

Verdens helse

Medisinsk bevis på USAs bruk av tortur

■ Personer som er blitt holdt i amerikanske fangeleire, er blitt systematisk utsatt for tortur og umenneskelig behandling, ifølge Physicians for Human Rights.

Organisasjonen har utgitt en rapport med detaljert medisinsk og psykologisk evaluering av 11 tidligere fanger i forskjellige amerikanske fangeleire, inkludert Abu Ghraib og Guantanamo Bay (1). Fangene ble utsatt for isolasjon, søvnberøvelse, tvungen nakenhet, fornedrelser samt alvorlig fysisk og i noen tilfeller seksuelt misbruk. Det er også bevist at helsepersonell har vært involvert ved å legge til rette for tortur av fangene, nekte medisinsk behandling og å gi konfidensiell medisinsk informasjon til avhørerne.

En del av teknikkene er offisielt godkjent, mens andre er blitt «en del av et regime av brutalitet i fangeleirene», hevder Physicians for Human Rights.

– De tidligere fangene i denne rapporten, som alle kjemper en ensom og vanskelig kamp for å gjenoppbygge livene sine, trenger kompensasjon for det de er blitt utsatt for, omfattende psykisk og medisinsk støtte samt en unnskyldning fra vår regjering, sier generalmajor Antonio Taguba, som ledet den amerikanske hærens offisielle etterforskning av misbruk av fanger i Abu Ghraib.

Ingen av mennene ble noensinne siktet. Fire ble arrestert i Afghanistan og senere sendt til Guantanamo Bay, hvor de ble holdt i gjennomsnittlig tre år. De andre sju ble arrestert i Irak og holdt i seks måneder i gjennomsnitt.

– Det er ikke lenger tvil om at den nåværende administrasjonen har begått krigsforbrytelser. Det eneste spørsmålet som gjenstår er om de som beordret bruk av tortur, vil bli holdt til ansvar, sier generalmajor Taguba.

Oda Riska

oda.riska@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Physicians for Human Rights. Broken laws, broken lives: medical evidence of torture by US personnel and its impact. <http://brokenlives.info> (8.7.2008).

Internasjonal medisin

Seguro Popular – en helsereform for de fattigste

Mexico vedtok i 2003 en helsereform der forsikringskomponenten, Seguro Popular, innebærer at 50 millioner meksikanere skal være forsikret innen utgangen av 2010. Noen av de største etiske og økonomiske utfordringene med reformen har vært knyttet til et fond for beskyttelse mot store helseutgifter for den enkelte borger. Mye arbeid gjenstår for å gjøre beslutningsprosessene i reformen kjent for den meksikanske befolkningen.

I Mexico etablerte man i 1943 et helsedepartement og et helseforsikringssystem. Det ble starten på landets tre store helsereformer gjennom 60 år. Den andre reformen kom i slutten av 1970-årene og besto i en utvidelse av helsetilbudet gjennom å styrke vanlige folks tilgang til helseinstitusjoner, blant annet gjennom desentralisering. Den tredje og nyeste er Sistema Social de Protección en Salud (SSPS), som ble vedtatt i 2003. Den mest kjente delen av denne reformen er en helseforsikringskomponent, kalt Seguro Popular. Målet er å forsikre 50 millioner meksikanere innen utgangen av 2010 (1).

Reformen har delvis sin bakgrunn i en rapport fra Verdens helseorganisasjon (WHO) fra 2000, der Mexico ble rangert som nummer 144 av 191 land når det gjaldt rettferdig økonomisk fordeling av helseutgiftene. Blant de vurderte kriteriene var andelen personer som blir utsatt for «katastrofale helseutgifter» (2).

Helsereformen Seguro Popular

Seguro Popular består av to fond. CAUSES-fondet omfatter elementære tiltak mot vanlige sykdommer med relativt lave behandlingskostnader. I 2006 gjaldt dette 249 intervensjoner, deriblant barnevaksinasjonsprogrammet og screening for cervix-cancer. FPGC-fondet, fondet for beskyttelse

mot katastrofale helseutgifter, gjelder sykdommer med relativt lav insidens og høye kostnader (3). For det sistnevnte har det vært mange utfordringer i prioriteringen av hvilke sykdommer og intervensjoner som skal støttes. Prioriteringene koordineres av helserådet, Consejo de Salubridad General, som omfatter en klinisk komité, komiteen for økonomisk analyse og komiteen for bioetikk.

