <http://www.hhrjournal.org/2009/08/24/deliberacion-democratica-o-mercadeo-social-los-dilemas-de-la-definicion-publica-en-salud-en-el-contexto-del-surgimiento-de-la-sentencia-t-760-de-2008> (citado 28 de junio, 2013). Inglés.
12. Missoni E, Solimano G. Towards universal health coverage: the Chilean experience. In *World Health Report (2010) background paper, no 4*. Geneva: World Health Organization, 2010. Inglés.
13. Corte Constitucional. Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008. 2012. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/T-760-08/comunicados/Comunicado%20del%2016%20de%20abril%20de%202012%20%28Sala%20Especial%20de%20Seguimiento%20a%20la%20sentencia%20T-760%20de%202008%29.pdf> (citado 6 de octubre, 2014).
14. Morelli S. Reflexiones sobre el control en el sector Salud. Sistema Nacional de Salud. Infinitamente rico en su miseria. *Economía Colombiana No. 336 Revista de la Contraloría General de la República*. 2012. Disponible en: <http://www.contraloriagen.gov.co/web/guest/herramientas/economia-colombiana> (citado 6 de octubre, 2014).
15. Knaul F, González-Pier E, Gómez-Dantés O. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet* 2012; 380: 1259–79. Inglés.
16. Groote TD, Paepe PD, Unger JP. Colombia: in vivo test of health sector privatization in the developing world. *Int J Health Serv* 2005; 35: 125–41. Inglés.

17. Giedion U, Alfonso EA, Díaz Y. The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence. Washington, DC: World Bank, 2013. Inglés.
18. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377: 1788–97. Inglés.
19. Feo O, Pasqualina C. La salud en el proceso constituyente venezolano. 2004. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200008&lng=es (citado 25 de junio, 2013).
20. Muntaner C, Guerra Salazar R, Benach J, Armada F. Venezuela's Barrio Adentro: an alternative to neoliberalism in health care. *Int J Health Serv* 2006;36: 803 –11. Inglés.
21. Asamblea Constituyente de Bolivia. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Octubre, 2008. Disponible en: <http://bolivia.infoleyes.com/shownorm.php?id=469> (citado 28 de junio, 2013).
22. ISAGS. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012.
23. Ministerio de Salud. 2012. Disponible en: http://www.brasil.gov.br/sobre/salud/atendimento/que-es-sus-1/br_model1?set_language=es (citado 7 de febrero, 2013).
24. Ocké-Reiss O. SUS o desafío de ser único. Río de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
25. CEBES. Renovar a Política Preservando o Interes Público na Saúde. 2012. Disponible en: <http://www.cebex.org.br/media/fi le/Renovar%20a%20Politica%20Preservando%20o%20Interesse%20Publico%20na%20Saude.pdf> (citado 8 de mayo, 2013). Portugués.
26. Ministerio de Saúde. 2008. Disponible en: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizartexto.cfm?idtx=32203&janela=1> (citado 25 de febrero, 2013). Portugués.
27. Armada F, Muntaner C, Chung H, Williams-Brennan L, Benach J. Barrio Adentro and the reduction of health inequalities in Venezuela: an appraisal of the first years. *Int J Health Serv* 2009; 39: 161–87. Inglés.
28. Ministerio de Salud y Deportes. Plan Estratégico Sectorial de Salud 2006-2010 y 2011-2015. Disponible en: <http://minsalud.gob.bo/index.php/viceministerios/vice-medicina-tradicional> (citado 6 de octubre, 2014)

**LEY MARCO EN MATERIA DE PRODUCCION
PÚBLICA DE MEDICAMENTOS PARA AMERICA
LATINA**

PROYECTO DE LEY MARCO



LEY MARCO EN MATERIA DE PRODUCCION PÚBLICA DE MEDICAMENTOS PARA AMERICA LATINA



*Delegación Argentina
del Parlamento Latinoamericano*



LEY MARCO EN MATERIA DE PRODUCCION PÚBLICA DE MEDICAMENTOS PARA AMERICA LATINA

EXPOSICION DE MOTIVOS

La OMS considera que el acceso equitativo a medicamentos seguros y asequibles es de importancia vital para que todo el mundo goce del grado máximo de salud posible. Es por ello que velar por el manejo apropiado entre los intereses del comercio y los de la salud significa dar una mirada humana y marcar una escala de valores bien definidos. Creemos que para ello es necesario declarar al medicamento como un bien social, y en concordancia los Estados deben involucrarse en la producción pública de sus medicamentos.

Asegurar, respetando los estándares internacionales sugeridos por la OMS, que no se interrumpa el flujo de medicamentos legítimos necesarios para garantizar el acceso a la salud de toda la población, especialmente los sectores más vulnerables.

Muchas veces la brecha que existe entre los costos de producción y los precios de venta de los medicamentos es muy grande. Esto genera una tensión entre los Estados y las empresas farmacéuticas por la soberanía y la decisión sobre la vida de las personas.

Es indispensable consolidar la producción pública de medicamentos para garantizar el derecho a la salud de las grandes mayorías, y recuperar para cada país integrante de la región un intercambio fluido de medicamentos para las patologías más comunes o usuales en cada jurisdicción.

