

Aspectos bioéticos comprendidos en la Reforma de la Atención de Salud en Chile. Los problemas del acceso y el costo de los recursos

Eduardo Rosselot J¹.

Bioethical problems of the Health Reform in Chile: access and costs

During the process of health reforms there is always the concern that patients rights might be harmed. The bill that is being discussed in the Chilean Parliament contains an special issue dedicated to patient's obligations and rights. However, on the author's opinion, the best protection for patient rights rests on adequate financing and access to a reasonably, good and qualified health care. A thorough revision of the proposals contained in the reform will allow an objective assessment of the eventual ethical problems that it might imply (Rev Méd Chile 2003; 131: 1079-86).

(Key Words: Ethics, medical; Health care reform; Patient freedom of choice Laws)

Recibido el 23 de junio, 2003. Aceptado el 14 de julio, 2003.

¹Departamento de Bioética y Humanidades Médicas y Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Los proyectos de reforma de los sistemas de salud exponen universalmente a discusiones sobre el respeto a principios y valores éticos, referidos tanto a la consideración de las personas como al bien común de la sociedad¹⁻³. Algunos de los argumentos expuestos son controvertidos, otros suscitan nuevos planteamientos e, incluso, la revisión de criterios bioéticos tradicionales, al pretenderse una interpretación más pertinente a nuevas realidades y a los conceptos involucrados en el modelo que se pretende reformular. Al

plantearse las reformas se percibe que muchos de ellos se han hecho obsoletos con las transformaciones en la cultura, con el progreso científico y tecnológico, los cambios económico-sociales y los avances logrados en la gestión organizacional y en la provisión de servicios. También, por coincidir con una drástica evolución epidemiológica y con la conversión de sentido, experimentada por los conceptos de salud y enfermedad en la sociedad. Es como si antes nadie se hubiera percatado de las transgresiones cometidas, incluso, respecto a temas absolutamente consensuados y de trascendencia sanitaria y moral indiscutibles^{4,5}, pero que sólo ahora resultan evidentes. Así mismo, juega en este nuevo percibir, la tardía incorporación de una reflexión bioética específica en el ámbito de la

Correspondencia a: Dr. Eduardo Rosselot J. Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Independencia 1027, Santiago de Chile.

salud pública, en contraste con los valores ya más elaborados de la ética clínica, por lo que suele haber diferentes apreciaciones de las acciones individuales (en la relación privada médico-paciente) respecto a los procesos sanitarios colectivos o de trascendencia social y pública, que discurren en base a parámetros de distinta significación y proyecciones^{6,7}.

Aunque las propuestas para modificar los sistemas de atención de salud no tengan carácter radical, sino más bien pretendan solucionar ciertas condiciones desfavorables de servicios que son cotidianos, no por ello dejan de suscitarse aprensiones de que las medidas consiguientes a tales reformas puedan vulnerar derechos de las personas, generar conductas arbitrarias, que se provoquen injusticias, discriminación o inequidad y que haya favorecimientos en conflictos de intereses flagrantes⁸⁻¹². Por ello es indispensable, siempre, frente a tales iniciativas, la revisión exhaustiva de las disposiciones que se introducen o que modifican previas conductas.

Un análisis ético de las propuestas de reforma debiera enfocarse esencialmente a las materias de fondo definidas en los proyectos; mucho menos, a las alternativas de que no se logren o se desfiguren los propósitos explicitados, por circunstancias derivadas del ámbito en que se ejercen las actividades pertinentes o que se desvíen por deficiencias técnicas en su diseño o elaboración. Habrá que cuidarse de no inferir consecuencias éticas del programa, al asumir supuestas incorrecciones, defectos o abusos en la implementación de las propuestas, las que podrán señalarse o advertirse pero no pueden significar una objeción al modelo mismo. Destacar preferentemente esos aspectos transformaría la deliberación bioética objetiva en un análisis más bien suspicaz, prejuzgado por situaciones de incompetencia en su aplicación pero ajenos a su espíritu y proclive a una descalificación ideológica más que técnica, no infrecuente cuando el análisis se perturba por dinámicas de orden político. También, hay que considerar que el análisis bioético no persigue, necesariamente, ni puede pretender siempre, resolver entre posiciones que se elaboran a partir de

