



CUMPLIMIENTO EN SALUD: LA ALTERIDAD COMO INSTRUMENTO DE ACCESO AL DERECHO A LA SALUD.

CUMPRIMENTO EM SAÚDE: A ALTERIDADE COMO INSTRUMENTO DE ACESSO AO DIREITO À SAÚDE.

DOI:

Monica Neves Aguiar da Silva

Vice-diretora da Faculdade de Direito da UFBA.
em Direito das Relações Sociais pela PUC/SP.
Professora de Direito Civil e Bioética do Programa de
Pós-Graduação em Direito da UFBA.
EMAIL: monicaaguiarpsi@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4555-423x>

Claudia Zalazar

Doctora en Derecho y Ciencias sociales por
la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina) Vocal de cámara
en lo Civil y Comercial de Córdoba, Presidenta de
la Sala de Derecho a la Salud del Centro de Investigación en
Ciencias Jurídicas de la Universidad Blas Pascal (UBP).
EMAIL: cursoszalazar@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7956-1016>

RESUMEN: Discutir la necesidad del cumplimiento en el SUS - Sistema Único de Salud y en el sistema complementario como medio para asegurar el cumplimiento de los principios de universalización, integralidad y equidad. Método: Estudio teórico-reflexivo. Resultados: El cumplimiento en el SUS es de gran importancia ya que se refiere a temas de salud y vida. Su ocurrencia debe extenderse al sistema complementario para permitir el debido cumplimiento de los llamados principios doctrinales del SUS. Además de la moral, un arquetipo que se exterioriza en el derecho a través de la implementación de reglas, es necesario invertir cada vez más en la ética, que representa una mayor madurez del ser humano y del sistema en el que se incluye mientras trabaja. con la elaboración de arquetipos del bien y del mal.

DESCRIPTORES: Sistema Único de Salud; Cumplimiento de la salud; Principio moral; Moral;

RESUMO: Discutir a necessidade de compliance no SUS – Sistema Único de Saúde e no sistema complementar como meio de assegurar o cumprimento dos princípios da universalização, integralidade e equidade. Método: Estudo teórico-reflexivo. Resultados: A compliance no SUS tem grande importância por se referir a questões saúde e vida. Sua ocorrência deve ser estendida ao sistema complementar para permitir o adequado cumprimento dos chamados princípios doutrinários do SUS. Para além da moral, arquetipo que se exterioriza no direito pela implementação de regras, deve-se investir, cada vez mais, na ética, que representa maior amadurecimento do ser humano e do sistema no qual se inclui, pois trabalha com a elaboração dos arquetipos do bem e do mal.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Compliance em saúde; Ética; Moral;

SUMARIO: 1. Introducción; 2. La importancia de las políticas públicas para la promoción del derecho a la salud; 3. La equidad en el acceso integral a la salud; 4. Incidencia del compliance para lograr el acceso con equidad a la salud; 5. conclusión; 6. Bibliografía.

1 INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud en Brasil, como apunta su Constitución Federal de 1988, es un derecho de todos y un deber del Estado, basado en el art. 196 de la Constitución y garantizado por medio de políticas sociales y económicas destinadas a reducir el riesgo de enfermedades, y a garantizar el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación. A través de este dispositivo legal, el término salud se ha constituido como un derecho humano reconocido igualmente a toda la población, más allá de ser un medio de preservación y de calidad de vida, emergiendo, así, como un factor de contribución para el ejercicio de la ciudadanía.

Así, la salud representa una preocupación constante en la vida de cada ciudadano, como un elemento fundamental para las necesidades de seguridad y en muchos aspectos del buen vivir en comunidad. Es por ello que la solución para el acceso igualitario al derecho a la salud, en parte, es atribuida a sectores de la política económica y social del país, sumado al esfuerzo conjunto de toda colectividad representada por la sociedad.