“Todos los gobiernos deberíamos impulsar que los Estados tengan sus industrias de salud, industrias de medicamentos por tanto sería una gran solución para nuestros pueblos”... Los monopolios “imposibilitan que los servicios de salud estén al alcance de los más necesitados”. Palabras del Presidente Evo Morales ante la asamblea 42 de la OEA

En la región tenemos la experiencia de Brasil que cuenta con un Sistema de Salud Unificado, creado por la Constitución de 1988 y reglamentado en el año 1990 (Ley 8080) en la que la industria farmacéutica desempeña un papel fundamental debido a la alta densidad demográfica, Brasil como política de Estado, decidió ser precursor en la producción pública de medicamentos para garantizar el acceso a los de necesidad básica

y en aquellos utilizados en las enfermedades tropicales, además de ser estratégico como regulador del mercado.

Asimismo, la República Argentina en el año 2011 sancionó la Ley 26.688 de Producción Pública de Medicamentos, teniendo como prioridad y eje de la misma, considerar a la producción pública de medicamentos como una verdadera política de Estado, independiente de los gobiernos y de los partidos políticos, de las corporaciones internacionales y de los pequeños laboratorios. Implico prescindir de esos intereses para la preservación de un bien mayor, la salud, el acceso igualitario a precio justo de toda la población de medicamentos.

Por un lado, los medicamentos son parte de tecnologías sanitarias que permiten mejorar la salud de los individuos y, por ende, de la salud de la población en su conjunto. Su utilización masiva ha permitido incrementar de forma considerable la calidad de vida de la población.

No obstante ello, este creciente uso de medicamentos genera desafíos de sostenibilidad en los sistemas sanitarios (aumento de los gastos sanitarios) e inequidad (incrementando las brechas en salud entre ricos y pobres) en el sector y en la sociedad.

La formulación e implementación de políticas farmacéuticas es una tarea compleja del Estado y suele ocasionar tensiones y disyuntivas, principalmente porque involucra no solo aspectos sanitarios, sino también cuestiones industriales y de ciencia y tecnología.

Desde la perspectiva industrial se busca, principalmente, la competitividad y la creación de empleo. Entre los instrumentos utilizados se encuentran las modificaciones de los aranceles, la creación de políticas fiscales favorecedoras e, incluso, la regulación de los precios de los medicamentos.

Desde la perspectiva de la política de ciencia y tecnología, la preocupación se centra, sobre todo, en la creación de incentivos para facilitar la investigación y el desarrollo. Diversos son los instrumentos utilizados para el fomento a la innovación, como las subvenciones directas e indirectas, y el fomento de las alianzas universidad/industria, a las que podría sumarse también alianza entre los países de la región en la búsqueda y fomento de estas medidas.

Desde la perspectiva de la política sanitaria, se busca no solo velar por el acceso de la población a los medicamentos, sino también garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los productos, por medio de una adecuada regulación y vigilancia, su buen desempeño terapéutico y la sostenibilidad del sistema público.

Es de vital importancia que los Estados partes del Parlatino se planteen estrategias y planes de trabajo con miras a la mejora del acceso a medicamentos en la región suramericana.

Ello constituye una fuerte decisión regional, la elaboración de una política de acceso a medicamentos y de recomendaciones para fortalecer la coordinación de capacidades productivas de la región.

Se puede encontrar la forma de reducir las barreras al acceso que se originan de la existencia de derechos de propiedad intelectual y de aquellas referentes a la falta de incentivo a la innovación y desarrollo. Además de incidir positivamente en la formulación de precios, así como de la promoción de la producción y la utilización de medicamentos genéricos.

Dado que el Parlamento Latinoamericano es un organismo regional, que tiene como principio inalterable la integración latinoamericana y entre sus objetivos el de estudiar, debatir y formular políticas de solución a los problemas sociales de la comunidad latinoamericana, resulta el espacio natural desde el cual se impulse esta Ley Marco en Materia de Producción Pública de Medicamentos para América Latina.

PRODUCCIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS

ARTICULO 1.- La presente ley marco tiene por objeto declarar de interés regional y estratégico del Parlamento Latinoamericano y sus Estados miembros, la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos, entendiendo a los mismos como bienes sociales.

ARTICULO 2. - El objetivo de la presente ley marco es promover la accesibilidad de medicamentos, vacunas y productos médicos y propiciar el desarrollo científico y tecnológico a través de laboratorios de producción pública.

ARTÍCULO 3.- A los efectos de la presente ley se entiende como laboratorios de producción pública a los que pertenecen y son administrados por el Estado nacional, provincial, municipal o dependientes de un organismo regional.

ARTÍCULO 4.- Los lineamientos prioritarios en materia de producción pública de medicamentos son los siguientes:

- a) Promover la investigación y el desarrollo científico, tecnológico e industrial de los laboratorios de producción pública;

- b) Fortalecer el rol de los laboratorios de producción pública en el sistema de salud;
- c) Orientar la producción y el abastecimiento de medicamentos, vacunas, insumos y productos médicos al subsector público de la salud y a organismos o instituciones sin fines de lucro;
- d) Promover el intercambio y la cooperación entre los laboratorios de producción pública a nivel regional e internacional;
- e) Propiciar programas y políticas públicas que prioricen la accesibilidad de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas, insumos y productos médicos, considerados como bienes sociales.

ARTÍCULO 5.- Cada Estado miembro establecerá la Autoridad de Aplicación encargada de llevar a cabo la política pública en materia de producción pública de medicamentos y deberán:

- a) Establecer los lineamientos tendientes a asegurar la calidad, accesibilidad y trazabilidad de los medicamentos, vacunas y productos médicos;
- b) Establecer un procedimiento operativo que permita una eficaz distribución de los medicamentos, vacunas y productos médicos habilitados;
- c) Promover mecanismos tendientes a otorgar preferencias en la adquisición de los medicamentos, vacunas y productos médicos de los laboratorios de producción pública;
- d) Elaborar en forma anual un informe sobre las acciones llevadas a cabo y su evolución y publicarlo por todos los medios de difusión disponibles;
- e) Promover los acuerdos necesarios entre instituciones que cuenten con laboratorios de producción pública, para coordinar su actividad con los fines perseguidos por la presente ley marco;
- f) Realizar reuniones semestrales con los representantes de salud de los Estados Parte a fin de intercambiar experiencia, transferir conocimiento y tecnología;
- g) Establecer como marco de referencia de la producción de medicamentos la propuesta de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud.

