



II Foro Regional de Reflexión Bioética:

“Las nuevas pobrezas en Latinoamérica”

Autores: Miembros de las Comisiones de Bioética de las Provincias de Colombia, Sudamericana Meridional, Sudamericana Septentrional y Delegación General de México, Cuba y Honduras.

Expositora: Mg. Dra. Silvia N. Oger.

Delegada General de la Línea Bioética para la Región de Latinoamérica.

Resumen:

La situación de pobreza, entendida como la ausencia de los recursos indispensables que aseguren una calidad de vida digna, ofrece ciertas particularidades en la región de Latinoamérica.

Desde la Línea Bioética de la Región, se propició la elaboración de un foro de reflexión, donde los Hermanos y Colaboradores responsables de Bioética en cada sede, efectuaran un análisis del tema y su impacto en el área de la salud.

Asimismo el objetivo fue también continuar en el camino de un trabajo fructífero que nos integra como región y potencia las fortalezas, más allá de las capacidades individuales, maximizando los resultados.

Finalmente, fue una valiosa oportunidad para conocer las diferentes realidades y acciones que se realizan en los Centros donde la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, lleva adelante su misión.

De este modo, se presenta el texto completo con los aportes brindados por los autores pertenecientes a las Provincias y Delegaciones de la Orden en Latinoamérica, de habla hispana.

II Foro Regional de Reflexión Bioética:

“Las nuevas pobrezas en Latinoamérica”

Presentación:

Con sumo agrado me complace en presentar la recopilación del nuevo foro Regional de reflexión bioética. La Línea Bioética la región de Latino América, se propuso como uno

de sus objetivos en la planificación del sexenio, la investigación de temas actuales con el análisis ético respectivo.

De este modo se invitó a las Comisiones de Bioética de las Provincias y Delegaciones de la Orden en la Región de habla hispana, a participar a través de la comunicación de sus propias realidades, respondiendo a tres premisas en referencia al tema:

1. Identificar las nuevas pobrezas y su impacto en el área de la salud.
2. Revelar los Principios Bioéticos involucrados en el tema.
3. Compartir las propuestas y acciones que realizan.

Agradeciendo al Hermano Delegado General para la Región, Jairo Urueta Blanco y a todos los Hermanos Superiores Provinciales y Delegados, por la animación en la disciplina, como también a todos los autores por su trabajo y compromiso.

Mg. Dra. Silvia Oger.

Delegada General de Bioética, Región de Latinoamérica.

Participantes:

- Delegación General de México y América Central, patrocinio de Nuestra Señora de Guadalupe. Delegado General Hno. Merced Ulloa.
- Provincia Colombiana, patrocinio de Nuestra Señora del Buen Consejo. Superior Provincial Hno. Juan Carlos Tovar Huertas.
- Provincia Sudamericana Septentrional, patrocinio de Nuestra Señora y del Venerable Padre Francisco Camacho. Superior Provincial Hno. William Pintado.
- Provincia Sudamericana Meridional, patrocinio de San Juan de Ávila. Superior Provincial Hno. Luis Alberto Mojica Paz.

1) **Reflexión de la Delegación General de México y América Central,**

Cuba y Honduras

Introducción:

Inseguridad, desempleo, inequidad, pobreza, con sus consecuentes faltas de oportunidades son factores que desafortunadamente acompañan a la enfermedad mental y podemos observarlo en el cotidiano ir y venir de los pacientes en nuestro centro, Hospital San Juan De Dios, Zapopan, México.

Así como en el entorno familiar de los pacientes sobrevienen dificultades específicas cuando se trata de su atención, tales como problemas para entender de manera multidimensional el concepto y abordaje de la enfermedad mental.

Las carencias personales también se suman a la falta de información, a la ignorancia, y al padecimiento que por sí mismo supone una serie de desventajas en lo relativo a la reinserción social.

El seguro popular el cual es un modelo de aseguramiento en salud mexicano perteneciente al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que tiene como objetivo financiar la prestación de servicios de salud a las personas que no están afiliados a servicios de Seguridad Social, (IMSS, ISSSTE, IPEJAL). El Seguro popular ha disminuido la calidad de la atención a los pacientes, pues se ha dado prioridad a la optimización de los tiempos de consulta (reducción del tiempo que se dedica a cada paciente con la finalidad de incrementar la cantidad de atenciones “dar más consultas”), sacrificando la relación médico-paciente. Este organismo público no cubre los servicios de salud mental y no realizan convenios con centros hospitalarios de salud mental como el nuestro, para brindarles atención a la población que sufre y padece una enfermedad mental.

El presupuesto destinado en nuestro estado de Jalisco para cubrir los servicios de salud es insuficiente o bien, ha sido mal distribuido, pues no se cubren las necesidades de la población en cuanto a personal capacitado (Médicos, Psiquiatras, enfermeras, psicólogos, nutriólogos, trabajadores sociales, etc.), Esta situación la vemos reflejada en la atención de los pacientes que están subrogados por el servicio del Instituto De Pensiones Del Estado De Jalisco (IPEJAL), del Instituto Mexicano del seguro social. (IMSS) y del el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en nuestro centro hospitalario.

Los pacientes que no están afiliados a servicios de seguridad social y con una situación económica difícil, generalmente son los que presentan la necesidad de abandonar la estancia hospitalaria y suspender momentáneamente o definitivamente su tratamiento.

Hablando de los trastornos mentales, nos enfrentamos también a la estigmatización y falta de interés por las autoridades de salud (muy poco presupuesto destinado a esta especialidad, pocas instituciones y personal especializado), lo que genera frustración y que nuestros esfuerzos tengan que ser redoblados.

Los programas de salud mental que ha implementado el estado de Jalisco, México no han sido diseñados en base a las necesidades de la población rural; ya que el acceso a los servicios de salud mental es más complicado para quienes viven en zonas alejadas y con dificultades para el transporte.

Cada vez son más frecuentes los padecimientos mentales en niños, niñas y adolescentes que necesitan el internamiento en nuestro centro Hospitalario San Juan De Dios.

El desabasto de medicamentos, los cuales son indispensables para la atención de los pacientes del servicio de IPEJAL IMSS, ISSSTE, puede llegar a coaccionar al clínico en la toma de decisiones respecto al manejo del paciente.

Además de la pobreza económica, es común encontrar carencias socioculturales, que a la fecha perpetúa el estigma social de los pacientes psiquiátricos. Quienes debido a esto pueden ser víctimas de una búsqueda de atención a la salud retrasada, empobreciendo el pronóstico de su enfermedad y una pobre reinserción social y laboral.

En las calles de Jalisco cada vez es más común ver a indigentes, a causa del desempleo y la crisis y, migrantes centroamericanos, muchos de los que van de paso a Estados Unidos o que han sido deportados del vecino país del norte. Desafortunadamente los gobiernos carecen de un programa integral para mitigar el fenómeno.

1. Reflexión bioética a la luz de los principios éticos involucrados

✓ **JUSTICIA:**

No existe a la fecha una equidad en la distribución de los recursos. Algunos de los servicios de salud a los que se les subroga el servicio del hospital tienen presupuestos reducidos asignados al área de psiquiatría, lo cual merma la calidad de atención a la salud. Esto además de la discriminación a la que se ven sometidos los pacientes en el ámbito social, laboral y cuidados asistenciales.

El Principio de Justicia también se vulnera cuando se asocia la enfermedad mental al estigma, y esto redundando en la disminución de oportunidades interpersonales y laborales. Frecuentemente el cuidado del paciente no es equitativo al interior de la familia lo que genera sobrecarga en un familiar.

