

SALUD, BIOETICA Y ECONOMIA

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 2, 1997/ 57-65

*Dr. Julio Montt Momberg**

- Las reformas en los sistemas de salud privilegian los parámetros económicos, tales como: mercado, clientes, eficiencia económica, productividad y relación costo-beneficio; olvidando el derecho a la salud, la solidaridad, la participación y la justicia social.
- La promoción y la prevención siguen siendo las herramientas esenciales para el bienestar y la salud de los pueblos. Sin embargo, el rediseño de las políticas de salud pública ha minimizado su accionar, restringiendo el desarrollo alcanzado hasta 1990.
- En el área de los medicamentos, la tendencia mundial es el establecimiento de políticas de productos farmacéuticos esenciales, como una forma de cerrar la brecha de inequidades que sufre una gran parte de la población que no tiene acceso a ellos.
- Para enfrentar los problemas de equidad, ¿por qué no pensar en la posibilidad de encontrar criterios que se orienten a la justicia sanitaria, concepto que nace de la bioética y que se basa esencialmente en la justicia distributiva?
- Desde el punto de vista de la justicia y la equidad, una buena opción parece ser un financiamiento universal y solidario, para las atenciones médicas, con un conjunto de prestaciones cuyo nivel debería ser acordado por la sociedad en su conjunto.
- Los médicos, como principales agentes reguladores del "mercado de la salud", tienen un

papel principal en el control de las acciones de diagnóstico y tratamiento, con una connotación ética irrenunciable, que debe permitir un equilibrio entre sus deberes ante el paciente y frente a la sociedad.

Los sistemas de salud se ven enfrentados a nuevos y crecientes conflictos y dilemas éticos, atribuidos —en gran parte— a los cambios políticos, sociales, económicos y tecnológicos que la globalización ha extendido universalmente, afectando la tradición cultural e histórica de los pueblos.

La medicina enfrenta a su vez nuevos desafíos, ya que los revolucionarios cambios que vemos día a día en la ciencia y la biotecnología producen incuestionables beneficios, pero también pueden constituirse en un gran riesgo para la humanidad si no se establecen ciertos límites morales a su desarrollo explosivo. Algunos ejemplos son bien conocidos: mapeo del genoma humano y su derivación hacia la ingeniería genética, mantención "artificial" de la vida en enfermos terminales, experimentación con medicamentos, criopreservación de embriones en fertilización asistida, entre otros.

Por otra parte, así como las transformaciones económicas y políticas afectan la vida misma de las personas y su relación al interior de la sociedad, también lo hacen en el campo de la salud. Los costos de la atención médica son crecientes y no se acompañan de un aumento proporcional en los aportes a la salud, especialmente los requieri-

* Director Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe, OPS/OMS.

dos por la población de menores recursos para ser atendida en forma oportuna y eficaz en el sistema público. Esto determina —cada vez más— inequidad en el acceso a las prestaciones médicas, con una brecha entre ricos y pobres que se acrecienta en la mayoría de los países que han aplicado modelos neoliberales en el desarrollo de sus sistemas de salud y que han sido incapaces de implementar políticas de redistribución del ingreso que den cuenta de esa diferencia.

Lo anterior se expresa en dos situaciones paradigmáticas: por una parte, la mantención de una alta tasa de pobreza, que influye negativamente en la salud de las poblaciones más desprotegidas o vulnerables, sin una explicación biológica para este hecho demostrado en numerosos estudios. Por otro lado, el incentivo a la industrialización acelerada, sin una política de desarrollo sustentable, determina un impacto deletéreo sobre el medio ambiente, que también afecta en forma negativa la salud, esta vez de todas las personas obligadas a vivir en medio de la contaminación.

En esta disyuntiva, los organismos encargados de la salud —tanto públicos como privados— no han sabido responder en forma equilibrada a los requerimientos impuestos por el desarrollo y las necesidades de la población. La fórmula encontrada por muchos países para resolver este dilema ha sido iniciar procesos de reforma de sus sistemas de salud, con el propósito de superar las crecientes dificultades que se evidencian en el ámbito sanitario.