ARTÍCULO 6: Cada Estado miembro establecerá las penas por las infracciones cometidas a las disposiciones de la presente ley.

ARTÍCULO 7: Los Gobiernos de los Estados miembros del Parlamento Latinoamericano dictarán cuantas disposiciones resulten necesarias para la mejor aplicación de esta Ley.

ARTÍCULO 8: De forma.

CONGRESO DE LA NACIÓN

Hipólito Yrigoyen 1710 3° Piso Of. 321 (1089) Buenos Aires - Argentina
Telefax: (54-11) 2822-5690 - Tel.: (54-11) 2822-3354/3322 | E-mail: direccion.parlatino@gmail.com

MERCADOTECNIA SOCIAL: UNA HERRAMIENTA NECESARIA PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD

MERCADOTECNIA SOCIAL: UNA HERRAMIENTA NECESARIA PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD⁴

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la salud es un estado de bienestar completo, físico, psíquico y social, y no solamente la simple ausencia de enfermedad; también plantea que las necesidades de salud son determinadas carencias fisiológicas, sociales o sanitarias que requieren medidas de promoción, preventivas, curativas, sociales y económicas. Al respecto, la medicina, que desde tiempos inmemoriales se ha ocupado de la lucha contra las enfermedades, se ha ido abriendo paso al criterio de que la salud humana requiere que se le dedique atención, con prioridad para la promoción de salud y la prevención de enfermedades⁵. Con respecto a lo anterior, la primera de estas se orienta hacia la ganancia en salud, visualiza a la salud pública y amplía su campo de acción hacia la promoción y creación de condiciones propicias para la salud⁶.

El desarrollo de las ciencias médicas y el análisis de la situación epidemiológica, han permitido definir lo importante que resulta cambiar estilos de vida y enseñar a la población a asumir conductas con un impacto positivo en su salud, si se quiere transformar el actual cuadro epidemiológico. Las muertes prevenibles son el basamento del empeño de educar, informar, persuadir, entrenar, modificar el medio ambiente y adecuar las condiciones en que vive el hombre, a fin de obtener una mayor calidad de vida y, por ende, una mejor salud⁷.

Para el logro de estos objetivos se requiere, en primer lugar, actuar con tal propósito y emplear programas de mercadotecnia social, con estrategias de comunicación, movilización social y participación comunitaria, entre otros, como vía para involucrar a la

⁴ Dra. Ledia Haydeé Góngora García Facultad de Medicina No.2, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, 22 de agosto de 2013. Consultado el 17 de noviembre de 2015 en la URL: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_5_14/san12514.htm

⁵ Richard L, Gendron S, Beaudet N, Boisvert N, Soleil SM, Garceau-Brodeur MH. Health promotion and disease prevention among nurses working in local public Health Organizations in Montreal, Québec. Public Health Nursing. 2010 [citado 6 Mar 2013]; 27 (5): 450-8. Disponible en: http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/17174.pdf

⁶ Morejón Giraldoni AF. A propósito de las iniciativas locales de promoción de salud cardiovascular en Cienfuegos. MEDISUR. 2008; 6 (3): 309-11. Y Rojas Ochoa F. Fundamentación de la especialidad en salud pública. Rev Cubana Salud Pública. 2011 [citado 8 Mar 2013]; 37 (5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000500009&lng=es

⁷ Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. [citado 5 Dic 2011]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawa_chartersp.pdf. Y Carta de Bangkok para la salud en un mundo globalizado [citado 5 Dic 2011]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

comunidad en las decisiones relacionadas con las posibilidades de acceder a estilos y condiciones de vida sanas, para lo cual se hace necesario que los profesionales de la salud formen parte de estos procesos y se capaciten en este sentido.

A juicio de la autora, es oportuno hacer una revisión sobre esta temática para profundizar en las reflexiones teóricas de la mercadotecnia social y su importancia para utilizar sus técnicas en la promoción de salud, para despertar así la motivación por el estudio de estos aspectos.

PROMOCIÓN DE SALUD

Se entiende como salud a la fuente de riqueza de la vida cotidiana, concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades⁸. En la carta de Ottawa se plantea que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta, rechazando el enfoque de la educación para la salud tradicional hasta esos momentos, en el que la población desempeñaba un rol pasivo como receptora de los programas educativos desarrollados por los profesionales de la salud y los especialistas en comunicación⁹.

Para entender la promoción de la salud es necesario partir del concepto de salud, asumiendo que, si bien es cierto que la atención a la enfermedad tiene relevancia, especialmente en términos de productividad y de significado para quien "recupera la salud", conlleva a una serie de limitantes significativas que hacen cuestionar su capacidad de respuesta a la situación actual de la salud de la población y a su valor por encima de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, entre las cuales figuran: altos costos económicos y humanos de problemas cada vez más complejos, dificultades para adquirir medicamentos y equipos sofisticados, inexistencia de medicamentos que afecta a grandes grupos y que podría evitarse, pero que están asociadas a actitudes y prácticas de la población.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, mediante el estudio de las formas para favorecerla. Para implementar propuestas en este campo no solo es importante tener conocimientos teóricos de los conceptos, sino también afrontar los retos de mirar la salud no como relación directa con la enfermedad, sino como bienestar pleno de la persona humana.