✓ **AUTONOMIA:**

El Principio de Autonomía, entendido como la capacidad personal de deliberar sobre sus fines y de obrar de acuerdo con sus normas y valores, a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para terceros.

En nuestro Hospital San Juan De Dios hemos reflexionado sobre el “consentimiento informado” y sus características de tal forma que efectivamente se vea respetada la capacidad de decisión del paciente, pero también se considere que está inmerso en un entorno social al que sus

Decisiones pueden impactar de manera negativa. Es común en la población atendida en nuestro centro que los pacientes vean reducida o abolida su capacidad en la toma de decisiones, por lo que frecuentemente los internamientos se realizan de manera involuntaria, y en algunas ocasiones no es el responsable del paciente una buena opción para la toma de decisiones, ya sea porque también tiene su capacidad disminuida o porque ve sus interés por encima de los del propio paciente.

✓ **NO MALEFICENCIA**

Se hace altamente relevante la capacitación del personal que atiende a los pacientes pues el daño puede provenir de médicos y psicólogos que aunque bien intencionados, desconocen modelos de atención actualizados y de vanguardia en la atención a la salud

mental o desmerecen el uso de la psico educación como estrategia de abordaje que previene estigma y auto estigma, y facilita el cuidado y atención del paciente.

✓ **BENEFICENCIA.**

En nuestro centro se provee al paciente con la mejor atención que le podamos brindar, en todos los sentidos incluyendo la alta calidad profesional, provisto de humanidad y atenta a la dimensión espiritual.

2. Acciones que se desarrollan para afrontar las nuevas pobreza.

- ❖ **Psico educación:** Como Agentes de los servicios de Salud Mental brindamos psico educación sobre el entendimiento de la salud Mental y la enfermedad Mental a los pacientes, familiares y a la población en general. Así mismo se llevan a cabo charlas, eventos académicos, programas y publicaciones en redes sociales, con la finalidad de fomentar la prevención y el tratamiento oportuno de las enfermedades Mentales así como la desmitificación de las mismas.
- ❖ **Donación De Medicamentos:** El hospital San Juan de Dios recibe donaciones de medicamentos provenientes de instituciones y/o representantes médicos, las cuales son distribuidas entre nuestros pacientes, así como en otras comunidades de las cuales se ha recibido la solicitud de apoyo, como medida frente al desabasto de medicamento.
- ❖ **Elaboración de Manuales:** Que guían la conducta a seguir para el personal que se encuentra en contacto con el paciente psiquiátrico, con la finalidad de preservar y respetar la autonomía del paciente y evitar la violación a sus derechos humanos
- ❖ **Se Brinda una tención integral a la población que acude a nuestro Centro Hospitalario Hospital “San Juan De Dios”:** Ofrecemos diversas modalidades para la atención (consulta externa u hospitalización, ya sea por **HOSPITAL, PARTICULAR, IMSS, ISSSTE, IPEJAL** etc.), contando con personal que trabaja en equipo (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, nutriólogos). Se realiza un estudio socioeconómico con el propósito de brindar apoyo a pacientes y familiares cuando es posible con la donación de medicamentos, estudios de diagnostico complementarios y/o Cuotas Especiales en el servicio de consulta externa.
- ❖ **Se trabaja conforme a reglamentos y guías de tratamiento clínico, y se vigila el cumplimiento de los mismos.**
- ❖ **Promoción de Programas de Formación al Personal MEDICO Y PARAMEDICO:** Para que logren mayor experticia en el campo clínico y se encuentren actualizados en el ejercicio de la profesión, para que a su vez puedan abordar de manera completa las necesidades del paciente y su familia.

- ❖ **Formación y Capacitación** continúa de los Integrantes del Comité Hospitalario De Bioética.
- ❖ **Revisión de casos Clínicos por el comité Hospitalario De Bioética:** Para poner a la luz de los principios Éticos Involucrados.
- ❖ **Revisión de los Consentimientos Informados desde los principios Bioéticos.**
- ❖ **Se cuenta con un Albergue para Transeúntes e Indigentes:**

El Albergue San Juan Grande está ubicado en Guadalajara Jalisco, México en el diariamente se ofrece más de 120 cenas, mas de 30 servicio de ducha, y cuenta con 30 camas para estancias de noche.

Las situaciones que presentan las personas asistidas son desempleo, están de paso por la ciudad porque van a EU, provienen la mayor parte del sureste del País y de países de Centro América principalmente.

Autores:

- Dra. Beatriz Adriana Díaz Villa. Médica Adscrita a la Clínica de Trastornos Orgánicos. Presidenta del CEA.
- Trabajadora Socia Marcia Lucila Sánchez Virgen. Jefa del Departamento de Trabajo Social. Secretaria del CEA.
- Mtra. Marcela Aguilar Mendoza. Jefa del Departamento de Psicología. Vocal.
- Lic. Eduardo Lozano Ramírez. Encargado de Farmacia. Vocal.
- Enf. Juan A. Franco G. Enfermero de Área de Terapia Electro Convulsiva. Vocal.
- LCP. Concepción Figueroa Muñoz. Jefe del Departamento de Recursos Humanos. Vocal.
- Medico Silvia Guadalupe Solís Gordillo. Psiquiatra Adscrito a la Clínica de Afectivos. Vocal.
- Lic. Noemí Garcia. Adscrita al Departamento de Psicología. Vocal.
- Dr. Francisco Alejandro Ortiz Sánchez. Médico Residente de Psiquiatría. Vocal.

2) Reflexión de la Provincia Colombiana

Esta Provincia desarrolla su Misión a través de siete centros de atención, organizados mediante redes que incluyen la Salud Mental, la Salud General y la Red de Atención Social.

En el contexto colombiano, su reflexión les permitió identificar algunas líneas que estimaron pueden ser consideradas como nuevas pobrezas; las expresan de la siguiente manera:

1. Línea Política.

- a. Las Políticas asistencialistas de los últimos gobiernos que no generan desarrollo y por el contrario mantienen la pobreza y la falta de empoderamiento.
- b. Las políticas del estado que generan falsas expectativas en la comunidad.
- c. Las políticas del estado que lesionan la moral de la comunidad (Ayudas económicas).

2. Barreras de Acceso.

- a. Culturales.
- b. Religiosas.
- c. Social.
- d. Geográficas.

3. Inequidad.

- a. En la distribución de los bienes y derechos.
- b. Acceso a los servicios de salud.
- c. En la prestación de los servicios en salud.

4. Otras.

- a. La corrupción presente en el sector salud del país.
- b. El impacto del desarrollo tecnológico en la humanización del servicio.

En un proceso de reflexión, el Comité Provincial de Bioética por consenso ha decidido reflexionar acerca del tercer punto, relacionado con la inequidad. Para avanzar debemos tener en cuenta que en el país se regula la prestación de los servicios en salud a partir de la promulgación de la ley 100 del año 1993.

Dicha norma procura dar cumplimiento al mandato de la constitución política de 1991, declarando la salud como un derecho fundamental de todo colombiano. Se basa en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Según la norma y sus principios el derecho a la salud se garantiza a partir del ejercicio de la justicia distributiva, donde los recursos aportados por los diferentes actores del sistema.

Ellos son: el Estado, los empleadores y los empleados; dichos recursos son confiados a un adecuado manejo a los aseguradores como ordenadores del uso del sistema en salud, para ser distribuidos a los ciudadanos, según las necesidades de cada uno de ellos.