El discurso que argumenta dichas reformas ha evolucionado **desde aquel que se sustentaba en la salud pública —en los años 70 y 80— hasta los actuales, que son de una categoría y justificación eminentemente económica.** Vemos así que se fundamenta más en relación con los problemas de la macroeconomía y el financiamiento sectorial, que respecto de la insatisfacción de las necesidades sanitarias, espirituales y sociales de las personas.

Escuchamos cada vez menos hablar de derecho a la salud, enfermos, prevención y fomento, justicia social y solidaridad. Por el contrario, cada vez más nos encontramos con expresiones tales como mercado, clientes, eficiencia económica, productividad, relación costo-beneficio, gestión de recursos financieros y control de costos. Vemos que se entrega más información respecto a ganancia

de las empresas que sobre lo que éstas hacen por mejorar las condiciones de salud de sus trabajadores. No se observa una responsabilidad social por la salud —que necesariamente debe ser expresada a través del Estado—, la cual está en grave riesgo de ser presa del mercado (si es que ya no lo ha sido).

No obstante, la intención de resolver los problemas de la salud a través de un enfoque netamente económico no ha dado los resultados esperados y ha sido claramente insuficiente. Quedan así muchas preguntas sin una respuesta adecuada, que satisfaga la demanda de la sociedad: ¿a quién dar?, ¿cómo dar?, ¿qué es lo deseable frente a qué es lo necesario?, ¿cuáles deberían ser los niveles de suficiencia en salud bajo el cual nadie debería caer?, ¿a qué actividad debería priorizarse en la asignación de los recursos?, ¿qué es lo posible?, ¿cómo compatibilizar el derecho de los individuos a recibir prestaciones médicas sofisticadas y costosas —que pueden tener incidencia directa sobre su vida o su muerte— y el derecho de la comunidad a recibir servicios sanitarios que la sociedad pueda entregarles de acuerdo a los recursos disponibles?

Las respuestas a éstas y otras preguntas siguen pendientes en nuestros países de América Latina, o bien, las que se han dado no se fundamentan sólidamente en valores humanos y éticos esenciales para el diseño estratégico de políticas de salud, en la medida que constituyen las pautas y justificaciones utilizadas por las personas para elegir las metas, las prioridades y los medios que integran esa estrategia.¹

RESPUESTA A LOS PROBLEMAS SANITARIOS

Los problemas sanitarios han generado en la mayoría de los países un extenso y profundo debate en busca de las mejores soluciones, ya que los temas a resolver son múltiples y variados. Esto, en la medida que gran parte de la discusión actual se refiere a las implicaciones que tienen para la salud cuestiones básicas, derivadas de tendencias mundiales, que se plantean en el marco de un debate mucho más amplio, sobre las sociedades en que vivimos, aquello en lo que se están transformando y aquello en lo que queremos que se transformen.²

¹ Z. Bankowski: La ética y los valores humanos en las políticas sanitarias. Foro Mundial de la Salud, Vol. 17: 152-156, 1996.
² Documento OMS: La ética y la salud en un mundo en evolución. Foro Mundial de la Salud, Vol. 17: 157-163, 1996.

Por su parte, las respuestas también son múltiples y de diverso signo, de acuerdo a la situación de desarrollo de los países y a la definición que en ellos se tenga de las políticas sociales.

Los países europeos, que tienen una amplia cobertura de atención médica y un financiamiento solidario, porque el Estado proporciona o garantiza la salud para todos, se preocupan de contener los costos mejorando la gestión y **proponiendo a veces limitar el financiamiento de algunas prestaciones prescindibles incluidas en la cobertura básica (que algunos llaman "paquete" de prestaciones)**. A través de la Seguridad Social se otorga a toda la población el acceso a las prestaciones médicas de cualquier nivel de complejidad y costo.

El paradigma en cuanto a la regulación de la salud a través del mercado y la suscripción de seguros privados e individuales de salud, lo constituye Estados Unidos de América, país en que se ha llegado a condiciones extremas de falta de financiamiento para la atención de salud de más de cuarenta millones de personas, paradójicamente asociado a un incremento del gasto total en salud que alcanza ya el 16% del PGB.