diferentes fundamentos y propósitos; tampoco puede concluir en la exclusión de alguna de las alternativas mientras no haya pruebas de que con ella se provocaría más daños al sistema y a los pacientes que los que se trata de evitar y en tanto las propuestas existentes estén inspiradas en principios y valores no objetables. Si las resoluciones y conductas resultantes son coherentes con posiciones sustentadas racionalmente, aunque pudieran ser distintas a las que se hubieran previamente respaldado, debiera atenderse a las opciones menos objetables y, en rigor, a las más factibles de implementar, o que promuevan mayor convergencia de perspectivas y aceptación de criterios compatibles. De igual modo, tendrá que suceder con aquéllas que generen entendimientos intermedios¹; las que representen o aúnen valores comunes, compartidos; las que permitan avanzar hacia soluciones costo efectivas, aunque se expongan a ser calificadas de utilitarias, porque representan la aplicación efectiva de servicios contingentes más que definiciones doctrinarias.

En tal deliberación, debe existir la posibilidad de separar claramente los principios y los valores sustentables –que pueden ser relevantes para respaldar una opción teórica y justificar su preferencia–, de las circunstancias en que se desarrollan y definen los procesos, que son las que definitivamente van a determinar la oportunidad, los efectos, las condicionantes y las consecuencias de las políticas, de los modelos y de las acciones sanitarias. En ello no hay transgresión ni renuncia a principios básicos, no significa falsear criterios esenciales ni actuar por intereses espurios; traduce solamente un ánimo de entendimiento capaz de llegar a soluciones para el bien común, en materias opinables, y reconociendo los beneficios de un pluralismo social proactivo y no sólo dependiente de una subordinación fáctica.

En los proyectos de Reforma al Sistema de Salud Chileno, que el Gobierno del Presidente Ricardo Lagos ha planteado últimamente y que han estado en discusión en el Congreso Nacional, existen obviamente varias disposiciones sobre las cuales cabe efectuar un análisis ético, para prever y cautelar eventuales transgresiones a los princi-

¹ En la concepción aristotélica, el justo término medio.

pios que informan el actuar profesional y la provisión de servicios de salud en un marco de estricto profesionalismo^{13,14}. Pero también, para que conocidas y bien definidas las características, el detalle y las consecuencias previstas o aleatorias de esas propuestas, nuestra sociedad sea capaz de acoger las compatibilidades y dar curso a todo lo que se considere un avance en el modelo de atención sanitaria, respecto a lo que hoy se otorga.

Interesa, especialmente, revisar algunos conceptos que, de manera específica, se vinculan con situaciones sustantivas incluidas en los proyectos sujetos a este análisis y que, en diversas circunstancias y niveles de discusión, han sido ya expuestas a cuestionamiento, y es claro que lo seguirán siendo, por lo que ameritan un examen fundamentado. No podríamos limitarnos solamente al tema de los derechos y deberes de los pacientes, que conforman lo más medular de uno de los proyectos en trámite y que, lógicamente, se refiere a aspectos de contenido ético explícito. Debemos abarcar igualmente otras áreas comprendidas en las propuestas específicas y complementarias, a saber, sobre un Régimen de Garantías en Salud, modificaciones a la ley que regula a las ISAPRES, y mejoras de gestión y de financiamientoⁱⁱ. Como ocurre con frecuencia en este tipo de análisis, las derivaciones éticas siempre están latentes, sino directamente explícitas, en los elementos complementarios de la organización y del funcionamiento de los sistemas que, como el de la salud, comprende diversos y tan críticos aspectos de las interrelaciones humanas. Por ahora, nos concretaremos a revisar algunos conceptos relativos al acceso a la salud, a la limitación de recursos y los costos, la solidaridad y la equidad.