Hoy, en la sociedad contemporánea y más aún frente a la pandemia, la salud es indiscutiblemente un derecho fundamental, además de ser también una importante cuestión social. Cuando los gobiernos tienen el objetivo de mejorar las condiciones de salud de todos los ciudadanos, se muestra necesario que inviertan recursos en políticas públicas de salud, capaces de diseñar programas efectivos para su promoción. Sin embargo, garantizar el acceso igualitario a condiciones de vida saludable y satisfactoria a cada ser humano constituye un principio fundamental de justicia social y, entonces, exige también una gran productividad compleja por parte de la sociedad y del Estado, necesitando intensos esfuerzos para coordinar las intervenciones económicas, sociales y sanitarias a través de una acción integrada.

En este orden para el pleno desarrollo de cada persona, debe exigirse no solo la garantía del acceso universal a la salud, sino también su efectivo cumplimiento y satisfacción, a través de la activa intervención de un Estado basado en la dignidad de la persona humana; buscando retirar obstáculos y promover salud para todos sus ciudadanos, pues derecho a la salud es derecho a la vida, el bien máximo de cada ser humano como miembro de un Estado Democrático de Derecho que tiene (o debería tener) como ámbito el ejercicio efectivo de la ciudadanía.

A través de la premisa de que el derecho a la salud es igual a la vida de todos los seres humanos, significa también que, en los casos de enfermedad, cada uno tiene el derecho a un tratamiento digno de acuerdo con el estado actual de la ciencia médica, independientemente de su situación económica, bajo pena de no tener mucho valor su consagración en normas constitucionales (SILVA, 2002).

El derecho a la salud en Brasil, a partir del artículo 196 y la utilización del artículo 197, los dos de la Carta Constitucional, retratan la relevancia pública de las acciones y servicios de salud, correspondiendo así, al Poder Público disponer, en los términos de la ley, sobre su reglamentación, fiscalización y control. Así, su ejecución debe ser hecha directamente o a través de terceros, ya sea por persona física o jurídica de derecho privado (MORAES, 2001). Entonces, en la conformidad del artículo 196, el derecho a la salud, respaldado por dicha disposición legal, es un programa al que debe ser atendido por el Estado, por medio de regla de contenido programático, a través de la cual se fijan vectores más grandes que apuntan para direcciones y objetivos atendidos por la acción estatal (RAMOS, 1995).

De esta forma, es posible visualizar la conciencia de ciudadanía expresa en la Constitución, la cual ha enumerado una lista casi exhaustiva de derechos y garantías individuales, además, por supuesto, de los derechos sociales. Es en este nivel que se encuentra el derecho a la salud, o sea, un derecho fundamental social de segunda generación (VARGAS, 1997).

2 LA IMPORTANCIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PROMOCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

Basado en que el derecho a la salud, es un inequívoco deber del Estado – aquí comprendido por las tres esferas del gobierno, a saber: Ciudad, Estado y Unión – para llevar a cabo políticas públicas destinadas a garantizar el amplio disfrute de este derecho por toda la población, es necesario que las normas constitucionales y legales del SUS se implementen satisfactoriamente, pero, principalmente, que las mismas sean cumplimentadas.

Para eso, las políticas públicas sanitarias son una alternativa para poner en práctica las ideas del SUS, razón por la cual necesitan ser pensadas y cumplidas de manera racional para que el sistema sea posible y alcanzable, de acuerdo con sus directrices constitucionales y con el principio de la universalidad, de la integralidad y de la equidad.

En este contexto, la Ley Orgánica de la Salud – Ley nº 8.080/90, establece que la salud es un derecho fundamental del ser humano, debiendo el Estado proveer las condiciones indispensables a su pleno ejercicio. Por esta disposición, el hecho de que constituye un derecho fundamental hace que la salud sea un derecho capaz de exigir determinadas conductas estatales para realizar su ejercicio completo, tanto con respeto al aparato técnico necesario, como a las acciones educativas, el destino de recursos y creación de servicios especiales indispensables para el tratamiento adecuado de la salud (DALLARI apud SOUZA, 2015).