Para lograrlo, se requiere aplicar el enfoque de estrategias de cambio, planteamiento que se ve reforzado, si se consideran las 3 líneas paralelas de acción que implica la promoción de salud: fomentar estilos de vida saludables, habilitar a las personas para

⁸ Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. [citado 5 Dic 2011]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawa_chartersp.pdf

⁹ Idem.

que aumenten su capacidad de control sobre la prestación de servicios benéficos para la salud, así como implantar condiciones estructurales que hagan posible la salud plena y efectiva para toda la población. En esto se basa la promoción de la salud, de manera que trasciende a los marcos del sector salud y se necesita del esfuerzo coordinado con otros sectores y grupos poblacionales¹⁰.

Teniendo en cuenta la relación que tiene con el concepto de prevención, es muy frecuente que la promoción de la salud se confunda con este concepto o se le asemeje, pero está bien definido que esta se interesa más allá de los estilos de vida. Se promueve salud, pero de esta forma también se previene la enfermedad.

En relación con la comunicación, la carta de Ottawa para la promoción de la salud hace referencia, entre sus ejes prioritarios de acción, a 3 procesos denominados metodológicos: mediación (para involucrar a todos los actores), abogacía y cabildeo (en relación con cuestiones de interés público y su tratamiento) e información y comunicación social, como mecanismos utilizados para respaldar los procesos que posibilitan la intervención de la promoción de salud.

El contexto mundial de la promoción de la salud ha cambiado mucho desde que se elaboró la Carta de Ottawa, para complementar los postulados de esta ante las transformaciones de la salud mundial y los problemas que hay que superar para alcanzar sus objetivos, entre ellos la creciente carga de enfermedades transmisibles y crónicas, en particular las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer y la diabetes. También están la Declaración de Jakarta sobre promoción de salud en el siglo XXI y la Carta de Bangkok, donde se valora la promoción de salud como una inversión y se considera un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico, categorías que son insertadas en el escenario para poder considerar también los cambios económicos y sociales como premisas para la transformación de la salud¹¹.

La promoción de salud dirigida a las personas cuya conducta pone en riesgo su salud, calidad de vida, bienestar y seguridad, no puede ser analizada con programas similares, puesto que todos los escenarios tienen sus particularidades, cada país tiene que enfrentarla desde su contexto¹².

Los estudios epidemiológicos muestran que las enfermedades no transmisibles son una importante amenaza para la salud humana y el desarrollo socioeconómico. En Cuba

¹⁰ Rojas Ochoa F. Fundamentación de la especialidad en salud pública. Rev Cubana Salud Pública, Ibídem.

¹¹ Suárez Lugo N. Mercadotecnia y gestión sanitaria. Rev Cubana Salud Pública. 2002 [citado 14 Dic 2012]; 28 (2): 201-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200008&lng=es

¹² Suárez Lugo N. Evaluación de la estrategia de mercadotecnia social del condón en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2007 [citado 24 Nov 2012]; 33 (1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100007&lng=es

existen morbilidad y mortalidad elevadas por las enfermedades del corazón (enfermedad isquémica e hipertensiva), los tumores malignos y las afecciones cerebrovasculares. La mayoría de esas muertes son prematuras y podrían evitarse, lo cual constituye un fuerte imperativo para promover salud; asimismo, hay que lograr "mercadear" ideas asociadas a comportamientos saludables y asociarlos a factores de riesgo de estas enfermedades, tales como el consumo de tabaco y alcohol, la alimentación no saludable y la inactividad física. Hacerle frente constituye uno de los principales desafíos para el desarrollo en el siglo XXI, con la finalidad de reducir el grado de exposición de los individuos y poblaciones a los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles¹³.

A escala mundial se busca que la promoción de salud sea más innovadora, amplia y posible, en consonancia con los 5 lineamientos estratégicos trazados en la carta de Ottawa, los cuales implican un profundo cambio en lo individual, lo comunitario y lo institucional. Para lograrlo se requiere aplicar el enfoque de estrategias de cambio y para ello la mercadotecnia social se convierte en una herramienta idónea para dar salida a uno de los ejes prioritarios de la promoción de salud: el de la información y comunicación social, a la vez que ofrece alternativas de estrategias no solo por ser públicos diferentes, sino por analizar problemáticas o manifestaciones distintas de un mismo problema¹⁴.

MERCADOTECNIA SOCIAL

En 1950 surgió en Estados Unidos la propuesta de aplicar los principios del *marketing* comercial, usado para la venta de bienes y servicios, para la difusión y aceptación de ideas y servicios, así como para aplicar esa tecnología en la solución de algunos problemas sociales. En 1971 Philip Kotler definió el *marketing* social de la manera siguiente: "... la mercadotecnia social es una estrategia para el cambio de la conducta y combina los mejores elementos de los enfoques tradicionales al cambio social en un marco integrado de planeación y acción, al tiempo que utiliza avances en la tecnología de las comunicaciones y en las técnicas de comercialización"¹⁵.