ACCESO A LA SALUD

De acuerdo al texto introductorio al proyecto y al título que lo define, su objetivo básico es el «acceso universal con garantías explícitas, de oportunidad, calidad y protección financiera», lo

que se constituye en «el elemento central de la reforma solidaria de la salud» para «resolver las necesidades de la población, en condiciones mejores a las actuales». Se postula dar «prioridad a las acciones que fomenten y promuevan la salud de las personas y todas aquellas intervenciones necesarias para resolver de manera eficaz los principales problemas sanitarios que afectan a la población, utilizando la atención primaria como una estrategia principal». Se trataría de **mejorar** la situación actual –que sin duda ofrece reparos desde el punto de vista de la equidad y del acceso universal a las acciones de salud– sin pretender cubrir todas las demandas que la medicina tiene sino las que permitan los recursos disponibles. Pero, lo más esencial está dado por la idea de **priorizar** acciones para atender los **principales** problemas sanitarios.

Es éste un punto de la mayor relevancia, por cuanto de ello emergen riesgos de no lograr una adecuada atención de salud, de establecer discriminaciones inequitativas en el otorgamiento de la atención y de segregar inexcusablemente a personas afectadas o áreas de importancia sanitaria. Superar tales situaciones depende de cómo se constituya todo el modelo de salud y es por eso que, a partir del sistema vigente con sus problemas y beneficios, el buscar solución a esos problemas e incrementar los beneficios, sin pretender una profunda transformación, puede ofrecer mejores expectativas que un cambio drástico y radical, aunque éste aparezca sustentado por conceptos trascendentales de elevado contenido ideológico.

A propósito de este criterio es preciso aludir a las inconsecuencias que tiene una actitud de todo o nada, para la consecución de objetivos sociales específicos como son los de salud. Cuando se parte de situaciones, que casi por definición no son equitativas y se pretende llegar a niveles de mayor justicia, aunque reste mucho por satisfacerla plenamente, una porción más de equidad (por así decirlo) dentro de las posibilidades, representa un avance que no puede ser despreciado. Aceptarlo no exime, por supuesto, de la obligación de

ⁱⁱ La propuesta legislativa consta de 5 proyectos: Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), Derechos y Deberes de las Personas en Salud, Modificaciones a la Ley 18.933 sobre Instituciones de Salud Previsional, Financiamiento del Mayor Gasto Fiscal representado por el Plan Auge y Chile Solidario, y Proyecto sobre Gestión y Autoridad Sanitaria.

medir la magnitud del progreso, ni descartar alternativas de ampliarlo, siempre que no afecten otros bienes objetivos. Pero, a menudo, se sacrifica el beneficio factible en base a argumentos presuntamente también éticos, por aspiraciones que, en definitiva, resultan utópicas o deletéreas para el bien común. La prudencia nos debe hacer privilegiar, aunque sea con motivos fundamentalmente estratégicos, las decisiones que logrando avances éticamente aceptables consiguen hoy un poco, para llegar mañana a lo mayor. Los logros en el terreno de la justicia distributiva pueden ser parciales y sumatorios, sin que se afecte la validez del principio, especialmente, si ello representa reducir los riesgos de maleficencia, aunque no se obtenga un beneficio pleno.