A partir de la premisa de que el Estado debe actuar para garantizar el derecho a la salud, es importante enseñar lo sustancial que es su actuación en las políticas públicas referidas al derecho a la salud, especialmente aquellas que piensan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Este tipo de actividades, al mismo tiempo que implican muchos servicios, también sirven para evitar que la salud sufra algún daño. Esto es así, porque si bien es el Estado el que tiene el deber de actuar en todos los elementos

de protección del derecho a la salud (de curación, de prevención y de promoción), son las políticas públicas de promoción de la salud las cuales abarcan actividades de prevención de enfermedades, que actúan antes que el derecho a la salud sea afectado, preservándolo el máximo posible y evitando la enfermedad, teniendo su enfoque en la salud y no en la enfermedad.

En efecto, la Constitución Federal de 1988 determina que el deber de proveer la salud puede ser concretizado por medio de tres tipos de políticas públicas: políticas de protección, políticas de recuperación y políticas de promoción de salud, y todas ellas deben preservar el acceso universal e igualitario a los servicios prestados, en los exactos términos del artículo 196.

Considerando la definición del derecho a la salud, su ejercicio requiere que este derecho no esté vinculado solo a la inexistencia de enfermedades, ya sean instaladas o específicas y evitables, sino también a una vida de bienestar y felicidad (BRASIL, 2002). Este tipo de pensamiento político fue concretizado en Brasil en la CF/88 y demás legislaciones del SUS, que poseen elementos de desarrollo de estrategias de promoción de salud, especialmente a través de los principios de la universalidad, integralidad y equidad, agregadas a las pautas de la descentralización y jerarquía, que son potencializados por las políticas públicas de salud (BRASIL, 2002).

Así, políticas públicas de salud necesitan ser prioridades en la agenda política de los gobiernos, para disminuir las innumerables desigualdades existentes en el área sanitaria y también en el ambiente comunitario como un todo, objetivando mantener como enfoque la atención a las premisas esenciales del SUS.

Finalizando, se puede ratificar la imposibilidad de dissociar el derecho a la salud de las políticas públicas, percibiendo así, un sólido instrumento de efectividad y exigibilidad de los derechos fundamentales sociales, en dirección a la positividad del ejercicio de la ciudadanía, representada no solo por la concretización de derechos, sino también por la perspectiva de afirmar principios como el de la solidaridad y de la

igualdad, puesto que el derecho a la salud es derecho a la vida, el bien máximo de la humanidad.

3 LA EQUIDAD EN EL ACCESO INTEGRAL A LA SALUD

El acceso universal se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. Se logra a través de la eliminación progresiva de obstáculos que impiden que las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados de manera equitativa a nivel nacional. La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema para responder a las necesidades de la población, lo cual abarca disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluidos medicamentos) y financiamiento.

El SUS implica que los mecanismos de organización y financiación alcancen a toda la población: no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y la equidad, pero sienta los fundamentos necesarios. El acceso universal a la salud implica que todas las personas y comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional y de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles. A la vez, se asegura que la utilización de esos servicios no exponga a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad.

El acceso universal a la salud obliga a definir e implementar políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales y fomentar el compromiso de toda la sociedad con el fin de promover la salud y el bienestar, ya que en definitiva son el fundamento de un sistema de salud equitativo.

Ahora bien, dado que nadie puede garantizar “todo para todos”, el modo de racionar o “administrar la escasez” se convierte en un gran debate actual. Lo que no

puede obviarse es que la escasez es un hecho y que debe enfrentarse de un modo racional, basado en evidencia y de cara a la ciudadanía. Dicho debate no es exclusivamente técnico, sino también político, y debe resolverse a través del ejercicio de la democracia. Lo que ya no es aceptable son las ofertas cargadas de populismo de “todo para todos y al mismo tiempo”, que se traducen en “acceso universal a listas de espera” o, por otro lado, “paquetes básicos” que se limitan a contener costos y ofertar “pobres servicios para los pobres”, consagrando la inequidad.

En la medida en que los gobiernos avanzan hacia el acceso universal a la salud es esencial ampliar los servicios a los grupos en situación de vulnerabilidad, priorizando las intervenciones que respondan a las necesidades insatisfechas y a los desafíos en salud, tales como mortalidad materna e infantil, enfermedades crónicas, infección por el VIH, tuberculosis, violencia, urbanización, falta de acceso a agua potable y servicios ambientales, impacto del cambio climático, entre otros.

