

PROYECCIONES BIOÉTICAS DE ALGUNOS ASPECTOS DE LA REALIDAD ECONÓMICO-SOCIAL Y MÉDICO-SOCIAL

Cuad. Méd. Soc. XXXIX, 1, 1998/ 80-86

*Prof. Dr. Eduardo Rosselot Jaramillo**

SUMMARY

Changes occurring in the last decades, both in society and in medicine, has established new ethical contexts for health delivery. Decisions on how to promote health, take care of diseases and rehabilitate individuals to attain a better quality of life, does not depend only on the advances in knowledge and a wider scientific information, or the amount of resources that can be offered and used by institutions and nations, but on the correct balance of principles and values that people and communities have about these issues.

To find an holistic solution for health care models, to review this matters seems mandatory. A very relevant subject is equity. Other matters include the apparent opposition between quality and efficiency; the significance of cost contention and reducing health benefits, managing preferently specific problems and opening communication channels in health areas. Finally, a relevant aspect is posed by internationalization and globalization phenomenons, on accreditation of professionals that come from different institutions and countries, with various educational backgrounds, that must demonstrate that their capacities, knowledges and skills, are appropriate to best serve the health care needs of the society.

RESUMEN

Los cambios acaecidos en las últimas décadas, tanto en la sociedad como en la medicina, han establecido nuevos contextos éticos para su ejercicio y sus diferentes expresiones en el mundo actual. Las decisiones sobre cómo promover la salud, manejar las enfermedades y recuperar a los individuos para que logren una calidad de vida satisfactoria, no sólo dependen del avance del conocimiento y la ampliación en la información científica, ni de la magnitud de recursos que pueden disponerse y comprometer a los países o a las instituciones, sino que del balance de principios y valores, que tienen los individuos y las comunidades, respecto al conjunto de esas circunstancias.

En búsqueda de una solución holística es indispensable una revisión de, a lo menos, algunas materias más centrales de la atención de salud. El tema de la equidad precede en la reflexión. Se insinúan ciertos aspectos relevantes en los conflictos bioéticos despertados, como la aparente contraposición entre calidad y eficiencia; los que se inducen al reducir costos y restringir prestaciones, con la selección de grupos específicos para asignar beneficios de salud, y al abrir canales efectivos de comunicación con variados propósitos. Finalmente, constituye materia destacada en el clima de internacionalización y globalización que vive la sociedad de hoy lo atinente al control de calidad planteado respecto a profesionales provenientes de diferentes sectores, institucionales o geográficos, con diversa

* Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

base educacional y, por lo tanto, presunción de formación heterogénea e incapaz de acreditar, para la fe pública, las dotes requeridas para ejercer idóneamente o prestar el servicio que satisfaga a la sociedad.

INTRODUCCION

La Medicina ha evolucionado radicalmente desde un modelo de acción privada, que caracterizó a la medicina tradicional, hacia una perspectiva pública, de servicio y que responde a las necesidades de la sociedad. Ello ha ocurrido tanto por influjo de las modificaciones epidemiológicas, tecnológicas y de los conocimientos en que se basa su ejercicio, como por la ilustrada conciencia que tienen los individuos y los grupos sociales de su relación, derechos y compromisos con la salud propia y de la comunidad. Del mismo modo, la transformación ocurrida en la estructura y organización de la sociedad, sustancialmente secundarios a cambios políticos y económicos, ha determinado nuevas formas de lograr los objetivos que se distinguen en el quehacer de la profesión o que se demandan a la disciplina y constituyen aspiraciones de todos los usuarios.

De tal manera que es evidente que la medicina, sin haber perdido su clásica identidad y sentido de acción samaritana —que de algún modo se tiende a rescatar nuevamente de una desorientación temporal—, y que le otorga autonomía para determinar su propia dirección (1), es altamente influenciada por las costumbres, valores, economía y políticas de la sociedad en que se ejerce o desarrolla.

Independientemente de las relaciones que se tejen entre tales elementos y circunstancias, costumbres y valores, especialmente, determinan modalidades de comportamientos personales o respecto de personas que establecen un contexto ético para las alternativas de ejercicio de la medicina y sus diferentes expresiones o determinantes. De ahí la pertinencia de definir en el ámbito latinoamericano, que nos interesa y envuelve, y cuyas características sociales son peculiares, cuál es la realidad del binomio médico-social, el que merece analizarse particularmente para una mejor resolución de los conflictos bioéticos que se advierten o aparecen en el manejo de la salud.