Causas de la inequidad:

1. Acceso a los Servicios de Salud:

A pesar del aumento en la cobertura del aseguramiento del 56,9% al 90,8% registrado entre 1997 y 2015, no sucedió lo mismo con el acceso a los servicios de salud en Colombia.

Los datos develados por la Encuesta Nacional sobre la Calidad de Vida, demuestran que, el porcentaje de personas que utilizó los servicios médicos al momento de necesitarlos, disminuyó en el mismo período al pasar de 79,1% a 75,5%,

De allí nace la primera nueva forma de pobreza, ya que al haber ciudadanos no asegurados, los mismos de inmediato se encuentran limitados para poder acceder a los servicios en salud.

Sumado a ello, otros a pesar de estar asegurados no tienen acceso a los servicios en salud debido a las dificultades económicas del sistema; que provoca que las instituciones prestadoras seleccionen a los usuarios, según el asegurador que este tenga.

2. Inadecuada distribución de los recursos:

Los aseguradores son los administradores de los recursos, reciben una cantidad de dinero mensual denominada UPC (Unidad Per cápita), para la atención de sus afiliados. Ellos provienen del sector empresarial y por un empleo formal o de forma individual ya que poseen los recursos económicos para afiliarse a un seguro o del estado en el caso de aquellos colombianos que se encuentran menos favorecidos.

Esto hace que cada asegurador cuente con recursos limitados para la atención en salud y que su poder de negociación tarifaria sea menor; esto limita el acceso de los usuarios a las instituciones con mayor avance tecnológico, mejores especialistas, etc.

3. Usufructo económico del Sistema:

Los aseguradores al ser privados buscan el usufructo de su empresa aseguradora, ello arremete contra la garantía del principio fundamental a la salud; esta conducta afecta directamente la cobertura en la atención en salud de los afiliados.

La asistencia se ve limitada o disminuida para garantizar los dineros que han de quedar en manos de los privados y no invertidos en la atención en salud; para lograr este beneficio económico, han ideado diversas estrategias “legales”.

Una de estas figuras legales es conocida como la “integración vertical”, montando sus propias empresas, centros recreacionales, instituciones de otra índole, aumentando la inequidad y la distancia entre los pobres y los ricos.

4) Ineficiencias del Estado en su función de rectoría:

El desarrollo e implementación de la norma ha dejado abismo, que han permitido que el sistema en salud, en la práctica, esté cada vez más lejano al espíritu de la ley; gestándose una inequidad del procedimiento propuesto por la misma y la realidad.

Cada vez la brecha existente entre una adecuada y buena relación entre el usuario y el asegurador se profundiza y se acerca al conflicto, donde el usuario reclama de forma constante su derecho y el asegurador procura el equilibrio financiero de la institución.

Consecuencia de ello, se origina en forma cotidiana y recurrente la violación de un derecho fundamental para las personas, como es el derecho a la salud y el Estado no vela adecuadamente por él.

5) Existe un régimen especial para privilegiados:

Desde el inicio de la aplicación de la norma, se permitió la generación de una inequidad validada directamente por el estado y que fue la permanencia de los regímenes especiales.

Éstos requieren del estado una inversión en recurso de salud mayor al que se dispone para el resto; generando una desventaja, ya que para estos regímenes se tiene establecida la atención priorizada aumentando la brecha de desigualdad reinante.

Al existir este régimen especial, de fondo se envía un mensaje y es que, hay personas con privilegios, por encima de otras, lo que atenta claramente con el principio de dignidad y justicia.

Acciones:

- Defensa de los usuarios frente a las aseguradoras.
- Participación activa en los escenarios donde se busquen consensos a favor del respeto por la dignidad.
- Proceder ético en las propuestas económicas
- Directivas inclusivas garantizando la asistencia para todos.
- Estrategias de acceso para eliminar las barreras.
- Educación en salud.
- Incentivar la Responsabilidad en las familias de los enfermos.
- Empoderamiento de los usuarios de sus deberes y derechos, a fin de lograr una adecuada y justa utilización de los servicios de salud.
- Garantizar que se cumplan los derechos de los usuarios.
- Promover la participación de la sociedad en los proyectos sociales de la Orden, a fin de generar fondos que permitan suplir necesidades básicas de muchos usuarios en situación de vulnerabilidad.

Autores:

- Hno. Alexander García Agudelo. Consejero Provincial. Animador para Bioética.
- Dr. Luis Fernando Rodríguez Mesa. Clínica San Juan de Dios de La Ceja.
- Dr. José Manuel Rodríguez García. Gestor Asistencial de la Provincia.
- Dra. Marqueza Bozón Pérez. Clínica Nuestra Señora de la Paz.
- Dra. Edith de Lourdes Hernández Narváez. Hospital San Rafael de Pasto.
- Hno. Edilberto Castillo. Clínica San Juan de Dios de Manizales.

3) Reflexión de la Provincia Sudamericana Septentrional

Esta Provincia está conformada centros asistenciales en Perú, Ecuador y Venezuela.
Contexto de la salud a nivel Provincial

La Organización Mundial de la Salud define que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” Considerándose como un derecho fundamental inalienable garantizado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Considerando la salud como un derecho fundamental, revisemos algunos datos generales de la inversión pública en salud en el contexto de la Provincia Sudamericana Septentrional, conformada por Venezuela, Perú y Ecuador. Así tenemos que para el año 2014 Venezuela poseía un PIB de \$407,4; mientras que el PIB de Perú se situaba en \$344 y Ecuador tenía un PIB de \$157.6, situándose en los puestos N° 33, N°39 y N°61 respectivamente en un universo de 229 países, siendo el primer lugar Estados Unidos.

En este escenario, el gasto público per cápita en el sector salud del país caribeño era de 1,54% equivalente a € 193 por persona, en el caso de Ecuador es de 4,51% equivalente a € 214 nominalmente, mientras que en Perú es de 3,32% que equivale a € 120.3

Los datos macroeconómicos de Venezuela, Ecuador y Perú fueron revisados del portal web datosmacro.com en <http://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud> [08-12-2016]

Las nuevas pobreza:

Partiendo de estas premisas fundamentales y considerando las variables del gasto público en salud de la región, el grupo de trabajo de la Provincia Sudamericana Septentrional seleccionó cuatro indicadores que inciden en el ámbito de la salud y que generan nuevos rostros de la pobreza, para ser analizados a la luz de los principios bioéticos. Los mismos se especifican a continuación:

- Deficiente atención y cobertura en salud
- Discriminación de grupos vulnerables (niños, mujeres y adulto mayor, personas con discapacidad, personas con enfermedades mentales)
- Mortalidad neonatal y materna
- Embarazo adolescente

A juicio de los autores, estos indicadores son determinantes de la situación actual de los sistemas sanitarios de América Latina, en especial de nuestra región (Perú, Venezuela y Ecuador).

Indicadores de nuevas pobreza en salud en la Provincia Sudamericana Septentrional:

Si bien los países reflejan una moderada inversión pública en salud que los sitúa en nivel intermedio en la escala global, la lectura de la realidad nos demuestra, que esta inversión social no es suficiente para abordar todas las múltiples aristas de una atención en salud de mayor calidad y con mayor cobertura asistencial, evidenciándose un lento crecimiento del sistema sanitario en nuestra región, en donde estas nuevas situaciones de vulnerabilidad influyen negativamente en el desarrollo de la atención sanitaria.