Oportunidades, en annen interessant komponent av helsereformen, er et initiativ fra 1990-årene som i korte trekk går ut på å hjelpe familier som gjennomfører sosiale tiltak, får økonomisk kompensasjon for dette. Noen tiltak innebærer at foreldrene sender barna på skole fremfor ut i arbeid, gjennomfører ernæringsprogrammer og oppsøker helse-senter for behandling og forebyggende tiltak (4).

Landets to største helseforsikringsordninger dekker henholdsvis ansatte i privat virksomhet (IMSS) og ansatte i staten (ISSTE). De som ikke er forsikret gjennom disse eller andre helseforsikringsprogrammer, det gjelder blant andre arbeidsledige, selvstendig næringsdrivende, migrasjonsarbeidere og gårdbrukere, er aktuelle kandidater for innmelding i Seguro Popular. Innmeldingen er frivillig og gjelder for ett år om gangen. Finansieringen utgjøres av en avgift delt mellom delstatene og den føderale regjeringen samt en innmeldingsavgift fra familiene, der størrelsen er avhengig av husholdningens månedsinntekt. De fattigste 20 % er fritatt for denne avgiften (5).

Litteratur og intervjuer

Hensikten med denne artikkelen er å gi en kort oversikt over reformen og de resultater som hittil er oppnådd. Vi ønsker særlig å belyse de vanskelige prioriteringer som følger av å innføre en ny helseforsikring for 50 millioner mennesker innenfor et stramt

Brev fra Mexico





Mexico har vedtatt at over 50 millioner innbyggere skal få helseforsikring innen 2010. Begge foto Sabina Fattah



Nesten en firedel av Mexicos befolkning bor utenfor byene

nasjonalt budsjett. Artikkelen bygger på gjennomgang av tilgjengelig litteratur om helsereformen og utgivelser fra helsedepartementet i Mexico. En av oss (SF) utførte intervjuer med sentrale aktører med førstehåndskjennskap til prioriteringsprosessene som ligger til grunn for reformen. Spørsmålene ble utformet i forkant av hvert enkelt intervju, samtalene ble tatt opp på bånd og senere systematisert og analysert.

Implementering

I november 2006 publiserte tidligere helseminister Julio Frenk og medarbeidere resultatene helt fra starten av planleggingen av helsereformen i 2001 og frem til 2006 (6). Helseloven, La Ley General de Salud, et lovverk som Seguro Popular ble knyttet til i mai 2003 (3), krever at prioritet skal gis til fattige familier i ressursvake områder, til dem som er bosatt på landet og til urbefolkningen. Resultatene frem til 2006 viste at andelen rekrutterte til Seguro Popular fra ikke-urbane områder var 50 %, mens andelen av befolkningen som bor i slike områder er 23,5 %. Sannsynligheten for å bli rekruttert var størst for fattige husholdninger i lokalsamfunn med lavt eller middels utviklingsnivå (6).

I 2001 var Puebla den delstaten med færrest offentlig ansatte leger og sykepleiere per 1 000 innbyggere. Fra implementeringen av Seguro Popular og til 2005 økte andelen med mer enn 25 % (6). Jorge Macorro Canreon, en av dem som har ansvar for Seguro Popular i Puebla, fortalte at myndighetene der har begynt rekrutteringen

i de mest avsidesliggende områdene og blant dem som fra før inngikk i programmet Oportunidades, fordi disse allerede var oppdaget og fanget opp som de mest ressursvake. Totalt sett har de offentlige utgiftene til de tidligere uforsikrede økt med 61 % fra 2000 til 2006 (7).

