



Revista de Bioética y Derecho

E-ISSN: 1886-5887

obd@pcb.ub.es

Universitat de Barcelona

España

de Siqueira, José Eduardo
El "Sistema Único de Saúde" (SUS) de Brasil y la Declaración Universal sobre Bioética y
Derechos Humanos de la UNESCO
Revista de Bioética y Derecho, núm. 29, diciembre, 2013, pp. 77-78
Universitat de Barcelona
Barcelona, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78339732009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

**SEMINARIO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA UNESCO
“LA EQUIDAD Y EL ACCESO A LOS RECURSOS SANITARIOS”**

**El “Sistema Único de Saúde” (SUS) de Brasil y la
Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos
de la UNESCO¹**

JOSÉ EDUARDO DE SIQUEIRA *

¹ Intervención de José Eduardo de Siqueira en el Seminario Internacional de Bioética Unesco “La equidad y el acceso a los recursos sanitarios” celebrado el 31 de enero de 2013.

* José Eduardo de Siqueira. Coordinador de la Carrera de Medicina de la *Pontificia Universidade Católica do Paraná* (PUCPR); Profesor del *Programa de Mestrado em Bioética* de la PUCPR ; Doctor en Medicina por la *Universidade Estadual de Londrina* (UEL); Magister en Bioética por la Universidad Católica de Chile; Miembro Titular de *Academia de Medicina do Estado do Paraná*; Presidente da *Sociedade Brasileira de Bioética* (SBB),(2005-2007); Asesor de la Red Bioética de la Unesco para América Latina y El Caribe; Miembro Titular del *board* de Directores de la *International Association of Bioethics* (IAB).

Resumen

Este artículo trata acerca del *Sistema Único de Saúde-SUS*, en Brasil, sus éxitos y fracasos. El texto suministra información sobre el momento histórico-político que facilitó su creación, abarca las principales referencias que orientan este *Sistema Único* -universalidad, equidad, integralidad y control social-, y proporciona una reflexión comparativa entre los propósitos iniciales y la trayectoria recorrida para implantarlos, lo que se ha conseguido y lo que resta para alcanzar. Identifica, además, sus mayores conquistas, como la creación de la ANVISA, de la ANSS, la implementación de una Política Nacional de Atendimento Básico, la Estratégia da Saúde da Família. Finalmente, expone la necesidad de un mayor financiamiento público y de una relación más adecuada entre el sector público y el privado como elementos imprescindibles para que el SUS alcance sus metas programáticas.

Palabras clave: bioética; salud pública; utilitarismo; limitación de presupuestos en salud pública.

Introducción

El presente ensayo se propone llevar a cabo una evaluación de los progresos y las asimetrías aún persistentes en el *Sistema Único de Saúde* brasileño, así como mostrar el amplio conjunto de dificultades que se presentan cuando se buscan soluciones razonables y prudentes para los problemas sanitarios de la sociedad moderna. Con el propósito de dimensionar el tamaño del desafío, basta recordar el fracaso del proyecto *Salud para Todos en el año 2000* concebido por la OMS en la década de 1970. La iniciativa anunciaba la posibilidad de terminar el pasado siglo con toda la población del planeta atendida con una asistencia médica satisfactoria. Lo que efectivamente se observó fue una realidad totalmente diversa, hecho este que fue documentado en innumerables publicaciones científicas sobre los índices de salud pública mundial del siglo XX. Las estadísticas oficiales mostraron el aumento de muertes causadas por enfermedades prácticamente erradicadas, como la tuberculosis, dengue, leishmaniosis visceral, fiebre amarilla y sífilis.

Un factor decisivo para comprender las dificultades que gran número de países ricos afrontarán en el siglo XXI, y que aparecerán a causa del derrumbamiento de las rígidas fronteras nacionales, lo constituye el fenómeno, que ya estamos viviendo, de las corrientes migratorias de enormes contingentes de personas que buscan mejores condiciones de vida en otros países y que para ello utilizan diferentes caminos y rutas. Pero, de modo general, obedeciendo a la trayectoria sur-norte, de países pobres del sur hacia los ricos del norte, de Oriente hacia Occidente. Este movimiento migratorio fue inicialmente considerado de pequeño impacto social, lo cual, como actualmente sabemos, fue un gran error, pues tan intenso y descontrolado fue el fenómeno migratorio que se tornó casi imposible, para cualquier país occidental, reconocer las características originales de su propia cultura. Daremos dos ejemplos:

El creciente número de musulmanes viviendo en grandes capitales europeas, como Londres, París, Roma o Madrid. No solamente viviendo en el mismo espacio geográfico sino preservando sus hábitos culturales de origen.