Por otra parte, las decisiones de rectificación de políticas, reorganización de estructuras y niveles de dirección, provisión y distribución de los recursos, asignaciones de funciones y precisión de objetivos e implementación de procesos de evaluación y regulación para llevar a cabo lo planificado y controlar sus desviaciones, son medidas que competen a los expertos y deben estar respaldadas técnicamente, maximizando las capacidades y las opciones con que cuenta el sistema. Esta aseveración, que pudiera parecer vaga e inconsistente, trata fundamentalmente de poner énfasis en lo ineficaz de las medidas «revolucionarias» y de las filosofías «monolíticas» tras las propuestas de reformas, en general, y en el sector de salud pertinentemente^{9,10}. Igualmente, alude a que también es una falta a la ética plantear reformas de tal carácter, si es que se expone a maleficencia a los usuarios del modelo, en un área de los derechos humanos tan sensible como es la de la calidad de las prestaciones de salud, donde surge la necesidad de considerar no sólo los valores intrínsecos de las personas involucradas, sino que los instrumentales con los cuales se satisfacen los primeros, en los individuos y en las sociedades¹⁵. Y es un hecho que estas trasgresiones pueden darse tanto en quienes proponen las reformas como en quienes las combaten, si sus proyectos o los argumentos en contra carecen de la solvencia, de la proporcionalidad y de la equidad que deben detentar.

Establecer en la sociedad condiciones equitativas para el acceso a la salud, constituye una aspiración universal que resume lo que ha llegado

a designarse, ampulosamente: «el derecho a la salud». En efecto, esta última expresión no tendría asidero en cuanto la salud individual resulta de un hecho biológico, independiente de la voluntad y del control primario de las personas, de la sociedad o de las instituciones. Es claro que éstas tienen injerencia sobre muchas de las condiciones que afectan la salud y con ello determinan su expresión, pero nadie ha podido, hasta ahora, establecer las condiciones necesarias para que todo ser humano sea invulnerable a la enfermedad o a los daños en la salud. Consagrar el derecho a la salud sería tan incongruente como establecer el «derecho a no morir», es decir el derecho a la vida eterna, que podrá aceptarse como un anhelo espiritual o una condición inmutable, pero imposible de adquirir textura normativa ni de estimarle deberes correlativos.

De modo que se trata sólo de ampliar o procurar mayores facilidades para que las personas dispongan de atención de salud y oportunidades equivalentes para una vida saludable. Si el actual Sistema de Servicios de Salud no provee tales condiciones y lo que se intenta es aumentar su efectividad en tal sentido, podemos concluir que el propósito de la propuesta es ético aunque no se pretenda en esta etapa alcanzar el máximo de accesibilidad. Esta meta podría ser exigible, sin duda, en el plano teórico, si no existieran condiciones limitantes. Pero en el mundo real, y especialmente en el área de la salud, las necesidades planteadas son infinitas y los recursos para satisfacerlas lógicamente escasos; en la competencia por una racional distribución del PGB, por ejemplo, sin duda que otros requerimientos de la sociedad y otras necesidades humanas, que no podríamos tildar de improcedentes, podrían considerarse como de mayor prioridad que la salud misma¹⁵.

Quizás algún día pueda establecerse, un «*ranking*» consensuado de prioridades, para que a medida que el progreso de solución a un determinado orden de aspiraciones, se consiga satisfacer, al menos, las necesidades de salud cuya solución implique un deber de justicia, para dejar lugar a que la solidaridad y la beneficencia y el respeto a la dignidad de los pacientes, cubran las aspiraciones excedentes. Entre tanto, las pautas definidas como prioridades programáticas para los Servicios, que representan discriminar en acciones que

se definen por su oportunidad, su pertinencia, su rendimiento o su eficacia, es decir no arbitrariamente, no debieran sufrir mayor cuestionamiento, aunque haya habido discusión sobre la manera de implementarlas en los niveles técnicos, porque son propias de cualquier política de regulación y orientación de recursos, dentro del manejo normal que debe efectuar la autoridad sanitaria¹⁶. Por añadidura, competen a la satisfacción de derechos básicos, como son efectivamente la atención de salud, el que se otorgue con la debida calidad y con equidad en su financiamiento, sin perjuicio de su proporcionado acceso en una sociedad que dispone de recursos limitados para aspiraciones, por lo general, ilimitadas.

