Globethics Repository



Justicia distributiva en el servicio de salud especializado y en el acceso a medicamentos [Distributive justice in the use of specialized health services and access to medication]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Sarmento Drumond Nobre, André Luiz Cândido
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-09 15:39:20
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/236546

Justicia distributiva en el servicio de salud especializado y en el acceso a medicamentos

André Luiz Cândido Sarmento Drumond Nobre [1], Orlene Veloso Dias [2], Maisa Tavares de Souza Leite [3], Daniel de Melo Freitas [4], Simone de Melo Costa [5]

Resumen

Cuando se habla de enfermedades crónicas y sistema público de salud, la escasez de recursos está en agenda. El estudio analizó la derivación y el acceso a la medicación de individuos asistidos por el servicio público estatal Hiperdia. Se trata de un estudio transversal, con 250 individuos derivados hacia el nivel secundario, para la atención de hipertensión y diabetes. Se investigaron criterios biológicos, acceso a los medicamentos, perfil sociodemográfico y económico y condición de salud. El nivel de significación estadística fuel del 5%. La derivación correcta fue del 64,0%, aunque incorrecto para casi la mitad de los que utilizaron transporte público municipal. El acceso total a la medicación (69,6%) estuvo asociado al menor ingreso familiar ($p < 0,05$). La discusión, basada en el principio de la justicia distributiva, concluyó recomendando mejor capacitación de los profesionales en la derivación de servicios asistenciales, con reducción del gasto en transporte público y atención especializada, pues tal inversión debe ser traducida en mayor distribución gratuita de medicamentos.

Palabras-clave: Ética. Equidad en la asignación de recursos. Atención de la salud. Comercialización de medicamentos-Asignación de recursos para la atención de salud. Justicia social-Enfermedad.

Resumo

Justiça distributiva no serviço de saúde especializado e no acesso a medicamentos

Quando se fala de doenças crônicas e do sistema público de saúde, a escassez de recursos está sempre em pauta. O estudo analisou o referenciamento e o acesso à medicação em indivíduos assistidos pelo serviço público estadual Hiperdia. Trata-se de pesquisa transversal, com 250 indivíduos referenciados para esse nível secundário de atenção à hipertensão e diabetes. Investigaram-se critérios biológicos, acesso aos medicamentos, perfil sociodemográfico e econômico e condição de saúde. O nível de significância estatística foi de 5%. O referenciamento correto foi de 64,0%, embora incorreto para quase metade dos que utilizaram o transporte público municipal. O acesso total à medicação (69,6%) estava associado à menor renda familiar ($p < 0,05$). A discussão, fundamentada no princípio da justiça distributiva, concluiu pela recomendação de melhor capacitação dos profissionais no referenciamento de serviços assistenciais, com redução do desperdício em transporte público e atenção especializada, além do que, tal investimento deve ser revertido em maior distribuição gratuita de medicamentos.

Palavras-chave: Ética. Equidade na alocação de recursos. Atenção à saúde. Comercialização de medicamentos-Alocação de recursos para a atenção à saúde. Justiça social-Doença.

Abstract

Distributive justice in the use of specialized health services and access to medication

When speaking of chronic illnesses and the public health system, the lack of resources is on the agenda. The study analyzed the referencing and access to medication in individuals assisted by the State Public Service Hiperdia. It is a transversal study, with 250 individuals referred for this secondary level of attention to hypertension and diabetes. The study investigated biological criteria, access to medicine, socio-demographic and economic profile and health condition. The level of statistical significance was 5%. The correct referencing was 64.0%, although incorrect for nearly half of those that used municipal public transportation. The total access to medicine (69.6%) was associated with the lowest family incomes ($p < 0.05$). The discussion, based on the principle of distributive justice, was concluded by recommending better training of professionals in referencing assistance services, with a reduction of waste in public transport and specialized attention, because such investment should be reverted to a wider distribution of medicine.

Keywords: Ethics. Equity in the resource allocation. Health care (Public Health). Pharmaceutical trade-Health care rationing. Social Justice-Disease.

Aprovação CEP/Unimontes 226730/2013

1. **Mestre** andreluiznobre@hotmail.com – Faculdades Integradas Pitágoras, Montes Claros/MG, Brasil **2.** **Mestre** orlenedias@yahoo.com.br **3.** **Doutora** mtsiv@terra.com.br **4.** **Graduado** daniel-melo@hotmail.com **5.** **Doutora** smelocosta@gmail.com – Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros/MG, Brasil.

Correspondência
Simone de Melo Costa – Rua Valmor de Paula, 27, Vila Regina CEP 39400-198. Montes Claros/MG, Brasil.

Declaram não haver conflito de Interesse.

En el año 2010, la ordenanza 4.279 del Ministerio de Salud estableció las directrices para la organización de la Red de Atención a la Salud (RAS), en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS)[1]. El documento define la RAS *como disposiciones organizativas de acciones y servicios de salud, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por medio de sistemas de apoyo técnico, logístico y de gestión, buscan garantizar la integralidad del cuidado.* La RAS aspira a superar la fragmentación de la atención y de la gestión en las Regiones de Salud, además de perfeccionar el funcionamiento político-institucional del SUS, asegurando acciones y servicios con efectividad y eficiencia. La red está definida en tres niveles de atención a la salud: primario, secundario y terciario.

Ya sea por la naturaleza altamente tecnológica o por el alto grado de financiación, los niveles secundario y terciario de atención a la salud, terminan por no absorber la totalidad de las derivaciones del nivel primario. Entonces, para que la RAS funcione de manera resolutiva, las derivaciones de un nivel al otro deben respetar criterios y parámetros definidos por el sistema de gobierno. En la discusión sobre las enfermedades crónicas y el sistema público de salud, la cuestión de la escasez de recursos está siempre en agenda. Tal insuficiencia es, de hecho, notable y requiere equidad en la distribución de los recursos, implicando tanto la correcta derivación entre los diferentes niveles de atención a la salud, así como la aplicación de criterios para el acceso a los medicamentos prescritos por profesionales del SUS.