Una rápida mirada a los Estados Unidos de Norteamérica (EUA) nos muestra que en algunos Estados, como por ejemplo Florida, el español se convirtió en idioma corriente, en sustitución del inglés. Algunos alcaldes de este Estado son latinoamericanos y nuevas reglas de comunicación fueron impuestas en las campañas políticas locales, obligando a los candidatos a dirigirse a los electores en español. Todos estos hechos demuestran que los problemas que deberán ser enfrentados por los gobernantes, en este siglo, serán muy complejos y no podrán ser ya manejados con fórmulas antiguas.

En 1980, los gobiernos de Ronald Regan y Margaret Thatcher, en EUA e Inglaterra respectivamente, se convirtieron en portavoces del neoliberalismo y del “Estado mínimo”. Milton Friedman, economista norteamericano, en su obra *Capitalism and Freedom* defendía que determinadas intervenciones en la gestión de los asuntos públicos promovidas por algunos gobernantes representaban verdaderas agresiones a las libertades individuales, utilizando como ejemplo los programas de asistencia médica ofrecidos a personas pobres y patrocinados por el

Estado (1). En 1974, Robert Nozick publicó *Anarchy, State and Utopia*, obra en la que discutía la validez del concepto de justicia distributiva. Este autor argumentaba que los derechos individuales eran tan inalienables y amplios que ningún gobierno democrático estaba autorizado a destinar dinero público, recaudado a través de impuestos sobre la renta, para atender programas de asistencia a comunidades pobres, sin que las mismas contribuyeran debidamente a llenar las arcas del Estado, afirmando que *“Apenas un Estado mínimo, limitado a hacer cumplir contratos y proteger a las personas contra arbitrariedades, robos y fraudes está justificado”*. Por lo tanto, en la visión de este autor, cualquier gobierno que utilizase el poder a él atribuido por el voto de los contribuyentes y fuese presionado para ejecutar programas asistenciales destinados a personas pobres, estaría violando los derechos de los individuos *“de no ser forzados a hacer lo que no deseen”* (2). Por consiguiente, entre las premisas que un país de economía de mercado debería considerar como fundamentales estaría el no obligar a ningún ciudadano a hacer lo que no fuese su voluntad personal, incluyendo la obligación de ayudar al prójimo. Cobrar impuestos de los más ricos para ayudar a los más pobres representaría una coacción a los primeros, pues violaría el derecho de los más adinerados de hacer lo que gustasen con aquello que poseen. Esta convicción aún domina el ideario político estadounidense; basta observar la crisis entre parlamentarios demócratas y republicanos que amenazó hundir el país en el llamado *“abismo fiscal”* justo antes de haber comenzado el segundo mandato de Barack Obama. Este impasse parlamentario se origina por percepciones diametralmente opuestas sobre el papel del Estado: de un lado los partidarios de Obama, que defienden el aumento del porcentaje del impuesto sobre la renta de las personas más ricas. Del otro lado, los republicanos que insisten en la necesidad de recortes en los gastos públicos, sobre todo aquellos destinados a los programas sociales.

Aunque conste en el programa de gobierno de Barack Obama aumentar los impuestos a los más ricos y ampliar las garantías de asistencia médica para una parte significativa de personas que no tienen seguro médico privado, nada garantiza que el presidente vaya a conseguir el apoyo necesario para la aprobación de su propuesta. Por otro lado, puede parecer poco comprensible que un país tan vehementemente defensor de la invulnerabilidad de la vida privada de sus ciudadanos, haya auxiliado, durante el gobierno G.W. Bush, con 700 mil millones de dólares procedentes del Tesoro Federal a algunos bancos e instituciones financieras privadas afectadas por la crisis que sacudió Wall Street en 2008. La sociedad norteamericana sigue rigiéndose por el ideario del Estado Mínimo, que por su propia naturaleza no reconoce diferencia alguna entre los términos igualdad y equidad, términos que, si bien parecen sinónimos, no tienen identidad conceptual. John Rawls, influente pensador norteamericano contemporáneo, entendió muy bien la diferencia entre ambos al considerar que los principios que orientan una sociedad justa serían dos: 1) *“cada persona tiene derecho a libertades y derechos básicos iguales”* y 2) *“las desigualdades sociales y económicas deben estar asociadas a las funciones y posiciones abiertas a todas las condiciones de igualdad justa de oportunidades y **deben proporcionar más ventajas a los miembros menos favorecidos de la sociedad**”* (negrita añadida) (3). En la misma línea de razonamiento se encuentra el Premio Nobel de Economía Amartya Sen, cuando argumenta que el capitalismo moderno, al intentar demostrar con riqueza de detalles que la economía con base científica debe orientarse por las reglas del libre comercio, no está defendiendo la democracia social y sí la libertad de acción de los grandes capitales