Ante el exceso de individualismo de la sociedad estadounidense, en los medios intelectuales se han expresado propuestas que buscan un sistema de salud más solidario. No olvidemos que es ahí donde surge la Bioética, con principios y fundamentos que sirven de aguda crítica a su propio sistema de salud. Así nace, por ejemplo, el concepto del *mínimo decente* de Fried y Norman Daniels que podría traducirse como el "paquete o canasta de prestaciones" garantizadas por el Estado para toda la población a través del sistema público y/o privado. Valga recordar que este tema no nos es ajeno, ya que ha estado en el debate reciente en nuestro país.

No obstante, informaciones actuales dan cuenta de que el Medicaid y el Medicare están siendo modificados más que nada en busca de mayor eficiencia para controlar el gasto en salud. Por otra parte, desde los medios económicos aparece la propuesta del llamado *managed care* que —al decir de E. Pellegrino—³ procura que "la contención de los costos y el ahorro de los recursos sean considerados objetivos de igual o más importancia que el bienestar del paciente".

En América Latina, la situación de salud está

marcada por la inequidad en el acceso a las prestaciones médicas, la escasez de recursos para la atención sanitaria y la carencia de una política de Estado explícita respecto del bienestar social.

En Chile, esto se hace evidente al observar los indicadores básicos de salud del país en su conjunto —que son satisfactorios al compararlos con otros países de similar o mayor ingreso y desarrollo global— y la enorme variabilidad que ellos mismos tienen al desagregar la información entre comunas pobres y ricas. Es así como, con una mortalidad infantil del país que ha descendido al 11 por mil en los últimos años, vemos que en las comunas más pobres llega al 40 por mil y en las más ricas sólo alcanza el 5 o 7 por mil. Y el anterior es sólo un ejemplo que se repite al analizar cada uno de los indicadores tradicionales, en una clara demostración de la inequidad existente.

La connotación social de las políticas de salud se refleja en la organización de los sistemas, en la proporción del PIB destinado a gasto en salud y en el modo que son financiadas y cubiertas las prestaciones: por el sector público, el privado o en forma mixta.

España gasta el 7.1% del PIB en salud, con un sistema de prestaciones casi enteramente público, que es financiado por el presupuesto del Estado y tiene una cobertura universal.

Argentina gasta sobre el 9% del PIB, sin que se conozca exactamente lo que corresponde al sector privado o público. La seguridad social cubre una parte —las llamadas Obras Sociales— y los prestadores son privados y/o públicos, dependiendo del Estado Federal de que se trate.

Chile gasta alrededor del 6% del PIB, del cual 4.2% corresponde al sector privado y 1.8% al sector público. El desequilibrio en el per cápita para salud, entre los beneficiarios de ambos, es evidente cuando observamos que el sector público provee de asistencia médica al 70% de la población y el financiamiento a través de las ISAPREs —que, en buenas cuentas, es un seguro privado e individual— cubre aproximadamente al 28%. Por último, un 2% queda a cargo de otros proveedores (Fuerzas Armadas, por ejemplo).

De esta forma, el conjunto de aseguradores privados está obteniendo utilidades que —aun cuando han disminuido en el último tiempo— son cercanas a los 13 dólares (US\$ 13) por beneficiario. A esto se suma que la rentabilidad obtenida es

³ Pellegrino, E.: Allocations of Resources at the bedside. Journal of Ethics. Kennedy Institute. Vol. 4, N° 14, diciembre de 1994.

debida en gran medida a la existencia de subsidios estatales indirectos y a una falta de transparencia en los contratos de salud, materias a las que no me referiré mayormente, ya que han sido divulgadas en forma amplia en el último tiempo. Sin embargo, es importante hacer notar que ambas situaciones son contradictorias con las reglas básicas del libre mercado, en el que precisamente se sustentan los aseguradores privados para fundamentar su quehacer.

Esta realidad tiene sus repercusiones en la atención médica de las personas. Cuántas veces somos testigos de los problemas acuciantes que deben vivir muchas personas, tanto en el sector público como en el privado, para financiar los altos costos de ciertas prestaciones médicas de mayor complejidad, o las dificultades que encuentran para adquirir los medicamentos necesarios para su tratamiento, como otros dos claros ejemplos de inequidad que se suman a los mencionados anteriormente.