Por su parte, el programa de la Red de Atención a la Salud del SUS –como instrumento garante de la integralidad de la asistencia a los diferentes niveles de complejidad- se fundamenta en el principio de la justicia distributiva, que trata de la distribución de bienes y responsabilidades por parte del poder público[2], teniendo como referencia el principio de equidad en la aplicación de medidas, al asociar perfil socioeconómico y condiciones de salud, para establecer prioridades de acceso a la asistencia y a los medicamentos en la red pública de salud[3, 4].

Tomando la perspectiva del principio ético de la justicia distributiva y de la aplicación de medidas equitativas, este artículo analiza la derivación desde la atención básica hacia la atención especializada y el acceso a los medicamentos en el ámbito del SUS, mediante el estudio de los casos con derivaciones y en relación al acceso a la medicación, en un servicio público estatal de nivel secundario.

En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo analizar la referencia y el acceso a la medicación en individuos asistidos por el servicio público estatal Hiperdia, nivel secundario de referencia abocado a la asistencia de pacientes con hipertensión arterial sistémica (HAS) de alto riesgo cardiovascular y de pacientes con diabetes con control metabólico defectuoso[5]. Los pacientes son derivados a este nivel desde los servicios de atención primaria de la salud del SUS.

Material y método

Se trata de un estudio con un abordaje cuantitativo y un diseño transversal analítico, realizado en una unidad de atención del Programa Hiperdia de Minas Gerais, Brasil, que atiende a 16 municipios del norte del estado, cuya población se estima en 234.588 personas, de acuerdo a los datos del Instituto Brasilero de Geografía y Estadística del año 2010[6].

Instituido por la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais (SES/MG), por medio de la Resolución 2.606/2010[5], el Programa Hiperdia Minas tiene como misión coordinar, a través de un sistema regionalizado e integrado de acciones en salud, la estructuración de la red de atención de la salud de la población portadora de HAS, diabetes (*diabetes mellitus*), enfermedades cardiovasculares y enfermedad renal crónica.

La población que fue objeto del estudio estuvo compuesta por 250 adultos y ancianos hipertensos y/o diabéticos, usuarios del Hiperdia y derivados de Unidades Básicas de Salud por medio de ficha de derivación rellenada previamente por profesional de la salud (médico o enfermero). El Hiperdia es una unidad de atención secundaria y sus criterios de derivación siguen la resolución SES/MG 2.606/2010[5].

La recolección de datos tuvo lugar entre junio y diciembre de 2013, mediante un cuestionario. Los usuarios que utilizaron el servicio más de una vez, durante el período evaluado, respondieron al cuestionario sólo en una de las consultas. El instrumento fue aplicado por el investigador y médico del Hiperdia, luego del estudio de prueba con 10 individuos, los cuales finalmente fueron incluidos en el estudio principal, dado que no hubo modificaciones en el instrumento. El cuestionario consistió en preguntas acerca de las características sociodemográficas y económicas y de los indicadores biológicos para una clasificación de riesgo de diabéticos e hipertensos, con el objetivo de constatar la adecuación de la derivación, además de incluir cuestiones sobre el acceso a la medicación.

La recolección de datos biológicos se dio durante la consulta médica de rutina, siendo parte integrante de la atención clínica; por lo tanto, no fue realizada sólo atendiendo a los objetivos del presente estudio. La clasificación de riesgo para los hipertensos sigue las categorías "bajo", "moderado" y "alto", de acuerdo a la escala de riesgo de Framingham para evento cardiovascular mayor[7]. Por otro lado, la clasificación de los usuarios diabéticos se basó en el control metabólico evaluado como "bueno", "regular" y "malo", conforme a lo definido por la Resolución SES/MG 2.606/2010[5].

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estadual de Montes Claros (CEP/Unimontes) y los participantes recibieron ciertas aclaraciones acerca del estudio antes de firmar el término de consentimiento libre y aclarado, conforme a lo recomendado por la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud[8]. Se aseguró el anonimato de los participantes, así como la confidencialidad de las informaciones, utilizadas exclusivamente para fines científicos y para planeamiento de acciones en el ámbito de Hiperdia.

El análisis de los datos fue realizado a partir del *software* IBM SPSS 22.0. Los análisis bi-variados fueron realizados por la prueba de chi-cuadrado de Pearson, a los fines de comparar proporciones, o por la prueba alternativa *likelihood ratio,* para los casos con más de 20% de las casillas con unidades menores que 5. La comparación de los promedios fue efectuada por la prueba "t" de Student. El nivel de significación asumido fue del 5% ($p<0,05$) y el intervalo de confianza fue del 95%.

Resultados

De los 250 usuarios del Hiperdia que participaron del estudio, 5,6% no presentaron diagnóstico de HAS y/o de diabetes. En relación a la presencia de otras condiciones de salud previas al registro en el Hiperdia, 58,4% de los usuarios presentaron dislipidemia, muchas veces detectada concomitantemente con otras patologías. Se calcularon a partir de los datos de la Tabla 1 los porcentajes de las enfermedades más frecuentes, que también se presentaron acompañadas de otras condiciones de salud: infarto (11,6%), accidente cerebro-vascular o ACV (10,4%) y, principalmente, depresión (25,2%) y Mal de Chagas (23,2%). La ausencia de patologías previas al registro en el Hiperdia fue constatada para el 17,2% de los participantes de la investigación.

Tabla 1. Distribución de los casos estudiados de acuerdo a la aparición de hipertensión arterial sistémica (HAS) y/o diabetes y otras condiciones de salud previas al registro en el centro del Hiperdia Minas (jun-dic 2013).