De cualquier modo, hay consenso en que la proporción de los gastos de bolsillo está directamente relacionada con la inequidad. Empero, hoy en día algunos países europeos, como España, Italia y Alemania, después de haber avanzado hacia una cobertura universal y gratuita para la mayoría de las prestaciones, proponen lo siguiente para reducir costos: moderar el uso de medicamentos; estimular el consumo de genéricos; desincentivar las consultas múltiples; orientar a los pacientes por medio de médicos de familia; orientar a que se usen los prestadores de menores costos y mejor calidad; y promover hospitalizaciones de menor duración.

Esto requiere de políticas, planes y programas que sean equitativos y eficientes, y que respeten las necesidades diferenciadas de la población. La equidad en salud implica ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a servicios integrales, oportunos y de calidad, en la contribución financiera y en el acceso a entornos saludables. El género, la etnia, la edad y la condición económica y social son determinantes específicos, que inciden de forma positiva o negativa en la inequidad en

salud. Las políticas sociales y económicas contribuyen a que haya diferencias en las oportunidades y pueden afectar la capacidad tanto de hombres como de mujeres para otorgar prioridad a la salud.

Los sistemas de salud eficientes y participativos requieren del compromiso de la sociedad, con mecanismos claros de inclusión, transparencia y rendición de cuentas, de participación multisectorial, de diálogo y consenso entre los diferentes actores sociales. También suponen el compromiso político firme y de largo plazo de las autoridades a cargo de formular políticas, legislaciones, reglamentaciones y estrategias para acceder a servicios integrales, oportunos y de calidad.

Este compromiso debe incluir, según sea apropiado, un marco conceptual y jurídico que asegure el acceso equitativo a los servicios y coloque a la salud como prioridad fiscal, permitiendo un nivel de financiamiento suficiente, sostenible, solidario y eficiente. La evidencia sugiere que la inversión en salud es un motor para el desarrollo humano sostenible y el crecimiento económico.

El abordaje para reducir la inequidad en salud se hace más complejo por los patrones epidemiológicos y demográficos emergentes. La coexistencia de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la violencia (incluida la de género), el aumento de la esperanza de vida y la urbanización demandan respuestas diferentes e innovadoras de los sistemas y servicios de salud. Al mismo tiempo, persisten problemas de exclusión y falta de acceso a servicios de calidad, cultural y lingüísticamente apropiados para amplios sectores de la población. La falta de universalidad al acceso y de una cobertura apropiada tiene un considerable costo social, con efectos catastróficos sobre los grupos poblacionales más vulnerables. La evidencia indica que, cuando el acceso a los servicios está comprometido, la mala salud no sólo implica mayores gastos sino también pérdida de ingresos, lo que genera un círculo vicioso de enfermedad y pobreza en las familias.

Las poblaciones en situación vulnerable, en extremos de la vida, las mujeres, los niños y niñas, las minorías étnicas, las poblaciones indígenas y afrodescendientes, los migrantes, los pacientes con enfermedades crónicas o incapacitantes, entre otros, son los grupos más afectados por este problema. Persisten profundos desequilibrios y brechas en la disponibilidad, distribución, composición, competencia y productividad de los recursos humanos de salud, que se acentúan en el primer nivel de atención.

El acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías de salud seguras y eficaces continúan siendo un reto, lo que afecta la calidad de atención. Los problemas de suministro, la subutilización de medicamentos esenciales y genéricos de calidad, las regulaciones débiles, los sistemas inadecuados de gestión de compras y suministros, los impuestos a los medicamentos, el pago de precios excesivos y el uso inapropiado e ineficaz de los medicamentos y otras tecnologías de salud constituyen desafíos adicionales para lograr el acceso universal.. La falta de financiamiento adecuado y la ineficiencia en el uso de los recursos disponibles representan retos importantes en el avance hacia el acceso universal a la salud.