Nadie puede quedar indiferente ante esa realidad y es un imperativo ético resolver estas injustas situaciones, porque cualquier sistema o cualquier política debe tener como fin el bienestar del ser humano. La Bioética otorga un lugar para el debate y la crítica fundada, por lo que el análisis de estos temas ha impulsado aún más su crecimiento en los últimos tiempos.

LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

La ética es esencialmente un saber para actuar de un modo racional. Nos enseña a tomar decisiones prudentes, o sea, correctas y moralmente justas.

En el ámbito de la salud —pública o privada— y en el desarrollo social, los contenidos de la Bioética, como parte de la ética —que a su vez se fundamenta en la filosofía—, nos aporta los argumentos para hacer lo correcto, en cuanto a respeto a la libertad, solidaridad, derechos individuales y colectivos, entre otros principios, que irán en beneficio de la salud y bienestar de las personas y que deben ser el centro de las actividades en salud.

De la aplicación de uno de los principios de la Bioética nace el concepto de la Justicia Sanitaria, que se entiende en el sentido de la justicia distributiva de Aristóteles. Según Rawls, se la debe entender como Equidad.

Conviene recordar que la justicia distributiva se aplica fundamentalmente a las cuestiones públicas, en las relaciones entre el gobierno y el pueblo. En tanto, las relaciones privadas, en sus transacciones, se regulan por la justicia conmuta-

tiva. Así, por ejemplo, en un contrato de salud de un seguro privado o de una ISAPRE, corresponde aplicar los principios de la justicia conmutativa, que no tiene que ver con la equidad como parte del principio de la justicia.

EL CONCEPTO DE EQUIDAD

El sistema aristotélico conceptualiza la equidad como el intento de hacer justicia teniendo en cuenta las circunstancias y consecuencias de las situaciones concretas. Estas situaciones concretas obligan a aplicar un criterio. Ya veremos más adelante cuáles son los criterios que deben aplicarse en salud para lograr la equidad.

La equidad no es igualdad. Según el diccionario de la Real Academia Española equidad se define como: “moderación, templanza y como justicia natural en oposición a la justicia legal”.

Rawls interpreta la justicia distributiva de Aristóteles en la idea de que la justicia como concepto de equidad podría convertirse en una política permanente de la sociedad. Para este autor la equidad sería el equivalente a establecer niveles sociales y promover a aquellos sectores que se encuentren bajo ese nivel establecido, en forma voluntaria y continua.

El acceso a la atención médica y a la educación son los paradigmas para el logro de la equidad. Por lo dicho, la equidad es un criterio que debe ser definido de acuerdo a las circunstancias que se dan en determinadas actividades.

Para definir ese criterio debemos aplicar uno de proporcionalidad que puede expresarse en la oportunidad que tengan las personas para acceder a un servicio determinado (por ejemplo: oportunidad para obtener atención médica).

Para lograr una proporcionalidad ajustada a la realidad hay que tomar en cuenta a todos los interlocutores que sean válidos. En este caso, son los ciudadanos, usuarios o beneficiarios del sistema, de lo cual emerge el valor de la participación, que es el procedimiento que dota de contenido moral a las decisiones que se adopten.

Un criterio de equidad para salud debiera ser: “entregar el máximo beneficio a los menos aventajados, sin descuidar al resto de la sociedad”. La proporcionalidad se da en la interlocución de la población y las autoridades, respetando a los grupos de minoría de la sociedad y especialmente a los menos aventajados. Esto significa entregar más recursos a los más pobres, sin impedir el acceso a ciertas prestaciones fundamentales al resto de la

población, como por ejemplo: campañas sanitarias, inmunizaciones y paquetes de prestaciones establecidos de común acuerdo con la sociedad.

En salud, las campañas de promoción, prevención e inmunizaciones son —en este sentido— equitativas.

Estamos llegando a un punto en que es legítimo preguntarse, de acuerdo a lo expuesto, si existe diferencia en la interpretación que hace la economía del concepto de equidad. Más bien parece que las distinciones que se hacen sobre la equidad tienen que ver con el modelo de sociedad que se diseña de acuerdo a las opciones políticas.