Condición de salud – HAS y/o diabetes	N	%
HAS	127	50,8
HAS/diabetes	104	41,6
Diabetes	5	2,0
Ausencia de HAS y/o diabetes	14	5,6
Condición de salud previa al registro en el Hiperdia	**N**	**%**
Ausencia de patologías	43	17,2
ACV	8	3,2
Dislipidemia	56	22,4
Infarto de miocardio	4	1,6
Mal de Chagas	16	6,4
Insuficiencia renal	2	0,8
Pie diabético	3	1,2
Depresión	12	4,8
ACV/dislipidemia	5	2,0
ACV/Mal de Chagas	3	1,2
ACV/pie diabético	1	0,4
ACV/depresión	1	0,4
Dislipidemia/infarto	15	6,0
Dislipidemia/Mal de Chagas	20	8,0
Dislipidemia/insuficiencia renal	2	0,8
Dislipidemia/pie diabético	3	1,2
Dislipidemia/amputaciones por diabetes	1	0,4

Continua

 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232076

Conclusão

Condición de salud previa al registro en el Hiperdia	N	%
Dislipidemia/depresión	27	10,8
Infarto/insuficiencia renal	1	0,4
Infarto/depresión	1	0,4
Mal de Chagas/depresión	4	1,6
ACV/infarto/dislipidemia	2	0,8
ACV/dislipidemia/pie diabético	1	0,4
ACV/infarto/Mal de Chagas	1	0,4
ACV/infarto/depresión	1	0,4
ACV/Mal de Chagas/depresión	3	1,2
Dislipidemia/infarto/depresión	2	0,8
Dislipidemia/Mal de Chagas/depresión	7	2,8
Dislipidemia/pie diabético/depresión	1	0,4
Dislipidemia/infarto/depresión/Mal de Chagas	2	0,8
Dislipidemia/Mal de Chagas/depresión/pie diabético	2	0,8

En lo que respecta a la clasificación de los diabéticos (de acuerdo a los criterios de la SES/MG), entre los 106 evaluados, el 34,0% tenían un control metabólico defectuoso. En relación al análisis de los individuos bajo los criterios aislados de alto riesgo cardiovascular de la SES/MG, fueron detectados, en una muestra de 95 personas, un 28,4% de casos de hipertrofia del ventrículo izquierdo (VI), 27,4% de insuficiencia coronaria y 18,9% de accidente vascular encefálico (AVE) o accidente isquémico transitorio (AIT). Respecto a la clasificación de los 250 participantes en relación a la presión arterial, de acuerdo a los criterios de Framingham[7], el alto riesgo cardiovascular fue el más frecuente (61,2%) entre los usuarios del Hiperdia (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los casos estudiados de acuerdo a los criterios establecidos para la clasificación de diabéticos y riesgo cardiovascular en el centro del Hiperdia Minas (jun-dic 2013).

Clasificación de diabéticos – criterios de la SES/MG (n = 106)	n	%
Control metabólico bueno	26	24,5
Control metabólico regular	44	41,5
Control metabólico malo	36	34,0
High cardiovascular risk classification – SES/MG criteria (n = 95)	**n**	**%**
Insuficiencia coronaria	26	27,4
Insuficiencia cardíaca	4	4,2
Hipertrofia del VI	27	28,4
Insuficiencia arterial periférica	1	1,1
Insuficiencia renal crónica (estadios avanzados)	1	1,1
AVE o AIT	18	18,9
Hipertensión arterial (HA) resistente	2	2,1
Sospecha de HA secundaria	4	4,2
Insuficiencia coronaria/hipertrofia del VI	2	2,1
Insuficiencia coronaria/insuficiencia arterial periférica	1	1,1
Insuficiencia coronaria/AVE o AIT	3	3,2
Insuficiencia cardíaca/hipertrofia do VI	1	1,1
Hipertrofia del VI/AVE o AIT	1	1,1
Hipertrofia del VI/sospecha de HA secundaria	1	1,1
Insuficiencia arterial periférica/AVE o AIT	1	1,1
Insuficiencia coronaria/insuficiencia cardíaca/hipertrofia del VI	1	1,1
Insuficiencia coronaria/hipertrofia del VI/AVE o AIT	1	1,1
Clasificación de riesgo cardiovascular de hipertensos – criterios de Framingham	**n**	**%**
Bajo	41	16,4
Moderado	56	22,4
Alto	153	61,2

La derivación al Hiperdia fue correcto para el 64,0% de los usuarios, dado que se encuadraban en los criterios establecidos para la asistencia de nivel secundario. La mayoría (75,1%) de las fichas de referencia fueron rellenadas por médicos. Entre los usuarios del Hiperdia, el 29,2% llegaron al servicio por medio del transporte público gratuito de la Municipalidad y la mayoría (69,6%) informó tener acceso total a la medicación prescrita para su condición de salud. (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los casos estudiados de acuerdo a las variables de derivación y de acceso a la salud en el centro del Hiperdia Minas (jun-dic 2013).

Variables de derivación	n	%
Correcto	**160**	**64,0**
Incorrecto	**90**	**36,0**
Profesional derivador		
Médico(a)	187	75,1
Enfermero(a)	62	24,9
Variables de acceso al servicio de salud	**n**	**%**
Transporte para llegar al Hiperdia		
Público municipal gratuito	73	29,2
Otros	177	70,8
Acceso a la medicación prescrita		
Total	174	69,6
Ninguno	6	2,4
Parcial	70	28,0

Entre los pacientes con diabetes, con o sin hipertensión arterial sistémica (HAS), el porcentaje de personas derivadas correctamente fue mucho mayor que el incorrecto, 80,0% y 81,7%, respectivamente (p=0,001). El porcentaje de derivaciones correctas también fue mayor entre las personas que informaron de la presencia de enfermedades previas al registro en el Hiperdia, incluso por ACV/infarto; residían en el mismo municipio donde se localiza la unidad del Hiperdia; tenían alto riesgo cardiovascular de acuerdo a la clasificación de Framingham[7]; eran diabéticas con control metabólico defectuoso; presentaban mayor tiempo de diagnóstico de HAS, siendo todas las asociaciones estadísticamente significativas, con valores de p<0,05. (Tabla 4).

Tabla 4. Evaluación de la correcta derivación a la unidad del Hiperdia Minas, de acuerdo a las variables independientes del estudio (jun-dic 2013).