Prioriteringskriterier

Prioriteringskriteriene for hvilke helsetjenestetilbud som skal tilbys innenfor den grunnleggende helsepakken i Seguro Popular, bygger på ideer fra Verdensbanken (8), Verdens helseorganisasjon (9) og nyere prioriteringslitteratur (10):

- Sykdomsbyrde – målt i DALY (disability-adjusted life years)
- Effekt av helsehjelpen
- Kostnadseffektivitet (kostnad per DALY)
- Likhet (sosialt, økonomisk og geografisk)
- Sosial aksept (samsvar med befolkningens forventninger)

Sykdomsbyrden i Mexico har tradisjonelt vært preget av infeksjoner og høy barnedødelighet. Landet har nå gjennomgått en epidemiologisk transisjon som innebærer at en større del av sykdomsbyrden utgjøres av ikke-smittsomme, kroniske sykdommer, slik som kreft og hjerte- og karsykdommer. Innen den grunnleggende helsepakken har man derfor i prioriteringene tatt sikte på å inkludere ikke bare vaksiner og tiltak rettet mot barnedødelighet, men også mer kostbare tiltak rettet mot årsaker til en sykdomsbyrde typisk for middel- og høyinntektsland (7).

Helseøkonomi

Kommisjonen for helseøkonomi har hatt relativt stor innflytelse på hvilke intervensjoner som er blitt inkludert i Seguro Popular. Hovedprinsippet for deres arbeid har vært beregninger av kostnadseffektivitet utført ved hjelp av data fra Verdens helseorganisasjon (11) og nye oppdateringer i Disease Control Priorities Project (12). Internasjonale studier kan lett tilpasses lokale forhold når det gjelder kostnader og sykdomsepidemiologi. Slike tilpasninger er viktig. For eksempel er det langt flere kvinner i Mexico som har brystkreft i ung alder, noe som gjør screening av kvinner under 50 år mer kostnadseffektivt enn i for eksempel i Norge. På den annen side fant man at behandling for kreft i livmorhalsen var mer kostnadseffektivt enn behandling for brystkreft og prostatakreft – de to siste intervensjonene er derfor foreløpig ikke prioritert (7).

Eduardo Gonzalez-Pier ved kommisjonen påpekte at kostnad-effekt-analyser har sine begrensninger, fordi folk bryr seg om andre forhold enn hvilke intervensjoner som gir mest DALY-utbytte for pengene. For eksempel vil forhold som rettferdig fordeling, begrensninger i kapasitet og politiske forhold for noen spille en viktigere rolle enn kostnadseffektivitet.

Kommisjonen for økonomisk analyse har en gruppe som forsøker å kartlegge hvilken påvirkning legemiddelindustrien utøver på aktørene – fra allmennleger til kongresspolitikere. Hittil har man funnet at firmaene er svært utholdende når det gjelder å over-

Ramme 1

«Accountability for reasonableness» – ansvar for rimelige begrunnelser. Fire minimumskrav til en rettferdig og åpen prioriteringsprosess (13, 14)

- Åpenhet
Beslutninger som begrenser tilgang til helsetjenester skal være offentlige, og begrunnelsene skal være offentlig tilgjengelige
- Relevans
Begrunnelse skal være relevante. Dette vil si at de må hvile på faglig dokumentasjon, grunner og prinsipper som alle parter, dvs. administratorer, klinikere, pasienter og samfunnsborgere, kan akseptere som relevante for å avgjøre hvordan forskjellige behov for helsetjenester kan tilfredsstilles for hele befolkningen, gitt ressursknapphet
- Klageadgang og korleksjon
Det bør eksistere mekanismer for klager og kritikk av avgjørelser hvor det er uenighet om beslutninger som begrenser tilgang til helsetjenester, inkludert mulighet for å revidere beslutninger i lys av ny dokumentasjon eller nye argumenter
- Regulering og institusjonalisering
Det bør være offentlig eller frivillig regulering av de mekanismer og prosedyrer som sikrer at de første tre kravene blir oppfylt

bevise om at deres produkter er de beste, og at dette skaper problemer i forhold til upartiskhet ved beslutninger. Funnene planlegges lagt frem først i slutten av 2008.

Etikk

All prioritering innebærer vanskelige etiske valg. Når noen helsetilbud blir prioritert, betyr det samtidig at andre ikke kommer med. De etiske prinsippene som kommisjonen for bioetikk bruker for prioritering i Seguro Popular er utviklet i samarbeid med Norman Daniels fra Harvard School of Public Health. Tidligere helseminister Julio Frenk ønsket særlig at reformen skulle være tuftet på prinsippene i det etiske rammeverket kalt «accountability for reasonable» (ramme 1) (13, 14). Gisela Morales, økonom ved komiteen for bioetikk, forklarte at en sjekkliste med medisinske og epidemiologiske kriterier ble benyttet i en tenkt prioritering mellom brystkreft og livmorhalskreft. Gruppen så også på sosioøkonomiske kriterier som alder, kjønn, etnisitet, sosial klasse, demografi, familieøkonomi, emosjonelle forhold og sosial betydning av sykdommen. Kriteriene tar også dekningsgrad av intervensjonen og tilgang til den i betraktning.