La economía es percibida por muchos como la búsqueda de soluciones sin una perspectiva desde los valores humanísticos. A este respecto, somos testigos de cómo se manifiesta el reclamo reiterado para una mayor consideración de los valores morales, es decir, de la ética, no solamente en el ámbito de la salud, sino en todo el quehacer social. Es una de las razones por las que el interés por conocer los contenidos de la Bioética se ha extendido en todos los niveles y también llama a reflexionar, en el sentido de que en el diseño de todas las políticas sociales —en salud y educación principalmente— se asuma la necesidad de aplicar los principios de la justicia distributiva y la equidad.

Este criterio es compartido y recomendado por las más importantes organizaciones internacionales técnicas, políticas y morales, que respaldan la necesidad de fundamentar las políticas sociales en principios éticos, para lograr la equidad en un contexto de respeto a la dignidad y derechos de las personas.

Entre estos últimos está el derecho a la salud (“nadie puede atentar contra la salud del otro”) y el derecho a la atención sanitaria.

Citamos algunas declaraciones de Organismos Internacionales que recogen estos fundamentos:

- La Organización Mundial de la Salud establece en sus estatutos que el beneficio de gozar de elevados niveles de salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano, sin distinción de razas, de religión, credo político, condición social o económica.
- Tanto la OMS como la OPS han priorizado en su agenda el tema de la equidad en salud, para

que todos tengan una justa oportunidad para alcanzar su pleno potencial (“nadie debe sufrir una desventaja evitable para alcanzarlo”). Para que aquello sea una realidad, es importante alcanzar el máximo nivel de salud que implica “intentar reducir las brechas en situación de salud y en la oferta de servicios entre los grupos con diferentes niveles de privilegios sociales”.

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1949 incluye: “los derechos a la vida, a la integridad del cuerpo y a los medios adecuados para el propio desarrollo de éste, (que) son primariamente la alimentación, vestimenta, abrigo, descanso, atención médica y finalmente los necesarios servicios sociales”.

—La tradición moral católica expresada en las diferentes encíclicas —desde León XIII hasta las más recientes de Juan Pablo II— reafirman estos derechos humanos. John Langan⁴ cita a Juan Pablo II, insistiendo en la urgencia moral de la satisfacción de las necesidades, por el compromiso que se tiene con la dignidad de las personas y no considerar en forma prioritaria al mercado como asignador de los recursos.

—La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), publicaron en abril de 1994 un documento que llamaron “Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe”,⁵ “porque existe mayor conciencia de la necesidad de tomar medidas que favorezcan a los grupos más vulnerables de la sociedad”.

- El Consejo para las Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) expresa —en la Declaración de Ixtapa, de abril de 1994— que “un adecuado nivel de salud debe ser reconocido como un derecho humano fundamental y universal”.
- En la declaración de Principios de la Cumbre de las Américas —reunión de los Presidentes de los países americanos— efectuada en Miami, en 1994, destacan como objetivos: “aumentar el acceso a la calidad de la educación y la atención médica como un medio para aliviar la extrema pobreza”.

—El Consejo de Europa, en la Declaración⁶ fir-

⁴ Langan, John: Catholic Social Teaching and The Allocation of Scarce Resources. Kennedy Institute of Ethics Journal. Vol. 6, N° 4, diciembre de 1996.

⁵ Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe. OPS/Cepal, abril de 1994.

⁶ Convenio sobre los derechos humanos y biomedicina. Consejo de Europa, 1997.

mada recientemente por 20 países en Oviedo, establece en su artículo 3: "Las partes tomarán las medidas adecuadas a fin de garantizar, en su esfera de jurisdicción, un acceso equitativo a los servicios sanitarios, de calidad apropiada".

LOS SISTEMAS DE SALUD Y LA ASIGNACION DE LOS RECURSOS

Es evidente que la asignación de los recursos se constituye en el principal problema práctico y es donde nacen las mayores divergencias entre las apreciaciones que al respecto tienen la bioética y la economía.

Ambas disciplinas son medios cuyos fines deben ser la satisfacción de las necesidades de los seres humanos y su bienestar. La economía privilegia métodos que la bioética critica, porque se aleja de la esencia del propósito de la salud, de alcanzar el pleno desarrollo potencial del ser humano.