internacionales(4). Además, merece la pena recordar que los ejecutivos de las principales corporaciones ubicadas en EUA ganaron, en 2007, 344 veces más que sus subordinados, situación bien diferente de la que existía en 1980, cuando directores-presidentes de las principales compañías ganaban solamente 42 veces más que sus empleados. Las preguntas más ingenuas sobre esta realidad podrían ser las dos siguientes: 1) ¿Qué argumentos razonables justificarían la enorme diferencia entre las remuneraciones de jefes y subordinados de una misma empresa? 2) ¿Cómo explicar el gigantesco salto en las ganancias de los ejecutivos entre 1980 y 2007? Merece destacarse que tras el enorme socorro de 700 mil millones de dólares ofrecido por el gobierno norteamericano a los bancos e instituciones financieras en el episodio de la crisis de 2008, la prensa del país publicó que algunas instituciones beneficiadas por el Presidente G.W. Bush estarían transfiriendo parte de la ayuda millonaria oficial a sus altos ejecutivos en forma de bonificaciones. Michael Sandel, en su obra *Justicia*, enfatiza dos *campos rivales* en el territorio de las teorías económicas en el momento actual, lo que él llama el *laissez-faire* y la *ecuanimidad*. Según este autor, liderando el campo del *laissez-faire* estarían “los literarios del libre comercio”, que creen que el *Estado Justo* es el Estado Mínimo, aquel que respeta las opciones tomadas por los ciudadanos adultos conscientes y a los cuales no se impone ningún tipo de restricción a sus libres y soberanas decisiones. En el campo de la *ecuanimidad* estarían los pensadores que creen en la construcción de una sociedad más igualitaria al considerar que los mercados sin restricciones impuestas por el Estado no son justos y ni siquiera pueden ser consideradas libres, por lo que la exigencia de una mayor justicia obligaría necesariamente a la implantación de controles externos para corregir las naturales desventajas sociales y económicas presentes en cualquier sociedad democrática. Sandel concluye que solamente así la sociedad tendría instrumentos que permitirían ofrecer a todos las mismas oportunidades de realización personal (5). En el primer grupo estarían Friedman y Nozick, en el segundo Rawls y Sen. Si observamos la medida adoptada por la Unión Europea (UE), creando el Banco Central Europeo (BCE) con poderes para supervisar el sistema financiero de todos los países de la eurozona, percibiremos la importancia que la Unión Europea atribuye a una instancia supranacional, creada para controlar las finanzas de casi todo el continente. Parece obvio que el BCE, aunque indirectamente, asumirá poderes para fiscalizar la gestión del destino de recursos públicos de todos los países de UE. En resumen: parece poco probable imaginar que la tesis del Estado Mínimo tenga un lugar en la actualidad, en un marco en el que la economía está globalizada y la migración de capitales de un mercado a otro obedece a intereses transnacionales, los individuos se transforman en accionistas y el reconocimiento de la ciudadanía se ha transformado en una figura retórica. Es impensable conciliar la idea de justicia social con una sociedad regida por las reglas de libre comercio, pues en este caso siempre vence el más fuerte. El *laissez-faire* es el mundo del sálvese quien pueda, en el que pocos se salvarán y la mayoría vivirá en la penuria, en el desamparo y con una supervivencia en condiciones subhumanas.