Variables	Derivación		Valor p
	Correcta n (%)	Correcta n (%)	
Enfermedad			
HAS	70 (55,1)	57 (44,9)	0,001*
Diabetes	4 (80,0)	1 (20,0)	
HAS/diabetes	85 (81,7)	19 (18,3)	
Ausencia de HAS y/o diabetes	1 (7,7)	12 (92,3)	
Enfermedades previas al registro en el Hiperdia			
Sí	141 (67,8)	67 (32,2)	0,005
No	19 (45,2)	23 (54,8)	
Tuvo Mal de Chagas			
Sí	58 (65,2)	31 (34,8)	
No	101 (63,2)	59 (36,9)	0,748
Tuvo ACV/infarto			
Sí	48 (94,1)	3 (5,9)	< 0,001
No	111 (56,1)	87 (43,9)	
Franja etaria			
Adulta (23-59 años)	79 (60,8)	51 (39,2)	0,268
Anciana (60-95 años)	81 (67,5)	39 (32,5)	

Continua

Conclusão

Variables	Derivación		Valor p
	Correcta n (%)	Correcta n (%)	
Sexo			
Femenino	110 (62,9)	65 (37,1)	
Masculino	50 (66,7)	25 (33,3)	
Escolaridad			
Analfabeto	50 (64,1)	28 (35,9)	0,982
Alfabetizado	110 (64,0)	62 (36,0)	
Residencia			
Municipio donde se localiza el Hiperdia	100 (74,1)	35 (25,9)	< 0,001
Otro	60 (52,2)	55 (47,8)	
Clasificación del IMC			
Normal	55 (57,9)	40 (42,1)	0,238
Sobrepeso	53 (65,4)	28 (34,6)	
Obeso	52 (70,3)	22 (29,7)	
Criterio de riesgo cardiovascular de Framingham			
Bajo	1 (2,5)	39 (97,5)	< 0,001
Moderado	10 (17,9)	46 (82,1)	
Alto	148 (96,7)	5 (3,3)	
Criterio de riesgo cardiovascular de la SES/MG			
1 condición de salud	80 (96,4)	3 (3,6)	0,503
2 o más condiciones de salud	12 (100,0)	0 (0,0)	
Clasificación de diabéticos por el control metabólico – criterio de la SES/MG (n = 106)			
Bueno	17 (65,4)	9 (34,6)	0,001
Regular	35 (79,5)	9 (20,5)	
Malo	36 (100,0)	0 (0,0)	
Profesional derivador			
Médico(a)	123 (65,8)	64 (34,2)	0,273
Enfermero(a)	36 (58,1)	26 (41,9)	
Transporte para llegar al Hiperdia			
De la Municipalidad	38 (52,1)	35 (47,9)	0,273
Otros	122 (68,9)	55 (31,1)	
Acceso a la medicación			
Total	111 (63,8)	63 (36,2)	0,918
Ninguno/parcial	49 (64,5)	27 (35,5)	

Variáveis	Derivación		Valor p
	Correcta Promedio (desvío-patrón	Incorrecta Porcentaje (desvío-patrón	
Años de diagnóstico de HAS	13,32 (± 9,62)	10,66 (± 8,17)	0,038
Años de diagnóstico de diabetes	8,56 (± 7,27)	5,68 (± 4,98)	0,103
Edad en años	61,49 (± 13,52)	58,56 (± 13,48)	0,100

** Likelihood ratio.*

*** Standard deviation*

En relación al acceso a la medicación, la mayoría de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial y/o de diabetes obtuvo acceso total a los medicamentos en la red del SUS. Entre los adultos, se detectó mayor porcentaje de personas con acceso integral a la medicación, en comparación con los ancianos (p<0,05). No hubo diferencia significativa en relación al acceso a los medicamentos entre las variables "sexo", "escolaridad", "criterio de riesgo cardiovascular de Framingham" y de "clasificación de diabéticos por control metabólico de diabéticos" (p>0,05). Fue posible asociar el acceso total a la medicación en el servicio público de salud tanto al menor tiempo de diagnóstico de diabetes como al menor ingreso familiar mensual. (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Evaluación del acceso a la medicación en la red del SUS en un centro del Hiperdia Minas, de acuerdo a las variables independientes del estudio (jun-dic 2013).

Variables	Acceso a la medicación		Valor p
	Total n (%)	Ninguno/parcial n (%)	
Enfermedad			
HAS	89 (70,1)	38 (29,9)	0,591
Diabetes	4 (80,0)	1 (20,0)	
HAS/diabetes	70 (67,3)	34 (32,7)	
Ninguna	11 (84,6)	2 (15,4)	
Franja etaria			
Adulta (23-59 años)	98 (75,4)	32 (24,6)	0,038
Anciana (60-95 años)	76 (63,3)	44 (36,7)	
Sexo			
Femenino	119 (68,0)	56 (32,0)	0,401
Masculino	55 (73,3)	20 (26,7)	
Education			
Illiterate	57 (73,1)	21 (26,9)	0,421
Literate	117 (68,0)	55 (32,0)	
Criterio de riesgo cardiovascular de Framingham			
Bajo	29 (72,5)	11 (27,5)	0,885
Moderado	38 (67,9)	18 (32,1)	
Alto	106 (69,3)	47 (30,7)	
Clasificación de diabéticos por el control metabólico – SES/MG (n = 106)			
Bueno	16 (61,5)	10 (38,5)	0,335
Regular	33 (75,0)	11 (25,0)	
Malo	22 (61,1)	14 (38,9)	
Variables	**Acceso a la medicación**		**Valor p**
	Total (desvío-patrón	**Ninguno/parcial (desvío-patrón**	
Años de diagnóstico de HAS	12,05 (± 9,03)	13,30 (± 9,70)	0,343
Años de diagnóstico de diabetes	6,99 (± 5,88)	10,32 (± 8,56)	0,019
Ingreso familiar mensual en R$	915,51 (± 483,79)	1.074,00 (± 691,54)	0,040

** SD = Standard deviation*

Discusión

Datos estudiados

No todos los usuarios del Hiperdia presentaron diagnóstico de hipertensión arterial sistémica y/o diabetes y más de un tercio de ellos fueron derivados incorrectamente al Hiperdia, a partir de un servicio de atención primaria de la salud. Entre ellos, se encuentran usuarios sin hipertensión y/o diabetes o aquellos con estas condiciones pero sin justificación para la asistencia de nivel secundario en los términos de la Resolución SES/MG 2.606/2010[5].