Miremos entonces algunos datos relacionados con estos factores:

1. Deficiente atención y cobertura en salud

La cobertura en salud es una de las principales preocupaciones de los países en materia de atención sanitaria. Según la OMS más de 70 países han solicitado apoyo al organismo en materia de políticas y asesoramiento técnico a fin de garantizar la atención sanitaria de sus ciudadanos.

En este sentido, en 2012 se firmó una resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas en la cual se subraya la obligación por parte de las naciones del mundo de brindar una atención sanitaria de calidad y accesible a la población que representan. (Etienne, D. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal en salud*. OMS 2015)

Ottersen y Norheim afirman “que muchos países dependen en gran medida de los pagos directos de bolsillo para financiar los servicios de salud. Tales pagos representan una barrera al acceso a los servicios de salud, especialmente para los pobres./.../los pagos de bolsillo son a menudo una carga económica sustancial y pueden incluso llevarlos a la ruina financiera.” (OTTERSEN T. Y NORHEIM O., *Cómo tomar decisiones hacia una cobertura universal de salud*. OMS- PAHO, Washington 2015, XII.)

Ante esta situación, los países que conforman nuestra Provincia han realizado esfuerzos para cumplir con la cobertura universal en salud de sus ciudadanos, a través de la creación de políticas públicas, el fortalecimiento de las redes de atención primaria, los servicios referidos a la seguridad social, o mediante la creación de programas sociales de salud para sectores vulnerables, sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, los países están en deuda con su población en esta materia, ya que sigue persistiendo el problema.

2. Discriminación de grupos vulnerables

En este apartado abordaremos los grupos personas con enfermedades mentales, adultos mayores y personas con problemas de adicción.

Personas con enfermedades mentales y adultos mayores:

En Perú, los problemas de salud mental han aumentado significativamente por causa de diversos factores culturales y socioeconómicos. Estos se deben a la situación de pobreza, impacto de la delincuencia, la inseguridad ciudadana, la violencia en todas sus formas y especialmente, aquella dirigida a las mujeres, niños y ancianos, así como

también el aumento en el consumo de sustancias psicoactivas. Del mismo modo, la violencia política a causa del el terrorismo entre 1980 y 2000 generó situaciones de trastorno mental (entre otras discapacidades) en un número significativo de víctimas. Muchos de estos sufren de estrés grave, trastornos de adaptación y han tenido un efecto en sus determinantes sociales.

En Venezuela el aumento de las enfermedades mentales no puede atribuirse a una causa particular, sino que tiene que ver con los cambios medioambientales, sociales, económicos y políticos, teniendo el Gobierno una gran responsabilidad en situaciones de crisis y de mucha convulsión social, ya que ambientes muy negativos y violentos van a afectar la salud mental y física de la población, siendo las causa de estos trastornos: la inseguridad personal, miedo a morir en cualquier situación de violencia, asesinatos monstruosos, escasez de alimentos, medicinas, entre otros.

En Ecuador las enfermedades mentales más comunes son las derivadas de las condiciones de estrés a las que están sometidas diariamente las personas. Así, la depresión, la ansiedad y también los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas son las principales enfermedades mentales que existen en el país, el alcohol es la droga más consumida en el país y sería la principal causa de los trastornos mentales por adicciones.

Así mismo en este país, el 100% de las camas hospitalarias para psiquiatría se concentran en las tres grandes ciudades. Dicha distribución limita, el acceso para los usuarios rurales. La desigualdad de acceso a los servicios de salud mental para usuarios de minorías étnicas es un problema moderado, aunado a esto, en ningún establecimiento psiquiátrico existe personal que hable las lenguas de los pueblos indígenas.

Personas con adicciones

La identificación del perfil que define a las personas con trastornos mentales y del comportamiento por el consumo de drogas se ha convertido en un tema de relevancia social, debido a los daños considerables generados por el abuso de sustancias alrededor de todo el mundo, como recalca la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, causando pérdida de vida y años productivos de muchas personas.

En 2012 se registró alrededor de 183.000 muertes de personas entre 15 y 64 años asociadas a situaciones de abuso de sustancias psicoactivas, de igual manera se ha determinado que entre 16 y 39 millones de personas se encuentran dentro de las categorías de abuso problemático, habituales y con trastornos de consumo o dependencia, reafirmando la estabilidad de los datos en el informe mundial sobre las drogas de 2015.

La magnitud del problema mundial de las drogas se hace más evidente si se tiene en cuenta que 1 de cada 10 consumidores de drogas es un consumidor problemático que sufre trastornos ocasionados por él mismo. Es decir, unos 27 millones de personas, o

casi la totalidad de la población de un país del tamaño de Malasia son consumidores problemáticos. (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2015)

La OMS durante el año 2016 brindó información sobre la mortalidad neonatal y materna indicando que el 45% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos: bebés de menos de 28 días o en período neonatal. Tres de cada cuatro fallecimientos de recién nacidos se producen en la primera semana de vida y cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. (OMS, *Mortalidad Materna*: en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/> [08-12-2016])

En el caso de los niños, las causas principales de fallecimientos de recién nacidos son: el nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia (falta de oxígeno al nacer) y los traumatismos en el parto. Estas causas explican casi el 80% de las muertes en este grupo de edad y en el caso de las jóvenes adolescentes, en comparación a otras mujeres, son ellas portadoras del mayor riesgo por complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.

Por otro lado, señala que el 99% de la mortalidad infantil se da en países en desarrollo, con poco acceso a la salud. Lo más grave, habla de que el problema es precisamente que casi la mitad de madres y niños no reciben los cuidados profesionales y sanitarios durante y posterior al parto, por lo tanto pueden ser evitados. Así mismo señala como factores la pobreza; el acceso a los servicios sanitarios; la falta de información; la inexistencia de servicios adecuados; las prácticas culturales. (OMS, *Mortalidad Materna*: en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> [08-12-2016])

4. Embarazo adolescente

El embarazo adolescente en América Latina y el Caribe se perfila como una de las nuevas formas de pobreza en el mundo de la salud, según los últimos reportes del Fondo de Población de Naciones Unidas-UNFPA, en nuestra región “uno de los elementos que incide de manera significativa en la situación de vulnerabilidad de las adolescentes es el embarazo no planificado. La región tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo y se estima que casi el 18% de todos los nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años de edad. (Fondo de Población de Naciones Unidas en: <http://lac.unfpa.org/temas/embarazo-en-adolescentes#sthash.jw1F3XPN.dpuf> [05/12/2016])

Esto hecho puede, potencialmente, desencadenar una situación de vulnerabilidad, ya que la estructura de desarrollo personal y su mundo de valores se resitúa en función de su situación, en ese sentido se afirma que “cuando una adolescente queda embarazada o tiene un hijo, su salud, educación, potencial de obtener ingresos y todo su futuro pueden estar en peligro, y puede quedar atrapada en una vida sumida en la pobreza, la exclusión y la impotencia.”

Según un reporte del diario el Tiempo de Bogotá citando a la agencia EFE (2012) refleja que:

“Venezuela está a la cabeza de embarazos juveniles en Suramérica./.../ reveló que de los 591.303 partos de 2010, 130.888 fueron de menores de 19 años y 7.778 de madres menores de 15 años./.../Tras Venezuela, una de las tasas más altas de América Latina se registra en Ecuador, donde más del 17 % de las jóvenes de entre 15 y 19 años son madres./.../Mientras en Perú, un 13,5 % de adolescentes entre 15 y 19 años están embarazadas o ya son madres (unas 4.279), según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) de 2011, una cifra que se ha mantenido casi sin variación durante los últimos 10 años”. (*El embarazo en adolescentes aumenta en América Latina*, en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11763121>, [01-12-2016])

Unas de los problemas asociados al embarazo adolescente es la mortalidad materna que en América Latina y el Caribe se ubica entre las tres primeras causas de muerte en las adolescentes entre 15 y 19 años. En las adolescentes menores de 15 años, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es hasta tres veces más que en mujeres mayores de 20 años. En América Latina se cree que el número anual de abortos inseguros entre las adolescentes de 15 a 19 años, alcanza un número de 670 mil.