En busca de la construcción de una sociedad más equitativa

Aristóteles entendía la política como el camino para construir una sociedad justa. Distante del modelo imaginado por el estagirita, los sociólogos modernos la consideran el arte de administrar

conflictos. Nunca fue tan necesaria la sensata intervención del Estado para preservar la dignidad del ser humano. La realidad mundial nos muestra una perversa disparidad en los índices de salud pública. Al mismo tiempo que la calidad de vida de las naciones desarrolladas alcanzó índices muy elevados, los habitantes de los países de África subsahariana presentan un promedio de vida de más o menos 40 años, próximo a lo que se observaba en la Edad Media. Incluso en países desarrollados como los EUA, se calcula que 40 millones de personas no tienen ningún seguro médico y constituyen un enorme contingente de marginados sociales, aunque vivan en el país que posee las más avanzadas tecnologías médicas del planeta. Analizando el momento histórico actual, Zan retoma la propuesta de Habermas y sugiere que, para alcanzar la condición de sociedad equitativa, deberemos hacerlo *“bajo las presuposiciones comunicativas de un discurso público ampliado, en el cual puedan tomar parte todas las personas implicadas”*, incluyendo los más vulnerables; solamente así, por medio del ejercicio democrático de un diálogo amplio, alcanzaremos la justicia en el campo sanitario (6). En lo que parece existir consenso entre los sanitaristas es que la política del Estado Mínimo, tal como la plantean los filósofos utilitaristas, no permitirá alcanzar el nivel de salud pública deseado por los países democráticos. Cuando se considera la salud como un derecho fundamental de todo ser humano, estamos afirmando que la misma no puede figurar como una simple variable de mercado, o aún, cualquier sociedad que pretende ser reconocida como una auténtica democracia deberá considerar la salud como un derecho universal, por lo que la participación del Estado como instancia reguladora se torna esencial. No quiere esto decir que se está defendiendo un Estado autocrático, sino un Estado que tenga poder para promover una justa distribución de recursos en el campo sanitario. Considerando estas presuposiciones es más fácil presentar el origen del proyecto que concibió el *“Sistema Único de Saúde”* (SUS) brasileño, que curiosamente fue “generado” durante el periodo de la dictadura militar (1964-1985). El modelo fue resultado de un largo trabajo reflexivo de sanitaristas de sólida formación académica, comprometidos con los derechos humanos, que tuvieron como premisa la universalidad del acceso a la salud como derecho del ciudadano y deber del Estado. Se fundamenta en el entendimiento que al Estado le cabe el deber de ejercer control sobre las actividades en el campo de la asistencia sanitaria y que todo el proceso debe ser administrado por un sistema de cogestión entre la Federación, los Estados y los Municipios, sometido al control social representado por Consejos de Salud, instituido formalmente en las tres instancias del gobierno, respetando la participación activa de los usuarios del Sistema (7). En síntesis las metas del SUS pueden ser entendidas de la siguiente forma: universalidad, equidad, integralidad y control social. Para una mejor comprensión de las condiciones que permitieron la elaboración del ideario del SUS, como proyecto de la sociedad brasileña, es necesario conocer la realidad política de la época y la importancia de los movimientos sociales que condujeron el proceso. Ningún partido político u organización internacional, ni siquiera las autoridades gubernamentales de aquella época, tuvieron participación alguna en la construcción del proyecto. Al contrario, durante la dictadura militar se practicó una internacionalización de la economía, se defendía la tesis de que antes de invertir en programas sociales era necesario promover un robusto crecimiento de la economía, para después dividir la riqueza entre toda la sociedad. Sería necesario primero la *“agrandar la riqueza”* y después distribuirla con el fin de atender a las demandas sociales. Solo con la *8ª Conferencia Nacional da Saúde*, llevada a cabo ya en el periodo de transición a la democracia, la instalación de la Asamblea

General Constituyente y la proclamación de una nueva Constitución en 1988, se estableció que la salud sería un derecho de todos los ciudadanos y una obligación del Estado. Hasta esa fecha, apenas existía el *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social* (INAMPS) que ofrecía una atención médica precaria. En aquella época fueron destinados recursos del tesoro federal para atender intereses particulares como reformas y construcción de hospitales privados, que en contrapartida ofrecían una atención médica insatisfactoria. El ingreso hospitalario de pacientes del SUS se realizaba por medio de la emisión de *Guías* (AIH) y los procedimientos realizados en los hospitales escapaban al control del gobierno, lo que ocasionó muchos fraudes con serios perjuicios para las arcas públicas. Se emitían *Guías* a nombre de personas ficticias, que habrían sido sometidas a tratamientos clínicos y quirúrgicos no realizados y el gobierno federal simplemente pagaba todos los procedimientos sin ningún interés en saber si habían sido realmente efectuados o no.