Las políticas de salud han tenido —como hemos reiterado— una gran influencia de disciplinas ajenas a su quehacer. Las recomendaciones para una reducción del rol del Estado y la privatización de los servicios de salud, las hemos escuchado en muchos países latinoamericanos, incluido el nuestro. No olvidemos que fue el argumento para la creación de los seguros privados de salud en Chile.

Los seguros privados, en general, no consideran a la salud como un bien público y generan fuertes incentivos al individualismo y a la falta de solidaridad. Estos seguros están insertos en una sociedad que hace una cultura del consumo y del hedonismo. Se desprecupan de los temas de la salud pública —como la promoción y la prevención— y el argumento con que se justifican es la eficiencia, más bien económica que técnica.

A este respecto es pertinente citar a S.S. Juan Pablo II en un mensaje entregado con ocasión de la celebración de las Jornadas del Enfermo, que se efectuará el 11 de febrero de 1998:⁷ Allí hace ver que: "...estar comprometido con el mundo sanitario no sólo quiere decir combatir el mal, sino sobre todo promover la calidad de la vida humana. Los nuevos tratamientos para eliminar las enfermedades y aliviar los sufrimientos no deben hacernos olvidar las numerosas situaciones en las que se ignora y atropella el valor central y la dignidad de la persona humana. Estas consecuencias son el resul-

tado de considerar la salud en términos de lucro y no de servicio solidario. Esto se advierte cuando se abandona a la familia ante los problemas de salud o cuando las personas más débiles de la sociedad se ven obligadas a soportar las secuelas de una injusta falta de atención y de discriminaciones".

Por su parte, los sistemas de salud público entran en competencia con otras áreas del quehacer público para obtener una proporción justa de los gastos de toda la comunidad. Las propuestas que hace el ámbito de la salud son analizadas principalmente por profesionales del área de la economía que —como se ha dicho— no toman en cuenta las necesidades y demandas por salud y se excusan en el lenguaje del mercado, costo, eficiencia y productividad.

Los recursos asignados no son suficientes para dar satisfacción medianamente a las demandas y necesidades, lo que ha permitido que desde la economía se preconicen modelos que no responden al de la salud.

Desde la perspectiva ética —que es tan real como la económica— las personas tienen un derecho básico a la asistencia sanitaria, como una condición necesaria de la vida propiamente humana, para que ejerzan —de acuerdo a Kant— sus otros derechos como seres humanos autónomos, como fines en sí mismos y no como meros instrumentos. Los principios enunciados por Kant y los principios de Justicia, de Aristóteles y Rawls, alcanzan categoría universal y se constituyen en orientaciones éticas que nadie puede desconocer, si realmente se considera a los seres humanos como el principal interés de las actividades sociales.

Asimismo, está claro para la gran mayoría —excepto para los ideólogos más acérrimos del neoliberalismo—, y también lo confirma nuestra experiencia cotidiana, que las reglas que establece el mercado no son una herramienta eficaz para lograr la justicia sanitaria y, al menos en salud, no responden a la equidad. Esto fundamenta nuestra percepción del papel irrenunciable que debe tener el Estado en cuanto a su participación preferente en la organización de los sistemas sanitarios.

EL MEDICO COMO REGULADOR DEL "MERCADO DE LA SALUD"

Tanto a los médicos como a los otros profesionales de la salud se les pide que consideren la

⁷ Mensaje del Santo Padre con motivo de la Jornada mundial del enfermo del 11 de febrero de 1998. 8 de julio de 1997.

dimensión social de la salud. En el contexto actual, se coloca al médico como un doble agente: desde las instituciones se le exige que controle y vele por el buen uso de los recursos sanitarios (en lo posible “ahorrando cuanto se pueda”) y, desde la esencia de su profesión, tiene compromisos éticos elevados frente a las necesidades de sus pacientes (lo que lo lleva a menudo a “gastar por sobre lo permitido”). Sin embargo —en esta difícil disyuntiva— debe asumir que el cuidado de los recursos es un imperativo ético hacia otros componentes de la sociedad, que pueden tener necesidades no cubiertas por una mala distribución de dichos recursos.