A partir de la información recopilada, podemos entonces realizar una reflexión de estas situaciones de vulnerabilidad como detonantes de las nuevas pobrezas en la región, a la luz de los principios clásicos de la Bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Análisis de la realidad a la luz de los principios clásicos de la Bioética

1. Principio de Autonomía

Para el Prof. Cambra la autonomía se define como “la capacidad del ser humano de desarrollar, a partir de sí mismo, una representación de los fines de su vida y de los medios para alcanzarlos y de obrar sin constricción exterior de acuerdo con esta representación”

En ese sentido, el mismo autor, citando el Informe Belmont, expresa dos convicciones éticas que se desprenden de este principio, a saber: “Los individuos deberían ser tratados como entes autónomos” y “Las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección.”

Atendiendo a este concepto, en el caso de las y los adolescentes, ven disminuida su autonomía a causa de la experiencia del embarazo adolescente, ya que al no saber discernir lo que les es conveniente, se enfrentan a situaciones no planificadas, para las cuales no están preparados.

Adicionalmente se encuentran con un sistema de salud que no les ofrece un apoyo profesional mediante de la no expresión de consentimientos informados, y que no

brinda apoyo necesario en la toma de decisiones, generándose vulnerabilidad y ruptura en el proyecto de vida.

Por otro lado, en muchos casos las familias de los y las adolescentes embarazadas no toman postura o generan rechazo a la situación, con lo cual no se produce un soporte integral ante la disminución de la autonomía de los mismos.

Si revisamos la situación de las personas con trastornos mentales, cuya condición no les permite ser completamente autónomos, en la mayoría de los centros de atención sanitaria, la toma de decisiones queda supeditada a la voluntad profesional del médico, sin articular un trabajo multidisciplinario que permita una evaluación integral del paciente, quedando supeditado a la decisión del tratante situaciones como la prescripción de fármacos, terapias y rehabilitación psico-social. También señalamos que no existe involucramiento de la familia en el desarrollo de los protocolos de atención a la persona con enfermedad mental debido a factores socioeconómicos y asimetrías por contextos culturales diversos, niveles educativos, asesorías, grupos de apoyo, entre otros.

En esta misma línea, en el caso de las personas que padecen adicciones, la atención sanitaria se centra en la dimensión biológica de la enfermedad, sin embargo, es importante comprender experiencia biográfica de la persona que aborda la enfermedad como un proceso eminentemente humano, que hace que este sea capaz de decidir sobre su cuerpo, en orden a desarrollar en sí mismo la plena realización de la esencia del ser y por consiguiente, la capacidad de integrar en su existencia los límites, el sufrimiento y la muerte; este nivel biográfico de la salud, lamentablemente, queda en un segundo plano frente a la mirada de los profesionales.

2. Principio de beneficencia

En función concreción del principio de beneficencia, Cambra refiere que “el profesional de la salud pondrá el máximo empeño en atender a su paciente de la forma que considere más adecuada buscando su máximo bien.”

En este sentido cabe destacar que las personas con enfermedad psiquiátrica no cuentan, en la mayoría de los casos, con programas complementarios al tratamiento farmacológico que permitan una atención integral, vulnerándose el principio de beneficencia. Estos programas pueden ser: terapia ocupacional, terapia rehabilitadora, grupos de apoyo, deportes, actividades recreativas y socializadoras, actividades educativas y andragógicas.

Esto evidencia una forma de atención profesional enfocada en el paternalismo médico tradicional, ya que se sobrepone lo estrictamente facultativo referido a lo biológico, pensado como lo que es mejor para el paciente desde la mirada del médico tratante, sin contemplar la opinión de la persona enferma, vulnerando así su integridad.

3. Principio de no maleficencia

Siguiendo la línea de Cambra, la no maleficencia es definida como la acción que “obliga a no hacer daño intencionalmente/.../ La expresión práctica de este principio serían las contraindicaciones.”

Si bien la administración de drogas farmacológicas en pacientes con enfermedad mental, casi siempre conlleva alguna contraindicación, lo que impide el desarrollo de las funciones básicas de estos pacientes. En este sentido, si los centros psiquiátricos contaran con equipos multidisciplinarios que intervengan en la atención integral de los usuarios, se podrían evitar aspectos como la sobre prescripción médica, evitando no hacer daño innecesarios a la salud del paciente.

En el caso de la mortalidad materna e infantil, observamos los datos referidos por la OMS citados anteriormente, nos damos cuenta que el principio de no hacer daño con intención se ve vulnerado cuando ocurren malas praxis en la atención médica que se le ofrece a las mujeres embarazadas, sobre todo en aspectos que pueden ser preventivos como intervenciones profesionales adecuadas antes, durante y post parto, evaluaciones médicas y cuidados prenatales no realizados, demora en la atención y diagnósticos mal elaborados, no aplicación de tratamientos ante situaciones de riesgo del embarazo, entre otros.

4. Principio de Justicia

Para Cambra el principio de justicia “radica en la distribución equitativa de unos recursos que pueden ser insuficientes.” Siguiendo a este autor, la vulneración de este principio, en relación a las nuevas pobreza en salud, está enfocada en la incorrecta asignación de recursos para esta área, como también la inadecuada y mala administración de los mismos. De esto se desprende que sin una eficaz asignación y uso de los bienes económicos y técnicos no tendremos servicios sanitarios óptimos para todos.

Un concepto que se acerca al principio de justicia en salud es el que propone Aparisi refiriéndose a “la distribución imparcial, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de cooperación social.” (APARISI J., *Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural*. VERITAS, 2010, 121-157.)

Tristemente en nuestros países esta no es una realidad y por tanto afecta a nuestra población, por ejemplo en el Perú se tiene una cobertura en salud entre aseguradoras públicas y privadas cercanas al 90%, según cifras de la Superintendencia Nacional de Salud (Su salud). Sin embargo esto no asegura una atención de calidad, ya que hay deficiencias en los cumplimientos de las metas de prevención de la anemia infantil y en la no reducción de la morbi-mortalidad materno infantil, esta situación de inequidad es también real para Venezuela y el Ecuador.

En el caso concreto de Venezuela, podemos observar como la situación de crisis económica y política ha permitido que el sector salud se encuentre en un alto riesgo de

colapso institucional. Problemas como la escasez de medicamentos, motivado al control cambiario para la importación de materias primas y productos terminados, se acentúan al término de 2016. Según datos de la Federación Farmacéutica de Venezuela (Fefarven), “la escasez de medicamentos en el país se aproxima al 85%, mientras que las medicinas de alto costo reportan un déficit de 75%, por lo que la salud en la Venezuela actual se deteriora cada día más.”(AAVV, *La salud en la Venezuela actual: Escasez de medicamentos llega al 85%* de El Correo del Orinoco, 27-04-2016 [10-12-2016])

El sector gubernamental no ha elaborado políticas públicas que permitan mejorar la situación en Venezuela, agravándose cada día más la crisis del sector sanitario, con servicios colapsados, brotes de enfermedades erradicadas como la malaria, tuberculosis, difteria, entre otras.