LIMITACIÓN DE RECURSOS

Es de regla que cuando se producen dificultades para que los pacientes tengan acceso adecuado a la atención de salud que procuran, se planteen razones económicas. Su expresión puede adoptar distintas formas y, a menudo, es inaparente la insuficiencia financiera que yace tras situaciones tan variadas como las fallas de comunicación, las inconsistencias horarias, los problemas de distancia o la ausencia de profesionales calificados. También se advierte en la falencia de tecnologías apropiadas y en las restricciones de ciertos programas, y se reconoce su importancia e impacto en materias de prevención o control de predisposiciones o condiciones que favorecen determinadas patologías. Estas trabas, que se oponen al otorgamiento más universal de los servicios de salud, aparecen como inadecuada distribución de los recursos, traducen generalmente limitación de ellos y representan el principal obstáculo para satisfacer el derecho al libre acceso a la atención de salud^{17,18}. Sin embargo, no dejan de tener razón quienes postulan que una más racional asignación debiera ser en ciertos casos suficiente para cubrir las necesidades, a lo menos, más imperiosas y contrarrestar así numerosas deficiencias del sistema¹⁹.

En todo caso, ésta es la situación que subyace tras la restricción de objetivos específicos que se reclama del proyecto de reforma y las reducidas dimensiones, aún no debidamente calibradas, del programa AUGE, tal como se acota en el documen-

to descriptivo. Surge obligatoriamente la pregunta: ¿Es ésta una razón fundamental y válida para racionalizar las prestaciones de asistencia sanitaria? Las consideraciones éticas, al respecto, oscilan según la ponderación relativa de los criterios que privilegian el interés de las personas frente al de la sociedad y el bien común^{1,3-7}. La medicina constituye, a no dudar, un bien que demanda recursos inagotablemente y sea el Estado, el que tiene la obligación moral de distribuir esos medios racional y responsablemente, para servicios diversos, o los agentes sanitarios privados, que deben prever sus disponibilidades en una gestión que, si es útil, sea por lo menos perdurable, no pueden satisfacer todas las expectativas a que el entorno o los afectados aspiran^{5,15}. Dadas estas razones, no parece objetable, desde el punto de vista ético, tal racionalización, entendida como un logro restringido y efectuada por la autoridad sanitaria legítima, bien informada y prudente. Quienes participen en esta selección y los fundamentos con que ella se haya hecho pueden ser sujetos de discusión⁴⁻⁸, pero es inevitable que ha de convenirse, finalmente, en un listado de prestaciones priorizadas, llámense objetivos sanitarios o canasta básica, que no tienen por qué suponer exclusión de otras atenciones que tendrán que seguir siendo manejadas de acuerdo al estado del arte, en los servicios correspondientes, aunque no aparezcan como acciones garantizadas sino sujetas a los procedimientos con que se han cubierto hasta ahora. Si lo que se objeta es la legitimidad, capacidad y falta de criterio en las decisiones, eso no descalifica al proyecto desde la perspectiva ética, sino que a la política y al tipo de gestión con que se implementa, que será independiente de la ley.

CONTENCIÓN DE COSTOS

La medicina, en todo el mundo, ha alcanzado niveles de costos que cada vez hacen más dudosa la factibilidad de que el Estado, los particulares y las instituciones privadas que asumen esos servicios, por alta que sea su solvencia económica, puedan satisfacer todas las demandas de una población que aumenta progresivamente, sin límites, en número y en requerimientos sanitarios. Es errado deducir que los altos costos reflejan directamente mayor calidad en las prestaciones; en