La presencia de otras comorbilidades, previamente al registro en el Hiperdia, fue un hallazgo para la gran mayoría de los participantes (83,1%). De entre estas condiciones, se destacan la dislipidemia, ACV, infarto de miocardio, Mal de Chagas, insuficiencia renal, pie diabético y depresión, que aparecen individualmente o en grupos de a dos, tres y hasta cuatro comorbilidades. Es pertinente reflexionar acerca de la prevalencia del Mal de Chagas detectada en este estudio: 23,2%. De acuerdo con la Sociedad Brasilera de Cardiología[9] y Punukollu y colaboradores[10], la cardiopatía chagásica crónica puede manifestarse por insuficiencia cardíaca, eventos tromboembólicos y arritmias ventriculares –condiciones que involucran alta morbimortalidad-, además de muerte súbita.

De esta manera, se sugiere la inserción de los portadores de Mal de Chagas de acuerdo a criterios de gravedad –principalmente cuando se presenta en forma de cardiopatía crónica- en la cartilla de los centros

Hiperdia, sobre todo aquellos localizados en el norte de Minas Gerais, área endémica de la enfermedad, propuesta ésta que ya se encuentra en evaluación por parte de la Secretaría de Estado de Salud.

De acuerdo a la clasificación de diabéticos con base en los criterios de la SES/MG, entre los 106 evaluados, el control metabólico fue bueno para la menor proporción (24,5%); consecuentemente, los controles metabólicos regular y malo fueron detectados en la mayor parte de los participantes (75,5%).

La clasificación de riesgo cardiovascular por los criterios de la SES/MG, en una muestra de 95 personas, detectó, en la gran mayoría, situaciones aisladas de las siguientes patologías: insuficiencia coronaria; insuficiencia cardíaca o hipertrofia del ventrículo izquierdo; insuficiencia arterial periférica; insuficiencia renal crónica en estadios avanzados; accidente cerebro-vascular o accidente isquémico transitorio; hipertensión arterial resistente; o, aún más, sospecha de hipertensión arterial secundaria. Las asociaciones de estas condiciones estaban presentes en menos del 20,0% de los casos estudiados. De acuerdo a la clasificación de Framingham, la mayoría presenta alto riesgo cardiovascular.

Entre los diabéticos con o sin hipertensión, la derivación correcta fue más frecuente; no obstante, el tiempo de diagnóstico no influyó en la derivación correcta al Hiperdia. La aparición de enfermedades previas al registro en el Hiperdia se asoció a la derivación correcta, como en los casos de ACV/infarto. Estas situaciones, de por sí, ya enmarcan al individuo como de alto riesgo cardiovascular en relación a los criterios aislados de la SES/MG, lo que justifica la correcta derivación.

En cuanto a las personas con diagnóstico de diabetes, el acceso al Hiperdia es extremadamente importante. Si fuese inadecuadamente controlada, esta condición representa una pesada carga económica para el sujeto y para la sociedad. La mayor parte de los costos de la diabetes está relacionada con complicaciones que, a menudo, pueden ser evitadas[11]. Enfermedad renal crónica, neuropatía periférica con desencadenamiento de úlceras en miembros inferiores y de amputaciones, retinopatía y enfermedades cardiovasculares se manifiestan en los estadios finales de la diabetes con control metabólico inadecuado. De esta manera, es de suma importancia el acceso a las especialidades ofrecidas por el Hiperdia, como cardiología, endocrinología, nefrología, angiología y cuidados del pie diabético.

Residir en el mismo municipio donde se localiza el Hiperdia fue asociado al mayor acierto en la derivación. La hipótesis para este hallazgo es que la proximidad geográfica entre los profesionales del nivel primario y los del nivel secundario puede contribuir para el mayor esclarecimiento acerca de los criterios correctos de derivación al Hiperdia, principalmente por medio de reuniones locales entre el equipo que atiende en el Hiperdia y los profesionales de las unidades de atención primaria del municipio.

Las personas clasificadas como de alto riesgo cardiovascular por los criterios de Framingham presentaron mayor porcentaje de derivación correcta. Lo mismo aconteció con los casos de diabéticos con control metabólico defectuoso que fueron, en su totalidad, derivados correctamente. Son resultados importantes, puesto que estas situaciones requieren cuidados especiales, dado el mayor riesgo de complicaciones (infarto y ACV, en el caso de hipertensos, y amputaciones y enfermedad renal crónica, en el caso de diabéticos) y de mortalidad. Las acciones propuestas por el equipo multiprofesional del Hiperdia posibilitan monitorear y buscar intervenciones más efectivas en el aspecto preventivo del servicio.

El mayor tiempo de diagnóstico de HAS fue asociado a la derivación correcta, lo que sugiere que el mayor tiempo de convivencia con la enfermedad contribuye a la aparición de complicaciones y agravamientos, que justificarían la derivación al nivel secundario de atención a la salud. Por otro lado, las características del perfil de los usuarios, como franja etaria y escolaridad, no influyeron en la correcta derivación.

En cuanto a los beneficiados con el transporte público municipal para el acceso al Hiperdia, casi la mitad fue incorrectamente derivada. Esto es preocupante, dado que la falla en la derivación tiene un costo para el tesoro público municipal, al disponibilizar transporte a individuos en una situación de salud no coherente con los criterios de derivación determinados por las políticas públicas del sector. En este contexto, se puede pensar en posibles fragilidades en el proceso de formación de los profesionales que efectuaron la derivación en base a diagnósticos clínicos incorrectos. Otra explicación para la incorrecta derivación de una gran cantidad de personas que recibieron el beneficio del transporte, puede ser adjudicada al hecho de que los gestores de salud pública no han implementado proyectos de educación permanente a profesionales, que los orienten en relación a los criterios clínicos para derivar pacientes al Hiperdia.

Un resultado positivo encontrado en esta investigación es que la mayoría de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial y/o de diabetes

tiene acceso integral a la medicación prescrita en el SUS, principalmente entre los adultos y las personas con menor ingreso familiar mensual, considerando que la escolaridad no influyó en el acceso a los medicamentos. Este hallazgo sugiere actitudes proactivas de los profesionales en la orientación de los usuarios, ya que, en principio, el analfabetismo podría restringir la probabilidad de acceso a la información, de modo que, si el profesional no los hubiese orientado correctamente, los sujetos habrían quedado al margen del usufructo de un beneficio que la ley les garantiza, por una cuestión de mero desconocimiento.