DEFINIENDO ESPACIOS PARA LA REFLEXION

Como paso previo al análisis que nos hemos propuesto efectuar, nos parece indispensable —sin

caer como dice Gaylin (2) *en el mundo bizantino de los filósofos morales* que a veces distorsiona o caricaturiza las discusiones— diferenciar lo que entendemos por realidad médico-social frente al concepto de medicina social o medicina socializada, cuyo carácter más restrictivo puede, sin embargo, encuadrar y limitar el ámbito de esta reflexión.

Medicina social es una opción que en teoría (3) supone un modelo de práctica médica en que la distribución de las atenciones queda sometida a la regulación de grupos de personas, de una comunidad o del Estado. Más allá de esta simple y tal vez arcaica definición plantea un modelo de ejercicio de la medicina con amplio contenido comunitario, en acciones predominantemente preventivas y de organización pública, como una obligación del Estado, prevista eventualmente para cubrir todas las necesidades de asistencia médica y de promoción de la salud que se establecen como indispensables para la satisfacción de las necesidades de la sociedad. No obstante, identificada ideológicamente con los partidos socialistas, en las principales naciones europeas, a continuación de Bismarck en Alemania y Lloyd George en Inglaterra, y aplicada con razonable éxito en Suecia, llegó a Norteamérica en 1925 con la organización del Comité sobre Coste de la Asistencia Médica que publicó sus conclusiones en 1932 apoyando en general el sistema. Un informe minoritario de los representantes médicos y odontólogos en el Comité se opuso, sin embargo, a la idea que encontró su principal apoyo en los asistentes sociales, una minoría de dirigentes laborales y médicos (descritos como profesores o teóricos que en realidad no ejercían la práctica médica).

Es interesante transcribir los conceptos de los partidarios y detractores de hace, probablemente, treinta años (3) porque las correspondientes apreciaciones coinciden con las actuales, en nuestro medio: *los que abogan por el sistema arguyen que el costo de las enfermedades es desigual e imprevisible y que supone una pesada carga para las clases económicamente débiles; que resulta frecuentemente catastrófica y, por lo tanto, el Gobierno debe asumir la responsabilidad de facilitar asistencia médica a la población y cubrir los gastos con deducciones de los salarios y contribuciones a los profesionales y la empresas. Tales*

fondos deben ser administrados por un organismo oficial que paga los gastos de la asistencia, hospitalización, medicamentos, rehabilitación y los costos de la medicina preventiva. Se prevé la libre elección del facultativo, dentro de ciertos límites, dejando las atenciones médicas rutinarias en manos de médicos generales en cada sector, con centros de consulta y especialización en puntos estratégicos, y la administración, funciones ejecutivas e inspectoras derivables en personas ajenas a la profesión médica.

Clásicamente se ha aludido al modelo de atención británico, puesto en marcha en 1948, como el paradigma de la medicina social. La descripción de la época anotaba *el derecho de toda persona a asistencia médica gratuita, aunque quien así lo deseara era libre de acudir a médicos particulares. La cobertura se definía como muy amplia pero se apuntaba a la escasez del tiempo, que impedía a muchos médicos dar a cada paciente toda la atención individual requerida. Otras críticas se basan en el alto costo, generalmente excediendo cualquier predicción y sobrepasando los presupuestos fiscales, de modo de tener que abrogar de la gratuidad; la privación de la libertad de elegir la clase de atención médica que cada paciente desea, pagando de algún modo por un servicio al que no aspira; el fomento a la simulación y vicios de atención a que conduciría; la centralización del sistema, la obligada tributación y cargos que reducen los salarios.*

Desde aquella época, sin embargo, las reformas en los sistemas de salud asumidas por diferentes países se han planteado con variantes entre las dos opciones generalmente comparadas como alternativas, por los analistas de los sistemas descritos. Han pasado por tales experiencias, y las continúan discutiendo o ensayando, la mayor parte de los países latinoamericanos (4), a la par de las soluciones sociopolíticas que han adoptado sus dirigentes, y con tales variantes como expresiones o cambios culturales y administrativos se hayan dado en el *mare magnum* de sucesivos gobiernos, trasladándose de uno a otro extremo del espectro ideológico.