Frente a esta realidad en nuestros países podemos observar que otras situaciones agravantes, tales como, el crecimiento de la tasa de embarazo adolescente responden a la inexistencia de planes en materia de salud sexual y reproductiva y de instancias de prevención, siendo los sectores populares los más afectados. Esta situación potencia el crecimiento de la mortalidad materna e infantil como hemos referido anteriormente, ya que el acceso a los servicios sanitarios sigue siendo deficitario.

Así mismo, en los conos urbanos superpoblados de nuestros países el acceso a los servicios de salud está saturado y no brindan respuestas adecuadas a la población, mientras que en las zonas rurales se plantea lo contrario, ya que los mismos no están al alcance de las poblaciones alejadas, y a esto le añadimos que el número de agentes sanitarios no es suficiente para cubrir las necesidades de salud de nuestros ciudadanos.

Por lo tanto es difícil hablar de una distribución equitativa de los recursos en un sistema con políticas nacionales que enfrentan contundentemente la solución a estos problemas, con lo que evidenciamos la brecha existente entre el ideal de los sistemas sanitarios y la realidad actual de los mismos.

Acciones:

Las respuestas concretas en la Provincia Sudamericana Septentrional de la Orden Hospitalaria

“Haced el bien por amor a Dios hermanos míos” San Juan de Dios

La OH es una organización de la Iglesia cuya misión es la evangelización en el mundo del dolor y el sufrimiento humano, sus obras deben ser espacios para el reconocimiento de la persona en su conjunto y dimensiones. Con esta premisa es importante destacar que, conscientes de las desigualdades sociales y los contextos vulnerables donde se encuentran los centros socio-sanitarios confiados a Orden, ésta ha emprendido diversas acciones asistenciales y sociales para paliar y/o transformar las realidades de las personas.

Estas realidades “presentan rasgos comunes y también elementos diferenciadores y específicos, dependiendo del mayor o menor grado de vulnerabilidad de un colectivo concreto, de la existencia o no de redes de atención adecuadas y de la sensibilidad del conjunto de la sociedad hacia quienes se sitúan en alguno de estos grupos”. (OHSJD, *La Pastoral según el estilo de San Juan de Dios*, Roma 2012, 151)

En el caso de la atención en salud mental y adicciones, la Orden Hospitalaria ha desarrollado un programa de terapia espiritual, que permite la re-elaboración de proyecto de vida de los usuarios del Hospital Especializado San Juan de Dios en Quito-Ecuador, con énfasis en el abordaje integral de la persona asistida y su familia, lo que favorece la reinserción social.

Así mismo la OH cuenta en esta misma ciudad con un servicio de albergue temporal para personas transeúntes (en situación de calle y marginación) como también un albergue permanente para adultos mayores con compromiso de su salud mental y en condición de abandono familiar. Como parte del proceso de acompañamiento integral se favorece la atención asistencial de los usuarios, logrando la reinserción familiar. Cabe destacar que se ha logrado el compromiso de las instituciones gubernamentales para la asistencia de estos grupos vulnerables.

En Perú, Ecuador y Venezuela se llevan a cabo el programa de apoyo social a sectores vulnerables tales como: *Mensajeros de la Salud*, *Mensajeros de la Noche*, Mensajeros de la Misericordia y *Mensajeros de la Esperanza*. Los cuales favorecen la asistencia médica y social, teniendo como fin el acompañamiento evangelizador que reconoce la dignidad y los derechos de la persona.

En estos programas se cuenta con financiamiento de ONG e Instituciones públicos y privados, así como de particulares, con la participación de las comunidades y sectores organizados, lo cual evidencia el compromiso de estos sectores con el carisma hospitalario.

En la Provincia se cuenta con la Fundación Teletón en Perú y la Fundación Amigos de San Juan de Dios en Venezuela. La acción de estas organizaciones está orientada a cubrir las necesidades en materia de rehabilitación física, cirugías y tratamientos médicos de niños, niñas y adolescentes de escasos recursos económicos provenientes de zonas rurales y urbanas.

A pesar de los programas de atención y apoyo social mencionados, somos conscientes de que nuestro ámbito de atención es reducido frente a las necesidades reales de cada uno de nuestros países, lo cual amerita una profundización de nuestra capacidad de respuesta. También somos conscientes que nuestros servicios no pueden ser equiparados a los sistemas sanitarios y de cobertura social nacionales. Si bien, no podemos transformar el mundo, podemos esforzarnos para transformar nuestro entorno, siendo ésta la base para una acción social sostenida.

Autores:

- Carmen Flores Huapaya. Licenciada en Psicología, Especialista en Terapia de Redesición, con estudios de Maestría en Gestión Pública. Gestora Provincial de Pastoral de Salud y Social.
- Luis Márquez Jiménez. Licenciado en Educación, mención Filosofía, Diplomado en Pedagogía para la Inclusión del niño y adolescente en situación de Enfermedad. Coordinador Nacional de Pastoral de Salud y Social-Venezuela.
- Eddy Cabrera. Licenciado en Psicología, con estudios de Maestría en Psicología Clínica. Coordinador Nacional de Pastoral de Salud y Social-Perú.
- Guillermo Contreras. Médico, Especialista en Medicina Intensiva, MBA, Gestor Médico Provincial.
- Pablo Pazos. Licenciado en Teología. Coordinador Nacional de Pastoral de Salud y Social-Ecuador.

Asesoró: Efrén Santacruz Doctor en Filosofía. Decano de la Facultad de Filosofía y Teología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

4) **Reflexión de la Provincia Sudamericana Meridional**

La Provincia Sudamericana Meridional de San Juan de Ávila, comprende los países de Argentina, Bolivia y Chile, dispone de diez obras apostólicas entre los tres países y dos fundaciones.

Con motivo del foro Regional sobre el tema de “Nuevas pobrezas en América Latina, impulsado por el equipo de trabajo de la Comisión Provincial de Bioética, se efectuó una convocatoria abierta a los CEA de los Centros.

En base a esta labor, se presenta el siguiente documento.

Introducción:

Si bien las pobrezas existentes en su mayoría son constatables concretamente, su valoración será variable según la perspectiva socio – filosófica desde la cual se las considere.

Etimológicamente POBREZA proviene del término latino *paupertas*, que remite originalmente a la condición de 'pauperos' significando literalmente, parir o engendrar poco; se aplicaba al ganado y por derivación, a la tierra pobre, es decir infértil o de poco rendimiento. Nombre femenino que significa Escasez o Carencia de lo necesario para vivir.

Fundamentación:

En el relato del Juicio Final (Mt 25,31-45), Jesús nos hace directa y claramente responsables de las respuestas que demos a diversas y concretas situaciones de pobreza. Más aún, identifica al pobre con Él mismo. Hace dos mil años la Iglesia habla de los pobres y de la “limosna” que debemos darles. Lo hacía ya el Antiguo Testamento, como también lo hacen otras religiones desde la antigüedad. Tanto es así, que nos

acostumbramos al tema. A veces se escucha la sentencia tan conocida como cruel: “Pobres hubo, hay y habrá siempre”.

En la filosofía aristotélica que define la “buena vida” como aquella en que se han realizado o florecido todas las capacidades encerradas en la naturaleza de los seres humanos (que según Aristóteles pueden ser muy diversas, como aquella que lleva a algunos a ser señores y a otros a ser esclavos). Esta concepción es parte de la ontología o doctrina del ser de Aristóteles donde las cosas tienen una naturaleza que determina y fija las finalidades o plenitud de su desarrollo.