Asimismo, la oferta de seguros de salud privados empezó en esta época y mostró el camino equivocado que asumirían las relaciones entre los intereses públicos y el mercado de los seguros de salud (8). Actualmente estos seguros tienen un porcentaje de cobertura de cerca del 25% del total de brasileños, lo que significa una población de alrededor de 48 millones de personas, que están en su mayor parte ubicadas en la región sudeste, la más rica del país. La administración de estos seguros mantiene un rígido control sobre los procedimientos médicos, cobran de sus usuarios altas mensualidades y pagan a los profesionales de salud honorarios mediocres. Brasil, actualmente, se ha convertido en un objetivo de gran interés para el mercado de salud privado; un ejemplo de esto es la compra de la compañía de seguros AMIL por la empresa norteamericana *United Health Group*, transacción evaluada en 10 mil millones de reales. Esta transacción fue confirmada en Octubre de 2012 y significa la transferencia a una compañía de seguros norteamericana de 5,9 millones de nuevos afiliados. Se percibe, además, un creciente interés de la iniciativa privada en el área de la enseñanza universitaria, incluyendo la formación de profesionales de la salud. Ejemplo reciente de este negocio fue la compra de varias universidades brasileñas por la transnacional *Kroton*, que tiene entre sus accionistas al poderoso fondo de inversión *Advent International Corporation*. Estos hechos nos colocan ante la incómoda pregunta: ¿será posible que el Estado brasileño, que acumula enormes desafíos en el área social, permanezca pasivo ante un mercado ávido por lucrarse y poco preocupado por las soluciones de los problemas de verdadero interés nacional? Parece fuera de toda duda que, en el campo de la salud pública y en la formación de profesionales de la salud, la respuesta es negativa.

Hacia donde avanzamos y lo que queda por hacer en el sistema único de salud

Entre los progresos, debemos celebrar la creación del *Programa de Saúde da Família* en 1994, el establecimiento de la *Agência Nacional de Vigilância Sanitária* (ANVISA) y la de la *Agência Nacional de Saúde Suplementar* (ANSS), estas últimas creadas respectivamente en 1990 y 2000, la Ley que estableció el programa de medicamentos genéricos y el programa de tratamiento gratuito ofrecido por el SUS a las personas incluidas en el grupo VIH/SIDA, la reducción de los índices de

mortalidad infantil y el establecimiento de un calendario de amplia vacunación para todos los niños brasileños. También debemos celebrar la disminución del índice de pobreza, que de 68% bajó al 31%, y del aumento del 40% de la esperanza de vida, que alcanzó los 78,2 años en 2008. Particularmente importante fue la instauración de la ANSS, que tiene como atribución reglamentar legal y administrativamente el mercado de seguros privados de salud (9). Sin embargo, como ya se ha mencionado anteriormente, a pesar del control de la ANSS crece en el país la participación del sector privado en la oferta de seguros de salud y aquí detectamos un problema que el sistema sanitario brasileño aún no ha conseguido solucionar. La existencia de financiamiento oficial, tanto para los sectores público y privado, ha sido fuente de un persistente desequilibrio. La insuficiente inversión en el sector público trae como consecuencia el desinterés gubernamental por los servicios de salud básica, las denominadas *Unidades Básicas de Saúde* (UBS) y la baja remuneración de los profesionales de la salud, lo cual resulta en una atención médica insatisfactoria. Encuestas hechas con los usuarios sobre las mayores deficiencias del SUS indican, sistemáticamente, la falta de médicos, la larga espera para una consulta y la demora de la fecha para la consulta. Por otro lado, como la atención terciaria que abarca procedimientos de alto costo es realizada por el sector privado, se crea un serio obstáculo para la gestión del programa de referencia y contrarreferencia de todo el sistema. La atención insatisfactoria recibida en las UBS (*Unidades Básicas de Saúde*) lleva a que los pacientes busquen asistencia médica en hospitales terciarios, que en su mayoría son privados. De un número de 6.400 hospitales existentes en el país, casi 70% son privados. Estas instituciones colocan a disposición del SUS apenas un pequeño número de camas, lo que hace del ingreso hospitalario un verdadero *vía crucis* para los usuarios del SUS. Existen programas específicos que presentan logros importantes, como por ejemplo el que se refiere a los trasplantes de órganos, el servicio de hemodiálisis, la atención a los pacientes oncológicos; sin embargo, la desorganización proveniente de la falta de mecanismos eficaces de gestión del sistema de referencia y contrarreferencia para las consultas de rutina en ambulatorio acaba generando la imagen de desorganización del sistema entendido como un todo. Insuficiente oferta de camas hospitalarias, profesionales de la salud insatisfechos por la falta de un plan de carrera, limitación del presupuesto para hacer frente a los gastos de ingreso hospitalario en municipios de mediano y pequeño tamaño, constituyen los elementos centrales para comprender la insatisfacción del usuario del SUS. Una tímida política dirigida a una más digna recepción de los pacientes fue implementada por el *Programa de Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde* pero no obtuvo resultados en la mejora de la calidad de la atención médica (10). El *Pacto pela Saúde* y la propuesta de un régimen jerárquico en la prestación de servicios por las UBS, parecido al modelo practicado en Inglaterra, hasta el presente momento no ha reportado beneficios visibles.