Ha habido, por lo tanto, una dependencia o una sujeción de la medicina a estrategias de estructuración social concitadas por políticas internas, predominantemente. Pero también por la conducción, asumidamente técnica o experta de organismos asesores internacionales como OMS y OPS (4), entidades gremiales (5), o por la imposición de políticas económicas como las dictadas por el Banco Mundial (6), todas las cuales tienden

a condicionar los modelos de asistencia médica o las reformas que se invocan para el sector salud, por coherencia organizativa y de cumplimiento de objetivos, a la realidad social consecutiva a las transformaciones político-sociales.

La realidad médico social —que en el contexto de lo anterior bien puede ser una realidad configurada o planificada y, por lo tanto, más creación que realidad—, en cambio, expresa las condiciones que la estructura y organización de la sociedad determina en un contexto específico para establecer disposiciones especiales para el modelo de atención que se implementa en base a las concepciones y a las normativas políticas imperantes.

Es a este aspecto al que nos interesa referirnos, sin perjuicio de reiterar una vez más que la influencia de la medicina social, como modelo de salud apropiado y moldeado por la realidad continental latinoamericana, informa, en gran medida, las soluciones que se plantean para la renovación de los sistemas de salud regionales. En otros países la situación sería diferente, como lo demuestran los modelos adoptados en la Norteamérica no hispánica, con un ancestro cultural y una realidad económica condicionante de otra estructura social.

La realidad social en Latinoamérica está dada por una distribución desigual y medrada del PGB (que varía entre los US\$ 8000 de Argentina y los US\$ 220 de Haití) (7), acumulándose más bien cerca de los valores inferiores US\$ 1500, *per cápita* anual. La comparación con Estados Unidos de Norteamérica y Canadá, con alrededor de US\$ 26000 y US\$ 19500, respectivamente para el mismo período, es demostrativa de los desequilibrios macroeconómicos. Por otra parte, la evolución en los últimos años ha llevado a esos países a un mejoramiento económico y de los indicadores generales de salud que, sin embargo, mantienen los desequilibrios internos, las aberraciones en la distribución de tales índices entre distintos estratos económico-sociales, sectores geográficos, en relación a condiciones de vida rural o urbana; respecto a nivel de educación, situación laboral, distribución etaria e incluso, en algunos aspectos relacionados con perspectivas de género, independientemente o ligadas a otros factores ya enunciados. Existen disparidades entre países, como son lo que ya se considera un lugar común: la pérdida de clase media en Perú o Bolivia, al lado de una amplia clase media, aunque también avanzando a la pauperización, en Chile o Argentina, junto a clases altas de grandes ingresos relativos, en progresión y concentración, y grupos de extrema pobreza, en reducción pausada, sobre los cuales no se logra inducir despegue.

Comparten estos países una carga de deuda internacional (deuda externa) que mantiene en jaque a sus economías y compromete sus posibilidades de desarrollo presentes y futuras, entre otras, las de desterrar algún día las causas evitables de marginación, ignorancia, miseria, enfermedad y muerte. Hoy se calculan en 700.000 las que ocurren anualmente en América Latina y el Caribe y pudieran ser impedidas con los recursos y conocimientos actuales, habiendo 130 millones de personas sin acceso a servicios primarios de salud y más de 100 millones que padecen desnutrición por falta de alimentos (8).

Influye, también, en esta caracterización de la realidad social el comportamiento educacional, igualmente en transición por las medidas reformistas emprendidas por la generalidad de los Estados pretendiendo fundamentalmente modificaciones de la educación básica y media (como la que se ha enfrentado en Chile) que, en todo caso y en ausencia de evaluaciones consistentes, intenta hacerla más comprensiva y acorde con los avances previstos para la educación superior. Se agregan las iniciativas que aplicadas alrededor de 1980 han determinado la proliferación de los organismos educacionales universitarios, de formación profesional y técnica, con el doble efecto de incrementar los niveles superiores de educación, de un número significativo de jóvenes, pero con la simultánea proliferación de instituciones, no todas ellas solventemente acreditadas o dispuestas para una formación de calidad (9). En todo caso, es indudable que el nivel de información y conciencia de las necesidades y recursos accesibles para salud se ha incrementado, aparejado a la masiva difusión de información por la expansión comunicacional propia de la tecnología electrónica y televisiva, constituyendo presiones significativas para los proveedores de medicina y las capacidades de satisfacer aspiraciones, legítimas o discutibles, para la calidad de vida que se relaciona con la situación de salud individual y de los grupos sociales.