La segmentación y fragmentación observadas en la mayoría de los sistemas de salud generan inequidad e ineficiencias, que comprometen el acceso universal, la calidad y el financiamiento. Estos problemas se perpetúan por la falta de capacidad regulatoria, al igual que por la verticalidad de algunos programas de salud pública y su falta de integración a nivel de la prestación de los servicios. Los modelos de atención no suelen responder de manera adecuada a las necesidades diferenciadas de salud de las personas y las comunidades. El esquema predominante en algunos países se basa en la atención episódica de condiciones agudas en centros hospitalarios, a menudo con uso excesivo de tecnologías y médicos especialistas. Las inversiones y reformas de los sistemas de salud no siempre se han dirigido a los nuevos desafíos, ni se ha logrado incorporar adecuadamente las nuevas tecnologías y la innovación en la gestión y la prestación de servicios.

El diseño de servicios integrales y de calidad debe incluir la evaluación de tecnologías de salud, según sea necesaria. Esto requiere mecanismos de participación social y transparencia en las diferentes fases del proceso y el acompañamiento de guías de prácticas asistenciales en red, que permitan disminuir la variabilidad, desintegración de la práctica clínica y falta de coherencia entre necesidades, decisiones e inversión, asegurando así la calidad técnica, la efectividad y la continuidad en la atención.

Estos planes deben incluir metas definidas, que se monitoreen y evalúen, instituyendo mecanismos para la participación social en esos ámbitos, promoviendo la transparencia y ampliando las capacidades para el monitoreo.

El marco legal y regulatorio debe reflejar el compromiso con el acceso universal a la salud, con medidas y recursos necesarios para el logro y la propia adaptación de acuerdo con los instrumentos jurídicos internacionales, incluidos los derechos humanos y otros elementos relacionados con la salud que sean aplicables.

La toma de decisiones sobre los servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, universales, progresivos y de calidad debe basarse en la evidencia y considerar la perspectiva ética, cultural y de género según el contexto nacional.

En este contexto resulta necesario fortalecer y desarrollar la reglamentación y las entidades, como instrumentos y mecanismos eficaces para favorecer el acceso y la calidad de los servicios de salud, la formación y capacitación, la distribución y desempeño adecuado de los recursos humanos y la movilización y asignación de recursos financieros, a fin de promover la equidad, la protección contra dificultades financieras, la calidad y el uso de las tecnologías de salud en beneficio de las personas y la participación de todos los sectores en el avance hacia el acceso universal a la salud.

Asimismo se debe mejorar la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud, lo que implica, entre otras cosas: implementar modelos de atención centrados en las personas, las comunidades y la provisión de servicios de calidad; alinear

los mecanismos de pago con los objetivos del sistema; racionalizar la introducción y el uso de medicamentos y otras tecnologías de salud con un enfoque integrado y multidisciplinario, basado en evidencias; mejorar los mecanismos de abastecimiento de dispositivos médicos, medicamentos y otras tecnologías de salud; optimizar la gestión del suministro; aprovechar las economías de escala; adoptar procesos transparentes de compra; y luchar contra la corrupción. Según el informe mundial sobre la salud de la OMS para 2010,⁹ la falta de eficiencia provoca entre un 30 y un 40% del gasto total en el área. Por lo tanto, es un imperativo ético asegurar que los recursos financieros dirigidos al acceso a la salud se desembolsen de forma adecuada y transparente para ofrecer más y mejores servicios a toda la población, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad. La asignación eficiente del gasto público destinado a la salud es una condición necesaria para reducir las inequidades en el marco del acceso universal a la salud y —reconociendo las particularidades de los países— debe estar orientada prioritariamente al primer nivel de atención, para mejorar su capacidad resolutoria y de articulación de las redes de servicios.

4 INCIDENCIA DEL COMPLIANCE PARA LOGRAR EL ACCESO CON EQUIDAD A LA SALUD

Las actividades de la gestión en Compliance se centran en intervenir antes de que se materialice el riesgo, teniendo en cuenta que no hay actividad que no implique asumir un riesgo, cumpliendo y haciendo cumplir las obligaciones y compromisos y evitando los costes ligados al incumplimiento.