cierta medida, sin duda, resultan también del mal uso de una excesiva e impropia tecnología^{11,19}. El Estado cumple su deber si busca utilizar al máximo los recursos escasos, con la mayor tasa de beneficio, cautelando la no aparición de inequidades y desfavoreciendo los privilegios y el tributo desproporcionado y arbitrario impuesto generalmente por el sistema, a las remuneraciones de los profesionales o funcionarios requeridos. Pero, es de advertir, a este respecto, dos riesgos sustanciales en las propuestas, no asociadas a debidos resguardos: primero, el establecer incentivos a los servicios y a los profesionales, para obtener incrementos presupuestarios o premios por reducir el gasto, favoreciendo promover prestaciones menos onerosas, la masificación y despersonalización de las acciones al optar por economías de escala, la pérdida de calidad profesional consustancial a los incrementos cuantitativos, el menor compromiso y la menor dedicación individual en las atenciones. Del mismo modo, la calidad del ejercicio profesional, de sus actos y del resultado de los programas, está expuesta directamente, si las demandas por equilibrar un presupuesto o competir por precios, en un régimen de libre mercado, llevan a una restricción inapropiada de los recursos utilizados.

El que se planteen estas aprensiones no intenta negar que un adecuado análisis de los factores que intervienen en los costos y en su racionalización, para reducir su efecto en la estructura del gasto en salud, sean esenciales para acercar la satisfacción de las demandas a la disponibilidad de los recursos y acortar la brecha de frustración existente entre usuarios y proveedores por no cubrir sus correspondientes expectativas. El principal argumento, casi dogmáticamente aceptado, para favorecer la privatización y la libre competencia en los servicios de salud es que de ello depende la reducción de costos y una mayor eficiencia en la prestación de la atención sanitaria²⁰. Callahan²¹ duda, con razón, que haya demostraciones objetivas para tales deducciones y, en todo caso, nadie habría comprobado que ellas pudieran compensar los inconvenientes de un modelo absolutamente mercantil, tomado como paradigma opuesto al altruismo de la medicina hipocrática o tradicional, o al modelo de profesionalismo hoy altamente promovido¹³, ni asegurar a la sociedad acabar con las limitaciones al acceso de las personas a la salud.

Las posiciones que favorecen o denostan los dos modelos alternativos²², mercantilista y regulado, para la oferta y satisfacción de los objetivos sanitarios, están aún imbuidas de prejuicios e «invocan una variedad de respuestas emocionales que sobrepasan el significado profesional y técnico de los términos» que se utilizan donde confluyen las acciones médicas y el mercado. En la opinión de Callahan²¹, así como para algunos el ambiente de la medicina significa «cuidados y sanación, confort y curación», para otros representa un conjunto de «ávidos practicantes y proveedores usufructuando de las miserias humanas». En cuanto al mercado, sería para unos la expresión más pura de la libertad, del escape de las manos opresivas del Estado, del rescate de la legitimidad de las diferencias y la libre elección; en cambio, su contraparte lo caracterizaría como una empresa de deshumanización, injusticia y explotación disfrazada elegantemente con el seductor lenguaje de la libertad personal.

Frente a tales disyuntivas, evidentemente falsas por su extremismo, resulta indispensable y urgente, que los profesionales, especialmente, así como los clientes, abandonemos los remilgos sin causa que provoca el lenguaje financiero o de mercado, que hoy es indispensable para entendernos si hablamos de procesos administrativos y económicos, por mucho que nos parezcan impulsivos en el terreno de la medicina^{9,11,21}. No podemos usar tapujos por un prejuicio que se derriba al constatar cómo la insolvencia en capacidades técnicas, de administración y económicas han contribuido a la pérdida de eficacia de los sistemas sanitarios y a poner en jaque, incluso, el prestigio y confiabilidad de la profesión^{1,9,23}. Es obvio, además, que merece reparos desde el punto de vista ético, si se impide sólo por razones ideológicas, llegar a establecer un modelo de atención que cautelando estos aspectos, facilite el acceso de los pacientes a los cuidados profesionales de su elección^{24,25}.