Es en este panorama, en el cual cabe la reflexión sobre los dilemas o conflictos bioéticos que plantea la realidad médico-social, tal vez mejor expuesta como un nuevo enfoque al discurso bioético pertinente a la problemática de la salud pública (10). Necesariamente aparece a contraluz de los progresos científicos y tecnológicos de una actividad que se asienta, progresivamente, en mayores y más eficientes recursos pero que no dejan, ellos mismos, de causar problemas en el orden material, en las condiciones de los grupos humanos

y, consiguientemente, en el plano ético y moral. Y en este marco me arriesgo a tratar o más bien a insinuar algunas materias que, por su incidencia, están sujetas a permanente y continua revisión, pero donde una diferente perspectiva puede ser enriquecedora para su más completa apreciación.

MATERIAS ESPECIFICAS

El tema de la equidad

La mayor parte de las propuestas de modificación de los sistemas de salud en el mundo parten de y reiteran, entre otros criterios rectores de valoración, la noción de equidad (11, 13). Sin embargo, este concepto está expuesto a los mismos avatares semánticos a que conduce la interminable discusión sobre el significado de las palabras, de lo que reclamaba Karl Popper (14). En rigor, el término denuncia la desigualdad que puede relacionarse con el acceso a la medicina o a los recursos disponibles o desarrollables para la salud, a la capacidad de pago para alcanzarla, a la posibilidad de usarla, a la factibilidad de obtener resultados.

Se puede discriminar entre diversas categorías de equidad, respecto a referentes que la caracterizan con más precisión y tal vez desincentivan connotaciones más ambiguas haciendo relevantes, en cambio, los aspectos que definen mejor el concepto y le son realmente pertinentes. Pero es difícil que se logre mayor consenso o precisión, atendiendo las innumerables perspectivas que se comprenden en la expresión y para cuya interpretación cabal y para darle la significación apropiada a las medidas que se toman en su nombre, vale quizás más la pena adosarla al contexto de justicia sanitaria o valor de proporcionalidad respecto a las necesidades de asistencia médica (15, 16).

Lo relevante, desde el punto de vista de los dilemas bioéticos que plantea el concepto de equidad, que es el valor a respetar o establecer, o su anverso la desigualdad, que es el término a proscribir, es la caracterización de las condiciones en que se involucra dicho concepto, en uno u otro sentido, para poder adoptar o prever conductas que la soslayan o la corrijan. Sus límites y modalidades son igualmente punto de controversia, como así también como ya hemos insinuado, su más estricta relación con los conceptos de justicia, de la salud como derecho natural, del papel de la solidaridad, la consideración de proporcionalidad o correlación con las necesidades que debe cubrir la atención.

Algunas de las situaciones señaladas previamente condicionan conflictos de equidad, como el nivel de ingresos de los países y de las personas, las condiciones laborales, educacionales, geográficas y medioambientales, culturales, étnicas, etarias, de género, etc. Un denominador común y desde luego sujeto a reforma, si se aduce causante, es el sistema mismo de salud, cuando no prevé ni modifica o, al revés, ahonda las condiciones provocadoras de inequidad. En Chile la inequidad ha sido definida como uno de los defectos básicos del sistema (17), que es como advertir que se está cometiendo un delito junto con declarar que se está impedido de involucrarse.

Reflexión especial merece la consecuencia que respecto a la justicia sanitaria y el desencadenamiento de conflictos de intereses puede determinar la participación de los agentes de salud, y especialmente los profesionales, en la gestión de organizaciones o en los procesos de reforma que de algún modo establezcan beneficios que privilegien su propia situación. En cierta medida, es como si el médico se constituyera en agente de inequidad, por asumir riesgos de transgredir valores éticos sin el adecuado resguardo ni la indispensable prevención. Aunque no necesariamente, el involucrarse en manejos económicos, en el área administrativa y en la planificación de políticas de salud, lo expone también a un mayor alejamiento del paciente, constatación que debe promover cautela para no inducir mayor deshumanización en el quehacer.