Desde el inicio de la humanidad se han buscado maneras de protegerse contra los riesgos que afectan y son de gravedad, ya sea por cuestiones de imagen, económicas o de organización, y en ese marco de defensa se han ido perfilando las actuaciones de la empresa, mejorando en pro de la efectividad, eficiencia y eficacia, al mismo tiempo que se busca una reducción de los costes empresariales consecuencia de la comisión de un riesgo por la falta de planificación o control sanciones administrativas [multa, cierre

temporal de locales, retirada de concesión o licencia de actividad, comiso, inhabilitación para contratar, reposición al estado originario, indemnizaciones], daño a la imagen y a la reputación, etc. En el caso de los centros sanitarios la Compliance no debe limitarse a los riesgos penales, a saber, los delitos que generan responsabilidad de las personas jurídicas, sino también los relacionados con la atención sanitaria y la seguridad del paciente tanto por su magnitud y consecuencias, como por la afectación para la salud del paciente como para la economía del propio centro sanitario.

Si bien en el modelo ideal el sistema de cumplimiento debe actuar para reducir o prevenir la materialización del riesgo, también busca definir una línea de conducta que pueda prevenir y corregir los criterios de acciones previas para evitar daños.

Por ello, es importante centrarse en el ejercicio de la función planificadora de los criterios de cumplimiento, personas que tienen la intuición como función tipológica superior, porque son personas que utilizan la percepción global y perciben "... los significados, relaciones y posibilidades futuras de Información recibida". A diferencia de quienes, por ser del tipo sensación, se ocupan del aquí y ahora, el tipo intuitivo siempre está en busca de "... capturar los estándares generales que guían una situación" .

En salud, es fundamental asegurar que el cumplimiento funcione tanto en el ámbito del sistema público de salud, como en el sistema comunitario y privado, y en este también a nivel de la práctica o clínica privada.

El mayor desafío para aplicar el cumplimiento en el área de la salud es precisamente saber que lo que está en riesgo no es solo la salud, sino, sobre todo, la vida. Partiendo de este supuesto, es importante señalar que en este entorno deben observarse varios aspectos: la privacidad de los datos; gobernanza relacionada con el entorno laboral en términos de los profesionales involucrados; seguridad del paciente; seguridad en el intercambio médico y científico; ética en el desarrollo de la investigación; el uso adecuado de la autonomía del médico; la participación del paciente, cuando sea posible, o de sus familiares en otros casos, en las decisiones sobre

su salud; la calidad de los productos médicos utilizados; la formación adecuada del personal que tiene o no contacto con el paciente; la mitigación del riesgo de infección; En otras palabras, el cumplimiento sanitario es sin duda el que engloba los mayores retos a superar.

En cualquiera de estas subáreas, es importante señalar que la búsqueda de la excelencia en el cumplimiento depende, esencialmente, de cambiar un simple cumplimiento basado en la moral, aquí entendido como un conjunto de reglas, por uno basado en la ética que llega a entender el sistema. basado en la integridad de la conducta

En este sentido, la madurez aparece a través de una mirada que percibe al otro no de forma simbiótica basada en sentimientos, ni de forma jerárquica basada en el poder. Debe guiarse por la alteridad, que se basa en la dialéctica de la empatía, sin perder de vista la presencia de esos otros dos paradigmas que también deben estar presentes de manera estructurante.

Esto se debe a que, mientras la moralidad tiene como objetivo regular el comportamiento social, la ética tiene como ámbito la relación del sujeto con el bien y el mal. Así, nos encontramos con varios casos en los que sabemos que la conducta es éticamente inapropiada, pero lo justificamos diciendo que no es ilegal.

Por eso, sostenemos que la ética es una forma más madura de tratar con el otro en el mundo. Y, principalmente, en el ámbito de la salud y la vida.

Por lo tanto, para el mejoramiento de los sistemas de cumplimiento en salud, no solo debemos ceñirnos a las reglas insertadas por el sistema regulatorio externo, ni siquiera a las indicadas por la normativa interna de cada institución,

En efecto, los profesionales de la salud deben actuar con amor y el conocimiento científico que poseen puede ser el sentido de la jerarquía, pero ambos dinamismos solo

se pondrán debidamente al servicio del cumplimiento de la salud si se ejercen en medio de la alteridad.