Por otro lado, la segunda mitad del siglo pasado proporcionó una de las más extraordinarias transiciones demográficas de la historia del país. En la década de los 50 había un equilibrio satisfactorio entre población urbana y rural. Pero como consecuencia de la sustitución de las plantaciones de café por las de soja y trigo, y la progresiva mecanización de la agricultura, el porcentaje de habitantes de la zona urbana aumentó de 55% a 84%. Gran parte de esa cantidad enorme de personas se mudó a los arrabales de las grandes ciudades, constituyendo el embrión de los futuros precarios asentamientos humanos (*favelas*). Se puede afirmar que alrededor del final del

siglo pasado, casi todas las capitales del país tenían este nuevo escenario representado por personas amontonadas, viviendo en precarias condiciones, sin seguridad y sin saneamiento básico. Esa anárquica urbanización ocurrió sin la debida atención del Estado con relación al control de vectores de enfermedades, lo que hizo posible, por ejemplo, la reaparición del dengue, que rápidamente se transformó en uno de los más serios problemas de salud pública de Brasil. Desde la década de los años 1980, la incidencia de esta enfermedad no ha hecho más que aumentar, con una sucesión de epidemias y una creciente mortalidad ocasionada por la forma hemorrágica de la enfermedad. Es justo que se considere, sin embargo, el control de enfermedades que se pueden prevenir a través de la vacunación, así como la disminución de la mortalidad infantil asociada a diarreas de origen bacteriano, el éxito del Programa Nacional de Enfermedad de Chagas, el acceso gratuito y universal al tratamiento para pacientes VIH\SIDA, la quiebra de la patente de algunos agentes antirretrovirales y la producción de medicamentos genéricos de primera línea, lo que consagró el liderazgo de Brasil en el control de esta enfermedad. Es importante también resaltar la inclusión en el calendario nacional la vacunación contra la hepatitis B, la oferta gratuita por el SUS de terapia eficaz contra la hanseniasis, la equistosomosis y la malaria. No estamos afirmando que se ganó la guerra, sino que se alcanzaron importantes éxitos en muchas de estas batallas (11). Los enemigos públicos actuales, en el ámbito sanitario, se encuentran en el territorio de las enfermedades crónico-degenerativas como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo II, el cáncer, las enfermedades osteoarticulares crónicas, las enfermedades respiratorias y las diferentes formas de demencia senil, todas con gran incidencia entre los ancianos. Este cuadro nosológico, semejante al observado en los países centramericanos, coloca a Brasil en la curiosa situación de convivir simultáneamente con enfermedades características de naciones desarrolladas y con episodios epidémicos de dengue como los que ocurren en países subdesarrollados. El país tiene uno de los mayores índices de envejecimiento de la población del planeta y, a pesar de poseer una legislación específica para la protección de los ancianos, carece de políticas públicas y educativas para ofrecerles asistencia médica efectiva. Se avanzó bastante en el control del tabaco, está en pleno funcionamiento un proyecto nacional de atención a los pacientes hipertensos y diabéticos, existe un eficiente programa de distribución gratuita de medicamentos genéricos básicos a través de las farmacias populares, aumentó el acceso a las *Unidades de Pronto Atendimento* (UPAS) pero aún no se ha conseguido implantar el ambicioso proyecto de *Estratégia de Saúde da Família* (ESF). La justificación para la falta de éxito de este programa se basa en los cambios frecuentes de profesionales de la salud, particularmente médicos, que deberían actuar en el proyecto de forma más continuada y no lo hacen alegando que tendrían que trabajar en regiones remotas del país, en las cuales no habría infraestructura adecuada para el buen desempeño profesional. Los gestores, a su vez, se lamentan de la falta de interés de médicos y de enfermeros, calificándolos de insensibles al compromiso social de ofrecer asistencia a las poblaciones carentes. Aquí detectamos un problema que llevará mucho tiempo para ser solucionado, ya que el aparato formador de profesionales de salud del país aún permanece rehén de un modelo cartesiano y de excesivo tecnicismo, que concede privilegios a la formación de especialistas y no a la formación del médico generalista. Recientemente, el *Ministério da Educação* ha decidido autorizar la implantación de nuevas carreras de medicina y de enfermería únicamente si sus proponentes presentan un proyecto pedagógico que contemple la