Como la compra de medicamentos para la hipertensión y la diabetes compromete el 12% del presupuesto de las familias de bajo ingreso[12], en el 2011 fue lanzada la campaña "la Salud no Tiene Precio", con el objetivo de divulgar, a nivel nacional, la gratuidad de estos medicamentos, disponibles en el Programa Farmacia Popular de Brasil, instituido por el Decreto 5.090/2004[13]. El Programa Farmacia Popular fue reglamentado por la Ordenanza 971/2012 del Ministerio de Salud[14], que considera la necesidad de ofrecer alternativas de acceso a la asistencia medicamentosa, en vista de promover la integralidad de la atención a la salud, asegurando medicamentos esenciales para tratar los perjuicios de mayor incidencia en la población.

Este estudio presenta la limitación de haber sido realizado sólo en una parte de los usuarios del centro Hiperdia, a pesar de que la muestra haya sido definida a partir del cálculo muestral para representar el total de registros. Otra cuestión que merece ser discutida es la existencia de posibles cruces en relación a las informaciones ofrecidas por los sujetos estudiados, lo que puede subestimar o sobreestimar los datos encontrados. Además de eso, debido al diseño transversal de esta investigación, no fue posible extraer conclusiones de causa y efecto en base a las asociaciones verificadas entre las variables dependientes (derivación y acceso a la medicación) y las variables independientes. No obstante, el presente estudio es importante por el hecho de investigar temáticas que involucran políticas públicas de salud: derivación y acceso a la medicación para hipertensión y diabetes.

Justicia distributiva y equidad

La justicia, en sentido estricto, se manifiesta en la distribución de funciones, dinero u otros recursos que deberían ser repartidos entre las personas que comparten beneficios otorgados por el poder público. Uno y otro individuo pueden presentar, entre sí, niveles de participación diferentes o iguales en los beneficios ofrecidos por el servicio público de salud[3]. Así, la injusticia sería ofrecer beneficios y encargos en cantidad menor o mayor a la que es debida a determinado sujeto[15]. Por lo tanto, sería injusto derivar a una persona que no lo requiere al servicio especializado, dado que este servicio provee una oferta de beneficios superior a la necesidad del sujeto. Esto implica destinar horas clínicas especializadas para las condiciones de salud plausibles de acompañamiento y asistencia en nivel primario, es decir, en la atención básica del sistema público de salud.

Autores como Beauchamp y Childress acuerdan en que, en el campo de la salud, la justicia debe ser distributiva, esto es, que contemple una ordenación equitativa de derechos y beneficios, los cuales deben ser explicitados en las situaciones de escasez de recursos y de competición[16]. En la asignación de tratamientos poco disponibles en el servicio público, es pertinente la reflexión acerca del hecho de que no todas las personas carentes de tratamiento especializado tienen acceso al mismo. En esta línea de pensamiento, los individuos derivados incorrectamente, al gozar de tratamientos especializados y escasos, comprometen el acceso de aquellos que realmente precisan de este tipo de tratamiento.

La cuestión del aumento de las enfermedades crónico-degenerativas resulta en la necesidad de establecer límites, criterios y parámetros para priorizar tanto las ofertas en salud como los beneficiados. Tales decisiones involucran valores morales y principios éticos prevalentes en una sociedad, además de cuestiones políticas y legales[17]. Mejorar la eficiencia de los gastos públicos es un procedimiento ético. De este modo, la validad científica y el éxito del procedimiento se constituyen en criterios éticamente correctos, dado que el uso de un recurso escaso, sin chance de beneficio, es un desperdicio injusto[17].

En el campo de las políticas de salud, el tema de la equidad gana visibilidad a partir de la década de 1990, articulado con el debate del perfil de los gastos en salud pública, marcado por el desenfrenado aumento de las pérdidas en ese sector[18]. Polisémico, el principio de la equidad puede ser interpretado como priorización de recursos para las personas más desatendidas, en contradicción con la asistencia integral de todos los individuos conforme a sus necesidades de salud[19].

No obstante, en los casos de personas con alto riesgo cardiovascular, la inversión pública se justifica, en la medida en que las acciones en el nivel secundario –como las ejecutadas en el Hiperdia- ofrecen una mejor relación de costo-beneficio,

tomando como base un modelo asistencial focalizado en la atención de las condiciones crónicas, como por ejemplo la HAS y la diabetes. Siendo así, se puede afirmar que, de acuerdo a la teoría de la justicia distributiva, la correcta derivación al nivel secundario es justo[3]. La derivación correcta de las personas que deberían recibir atención diferencial en su caso, en el centro Hiperdia –para tratamiento de la salud-, apunta a la finalidad de la justicia distributiva: dar a cada individuo aquello que le corresponde, en la medida de sus necesidades.

En cuanto a las decisiones que involucran una justa distribución de los recursos en salud, cabe reflexionar sobre la responsabilidad del poder público en la propuesta de políticas, en la definición de los recursos a ser destinados al sector y en la distribución de las prioridades entre las instituciones de salud[20]. Las políticas del sector muchas veces optan por medidas que alcanzarán a muy pocos individuos, contrariando la teoría utilitarista[3]. Para definir los criterios de la justicia distributiva hay diversos parámetros, como la libertad individual, necesidades individuales, equidad, además de la utilidad social. A pesar de que el último criterio es el principalmente adoptado por los planeadores en salud, lo justo es poner a disposición recursos que proporcionen más beneficios a más personas[20]. En este estudio, la derivación correcta al Hiperdia empleó el criterio de necesidades individuales para fundamentar la distribución justa del recurso en salud.

En lo que se refiere al constructo de la justicia distributiva, la teoría de Deutsch[21], defiende que los principios distributivos igualdad, necesidad y equidad- sean utilizados conforme al contexto distributivo. A diferencia de la equidad, la igualdad establece una división equivalente de bienes en la sociedad; y, en relación al principio de la necesidad, se propone que las personas económicamente menos favorecidas deban recibir más beneficios que las demás[21]. En el caso del presente estudio, el ofrecimiento de transporte gratuito a personas pobres para tener acceso al Hiperdia respeta los principios de igualdad y de necesidad, teniendo en cuenta la falta de vehículo propio o de recursos para utilizar el transporte colectivo. No obstante, si el sujeto no tiene las condiciones de salud que justifiquen la derivación, la equidad no fue respetada, dado que el transporte debería estar disponible sólo para aquellos con reales necesidades de atención en el Hiperdia. En la reflexión acerca de la justicia distributiva, de acuerdo a lo que afirmó Nedel, *si algo debe ser distribuido, que la distribución no sea arbitraria, que sea justa*[22].