En el sistema público de salud, el embrión del cumplimiento puede extraerse de la interpretación del art.1 de la Ley 8142/90, que trata de la participación comunitaria en la gestión del SUS.

En efecto, al establecer en su artículo primero que los Consejos de Salud presentes en todos los ámbitos de Gobierno tienen en su composición representantes de gobierno, prestadores de servicios, profesionales de la salud y usuarios, la ley busca además de establecer el ejercicio de una función deliberativa, actuar en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de la política de salud en la instancia correspondiente. Esto permite concluir que, en la formulación de estas estrategias y en el control de ejecución, se puede insertar el cumplimiento, como capaz de reducir daños y mitigar riesgos.

En efecto, al establecer en su artículo primero que los Consejos de Salud presentes en todos los ámbitos de Gobierno tienen en su composición representantes de gobierno, prestadores de servicios, profesionales de la salud y usuarios, la ley busca además de establecer el ejercicio de una función deliberativa, actuar en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de la política de salud en la instancia correspondiente. Esto permite concluir que, en la formulación de estas estrategias y en el control de ejecución, se puede insertar Y, dado que el sistema complementario de salud lo llevan a cabo entidades no gubernamentales, esta función de los consejos también se extiende a ellos.

De ahí la intrigante tarea que se plantea en el Brasil: extender el sistema de cumplimiento de la lógica del SUS a toda la red privada que lo complementa, y hacerlo, aunque esté aliado con el cumplimiento de cada uno de las entidades no-estatales que lo complementan, utilizando sus propios criterios éticos.

5 CONCLUSIÓN

Calificados como principios doctrinales del SUS la universalidad, la integralidad y la equidad son fundamentales para el cumplimiento del derecho fundamental a la salud, según lo dispuesto en el artículo 196 de la Constitución Federal.

En este sentido, es importante reconocer que el acceso universal a la salud requiere definir e implementar políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales y fomentar el compromiso de toda la sociedad con el objetivo de promover la salud y el bienestar, ya que en definitiva son el fundamento de un sistema de salud equitativo.

Las entidades privadas y comunitarias que forman parte del sistema único de salud, particularmente en la atención terciaria también deben estar sujetas al sistema de cumplimiento.

Por lo tanto, es importante expandir el sistema de cumplimiento para llegar a estos socios.

El cumplimiento debe extenderse más allá de los médicos a los profesionales de la salud y los asistentes involucrados en la atención, ya sea clínica, ambulatoria u hospitalaria.

Es fundamental utilizar la alteridad como herramienta de complacencia en el campo de la salud, sin olvidar los arquetipos del amor y el poder, ejercidos de manera estructurante.

La alteridad es un instrumento esencial que debe orientar todas las relaciones humanas, especialmente aquellas que tienen por objeto el derecho a la salud y la vida, ya que son los más esenciales entre los derechos fundamentales.

6 BIBLIOGRAFÍA

BRASIL. Ministério da Saúde (2002): Política nacional de promoção da saúde (documento restrito). Brasília. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf. Acesso em: feb. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf. Acesso em: feb. 2020.

BRASIL. Constituição (1988): Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.

BRASIL. Lei 8142, de 28 de dez de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Acesso em: out 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

BYINGTON, Carlos Amadeu Botelho. Psicologia Simbólica Junguiana: Aviação de humanização do cosmos em busca da iluminação. 2ª. São Paulo: edição do autor, 2015.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir (1995): Sistema único de saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 1990 e 8.142 de 1990. 2. ed. São Paulo: Hucitec.
COSTA, Ademar Antunes da (2007): Cidadania e direitos humanos no marco do constitucionalismo. In: COSTA, Marli M. M. da. Direito, cidadania e políticas públicas II. Porto Alegre: Imprensa Livre.

DALLARI, Dalmo de Abreu (1985): Viver em sociedade. São Paulo: Moderna Ltda.

DALLARI, Sueli Gandolfi (1987): A saúde do brasileiro. São Paulo: Editora Moderna, 1987.

DIAS, Hélio Pereira (1995): A responsabilidade pela saúde – Aspectos jurídicos. Rio de Janeiro: Fiocruz.