formación del médico generalista. Sin embargo, no basta un proyecto que contemple un profesional con formación humanística si el producto final obtenido, representado por los egresados, no tiene sensibilidad para los problemas sociales. Las Universidades brasileñas cualifican gran número de especialistas que trabajarán en el sector privado y no la del médico generalista con vocación para actuar en atención primaria. Este es seguramente el más complejo problema que el país tiene que resolver. ¿Cómo capacitar profesionales sensibles a los problemas comunitarios si la sociedad, en su conjunto, es esencialmente individualista, movida por sueños consumistas y fascinada por la medicina tecnológica? (12). El paciente, también padece este mismo mal cuando busca en un hospital lo que podría encontrar en la *Unidade Básica de Saúde* (UBS) próxima a su domicilio. El análisis del comportamiento individualista y del consumismo exagerado, aun siendo un fenómeno social importante, escapa a la finalidad principal de este artículo.

Otro elemento desfavorable al que el país se enfrenta es la excesiva intervención del Poder Judicial en la gestión del dinero público destinado a la protección de la salud. Movidos por compasión y amparados en el precepto constitucional según el cual la “*salud es un derecho de todos y un deber del Estado*”, muchos jueces han expedido mandatos judiciales obligando a los gestores públicos a destinar recursos para la compra de medicamentos caros a fin de atender a personas portadoras de enfermedades graves que no responden a los tratamientos convencionales. Algunas drogas recetadas se encuentran en fase experimental de investigaciones unicéntricas, y ni siquiera fueron evaluadas por la ANVISA. Las órdenes judiciales deben ser cumplidas, independientemente del hecho de que el municipio disponga o no de recursos para efectuar el gasto. En caso de desobediencia, el gestor público estará sujeto a prisión inmediata. Para tener una noción de la dimensión de este problema, solamente en un año el Estado do Rio Grande do Sul tuvo que destinar el 22% de todo su presupuesto de salud para cumplir 19.000 mandatos judiciales (13).

Consideraciones finales

Primeramente, parece indiscutible reconocer que hubo progresos en el acceso a la atención básica de salud, proporcionada por *Unidades Básicas de Saúde* (UBS) en todo el territorio nacional. De igual modo, hay que reconocer el extraordinario avance obtenido por la cobertura de vacunación que ofrece protección a todos los niños del país, así como también el sistema de asistencia prenatal realizado por las UBS. Se deben resaltar también los beneficios originados por un programa de transferencia de renta, que permitió reducir el índice de pobreza en el país, que pasó del 68% de la población en los años 70 al 31% a principios de 2008, lo que significa un número de 40 millones de personas. Esta meta se alcanzó gracias a la adopción de programas sociales implantados por el gobierno federal en el periodo posdictatorial, algo que jamás habría sido posible en un régimen gobernado por la ideología del Estado Mínimo. Mucho queda por hacer aún, como, por ejemplo, un aumento sustancial del financiamiento público para todas las acciones del SUS. En 1997 fue creada una contribución obligatoria, denominada *Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras* (CPMF), popularmente conocida como el impuesto sobre los cheques. Ideada para