¹³ Suárez Lugo N. Mercadotecnia en el sistema nacional de salud de Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2008 [citado 24 Nov 2011]; 34 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000100013&script=sci_arttext y Suárez Jiménez JM. Las enfermedades cardiovasculares, gestión de sistemas subnacionales de salud y recomendaciones para plan de acción. Rev Cubana Salud Pública. 2011 [citado 9 Mar 2013]; 37 (2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol37_02_11/spu09211.htm

¹⁴ Suárez Lugo N. Mercadotecnia y gestión sanitaria. Rev Cubana Salud Pública. 2002 [citado 14 Dic 2012]; 28 (2): 201-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200008&lng=es. Además, Suárez Lugo N. Evaluación de la estrategia de mercadotecnia social del condón en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2007 [citado 24 Nov 2012]; 33 (1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100007&lng=es y Griffiths J, Blair Stevens C, Parish R. The integration of health promotion and social marketing. Perspectives in Public Health. 2009 [citado 9 Mar 2013]; 129 (6). Disponible en: <http://rsh.sagepub.com/content/129/6/268>

¹⁵ Kotler P, Robert E. Marketing social. México, DF: Editorial Diana; 1993.

Fue así como quedó bautizado y desde su comienzo ha sido visto como una tecnología de gestión del cambio social, donde se combina el diseño, la puesta en práctica y el control de programas orientados a aumentar la aceptabilidad de una idea o práctica social. Originar el cambio que mejore la vida es el desafío y el objetivo de la mercadotecnia social¹⁶. El *marketing* social es la posible aplicación de este en actividades sociales (socioculturales, educativas, entre otras), cuya esfera de pertenencia no son los ámbitos comerciales. Sus propósitos no se orientan al lucro ni tan siquiera a la obtención de bienes materiales; asimismo, los costos y beneficios directos son de naturaleza sociopsicológica, valorativa y espiritual¹⁷.

Entre los pasos que se deben seguir para la creación e implementación de un programa de mercadotecnia social figuran¹⁸:

- Definir los objetivos del cambio social.
- Analizar las actitudes, creencias, valores y conductas del grupo a quien se dirige el plan.
- Estudiar procedimientos de comunicación y distribución.
- Elaborar un plan de mercadotecnia.
- Construir una organización de mercadotecnia para que ejecute el plan.
- Evaluar y ajustar el programa para que sea más eficaz.

Es importante tener en cuenta el segundo punto relacionado anteriormente, pues para que un programa de mercadotecnia social tenga éxito, resulta fundamental que lo preceda una profunda investigación sobre las necesidades, deseos, creencias y actitudes específicas de los destinatarios del plan, así como de las características concretas de los productos sociales y de la forma en que los perciben los adoptantes objetivos. Por lo tanto, como primer paso en el planeamiento estratégico, es necesario contar con una metodología de investigación y a partir de ahí, planificar en consecuencia las estrategias.

¹⁶ Tan Erwin J, Tanner Elizabeth K, Seeman Teresa E, Xue Qian L, Rebok George W, Frick Kevin D, et al. Marketing public health through older adult volunteering: experience corps as a social marketing intervention. *Am J Public Health*. 2010; 100 (4): 727-34.

¹⁷ Martínez Gascón F. El marketing social, una alternativa metodológica pertinente para el diagnóstico y tratamiento de las disciplinas sociales. *Ciencia en su PC*. 2008 [citado 24 Nov 2012]; 2. Disponible en: <http://cienciapc.idict.cu/index.php/cienciapc/article/view/111/313> Y Flores A, Liscano Y, Terán E, Vásquez del Mercado E, Vizcaya M, Delgado D, et al. La mercadotecnia y su utilidad para la salud pública: vender salud, consumir salud. *Sal Art Cuidad*. 2009 [citado 24 Nov 2012]; 2 (2). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=71775&id_seccion=4307&id_ejemplar=7170&id_revista=271

¹⁸ Kotler P, Robert E. *Marketing social*. México, DF: Editorial Diana; 1993 Y Rendueles Mata M. Mercadeo social, responsabilidad social y balance social: conceptos a desarrollar por instituciones universitarias. *Telos*. 2010 [citado 24 Nov 2012]; 12(1): 29-42. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3351005>

Sin una estructura para comprender cómo las personas toman decisiones y pasan a la acción, será difícil elaborar una estrategia acertada.

En muchos países del Tercer Mundo, el influjo de la mercadotecnia social en el campo de la salud pública llega de manos y muy relacionadas con la mercadotecnia comercial de medicamentos, tecnologías de avanzada, bienes e insumos, tanto para propósitos morales como inmorales. En este tipo de mercadotecnia social se violan con cierta frecuencia los principios bioéticos de beneficencia y no maledicencia, el consentimiento informado de las masas necesitadas y la justicia social, donde prima el mercantilismo¹⁹.

La mercadotecnia social ante todo es un área de mercadeo, cuya metodología se basa en investigar y satisfacer necesidades de tipo social, humano y espiritual. Para su aplicación se deben tener en cuenta las consideraciones básicas siguientes: ¹²

- El programa de mercadotecnia social está fundado en la realidad (creencias, actitudes, valores y prácticas, por citar algunos) de la audiencia objetivo. La involucramiento del consumidor con el producto es la faceta primaria de la orientación.

- La población objetivo se segmenta en grupos homogéneos que son el blanco de los mensajes desarrollados a la medida de sus cualidades compartidas. El producto de la mercadotecnia social puede modificarse también para diferentes audiencias objetivo y probablemente requiera un diferente posicionamiento para diferentes grupos, como mínimo (desarrollo y prueba de conceptos de producto).

- Comunicación orientada, de facilitación, de incentivos y de teoría del intercambio con el propósito de maximizar la respuesta de los adoptantes objetivos.

- Se realiza un esfuerzo para identificar, a través de la investigación (la investigación de consumidores), los canales de comunicación más probables de alcanzar a cada segmento y los tiempos o temporadas en que estos individuos serán más receptivos al mensaje.

- Los conceptos estratégicos que ofrecen la mayor probabilidad de lograr los objetivos establecidos se utilizan a través de la planeación, diseño e implementación de la campaña.