Med en slik konkret tilnærming til pro-

blemet kan man lettere strukturere diskusjonen og finne frem til sykdommer som bør prioriteres i henhold til faktorene nevnt i helseloven. Eksempler på inkluderte intervensjoner i Seguro Popular fremgår av ramme 2 (3, 7).

Sosial aksept

En komité for sosial aksept er planlagt, men er ennå ikke kommet på plass, ifølge Adolfo Hernandez, direktør for helserådet. Formålet med komiteen er å sikre legitimitet og støtte for vanskelig prioritering i brede lag av befolkningen. Cristina Gutierrez ved kommisjonen for økonomisk analyse var opptatt av at noen sykdommer får større oppmerksomhet i prioriteringsarbeidet enn andre. Naturkatastrofer som får mye medieoppmerksomhet prioriteres, mens viktige sykdommer som denguefeber, som har begynt å komme tilbake til Mexico, ikke blir prioritert.

Har man i Mexico lyktes med implementeringen av «accountability for reasonable»-prinsippene? Gonzalez-Pier påpekte at det ikke finnes noen offisiell klageinstans for pasientene, men han fremhevet at man med reformen søker å bemyndige brukerne og gi dem større innflytelse på beslutningsprosessene. Blant mekanismene er at tilskuddet til den enkelte delstat er avhengig av antall innmeldte i delstaten, og at delstatene dermed aktivt må forsøke å rekruttere nye medlemmer. Familiene betaler selv en liten innmeldingsavgift, og dermed vil de forvente mer, kreve mer og engasjere seg mer. Gonzalez-Gier påpekte at de tjenester man har rett til som bruker av Seguro Popular er skrevet ned, offentlig tilgjengelige og forutsigbare.

Utfordringer fremover

Prioritering av intervensjoner med høye kostnader er vanskelig, og Gonzalez-Pier mente at høyspesialiserte behandlingsformer er mye vanskeligere å rangere i forhold til kostnadseffektivitet enn enklere behandlingsformer. En grunn til dette er sannsynligvis at slike intervensjoner ofte ikke er de mest kostnadseffektive. Spørsmålet blir da hvorfor de skal tilbys.

Dialyse er ett eksempel. Det kommer argumenter om at dialyse er sosialt akseptabelt, selv om det ikke er kostnadseffektivt eller så kostnadseffektivt som folk ønsker, fordi dekning av dialyse beskytter mot katastrofale utgifter og fattigdom. Det blir en form for sikkerhetsnett.

Gutierrez mente at regjeringsskiftet da president Vincente Fox ble avløst av Felipe Calderon (i 2006) har ført til nye utfordringer – manglende politisk vilje og tvil om tidligere utført arbeid. Dette har gjort at alt tar lengre tid enn forventet i prosessen videre.

Diskusjon

Har reformen gitt mer makt til brukerne? Mange faktorer tilsier at utviklingen går

Ramme 2

Oversikt over sykdomsgrupper og intervensjoner som fondet for beskyttelse mot katastrofale utgifter (FPGC) dekker og hvilke som ikke er tatt med (3, 7)

Inkluderte sykdomsgrupper og intervensjoner

- Cervixcancer
- Hiv/aids
- Behandling av premature barn
- Infeksjoner i nyfødtp perioden
- Respirasjonsforstyrrelser i nyfødtp perioden
- Akutt lymfatisk leukemi
- Akutt myeloblastleukemi
- Akutt promyelocytiske leukemi
- Hodgkins lymfom
- Non-Hodgkins lymfom (Burkitts lymfom, lymfoblastisk lymfom, B-cellelymfom)
- Medulloblastom
- Astrocytom
- Retinoblastom
- Nevroblastom
- Sarkomer
- Osteosarkomer
- Wilms tumor
- Beinmargstransplantasjon
- Dialyse (kun pilotprosjekt)
- Kataraktoperasjon
- Diagnostikk og behandling av hemofili og lysosomale sykdommer