atender exclusivamente al sector de salud pública, vio su propósito original desvirtuado y parte sustancial del total del dinero recaudado fue destinado a pagar los intereses de la deuda pública del país, por lo que los programas sanitarios se vieron mínimamente beneficiados. Por otro lado, como los gastos en salud pública han aumentado sustancialmente, el empleo actual de apenas el 8,4% del PIB nacional hace imposible alcanzar la meta de atención médica universal, ecuánime e integral para toda la población brasileña. El *Programa de Saúde da Família* (PSF) creado para ofrecer acceso universal, promoción y prevención de salud de personas domiciliadas en regiones poco accesibles, preveía la asistencia para una población calculada en 98 millones de personas, que serían atendidas por 30.000 equipos de médicos, enfermeros y odontólogos. Este programa tampoco cumplió integralmente sus objetivos. Lo denominaron con otro nombre, pasó a ser conocido como *Estratégia de Saúde da Família* (ESF) pero no alcanzó sus metas originales, ya sea por falta de interés de los profesionales o por deficiencia en la capacidad administrativa de los gestores municipales responsables de la realización del programa. Otro problema que no ha sido resuelto, por falta de empeño de las autoridades federales, es el de la utilización de recursos públicos para el pago de servicios suministrados por el sector privado. Aquí se incluyen exámenes de alto costo, como cateterismos cardíacos, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y los procedimientos terapéuticos realizados por medio de nuevas metodologías menos invasivas, como las cirugías efectuadas por laparoscopia, las angioplastias transluminales seguidas de colocación intravascular de *stent* para el tratamiento de obstrucciones de las arterias coronarias, de arterias carótidas y de arterias renales. Con toda seguridad, debemos reconocer el éxito del *Sistema Nacional de Transplante de Órgãos*, que figura entre los mejores del mundo; sin embargo, no podemos olvidar que el SUS continua siendo sumamente dependiente de contratos con el sector privado.

Es obvio que las limitaciones descritas anteriormente no constituyen algo exclusivo del sistema público de salud brasileño, pues ningún país del mundo posee recursos suficientes para atender todos los procedimientos que el progreso de la biotecnociencia introduce continuamente en el universo terapéutico. En la década de 1990, el francés Luc Montagnier, uno de los científicos que por primera vez describió el virus HIV, ya advertía que la evolución de la medicina sería extraordinaria, pero que, sin embargo, generaría una deuda social de enormes proporciones. Basta considerar el monto que cualquier Estado debe desembolsar para pagar todos los procedimientos de colocación de ortesis, prótesis, *stents* farmacológicos, o que disponga de recursos suficientes para el tratamiento quimioterápico de todos los pacientes oncológicos. Resumiendo: aunque haya victorias para celebrar, es necesario reconocer que tenemos un largo camino por recorrer si queremos cumplir las metas originales que motivaron el establecimiento del *Sistema Único de Saúde* brasileño.

Bibliografía

- ◆ (1) FRIEDMAN, M. *Capitalism and Freedom*, Chicago, University of Chicago, 1961.
- ◆ (2) NOZICK, R. *Anarchy, State and Utopia*, New York, Basic Books, 1974.
- ◆ (3) RAWLS, J. *Justiça como equidade: uma reformulação*, São Paulo, Martins Fontes, 2003.
- ◆ (4) SEN, A. *A Development as Freedom*, New York, Alfred Knopf, 1999.
- ◆ (5) SANDEL, M. *Justiça*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2011.
- ◆ (6) ZAN, J. *Éticas del siglo*. Buenos Aires, Asociación Argentina de Investigaciones Éticas; Ed. Tekhne, 1994.
- ◆ (7) PAIM, J., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., MACINKO, J. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*, publicado Online por The Lancet, 09 de Maio de 2011.
- ◆ (8) BAHIA, L. *Padrões e mudanças nas relações público-privadas: os planos e seguros saúde no Brasil* (tese), Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.
- ◆ (9) NORONHA, J, SANTOS, I. PEREIRA, T. *Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal*. In: SANTOS, NR. AMARANTE, PDC. (orgs) *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES; 2011.
- ◆ (10) Ministério da Saúde-Política Nacional de Humanização. Brasília, DF; <http://portal.saude.gov.br> (acesso em 20/11/2012).
- ◆ (11) BARRETO, ML. TEIXEIRA, MG. BASTOS, FI. XIMENES, RAA. BARATA, RB. RODRIGUES, LC. *Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa* The Lancet Online ,09 de Maio de 2011.
- ◆ (12) SIQUEIRA, JE. *Arte do cuidado* In *Bioética Clínica*: (orgs) SIQUEIRA, JE., ZOBOLI, E., KIPPER, DJ., São Paulo, Gaia , 2008.
- ◆ (13) BIEHL, J., PETRYNA, A., GERTNER, A. AMON, JJ. PICON, PD. *Judicialization of the right to health in Brazil*, Lancet, 2009; 373:2182-2184.