¹⁹ Flores A, Liscano Y, Terán E, Vásquez del Mercado E, Vizcaya M, Delgado D, et al. La mercadotecnia y su utilidad para la salud pública: vender salud, consumir salud. *Sal Art Cuidad*. 2009 [citado 24 Nov 2012]; 2 (2). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=71775&id_seccion=4307&id_ejemplar=7170&id_revista=271 Y Olivares CS, Lera ML, Bustos ZN. Etapas del cambio, beneficios y barreras en actividad física y consumo de frutas y verduras en estudiantes universitarios de Santiago de Chile. *Rev Chil Nutr*. 2008 [citado 14 Dic 2011]; 35 (1): 25-35. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182008000100004&script=sci_arttext

- La investigación y otros mecanismos se utilizan para asegurar que el programa se implanta como se planeó y para obtener retroalimentación acerca de las revisiones requeridas del programa.

Está condicionada por 4 elementos claves para su desarrollo: el producto, el precio, la plaza y la promoción, además de 2 elementos adicionales, la presentación y la población, más conocidos como las 6 "P" o decisiones del *marketing*, a lo que se unen las 6 "C": consumidores, competidores, compañía, canales, costos y contexto, que completan el llamado *marketing mix*²⁰.

Siempre hay que partir de investigaciones de mercados que utilicen herramientas cuantitativas y cualitativas que permitan conocer de la mejor manera las variables controlables, pues el fin del mercadeo es actuar con el mayor grado de certidumbre y de éxito posible.

La estrategia de mercadotecnia social debe cubrir sus componentes²¹:

Producto: Salud ¿Promoción? ¿Prevención?

Población: ¿Cómo segmentar? ¿A quién servir?

Precio: ¿Cuánto costo? ¿Cuánto beneficio?

Plaza: ¿Qué comunidad?

Presentación: Empaque ¿Quién interviene? ¿Cómo interviene? ¿Dónde interviene?

Promoción: Comunicación (publicidad) ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Dónde?

En cuanto a las 6 "C" los elementos a considerar son los siguientes:

Consumidores: ¿Quién? ¿Cómo? ¿Qué? ¿Por qué?

Competidores: ¿Cómo compiten? ¿Cuáles son sus fortalezas y debilidades?

Compañía: ¿Cuáles son nuestras fortalezas y debilidades?

Canales: Distribución, ¿Cómo funciona? ¿Qué relaciones tienen?

Costos: ¿Cuánto costo? ¿Cuánto beneficio?

Contextos: ¿Cuáles variables políticas, económicas, sociales y culturales?

MERCADOTECNIA Y PROMOCIÓN DE SALUD

La mercadotecnia social, a pesar de ser relativamente nueva en cuanto a su enfoque global, ha ido obteniendo buenos resultados y, por consiguiente, se está convirtiendo gradualmente en una parte importante de las proyecciones y programas de salud en

²⁰ . Thackeray Rosemary, Neiger Brad L. A Multidirectional Communication Model: implications for social marketing practice. *Health Promot Pract.* 2009 [citado 14 Dic 2011]; 10 (2): 171-5. Disponible en: <http://hpp.sagepub.com/content/10/2/171> y Lyon K, Bernhardt JM, Dođan E. Social marketing and health communication: from people to places. *Am J Public Health.* 2009; 99 (12): 2120-2.

²¹ Tan Erwin J, Tanner Elizabeth K, Seeman Teresa E, Xue Qian L, Rebok George W, Frick Kevin D, et al. Marketing public health through older adult volunteering: experience corps as a social marketing intervention. *Am J Public Health.* 2010; 100 (4): 727-34. Y Forero Santos JA. El marketing social como estrategia para la promoción de salud. *Hacia Promoc Salud.* 2002; (7): 23-41.

países de avanzada, en cuanto a sus indicadores y calidad de vida, de modo que se ha convertido en una herramienta indispensable para la atención eficaz de la promoción, la educación, la prevención y la comunicación en salud, que es desaprovechada.

Su conocimiento y formas de aplicación en la práctica constituyen requisitos de alta prioridad si se quiere prevenir, promover y transformar aspectos relativos al proceso salud-enfermedad y de calidad de vida²².

En la población existen comportamientos que para ser cambiados o abandonados requieren de una acción social adecuada. Muchas veces estos fenómenos afectan segmentos específicos de la sociedad que son particularmente vulnerables, por lo tanto se debe utilizar la segmentación de audiencias en las campañas de promoción de la salud.^{10,21} Por otra parte, las soluciones propuestas deben reflejarse en el cambio de actitudes, intereses, sentimientos y creencias de este grupo de personas para el beneficio de los individuos y de toda la sociedad, lo cual debería ser utilizado también en las intervenciones de promoción de salud²³.

En este sentido, la mercadotecnia social "vende" ideas, actitudes y comportamientos para el beneficio del individuo, grupo o sociedad. Se dirige a las personas para influenciarlas a aceptar, rechazar, modificar o abandonar una conducta determinada que pone en riesgo su salud, calidad de vida, bienestar y seguridad.²⁰ Su propósito es crear conciencia, cambiar el comportamiento y lograr aceptación de una conducta deseada.

Actualmente, no debe concebirse el lanzamiento de un nuevo programa de salud sin un estudio de mercadotecnia, que tuvo su base en la investigación del mercado, el estudio de los consumidores y la selección adecuada de las estrategias²⁴.