Así, en su escrito sobre la “Política” nos dice que “la naturaleza de una cosa es precisamente su fin, y lo que es cada uno de los seres cuando ha alcanzado su completo desenvolvimiento se dice que es su propia naturaleza”. El pleno florecimiento humano requiere, según Aristóteles, de la polis o ciudad, como conjunto organizado y autosuficiente de seres humanos que han realizado sus diversas naturalezas y las ponen al servicio unos de otros.

En una época, fue políticamente mal visto hablar de pobres. Hoy, no sólo imposible evitarlo, sino por el contrario, es mal visto no hacerlo. Corremos el peligro de nuevos acostumbramientos, que no nos conmueven.

En los primeros días de su pontificado, una de las frases famosas del Papa Francisco fue: “¡Cómo quisiera una Iglesia pobre y para los pobres!”.

G. Gutiérrez nos dice: "La pobreza no solo es una cuestión social, es una cuestión teológica, una cuestión central en el mensaje cristiano." Por consiguiente en este mundo globalizado, ya no sólo debemos tener en cuenta al que está “al lado” sino toda clase de “periferias” geográficamente cercanas y también las lejanas y sus interacciones. Se trata de pobreza estructural.

“Los ciudadanos de los países ricos tienen la obligación moral de tomar en consideración esta interdependencia que subsiste entre su forma de comportarse y la miseria de tantos miles de hombres. “(SRS, 9) (Juan Pablo II, Sollicitudo Rei Socialis, 9, año 1987)

1. Las causas de las nuevas pobreza:

Es en esta globalización misma que se hacen más evidentes las diferencias. La información sobre los avances de la tecnología y la ciencia, originariamente – suponemos- destinados al mayor bienestar de la humanidad, muestran más crudamente las enormes diferencias, lo inalcanzables que son para la mayor parte de la misma.

En innumerables ejemplos vemos que la mayoría de las pobreza existentes históricamente, subsisten en la actualidad. Hoy los niños quizás no pican piedras, pero llevan banderitas en los campos para señalar a las avionetas dónde deben fumigar y así se van intoxicando aspirando de ese veneno. Hay niños-soldados; niños-bomba; niños explotados en “turismo sexual”, niños vendidos por pocos pesos...

En los años 70 cuando se constató que la incidencia de la pobreza comenzaba de nuevo a crecer, llegando a más de 35 millones de pobres en el año 1983, lo que correspondía al 15,2 % de la población de Estados Unidos.

Pero ésta era solamente la expresión cuantitativa de un fenómeno extremadamente complejo: **la patología de la exclusión social o marginalidad** —según el concepto habitualmente usado en esos tiempos para describir este fenómeno— que tomaba formas nuevas y cada vez más peligrosas de expresarse, con un enorme incremento de las tasas de criminalidad, la drogadicción, los nacimientos extramaritales, las familias de madres solas y la dependencia de las ayudas sociales.

Las condiciones de vida —o sobrevida— en las cárceles sólo han mejorado en pocos países. La muy difícil reinserción social, una enorme carencia que engendra otras pobreza. Esto también se hace más evidente en los casos de haberse convertido en pobre cuando no lo era antes: pérdida de trabajo, de salud, la soledad y aislamiento que engendra...

En las sociedades avanzadas el redescubrimiento de la pobreza y la existencia de diversas formas de exclusión o marginalidad social dieron origen a un amplio debate acerca de las causas de estos fenómenos.

Los diversos enfoques planteados toman su punto de partida en una serie muy amplia de factores explicativos, entre los cuales destacan, combinándose de diversas maneras: el cambio tecnológico, los aspectos institucionales, los conflictos corporativos y los aspectos culturales.

El mercado de trabajo ha estado en el centro del debate, pero también el Estado del bienestar, los flujos migratorios, las relaciones étnicas y raciales, la evolución o mejor dicho la disolución de la familia tradicional y el proceso de formación de subculturas

Es larga la lista de pobreza antiguas que continúan en la actualidad a veces bajo nuevas formas y de las cuales se habla mucho. Al considerarlos, es particularmente llamativa la enorme distancia que se va agrandando exponencialmente entre el pobre y los sorprendentes y maravillosos avances de las ciencias y las tecnologías que deberían beneficiarlo.

Es evidente, como ejemplo, en las ciencias médicas, cuyas prácticas aún elementales no llegan a gran parte de la humanidad e insuficientes aún en lugares donde la pobreza no es extrema, igual que muchos tratamientos elementales. Mucho menos, las prácticas que requieren mayor complejidad no sólo para salvar vidas, sino también, en otros casos, por lo menos aliviar permitiendo sobrellevar la enfermedad en condiciones más soportables.

Las tecnologías han permitido aliviar el trabajo del hombre y mejorar sus condiciones de vida, aunque por supuesto, sólo en parte de la humanidad, donde produzca beneficios económicos para algunos, por lo cual se pueden observar esas absolutamente desproporcionadas diferencias cada vez mayores entre países.

Un celular nos permite apreciar un ejemplo de la ambigüedad de muchos avances tecnológicos. El coltán, indispensable para su fabricación como lo es también para otros aparatos electrónicos, es extraído en algunos países africanos por niños a quienes frecuentemente les cuesta la vida debido a las condiciones laborales. A su vez, más tarde otros niños irán a extraer los restos reutilizables de los desechos electrónicos (contaminantes) que los países desarrollados amontonan en países pobres que aceptan – a menudo por vía de corrupción- descargar allí estos desechos... Cómo no preguntarnos que, si bien individualmente no seamos responsables de esos casos de explotación, existen invisibles lazos en lo cotidiano, que nos hacen participar de beneficios obtenidos en parte e indirectamente, de la pobreza de otros...

2. Las causas de las nuevas pobreza en salud:

- **Adultos mayores:** la expectativa de vida ha aumentado prácticamente en una década en los últimos tiempos, lo cual conlleva a un aumento en la población adulta considerada de tercera edad, con dificultades propias de la longevidad y la presencia de patologías intercurrentes.
- **Drogodependientes:** el flagelo de la droga ha sumado una problemática que se ha extendido en nuestros países, generando un número creciente de personas, sobre todo adultos jóvenes y adolescentes con enfermedades provenientes del uso de sustancias psico activas.
- **Discapacidades:** en esta cuestión también ha aumentado la tasa de enfermos con diversos grados de discapacidades motoras y mentales, que requieren control y tratamiento crónico.
- **Prematuros extremos:** la avanzada tecnología en UCIN de alta complejidad, ha permitido descender las semanas de viabilidad en los recién nacidos, en algunos casos comprendidos como prematuros extremos con complicaciones que requieren una asistencia interdisciplinaria por largo tiempo y en algunos casos, con secuelas discapacitante de por vida.
- **Salud Mental:** la falta de atención holística, que contemple la asistencia de manera integral de los pacientes institucionalizados en Centros de Salud Mental y la falta de programación de acciones que los inserten en la sociedad.

3. Principios Bioéticos involucrados:

- **Autonomía:** se respeta este principio en tanto se reconozca el derecho del sujeto a tener sus propios puntos de vista, a elegir sus propias opciones, en el marco de sus valores y creencias personales.
Contempla las siguientes reglas: veracidad, intimidad, confidencialidad, a obtener el consentimiento informado previamente y ayudar a tomar decisiones, cuando así se nos solicite.
Este principio obliga a respetar la opinión y deseos de los enfermos; en ocasiones esto no se cumple porque se acata la opinión de la familia y de los

médicos, dejando de lado las preferencias y necesidades del paciente. Además muchas veces los pacientes no son partícipes de las decisiones de su tratamiento, por lo cual se viola su derecho a disponer sobre su salud.