La pugna con la calidad y la eficiencia

Una presunta contraposición se plantea entre equidad y el alcanzar niveles de calidad en la atención médica (18) correspondientes a la obligación moral de satisfacer no sólo las expectativas y el objetivo demandado por el beneficiario del acto médico, sea individuo o colectividad, sino que efectuarlo con el máximo de excelencia, de acuerdo a los recursos apropiados, los procedimientos evaluados, los conocimientos respaldados por la evidencia.

Son congruentes con la calidad, los criterios de rendimiento y eficiencia, que a la luz de las limitaciones presupuestarias generales y de recursos, especialmente en el sistema público, deben ser salvaguardados, en consideración a la equidad y la justicia, para el bien común y para garantizar el acceso a los mismos, apropiados o ponderados recursos, a quienes debidamente los necesitan.

Las decisiones, al momento de cuestionar un proceso o un sistema de salud por situaciones que

vulneren la equidad, debieran considerar paralela y equilibradamente las condiciones de rendimiento y eficacia que constituyen el trípode para estabilizar una acción sanitaria que resguarde con calidad el valor y pertinencia del acto médico.

Limitación de las prestaciones

Las necesidades de salud han sido caracterizadas ya tradicionalmente, desde el momento que la medicina tuvo una expansión científico-tecnológica imprevista y su desarrollo se constituyó en una manera de calificar a los miembros de la así llamada medicalizada sociedad, como insaciables y a la salud como infianciable. No obstante, asiste a las personas y a la humanidad el reconocimiento de la legitimidad de aspirar a los últimos adelantos científicos, siempre que no estén proscritos por razones de bien social o insuficiente evaluación de sus riesgos y beneficios, individuales o para la sociedad o el ambiente.

Esta proscripción pretendidamente irrefutable, y las limitaciones por razones de accesibilidad general o económica, plantean sin embargo impedimentos controvertibles desde el punto de vista de la bioética.

Una disposición que se ha hecho universal y es política de empresas de salud y de organismos del Estado, por igual, es la contención de costos (19) que indefectiblemente representa limitaciones impuestas a determinadas prestaciones. Se conjugan a su favor razones de improcedencia, injustificación, rendimientos discutibles, futilidad, dificultades de discernimiento, usos prioritarios, etc. Razones todas que ameritan pausada reflexión para resolver con equidad y apreciación justa de motivaciones, delimitación de presiones y prejuicios, a la vez que descartar conflictos de intereses, incapacidad de resolución o mayor peso de objetivos marginales y no pertinentes.

La existencia de guías o pautas de procedimientos (20), para resolver expedita, siempre que versadamente, los pasos a seguir, constituyen un camino garantizado si es que las normas han sido cauteladas por un comité de ética y sometidas a la reflexión moral que dé consistencia a las decisiones que en ellas se basan.

En caso alguno debieran aceptarse políticas de contención de costos que estén destinadas a privilegiar el interés de los proveedores de salud, aunque la fundamentación aparezca indirectamente favoreciendo a terceros usuarios cuya accesibilidad quedaría limitada por el uso previo de recursos terapéuticos o sanitarios de cualquier tipo.

La atención de grupos específicos

Pudiera plantearse como atentatorio a la equidad y al derecho general a la atención de salud el focalizar determinadas acciones médicas en grupos etarios definidos (adolescentes, tercera edad, prematuros de muy bajo peso) (21), en áreas disciplinarias particulares (aunque epidemiológicamente parezcan más o menos acuciantes, como el cáncer, las enfermedades de transmisión sexual (SIDA), ciertas infecciones de actualidad por no decir de moda, aunque no de significativa incidencia, el sector de medicina reproductiva vulnerada), especialmente cuando constituyen o producen acciones médicas de alto costo (transplantes hepáticos o multiórganos) o provocan desmesurados gastos sin retorno social (tratamientos intensivos en pacientes con bajo índice de recuperabilidad). Sin duda, la perspectiva ponderada entre el beneficio y el daño eventualmente promovido tiene aquí un máximo valor (22).

Estos son realmente problemas que desafían a tomar decisiones, en cierta forma políticas, en cuanto están dependientes de la medida de lo posible. Sin embargo, han determinado la adopción de normas reguladoras que tendrán que esperar el juicio del tiempo y la coherencia con resultados de observaciones meticulosas sobre sus resultados, como es la experiencia que se está viviendo en Oregon a raíz de la decisión legislativa por regular el costo de las atenciones médicas en virtud de disponibilidades presupuestarias limitadas (23).