SOLIDARIDAD Y EQUIDAD

La reforma se define como solidaria y esta intención se aprecia en el espíritu y la letra del proyecto, aunque el número limitado de situaciones respaldadas por las garantías explícitas que se establecen en la implementación inicial, sean

frustrantes para las expectativas de quienes tienen menores recursos. De alguna manera, plantear solidaridad es un requerimiento ético para salvar la persistencia de inequidades, cuya superación se esboza para un más largo plazo o, al menos, en etapas progresivas de la reforma en salud. Pero, asegurar su concreción es una responsabilidad ética que no aparece sostenida por las disposiciones del proyecto, tanto más cuanto que el fondo solidario resulta generado por montos no proporcionales a la solvencia económica de los usuarios, y el financiamiento de la reforma se hace en base a impuestos generales y a otros ítemes que derivan de redistribución de aportes; por lo tanto, representan, presuntivamente, restricciones en diversas acciones que no son prescindibles y tampoco dan base a una expresión solidaria con los más afectados, desposeídos o necesitados.

Sin desconocer el valor intrínseco de la solidaridad, por otra parte, cabe recordar que ésta no responde, en derecho, a una obligación sino a una decisión voluntaria, expresión de altruismo y generosidad, que Diego Gracia ubicaría como propia de la beneficencia y dentro de una ética, más bien privada, de máximos⁸. Recordemos, también, aunque puedan parecer discrepantes estas ideas con las propuestas por Rawls²⁶, que este autor incorporó el concepto de equidad para concretar el aserto de que la libertad e igualdad en una sociedad se expresaba en un orden original, podríamos decir primario, en cuya abstracción había que prescindir de todos los atributos posibles de conseguir en su existencia, por cada individuo. Hacer esta tabla rasa de los atributos, para partir de un estado esencialmente neutro, homogéneo y equiparable entre cada otro, podría ser el equivalente a ese «velo de la ignorancia» al que apela Rawls «para anular los efectos de las contingencias específicas que ponen a los hombres en situaciones desiguales y en tentación de explotar las circunstancias naturales y sociales en su propio provecho», determinando así

su distanciamiento del buen orden original. Así, la moralidad de esta sociedad virtual y virtuosa, tiene plena expresión en la equidad. La solidaridad perfecciona la equidad, en especial cuando quienes están afectados en ella son los más pobres^{11,22,27}.

En el concepto de Diego Gracia⁸, al considerar la equidad como un valor destacado para dar cumplimiento a la justicia distributiva, se ha definido *per se* el nivel de mínimos. Es decir, no existiría mayor margen de libertad para que otras alternativas, por beneficiosas que sean, reemplacen a lo que corresponde por justicia; en este caso, porque se habrían hecho evidentes desigualdades arbitrarias que comprometen gravemente la dignidad de las personas. Cuando la inequidad es flagrante sólo cabe terminarla, a riesgo de conducirnos maleficientemente y avasallar, por ende, los legítimos derechos de las personas.

La limitación de recursos, cuyo habitual corolario es la restricción al libre acceso a la salud, se expresa en la reducción de oportunidades de atención, de selección y programación de intervenciones, en una menor disponibilidad de profesionales, en disminución del arsenal terapéutico, pérdida de flexibilidad en los procedimientos, focalización del esfuerzo sanitario en áreas específicas de las patologías o en grupos determinados de susceptibles. Todas estas medidas se pueden regular con el objetivo de atenuar sus efectos perniciosos, y eso es obligatorio y debe ocurrir estrictamente para salvaguardar el principio de justicia, con el que se respalda la equidad.

Por lo tanto, aceptando que no es factible otorgar toda la salud posible para todos los que la requierenⁱⁱⁱ, el resguardo debe establecerse para que la racionalización de los recursos^{7,11,27,28}, se lleve a cabo deliberada y reflexivamente, con la concurrencia de expertos y la eliminación de todo sesgo o arbitrariedad que distorsione la recta decisión, en cada caso fundamentada^{29,30}.

ⁱⁱⁱ Este aserto no significa renunciar ni dejar de trabajar por procurar los medios, las capacidades y los recursos necesarios para satisfacer, algún día, tales expectativas; incluso, en la perspectiva ecológica y con la visión de las futuras generaciones.