FIORIO, Carlo (2002): Libertà personale e diritto alla salute. Padova: CEDAM.

HEIDMANN, Ivonete T. S. Buss et al (2006): Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. In: Texto Contexto Enferm. Florianópolis. Abr-jun. p. 352-8.

JÚNIOR, Edilson Pereira Nobre. O direito brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana. Disponível em: <http://www.jfrn.gov.br/docs/doutrina93.doc>. Acesso em: feb. 2020.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (2012): Políticas Sociais e de Saúde. Rio de Janeiro: CEBES.

MARTINI, Sandra Regina; STURZA, Janaína Machado; FINCO, Matteo (2019): Direito à saúde: ponte para a cidadania. Porto Alegre: Evangraf.

MORAES, Alexandre (2001). Direito constitucional. 10. ed. São Paulo: Atlas S. A.

MORAIS, Jose Luis Bolzan de (1997): Do direito social aos interesses transindividuais. Porto Alegre: Livraria do advogado.

NETO, Eleutério Rodriguez (2003): Saúde – Promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz.

OST, François (1995): A natureza à margem da lei – Ecologia à prova do direito. Trad. Joana Chaves. Lisboa: Instituto Piaget.

PENTEADO, Regina Zanella; SERVILHA, Emilise Aparecida Merlin (2004): Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o programa da promoção da saúde. In: Distúrbios da comunicação. p. 107-116, São Paulo. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/11631/8357>. Acesso em: feb. 2020.

PODVAL, Maria Luciana de Oliveira (2003): A tutela específica em face do poder público. Políticas públicas de saúde e o princípio constitucional da separação dos poderes. Revista da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo, São Paulo, n. especial, p. 167-194, jan./dez.

RAMOS, João Saulo (1995): Serviços de saúde prestados pela iniciativa privada e o contrato de seguro-saúde. Revista dos Tribunais, São Paulo, n. 12, p. 281-290, jul./set.

SANTOS, Boaventura de Sousa (2001): A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 3. ed. São Paulo: Cortez.

SARLET, Ingo Wolfgang (2001). Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988. Porto Alegre: Livraria do Advogado.

SCHWARTZ, Germano (2004): O tratamento jurídico do risco no direito à saúde. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora.

SILVA, José Afonso da (2002): Curso de direito constitucional positivo. 20. ed. São Paulo: Malheiros Editores.

SOUZA, Simone Letícia Severo e (2015): Direito à saúde e políticas: do ressarcimento entre gestores públicos e privados da saúde. Belo Horizonte: Del Rey.

SOBRINHO, Liton Lanes Pilau (2003): O direito sanitário: uma perspectiva democrática deliberativa. Revista Justiça do Direito, Passo Fundo, n. 1, p. 28-36.

VARGAS, Glaci de Oliveira Pinto (1997): Direito e saúde: formas de controle social sobre serviços e ações de saúde. Revista do Curso de Direito da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, n. 1/2, p. 47-60, dez.

VIEIRA, Listz (2001): Os argonautas da Cidadania. A sociedade civil na globalização. Rio de Janeiro: Record.

ZACHARIAS, José Jorge de Moraes. Tipos: a diversidade humana. São Paulo, VETOR, 2006.
ZEIFERT, Anna Paula Bagetti; STURZA, Janaína Machado (2019): As políticas públicas e a promoção da dignidade: uma abordagem norteada pelas capacidades (capabilities approach) propostas por Martha Nussbaum. Rev. Bras. Polít. Públicas, Brasília, v. 9, n. 1 p.114-126.

Como citar:

NEVES, Monica Aguiar da Silva. ZALAZAR, Claudia. Cumplimiento en salud: la alteridad como instrumento de acceso al derecho a la salud. **Revista Brasileira de Direito Animal – Brazilian Animal Rights Journal**, Salvador, v. 18, p. 1-18, jan./dez 2023. DOI: (endereço do DOI desse artigo). Disponível em: www.rbda.ufba.br.

Originals recebido em: 30/04/2023.

Texto aprovado em: 02/05/2023.