Ekskluderte intervensjoner

- Rotavirusvaksine
- Behandling for diabetesretinopati
- Nyretransplantasjon
- Screening for brystkreft
- Corneatransplantasjon
- Behandling for brystkreft
- Dialyse (kun pilotprosjekt for utvalgte grupper)

i riktig retning, men uten klageinstanser på plass kan man vanskelig argumentere for at brukerne nå kan kreve mer. Målsettingen bør være at stemmene til dem som påvirkes av reformene blir hørt, slik at man kan justere tiltakene underveis. Tiltak for å hjelpe vanskeligstilte uten at man vet hva de trenger og ønsker, vil ha begrenset nytte.

Helsepersonell og andre beslutningstakere har et ansvar for å la sine avgjørelser styres av kunnskapsbasert medisin, ikke av nyhetsoppslag eller av organisasjoner med egne økonomiske interesser. Studier som enheten for økonomisk analyse i Mexico nå jobber med, kan tyde på at beslutningene i gjennomføringen av helseformen har vært påvirket av både interesseorganisasjoner og legemiddelindustrien.

At et land som Mexico begir seg ut på et sjuårig prosjekt for å forsikre 50 millioner innbyggere, står det respekt av. Det er rett og slett utenkelig at en slik reform ikke vil

møte vansker og utfordringer underveis. Landet har vært mottakelig for råd fra utlandet, forsøker å anvende anerkjente prinsipper for prioritering og har vært åpne om implementering og evaluering. Neste steg bør være åpenhet overfor befolkningen om beslutningsprosessene i reformen.

Sabina Fattah

sabina.fattah@student.uib.no
Det medisinske fakultet
Universitetet i Bergen
Kalfarveien 31
5018 Bergen

Ole Frithjof Norheim

Haukeland Universitetssykehus
og
Fagområdet for medisinsk etikk og vitenskapsteori
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Vi takker Dafna Feinholz Klip, Gisela Morales og de andre ansatte ved den nasjonale kommisjonen for bioetikk, Adolfo Hernandez, direktør for helseråd-

et, Cristina Gutierrez og Eduardo Gonzalez-Pier ved enheten for økonomisk analyse i det meksikanske helsedepartementet og Jorge Machorro Canreon i rådet for implementering av Seguro Popular i delstaten Puebla. Arbeidet er finansiert ved studentstipend fra Norges forskningsråd.

Litteratur

1. Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O et al. Evidence based health policy: three generations of reform in Mexico. *Lancet* 2003; 362: 1667–71.
2. World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Genève: WHO, 2000.
3. González-Pier E, Barraza Lloréns M, Gutiérrez Delgado C et al. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Mexico City: Secretaría de Salud, 2005.
4. Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *Lancet* 2006; 368: 954–61.
5. Frenk J, Gonzalez Pier E, Gomez-Dantes O et al. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet* 2006; 368: 1524–34.
6. Gadikou E, Lozano R, Gonzalez-Pier E et al. Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet* 2006; 368: 1920–35.
7. González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G. Priority setting for health interventions in Mexico's system of social protection in health. *Lancet* 2006; 368: 1608–18.
8. World Bank. World development report 1993. Investing in health. Oxford: Oxford University Press, 1993.
9. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TT. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost Eff Resour Alloc* 2003; 1: 8.
10. Brock D, Wikler D. Ethical issues in resource allocation, research, and new products development. I: Jamison D, Breman J, Measham A et al, red. Disease control priorities in developing countries. 2. utg. New York: Oxford University Press/The World Bank, 2006.
11. WHO-CHOICE: www.who.int/choice/en/ [27.1.2008].
12. Jamison DT, Breman JG, Measham AR et al. Disease control priorities in developing countries. 2. utg. New York: Oxford University Press/The World Bank, 2006.
13. Daniels N, Sabin J. Setting limits fairly. Can we learn to share scarce medical resources? Cambridge: Oxford University Press, 2002.
14. Norheim OF. Hva hindrer åpenhet om prioriteringer? Tidsskrift for velferdsforskning 2005; 8: 73–80.

Manuskriptet ble mottatt 30.1. 2008 og godkjent 7.4. 2008. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.