El objetivo de la mercadotecnia social es la aplicación de los principios y técnicas de la mercadotecnia comercial al análisis, planificación, ejecución y evaluación de programas diseñados para lograr un cambio voluntario de conducta en las audiencias objetivo, con vistas a mejorar su bienestar personal y el de la sociedad.

Al respecto, en función del tipo de ideas o causas sociales propuestas, los objetivos de la mercadotecnia social pueden clasificarse como sigue:

²² . Lyon K, Bernhardt JM, Dođan E. Social marketing and health... *Idem*.

²³ Forero Santos JA. El marketing social como estrategia para la promoción de salud. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2002; (7): 23-41.

²⁴ Véliz Águila Z, Pentón García V, Prado Lemus B, Noriega Cabrera I, Brunet Herrera I, Sueiro Sánchez I. La salud estomatológica y la tecnología. Aportes y contradicciones. *MEDISUR*. 2010 [citado 24 Nov 2012]; 8 (3): 40-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X201000300008&lng=es

- a) a) Proporcionar información: hay muchas causas sociales que tienen como objetivo informar o enseñar a la población. Se trata, por tanto, de llevar a cabo programas educativos, tales como las campañas de higiene, nutrición y concienciación de problemas del medio ambiente, por citar algunos.
- b) b) Estimular acciones beneficiosas para la sociedad: inducir al mayor número posible de personas a tomar una acción determinada durante un período de tiempo dado, por ejemplo: la campaña de vacunación preventiva, el apoyo a organizaciones de beneficencia, entre otras.
- c) c) Cambiar comportamientos nocivos: trata de influir o ayudar a las personas a modificar algún aspecto de su comportamiento que pueda beneficiarle (no drogarse, dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol y mejorar la dieta alimenticia).
- d) d) Cambiar los valores de la sociedad: tratan de modificar las creencias o valores arraigados en la sociedad²⁵.

El cambio deseado se obtiene a través de un producto social que puede ser una idea, una práctica o el uso de un producto tangible. Como ejemplo de producto social se puede citar: idea, práctica social y uso de un determinado elemento²⁶.

A diferencia de la mercadotecnia comercial, cuyo objetivo es posicionar un producto por sobre los de la competencia, en el *marketing* social dichos productos se refieren a la conducta saludable que a los planificadores de la campaña les gustaría que la población objetivo o los "consumidores" adoptarían, por ejemplo: realizar 30 minutos diarios de actividad física moderada a intensa o consumir, al menos, 5 porciones de frutas y verduras cada día. Este busca influir en las conductas sociales, beneficiar a los públicos diana y a la sociedad en su conjunto²⁷.

²⁵ Ver en Véliz Águila Z, Pentón García V, Prado Lemus B, Noriega Cabrera I, Brunet Herrera I, Sueiro Sánchez I. La salud estomatológica y la tecnología. Aportes y contradicciones. MEDISUR. 2010 [citado 24 Nov 2012]; 8 (3): 40-6. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X201000_0300008&lng=es. Suárez Lugo N. Mercadotecnia, comunicación y movilización social: ciencias sin fronteras en la promoción de la salud. Rev Comunic Salud. 2011; 1(1): 101-12. Villalobos V, Ortiz Ramírez O, Thrasher J, Arillo Santillán E, Pérez Hernández R, Cedillo C, et al. Mercadotecnia social y políticas públicas de salud: campaña para promover espacios libres de humo de tabaco en México. Salud Pública Mex. 2010 [citado 15 Dic 2012]; 52 (2). Disponible en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000800008&lng=es&nrm=i&lng=es

²⁶ Martínez Gascón F. El marketing social, una alternativa metodológica pertinente para el diagnóstico y tratamiento de las indisciplinas sociales. Ciencia en su PC. 2008 [citado 24 Nov 2012]; 2. Disponible en:<http://cienciapc.idict.cu/index.php/cienciapc/article/view/111/313>

²⁷ Salinas J, Vio F. Programas de salud y nutrición sin política de estado: el caso de la promoción de salud escolar en Chile. Rev Chilena Nutr. 2011 [citado 9 Mar 2013]; 38 (2): 100-16. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182011000200001&script=sci_arttext. Cancela Carral JM, Ayán Pérez C. Prevalencia y relación entre el nivel de actividad física y las actitudes alimenticias anómalas en estudiantes universitarias españolas de ciencias de la salud y la educación. Rev Esp Salud Pública. 2011 [citado 9 Mar 2013]; 85 (5): 499-505. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500009&lng=es. Tan Erwin J, Tanner Elizabeth K,

Son diversos los recursos en la promoción de la salud que utilizan los profesionales del sector para gerencias de los servicios que prestan a la colectividad, una de ellas es la mercadotecnia social como instrumento de gestión de recursos e intervenciones en salud pública. Cabe preguntarse entonces:

1. ¿Conocemos las técnicas de la mercadotecnia social para la promoción de salud?
2. ¿Realmente están bien dirigidas y concebidas las acciones promotoras en relación con la salud?
3. ¿Son las técnicas y principios utilizados por los recursos humanos de salud y los medios de difusión los mejores?
4. ¿Los programas que se dedican a promover la salud en esos grupos de edades utilizan preferentemente la comunicación educativa como estrategia clave?

De ahí el interés actual por definir valores e impactos de eficiencia y eficacia de la comunicación en salud.

La mercadotecnia es una herramienta en función de la gestión sanitaria, en tanto posibilita detectar y dar respuesta a las necesidades de salud a partir de la investigación, la evaluación y el análisis de la demanda sanitaria, la satisfacción de los pacientes y realizar esta identificación para anticipar y satisfacer ambos requerimientos. De ahí que sea considerada un instrumento útil para el cambio de la organización en función del cumplimiento cabal de los objetivos propuestos a la luz de los paradigmas que actualmente sustentan las políticas de salud.