En este marco, es preciso discutir una cuestión polémica en Brasil que se vincula no sólo con la insuficiencia de recursos, sino especialmente con su mala distribución. Cuando se compara el gasto social en salud con el de otros países, se observa que no hay insuficiencia y sí ineficiencia[23]. Los resultados de esta investigación demuestran el uso inadecuado de los recursos para transportar personas que no se enmarcaban en los criterios de atención del nivel secundario de HAS y diabetes.

En esta perspectiva, es pertinente preocuparse por la sustentabilidad de los servicios en el área de la salud. La reflexión bioética debe concentrarse en la limitación de los derechos a la atención en salud y especificar los servicios sanitarios que podrían ser efectivamente costeados con los recursos públicos. La cuestión principal reside más bien en la posibilidad de justificar los gastos sociales en salud y no tanto en la visión del derecho a la salud como derecho inalienable o preexistente[24].

En relación a los usuarios sin ningún acceso a la medicación prescrita o con acceso parcial, se debe reflexionar acerca de la siguiente cuestión: ¿por qué estos usuarios todavía no consiguieron gozar del beneficio ofrecido a hipertensos y diabéticos?. Una hipótesis es la simple falta de conocimiento acerca del derecho a acceder a medicamentos gratuitos para la hipertensión o la *diabetes mellitus*. Otra respuesta puede ser que estas personas no forman parte de los grupos organizados, que luchan por el cumplimiento de sus derechos constitucionales, ya sea por medio de la cooperación entre sus participantes para el enfrentamiento de los problemas o por las peticiones de demandas dirigidas a los gestores públicos. En ambas situaciones, se evidencia la vulnerabilidad social que, sumada a la vulnerabilidad física como consecuencia de la propia enfermedad, indicaría la necesidad, justamente de estos pacientes, de recibir una atención prioritaria en el sistema de salud público.

Aun en relación a la desigualdad de acceso a los medicamentos, este estudio detectó que, para los usuarios contemplados con toda la medicación prescrita, la justicia obtenida puede ser considerada individualista[25]. Esta sería una ética individualista, conservadora de las desigualdades de la sociedad[22]. Otro factor que puede haber contribuido en la desigualdad de acceso a la medicación sería la procedencia de los casos estudiados, oriundos de 16 municipios, cada cual contando posiblemente con diferente organización logística de farmacias populares de la red SUS. Para estos individuos sin ningún acceso a la medicación o con acceso parcial, es de

fundamental importancia que el equipo de salud los concientice sobre el problema, así como también que incentiven la organización para la búsqueda de soluciones y para la construcción de la ciudadanía.

Consideraciones finales

Se verificó en este estudio la existencia de fallas en la derivación de casos de HAS y de diabetes al nivel de atención secundaria en el servicio público estatal Hiperdia. A pesar de ser un nivel de atención especializada destinado a los casos de mayor gravedad, el Hiperdia Minas recibe individuos cuyo acompañamiento puede ser realizado por la atención primaria del SUS. Por otro lado, lo que es más grave, es que entre las derivaciones incorrectas, se encuentra casi la mitad de las personas que fueron beneficiadas con el transporte público gratuito para llegar al servicio de asistencia, por las secretarías de salud de los municipios del área de cobertura del Hiperdia. En este caso, el ofrecimiento de beneficios en mayor cantidad respecto de la necesidad, se caracteriza como una injusticia en la asignación de recursos públicos en salud.

Un aspecto positivo a destacar es que la gran mayoría de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes, tiene acceso total a la medicación en el SUS, beneficio asociado al grupo de menor ingreso familiar.

El estudio suscita la necesidad de promover acciones de educación permanente para los trabajadores de la atención básica, en las temáticas de "gestión de casos" y "definición de criterios de derivación" para el Hiperdia. La propuesta de calificación profesional contribuiría para minimizar el desperdicio de dinero público que, en este caso, fue innecesariamente empleado tanto en el transporte como en la atención especializada del nivel secundario del SUS. Esta inversión podría ser destinada a otros servicios de salud en el ámbito del SUS, como, por ejemplo, la creación o expansión de farmacias populares para la distribución gratuita de los medicamentos. Esto minimizaría las desventajas de quienes conviven con hipertensión arterial y/o diabetes y que no tienen acceso a dicho recurso terapéutico.

Finalmente, se concluye que la distribución de los beneficios en salud en el nivel secundario de atención en la red del SUS debe basarse en el principio ético de la justicia distributiva y de la adopción de medidas equitativas, de modo tal que se contribuya al funcionamiento pleno de la propuesta del Hiperdia.