REFERENCIAS

1. KÜHN H. Problemas éticos en la racionalización económica de la atención de salud. *Cuadernos Médico Sociales* 1997; 38: 67-78.
2. WOLF SM. Health Care Reform and the future of Physician Ethics. *Hastings Center Report* 1994; 24: 28-41.
3. CALLAHAN D, JENNINGS B. Ethics and Public Health: Forging a strong relationship. *Am J Public Health* 2002; 92: 169-76.
4. GRACIA D. De la Bioética Clínica a la Bioética Global: Treinta Años de Evolución. *Acta Bioética* 2002; 8: 27-39.
5. BOITTE P. *Éthique, Justice et Santé*. Catalyses. Arte - Fides. Belgique - France, 1995.
6. KASS NE. An ethics framework for public health. *Am J Public Health* 2001; 91: 1776-89.
7. DANIELS N. Meeting the challenges of justice and rationing. *Hastings Center Report* 1994; 24: 27-9.
8. GRACIA D. *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Bogotá, Editorial El Buho, 1998.
9. SALINAS H, LENZ R. *Las NO reformas de salud en Latinoamérica, razones que explican su fracaso*. Santiago de Chile. Editorial Andros. 1999.
10. SALINAS H, LENZ R, HERRERA G, BUSTOS P, GARIN F. *Reformas de Salud en Latinoamérica*. LOM. Santiago, Chile 2001.
11. BOOME J. Fairness versus doing the most good. *Hastings Center Report* 1994; 24: 36-9.
12. VAN DER ZEIJDEN A. The patient rights movement in Europe. *Pharmacoeconomics* 2000; 18: 7-13.
13. Project of the ABIM Foundation, ACP ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: A Physician Charter. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-6.
14. ROSSELOT E. Reivindicando la medicina como profesión científico humanista. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 454-6.
15. DOUGHERTY CJ. Ethical values at stake in Health Care Reform. *JAMA* 1992; 268: 2409-12.
16. MINSAL. *Diseño e implementación de las Prioridades de Salud. La Reforma Programática Chilena*. DISAP. 1997.
17. ANDRULIS DP. Access to care is the center piece in the elimination of socioeconomic disparities in health. *Ann Intern Med* 1998; 129: 412-6.
18. EMANUEL EJ. Justice and managed care. Four principles for the just allocation of health care resources. *Hastings Center Report* 2000; 30: 8-16.
19. HIATT HH. Protecting the medical commons: who is responsible. *N Engl J Med* 1975; 293: 235-41.
20. GARCÍA C. ¿Necesitamos una reforma de salud?, en *¿Qué reforma de salud queremos los médicos?* Publicación de las ponencias del III Seminario Anual de la Asociación Gremial de Clínicas, Hospitales y otros establecimientos privados de salud. Mayo 2001; 23-7.
21. CALLAHAN D. Medicine and the market: A research agenda. *J Med and Phyllos* 1999; 24: 224-42.
22. DRANE JF. Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud. En *Bioética, Temas y Perspectivas*. OPS. Publicación Científica 1990; 527: 202-14.
23. MECHANIC D. Public perceptions of medicine. *N Engl J Med* 1985; 312: 181-3.
24. SWICK HM. Academic medicine must deal with the clash of business and professional values. *Acad Med* 1998; 73: 751-5.
25. KASSIRER JP. Managed care and the morality of the marketplace. *N Engl J Med* 1995; 333: 50-2.
26. RAWLS J. *Teoría de la Justicia*. Madrid, FCE, 1979.
27. KAMM FM. To whom? *Hastings Center Report*, 1994; 24: 29-33.
28. BAILY MA. The democracy program. *Hastings Center Report*, 1994; 24: 39-42.
29. HOLM S. Good bye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. *BMJ* 1998; 317: 1000-2.
30. SABIN JE. Fairness as a problem of love and the heart: a clinician's perspective on priority setting. *BMJ* 1998; 317: 1002-4.