Comunicaciones en salud y bioética

Las condiciones actuales de la sociedad y de los recursos que sirven a sus satisfacciones son confluyentemente factores condicionantes del modo como se realiza la medicina.

Hay dos aspectos relacionados con las comunicaciones que tienen atingencia a este tema. Ambos surgen del progreso y de los avances y, al mismo tiempo, de los cambios culturales y de la disponibilidad de recursos que hoy se precisan para cumplir los propósitos de la atención de salud. El primero es la necesidad de información que compete a la medicina para cumplir eficientemente sus objetivos de actuar en base a evidencias, de lo que se sabe y es de utilidad para manejar a los pacientes y los problemas de salud colectivos (24). El segundo se refiere a conocer lo que el paciente experimenta o la sociedad se expone, como consecuencia de un daño o riesgo en salud. En ambos casos, también, es necesaria la difusión de la información, sea en límites discretos o en ámbitos abiertos, lo que expone a transgredir la confiden-

cialidad de las personas, a violar el secreto o las reservas de los Estados, de las instituciones o de los sistemas de salud, vulnerando muchas medidas conducentes, justamente, al control o prevención de mayores daños en salud (25).

Por otra parte, los prestadores, generalmente corporativos utilizan diversas formas de información, no siempre pública o autorizada por los beneficiarios del sistema, para tomar medidas que de alguna manera van en perjuicio del usuario. Las desviaciones éticas de estos procedimientos deben ser cuestionadas severamente una vez determinado el daño eventual para las personas involucradas, especialmente los pacientes o sus dependientes, y ponderado el objetivo de la revelación informativa.

La acreditación de los recursos formativos para la salud y de los profesionales

Un último tema que me parece necesario abordar en esta reflexión sobre las condiciones en que se dan los conflictos bioéticos en la realidad social y médico-social vigentes, es el relativo a la formación médica y de los profesionales de la salud y la preservación de su calidad y la de las instituciones responsables de su formación (26).

Cualquier sistema de salud desaprensivo o indiferente a la calidad de su personal profesional, como así del resto de los funcionarios que entregan servicios al sistema, está conspirando contra la capacidad del mismo y distorsionando la atención de salud que ofrece, lo que significa cometer un fraude respecto a los valores inscritos en las acciones de salud.

En los últimos años las transformaciones en los sistemas educacionales, como ha quedado dicho, han expuesto al ámbito de salud al ofrecimiento de profesionales cuya idoneidad no está avalada fehacientemente, porque la competencia de las instituciones de educación superior aguarda un proceso de acreditación que hoy es imperativo y de aplicación universal. Entre otras razones para desconfiar de la idoneidad de algunas de las instituciones, están la reducida capacidad académica del país, los costos previstos de constituir un organismo de educación médica ante la evidente improvisación de recursos y los restringidos recursos económicos de los países y regiones donde surgen este tipo de entidades.

Representa un desafío de la misma condición la concurrencia al medio nacional de un número desusado de profesionales atraídos por las favorables condiciones laborales del país o las facilidades académicas y de reconocimiento de títulos que per-

mite migrar a otras fronteras una vez validados los títulos en Chile. Es cierto que en virtud de la internacionalización de las economías, de los servicios y, entre ellos, de las prestaciones profesionales, y la globalización que experimenta toda actividad en el mundo, han aparecido nuevos derechos, aunque aún no reconocidos universalmente —como el de libre circulación y desempeños entre países (27). Sin embargo, la aplicación de resoluciones equitativas y recíprocas de carácter internacional requiere aún de salvaguardas para garantizar la pertinencia de dichas transferencias profesionales y la equivalencia de capacidades, para dar fe pública de calidad a los usuarios y a las instituciones involucradas con las prestaciones ofrecidas.

Las decisiones a tomar respecto a estos asuntos, sin duda consecuencia de los cambios sociales que el mundo está percibiendo y a los cuales tiene que acondicionarse, son por la repercusión y efectos sobre personas y actos interpersonales, de neto resorte y consideración bioética. En este caso, además, se prevé la necesidad de superar prejuicios y costumbres acendradas en nuestra cultura, pero que deberán dejar paso, también en virtud de una reflexión ética que aplique valores y principios fundamentales respecto a la beneficencia hacia los usuarios y las relaciones entre profesionales, para solucionar una problemática emergente pero trascendental y de la cual es responsable, principalmente, el medio universitario en su deber de cautelar la calidad y la idoneidad de los actos médicos (28).