- **Beneficencia:** es la obligación moral de ayudar a otros; requiere que se aporten beneficios con una adecuada evaluación de los riesgos.

Contiene las siguientes reglas: proteger y defender los derechos de los demás, prevenir que sucedan daños, ayudar a personas con discapacidades y rescatar a individuos en situación de peligro.

- **No maleficencia:** obliga a no hacer daño intencional; interpretando al daño como obstáculo o impedimento para que se lleven a cabo los intereses de una persona.

Incluye las siguientes reglas: no matarás, no causarás dolor, no incapacitarás a otros, no ofenderás y no privarás de los bienes de la vida.

- **Justicia:** establece que se deben tratar a todas las personas con la misma consideración y respeto; además de efectuar una distribución equitativa de los recursos sanitarios, evitando discriminaciones. Asimismo teniendo en cuenta que los recursos en salud no son ilimitados, por lo cual hay que efectuar un correcto uso y distribución de los mismos.

- **Solidaridad:** surge de la naturaleza social del hombre, quien es considerado como persona en su ser social, que lo completa como tal en su relación con los demás; cada persona ha de contribuir al bien común según sus posibilidades, de acuerdo con los diferentes estratos del bien común. Del mismo modo, tiene derecho a recibir de los demás todo lo que necesita para vivir y desarrollarse, si por justas causas él mismo no puede adquirir lo necesario.

El principio de solidaridad tiene por objeto, en primer lugar, el bien común y la obligación de contribuir a él; es un deber de justicia que cada persona debe cumplir según su propia capacidad y en atención a la necesidad ajena, promoviendo y ayudando a las instituciones tanto públicas como privadas.

4. Acciones:

Compartimos algunas de las acciones que se llevan adelante en los centros de la Provincia Sudamericana Meridional de San Juan de Ávila con el objetivo de paliar las nuevas pobreza emergentes en salud:

- Asistencia humanizada, integral del enfermo y su entorno.
- Profesionalización de los colaboradores.
- Programas de capacitación continua.
- Respeto por los valores y principios bioéticos.
- Integración entre los Centros que conforman la Provincia y la Región.
- Campañas de educación y promoción de la salud ad intra y ad extra.
- Fundaciones.

5. Conclusiones:

A nivel individual la probabilidad de caer, quedarse o moverse fuera de la pobreza depende del lugar donde se vive. Así en regiones con productos caracterizados por bajos niveles de valor agregado es más probable que propongan salarios más bajos y oportunidades económicas limitadas. Una perspectiva complementaria, es la perspectiva de la segregación de determinados grupos sociales en localidades definidas y determinadas por la ausencia de servicios públicos, empleo y oportunidades.

Los investigadores de la Universidad de Cornell reportaron que los niños que crecen en la pobreza son más tendientes a conductas antisociales y agresivas. La materia gris del lóbulo frontal, el lóbulo temporal y el hipocampo es hasta un 10% menor en los pequeños criados por debajo del umbral de pobreza de EE UU.

Las estructuras del cerebro destinadas a procesos críticos para el aprendizaje son vulnerables a las circunstancias ambientales de la pobreza, como el estrés, la escasa estimulación y la nutrición.

La vulnerabilidad como fenómeno de desajustes sociales se ha elevado y se ha arraigado en la cultura de nuestra sociedad. La acumulación de desventajas, tiene múltiples causas y adquiere varias dimensiones. Denota carencia o ausencia de elementos esenciales para la subsistencia y el desarrollo personal, e insuficiencia de las herramientas necesarias para evitar situaciones en desventaja, estructurales o coyunturales.

La pobreza más que un estado personal es una situación cultural que se agudiza con la marginación y la exclusión.

Deberíamos tener siempre presente que al hablar de “nuevas pobrezas”, estamos hablando de “POBRES = PERSONAS”, ya que la pobreza se manifiesta, repercute y se expresa en las personas. Es más fácil analizar y hablar de pobrezas como fenómeno social u objeto de reflexiones filosóficas, que verlas concretamente en la Persona-Pobre, a quien debemos una respuesta concreta.

Trasladando esto mismo a nuestro encuentro cotidiano con el paciente dentro del actual modelo contractual (relación social que permite la igualdad en la esfera de la importancia moral entre médico y paciente), donde los individuos interactúan de manera tal que existen obligaciones y se esperan beneficios para ambas partes.

Encuentro donde debemos compartir autoridad ética y la responsabilidad, donde el proceso diagnóstico y de toma de decisiones recae sobre ambos actores, supone o exige además, de un profundo conocimiento y reconocimiento de la libertad del paciente respecto del control y el destino de su propia vida, la existencia de los medios para su mejor tratamiento o cuidado paliativo.

¿Puede apelarse a tan profundo valor cuando apenas nos relacionamos con nuestros pacientes? Cuando en los centros donde se atienden pobres, carecen de los mínimos

insumos y la excesiva demanda muchas veces solo les permite hablar del “motivo de consulta”, descontextualizando su padecimiento.

¿No es esta una nueva pobreza? La pobreza de la escucha atenta del padecimiento del otro. La pobreza de la mano que quizás sin poder curar, alivia con un gesto afectuoso. La pobreza de la palabra, que sin necesidad de ser precisa ni técnica, ayuda a transitar lo inevitable

A veces aparentemente se eliminan pobreza, pero eliminando pobres: arrasando selvas, campos y otros lugares naturales para nuevos emprendimientos en nombre del progreso, dejando sin más, a los habitantes originales desamparados, simplemente echados. Algunos hasta se preguntan si el pobre ¿no es un “mal necesario” del progreso?

Formas de antiguas y nuevas pobreza se ven multiplicadas exponencialmente en las personas en cuanto a las distancias que los separan de “progresos superadores” de los cuales muchas poblaciones –demasiadas- nunca podrán beneficiarse.

Al mismo tiempo, esta cuestión social –y para el creyente también teológica-, nos permite descubrir hasta qué punto estamos participando, frecuente, aunque indirectamente, de beneficios que de alguna manera nos llegan (y utilizamos) a costa de la pobreza que esclaviza a otra parte de la humanidad.

Autores:

- Hno. Hermit Aguayo Garcés. Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Carmen, Santiago de Chile. CEA.
- Dr. Enrique Romero. Casa Hospital San Juan de Dios, Ramos Mejía, Argentina. CEA. Comisión Provincial de Bioética.
- Dr. Gustavo Amido. Clínica Nuestra Señora del Pilar, Luján, Argentina. CEA. Comisión Provincial de Bioética.
- Enf. Bernardita Salazar. Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Carmen, Santiago de Chile. CEA.
- Sra. María Zumpf. Casa Hospital San Juan de Dios, Ramos Mejía, Argentina. CEA.
- Lic. Irma Ruiz Díaz. Casa Hospital San Juan de Dios, Ramos Mejía, Argentina. CEA.
- Dra. Patricia Okurzaty. Casa Hospital San Juan de Dios, Ramos Mejía, Argentina. CEA.
- Dra. Silvia Oger. Casa Hospital San Juan de Dios, Ramos Mejía, Argentina. CEA. CEI. Comisión Provincial de Bioética.