Para hacer más compleja aún la decisión del médico, se ha visto involucrado también en el “mercado de la salud”, por su papel principal como agente regulador entre los entes financieros —públicos o privados— y el enfermo.

Aun cuando los seguros privados de salud o el Estado pueden definir coberturas y costos de prestaciones, o bien el paciente puede exigir que se le practiquen procedimientos diagnósticos o terapéuticos de alta complejidad y costo, es el médico —en último término— quien decidirá los exámenes a realizar y la terapia a seguir.

En general, los Códigos de Ética Médica existentes en la mayoría de los países establecen severas sanciones morales para los médicos que incurren en prácticas tales como la derivación de pacientes a otros profesionales o a centros de diagnóstico y tratamiento, o al uso de determinados productos farmacéuticos, recibiendo en cambio una recompensa económica. No obstante, sabemos que esas prácticas ocurren con relativa frecuencia e incluso en algunas partes están “estandarizadas”.

Por último, la presión cada vez mayor que existe sobre los médicos, por juicios de “mal practice” con acciones legales por impericia, ignorancia o negligencia, lleva a muchos de ellos a solicitar exámenes en exceso o a planificar tratamientos con amplia cobertura de seguridades anexas (equipos quirúrgicos sobredimensionados, UTI, laboratorio y anatomía patológica inmediatos, etc.) que inevitablemente elevan los costos de atención, a pesar de que a menudo esa actitud no se justifica, ni técnica ni éticamente.

En resumen, a pesar de que se podrían ahorrar recursos evitando tratamientos exagerados o inútiles (que a veces conducen incluso al llamado “encarnizamiento terapéutico”), o bien, el uso de tecnologías o medicamentos poco efectivos desde una perspectiva científica, nos encontramos con que existen imponderables que escapan al control fi-

nanciero y al criterio médico tradicional, por razones de lucro personal de los profesionales o por exigencias de resguardo ante eventuales acciones legales en su contra.

LA BIOÉTICA COMO ORIENTADORA DE SOLUCIONES

El concepto visible de la economía y su aplicación a los problemas sociales, en nuestro caso a la salud, no contribuye a la solución de ciertos dilemas que se presentan frecuentemente en este campo. Sirva de demostración el siguiente: una persona reclama su derecho a tener acceso a determinadas técnicas de alta complejidad y costo (por ejemplo, un trasplante hepático o un procedimiento de fertilización *in vitro*), pero al mismo tiempo la comunidad reclama el derecho de obtener esos mismos recursos para destinarlos a campañas de promoción de la salud y de inmunizaciones, con lo que un gran número de niños y jóvenes ganarán años con una mejor calidad de vida. En esta competencia por recursos limitados, ¿cómo conciliar los intereses individuales con los de la sociedad?

Un economista que no tuviera en consideración los principios éticos aplicará un concepto de costo-eficiencia y resolverá solamente de acuerdo a ese criterio frente a necesidades terapéuticas. Para el ejemplo entregado, posiblemente respaldará aquel procedimiento que —al menor costo— signifique más años de vida útil a un mayor número de individuos, sin tener en consideración los aspectos personales, sociales e incluso políticos que influyen en uno y otro caso.

Un médico, también sin considerar los principios éticos, podría definir su accionar por razones de lucro personal o por el interés de investigar científicamente la técnica en cuestión, o bien, por influencias de su formación como clínico o epidemiólogo, según sea el caso en el ejemplo dado.

No cabe duda que cualquiera de las situaciones anteriores —si ocurriese en forma generalizada— podría significar un duro golpe para los fines altruistas que debe tener un sistema de salud.

Por último, *un profesional formado en bioética* (que puede ser, por supuesto, un médico o un economista) dispondrá de otros valiosos elementos para resolver el problema planteado. Podrá fundamentar su juicio en los principios de la beneficencia, la no maleficencia, la justicia y la autonomía, para buscar una solución a este dilema ético, entre los derechos individuales y los derechos colectivos.

Así, ante esta difícil disyuntiva, la disciplina de la Bioética puede orientar el análisis y el debate en la búsqueda de soluciones innovadoras que consideren no sólo la perspectiva económica aislada o los intereses particulares de la medicina, sino que entreguen además un marco valórico que respete los derechos de los individuos, en un equilibrio con los intereses de toda la sociedad. Para ello, debiera producirse una acción concertada entre los profesionales de la salud y los profesionales del área económica, que permita encontrar soluciones éticas que involucren el respeto por la dignidad y el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria de las personas.