REFERENCIAS

- Callahan D. Medicine and Society, en *The Goals of Medicine, Setting New Priorities*. Hastings Center Report. 1996; 26: S56-S58.
- Gaylin W. Knowing Good and Doing Good. En *Hastings Center Report*. 1994; 24: 36-41.
- Gran Enciclopedia del Mundo. Durvan S.A. Ediciones. Bilbao. España. Tomo XII, 891-893, 1970.
- De Acevedo AC. Reforma de Salud en Latinoamérica, en *Diseño e Implementación de las Prioridades en Salud. La Reforma Programática Chilena*. MINSAL. 1997; 19-24.
- Colegios Profesionales de la Salud. Propuesta Política de Salud para Chile. (Colegio Médico de Chile A.G.) 1997.
- Musgrove P. Un Fundamento Conceptual para el Rol Público y Privado en la Salud. *Rev. Análisis Económico*. 1996; 11: 9-36
- Datos de 1994. Situación de Salud en las Américas. *Indicadores Básicos 1996*. Organización Panamericana de la Salud.
- Guerra de Macedo C. Reflexiones sobre la Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. 1992.
- Lorca C. y Persico P. Informe sobre la Educación Superior en Chile. CPU 1996.
- Cuadernos Médico Sociales. Tema Central: Bioética y Salud Pública. 1997; vol. XXXVIII.
- Cuadernos Médico Sociales. Tema Central: Focalizando la Equidad. 1997; vol. XXXVIII.
- Wolf S.M. Health Care Reform and the Future of Physician Ethics. *Hastings Center Report* 1994; 24: 28-41.
- Montoya C. Fundamentos de una Política de Salud que Integre el Principio de Equidad. *ibid* 11: 31-39.
- Popper K, citado por Alleyne G, en *La Búsqueda de Equidad*. Mensaje del Director de la OPS. Agosto 1996.
- Montoya C. La Equidad: Usos del Concepto como Criterio de Progreso. *ibid*. 11: 6-12.
- Kuhn H. Problemas Éticos en la Racionalización Económica de la Atención de Salud. *Cuadernos Médico Sociales* 1997; 38: 67-78.
- Massad C. El Contexto de la Reforma del Sistema de Salud de Chile. Discurso ante la 49 Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1996. Ed. Minsal, 1996.
- Gracia D. Ejercicio de la Medicina y Gestión de Salud. *Problemas Éticos de la Gestión Sanitaria*. 1998.
- Rodríguez del Pozo P. Bioética y Asignación de Recursos en Salud. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* 1995; 1: 91-106.
- Clinical Practice Guidelines. American College of Physicians. 1992.
- Ter Meulen R, Topinkova E y Callahan D. What Do We Owe the Elderly? Allocating Social and Health Care Resources. *Hastings Center Report*. 1994; 24: S1-S12.
- Warren K.S. y Mosteller F. Doing more Good than Harm. *The Evaluation of Health Care Interventions*. *Ann. NY Acad. Scie*. 1993; 703.
- Meeting the Challenges of Justice and Rationing. *Hastings Center Report* 1994; 24: 27-42.
- Valdivieso V. La Medicina Basada en Evidencias. *Rev Med Chile* 1997; 125: 1103-1109.
- Fábregas SM, Rodríguez del Pozo P y Ferrer J. Contribución de la Comunicación Social de Salud a la Bioética Clínica. *PRHSJ* 1998; 17: 93-101.
- Educación, Práctica Médica y Necesidades Sociales. Una Nueva Visión de Calidad. *Encuentro Continental de Educación Médica*. Octubre 1994. OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 102.
- Conzález F. El Papel de las Universidades en la Libre Circulación de los Ciudadanos: El Caso Europeo. En *El Impacto de la Globalización en la Educación Superior Chilena*. MINEDUC. 1998. 49-64.
- Rosselot E, Mateluna E, Estévez A y Radrigán ME. Acreditación de Títulos Profesionales e Instituciones Formadoras: el caso de Chile. *Rev Med Chile* 1998; 126: 715-724.