La investigación que sirvió de base para la elaboración de este artículo contó con el apoyo de la Fundacion de Amparo a la Investigacion del Estado de Minas Gerais (Fapemig).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 dez 2010:seção 1, p. 89.
2. Aristóteles. Ética à Nicômaco. São Paulo: Nova Cultural; 1996. (Coleção Os Pensadores).
3. Fortes PAC. Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. Rev. bioét. (Impr.). [Internet]. 2008 [acesso 10 fev 2015]; 16(1):25-39. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/53/56
4. Deutsch M. Equity, equality, and need: what determines which value will be used as the basis of distributive justice. Journal of Social Issues. 1975;31(3):137-49.
5. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 2.606, de 7 de dezembro de 2010. Institui o Programa Hiperdia Minas e dá outras providências. [Internet]. 2010 [acesso 15 out 2014]. Disponível: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolucao%202606_10.pdf
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. [Internet]. [acesso 14 mar 2013]. Disponível: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/
7. D'Agostinho RD, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM *et al.* General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham heart study. Circulation. 2008;117(6):743-53.
8. Brasil. Ministério de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 13 jun 2012;(12):seção 1, p. 59.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Latino Americana para o Diagnóstico e Tratamento da Cardiopatia Chagásica. Arq Bras Cardiol. 2011;97(3 Suppl):1-48.
10. Punukollu G, Gowda RM, Khan IA, Navarro VS, Vasavada BC. Clinical aspects of the Chagas' heart disease. Int J Cardiol. 2007;115(3):279-83.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Diabetes mellitus: guia básico para diagnóstico e tratamento. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Farmácia popular. [Internet]. 2014 [acesso 19 maio 2015]. Disponível: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/l1-farmacia-popular/9678-farmacia-popular-do-brasil
13. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o "Programa Farmácia Popular do Brasil", e dá outras previdências. [Internet]. 2004 [acesso 10 fev 2015]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. [Internet]. 2012 [acesso 10 fev 2015]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0971_15_05_2012.html
15. Bittar ECB. Curso de filosofia do direito. 8ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
16. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
17. Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. Cad Saúde Pública. 2008;24(3):696-701.
18. Berlinguer G. Equidade, seletividade e assistência à saúde. Lua Nova. 1999;(47):73-103.
19. Campos GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. Saúde Soc. 2006;15(2):23-33.
20. Fortes PAC. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli ELPC, organizadores. Bioética e saúde pública. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2004.
21. Deutsch M. Equity, equality, and need: what determines which value will be used as the basis of distributive justice. Journal of Social Issues. 1975;31(3):137-49.
22. Nedel J. Ética, direito e justiça. Porto Alegre: Edipucrs; 2000.
23. Rocha S. Alguns consensos sobre a questão da pobreza no Brasil. In: Dowbor L, Kilsztajn S, organizadores. Economia social no Brasil. São Paulo: Senac; 2008.
24. Beauchamp TL, Faden RR. The right to health and the right to the health care. J Med Philos. 1979;4(2):118-31.
25. Oliveira SLC, Lunardi Filho WD. Aids e diabetes mellitus versus justiça distributiva no sistema público de saúde. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2004 [acesso 19 jun 2014];57(6):750-53. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000600025&script=sci_arttext

Participación de los autores

André Luiz Cândido Sarmento Drumond Nobre y Simone de Melo Costa participaron de todas las etapas de investigación y producción del presente artículo. Orlene Veloso Dias, Maisa Tavares de Souza Leite y Daniel de Melo Freitas participaron del análisis de los datos y de la revisión crítica del artículo. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito y son responsables por todos los aspectos del trabajo, incluyendo la garantía de su precisión e integridad.

Recebido: 19.9.2014
Revisado: 18.2.2015
Aprovado: 26.2.2015

Anexo

Guión para el relevamiento de los datos

HIPERDIA – 2013 **Fecha de atención: ___ / ___ / 2013** **Nº de ficha _____**

CONDICIÓN DE SALUD Y CONTROL DE CONSULTAS:
(1) Hipertenso (2) Diabético (3) Hipertenso y diabético (4) Ninguna de las dos (HAS y diabetes)

Hace cuánto tiempo tuvo diagnóstico de (1) DM: _____ años y/o (2) HAS: _____ años

CUESTIONARIO SOCIOECONÓMICO, DEMOGRÁFICO Y RELIGIOSO:

	Fecha de nasc.: / / **Edad**: años
Sexo:	(1) Masculino (2) Femenino
Estado civil:	(1) Soltero(a) (2) Casado(a)/concubino(a)/unión estable (3) Viudo(a) (4) Separado(a)/divorciado(a)
Su piel es:	(1) Blanca (2) Negra (3) Amarilla (4) Parda (5) Indígena
Escolaridad:	años de estudio
Ingreso familiar mensual:	**R$**_____ **Nº de personas** _____ **Ingreso per cápita**: R$ _____
Municipio donde vive:	(1) Brasília de Minas (2) Campo Azul (3) Ibiracatu (4) Icaraí (5) Japonvar (6) Lontra (7) Luislândia (8) Mirabela (9) Patis (10) Pintópolis (11) São Francisco (12) São João da Ponte (13) São Romão (14) Ubaí (15) Urucuia (16) Varzelândia
Ocupación laboral:	(1) Jubilado (2) Desempleado(a) (3) Doméstico (4) Pensionado (4) Otros. Actividad desarrollada:
Si es jubilado:	(1) Edad/tiempo de servicio (2) Auxilio-enfermedad (3) Invalidez
¿Tiene religión?	(1) No (2) Católica (3) Evangélica (4) Otra:

HISTORIA TEMPRANA Y ESTILO DE VIDA:

Enfermedades previas:	(1) No (2) ACV (3) Dislipidemia (colesterol/triglicéridos elevados) (4) Infarto (5) Mal de Chagas (6) Insuficiencia renal (7) Pie diabético (8) Amputaciones por diabetes (9) Depresión (10) Otras:

DATOS BIOLÓGICOS:

Altura: m	**Peso**: kg	**IMC**:
(1) Normal (2) Sobrepeso (3) Obesidad grado I (4) Grado II (5) Grado III		
Glucemia capilar: mg/dL		
PA (consultorio, sentado, condiciones ideales): PAS	× PAD	mmHg

Classificación de riesgo global (Framingham) Categoría	Criterios aislados de alto riesgo cardiovascular (SES/MG)
(1) Bajo	(1) Ins. coronaria (2) Ins. cardíaca (3) Hipert. VI (4) Ins. arterial periférica (5) IRC estadio 3 o más (6) AVE o AIT (7) HA resistente (8) Sospecha de HA secundaria
(2) Moderado	
(3) Alto	

Clasificación de diabéticos (SES/MG)

Condición	Critério
(1) Control metabólico bueno	Hb glicada < 7% / glicemia de jejum < 130 mg/dL
(2) Control metabólico regular	Hb glicada entre 7% y 9% / glicemia de jejum entre 130 y 200 mg/dL
(3) Control metabólico defectuoso	Hb glicada > 9% / glicemia de jejum > 200 mg/dL

Ficha de referencia rellenada por:	(1) Médico(a) (2) Enfermero(a) (3) Otro:
Correcta derivación:	(1) Sí (2) No

ACCESO (TRANSPORTE/MEDICAMENTOS)

Tipo de transporte para llegar al Hiperdia:	(1) Propio (2) Transporte gratuito del Municipio (3) Ómnibus (colectivo) (4) Otro:
¿Tiene acceso a todos los medicamentos recetados?	(1) Sí (2) No (3) En parte