Amartya Sen sostiene que no existe ninguna justificación para disociar el estudio de la economía del de la ética y de la filosofía, como asimismo afirma que la economía moderna se ha visto empobrecida sustancialmente por el distanciamiento que existe entre la economía y la ética.⁸

Como actor —en algunas oportunidades— y como espectador permanente del debate sobre los temas de salud en Chile, me parece que en la actualidad se subestima la consideración de los principios para evaluar las consecuencias de las decisiones.

Al respecto parece oportuno citar a Diego Gracia:⁹ “en los temas relacionados con la justicia distributiva sanitaria, la ética parece haber desatendido a la economía y a la política, y éstas, por su parte, han decidido prescindir de aquélla, cuando no suplantarla. Lo cual es ya, en mi opinión, una grave forma de injusticia”.

RESUMEN

Existe una clara desigualdad del estado de salud entre los distintos grupos de nivel socioeconómico, como también en la asignación de los recursos, lo que exige una respuesta ética y moral. La desigualdad en el ingreso impacta negativamente en la salud de las poblaciones.

La forma en que se asignen los recursos para salud constituye un elemento esencial del diseño de las políticas en esta área.

Las humanidades y la práctica médica enfrentan el dilema ético de tener que equilibrar su quehacer entre los derechos individuales y colectivos.

La escasez de recursos para el sector salud obliga a tomar decisiones que deben conciliar lo mejor para el individuo y la sociedad, con las realidades de la economía. La respuesta está —tanto en el campo de la economía como para los profesionales de la salud— en el respeto a los principios morales que orienta la Bioética.

Las preguntas de: ¿a quién dar? y ¿qué dar?, debieran encontrar su respuesta en la participación social, respetando especialmente el principio de la solidaridad.

Las teorías de justicia —y la Bioética misma— no construyen los sistemas de salud, pero entregan un marco valórico para su organización, que debería ser asumido por quienes diseñan y ejecutan las políticas en este ámbito.

El principio de la justicia —en especial la distributiva— aplicado al ámbito sanitario debiera constituirse en el marco de referencia moral para la organización de los sistemas de salud.

La mejor opción —desde el punto de vista de la justicia y de la equidad— parece ser un financiamiento universal, solidario, para las atenciones médicas, con un conjunto de prestaciones que debería ser acordado por la sociedad en su conjunto.

La prevención y la promoción de la salud son justas y equitativas y apuntan a tener comunidades saludables. Además, son la mejor forma de conciliar los intereses y derechos individuales con los colectivos, en el marco de las restricciones presupuestarias existentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Aristóteles: *Ética a Nicómaco*. Colección Austral. Espasa Calpe, 1993.
2. Berlinguer, Giovanni: *Ética de la salud*. Editorial Lugar. Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, 1996.
3. *Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud*. Vol. 108. Nos. 5 y 6.
4. Charlesworth, Max: *La Bioética en una sociedad liberal*. Cambridge University Press, 1996.
5. Consejo de Europa: *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina*. Oviedo, Asturias (España), 1997.

⁸ Sen, Amartya: *Sobre Ética y Economía*. Alianza Editorial. Madrid, 1989.

⁹ Gracia, Diego: *¿Qué es un Sistema Justo de Servicios de Salud? Principios para la Asignación de Recursos Escasos*. *Boletín OPS*, mayo y junio de 1990.

6. Daniel, Norman: Just Health Care. Cambridge University Press, 1993.
7. Documento OMS: Equity in Health care, 1996.
8. Orientaciones estratégicas y programáticas, OPS, 1995-1998.
9. Rawls, John: Teoría de la justicia, Fondo de Cultura Económica, México, 1995.
10. Rawls, John: Justicia como Equidad, Edit. Teoren. J.A., Madrid, 1986.
11. Sen, Amartya: Sobre ética y economía, Alianza Editorial, Madrid, 1989.
12. Foro Mundial de la Salud, Vol. 17, 1996.