La mercadotecnia a la salud pública se ha utilizado en un contexto de contramárquetin y busca el cambio de ciertas conductas ante productos nocivos a la salud (alcohol, tabaco, drogas) y también en programas y campañas encaminadas a propiciar comportamientos apoyadas en una alimentación saludable: alimentos bajos en grasa, frutas y vegetales, limitar el consumo de sal, alimentos artificiales y transgénicos, así como para prevenir enfermedades de transmisión sexual entre ellas el sida²⁸.

En muchos estudios realizados se hace referencia a que los profesionales de la salud consideran que la perspectiva de la salud ha cambiado, pero que los controles administrativos no están dirigidos a exigir la realización de acciones encaminadas a la prevención, sino a la curación y que la falta de conocimientos les impide elaborar estrategias encaminadas a lograr tales propósitos.

Seeman Teresa E, Xue Qian-Li, Rebok George W, Frick Kevin D, et al. Marketing public health through older adult volunteering: experience corps as a social marketing intervention. *Am J Public Health*. 2010; 100: 727-34.

²⁸ Suárez Lugo N. Mercadotecnia y gestión sanitaria. *Rev Cubana Salud Pública*, *op. cit.*

Al respecto, en el Sistema Nacional de Salud se conoce poco la mercadotecnia como herramienta de trabajo del directivo, funcionario y profesional, por falta de conocimientos y habilidades para hacerlo, lo que limita el actuar en correspondencia con los paradigmas actuales de salud.

Es importante poder diseminar conocimientos sobre mercadotecnia, de modo que posibilite desmitificar la creencia errónea de que aplicarla se refiere a comercializar la salud y que exista una cultura de mercadotecnia en la cual el conjunto de ideas, creencias, actitudes y valores que tienen los profesionales y directivos respecto a la mercadotecnia sanitaria, se correspondan con la esencia de esta ciencia y que por consiguiente, facilite su utilización. Cuando esto se logre se podrá decir que la mercadotecnia se ha incorporado a la cultura organizacional en el Sistema Nacional de Salud.

La experiencia en Cuba es de corto tiempo y poca amplitud, las principales se enmarcan en los programas de prevención y control del tabaquismo, en el de uso racional de medicamentos y en el de cultura alimentaria. Un ejemplo lo constituye el mercadeo social del condón en Cuba para la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana /sida (VIH/sida)²⁹.

Otro ejemplo es el empleo de una estrategia de mercadotecnia social incluyendo la movilización y la comunicación social como parte del programa: Fortalecimiento de la respuesta nacional multisectorial para la prevención y atención de la epidemia del VIH/sida en la República de Cuba, auspiciado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis. Este programa se sustenta en la movilización social y emplea la mercadotecnia con un fuerte énfasis en la comunicación, con el propósito fundamental de lograr que las relaciones sexuales sean cada vez más protegidas para lograr que se frene la epidemia.

La estrategia de mercadotecnia social a emplear para lograr relaciones sexuales protegidas, se centra en promover el uso del condón, con lo cual se pretende alcanzar el posicionamiento de una idea y una práctica: conducta sexual protegida, con un producto tangible, el condón. De ahí que se resuma entonces en propiciar la adquisición y uso de este al contar con la disponibilidad de un producto de alta calidad, distribuido de manera tal que garantice la accesibilidad tanto geográfica (en lugares, horarios), como económica (por precios accesibles). Siempre hay que informar y educar sobre las ventajas de una relación sexual protegida, con vistas a que la población tome conciencia y pueda desmitificar los elementos psicológicos y sociales asociados a los efectos.

El estudio de las etapas del cambio, que indican dónde se encuentran las personas en relación con una conducta en particular, así como de las motivaciones que podrían orientar las campañas de promoción, educación o publicidad social, y la identificación de

²⁹ Suárez Lugo N. Mercadotecnia en el sistema nacional de salud de Cuba. Rev Cubana Salud Pública, *op. cit.*

las barreras o costos que dificultan su adopción en los grupos objetivo, tienen que ser estudiadas en el país. Es esencial realizar estudios cualitativos y cuantitativos sobre las percepciones, creencias y valores actuales de dichos grupos (mercado meta), con el fin de segmentar audiencias y diseñar productos, mensajes y estrategias ajustados a las características que comparten.

CONCLUSIONES

Finalmente, la mercadotecnia constituye una herramienta útil para la promoción, educación y comunicación en salud, mejora las prácticas saludables de la población e incorpora nuevas herramientas de la administración al campo de las ciencias de la salud, procura determinar y satisfacer las necesidades y deseos del mercado meta, pero de una manera que incremente o preserve el bienestar de la sociedad, no perjudique la salud de los consumidores, promover y mantener la salud en la población sana, ni dañe el medioambiente. De esta manera, resulta importante resaltar que este medio es escasamente conocido por los profesionales de las diferentes ciencias de la salud, además de que muestra una buena ventaja a la hora de establecer estrategias de intervenciones colectivas para la salud. Apropiarse de la mercadotecnia como herramienta de la gerencia, quiere decir poder poseer un instrumental más amplio para trabajar en función de diseñar y poner en marcha programas de salud.



CENTRO DE ESTUDIOS INTERNACIONALES GILBERTO BOSQUES

<http://centrogilbertobosques.senado.gob.mx>



@CGBSenado

Madrid 62, 2do. Piso, Col. Tabacalera
Del. Cuauhtémoc. C.P. 06030
México, D.F.
+52 (55) 5130-1503