

Segunda Reunión del Comité Asesor Internacional en Bioética
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
3 y 4 de mayo, 2000
Ciudad de Panamá, Panamá



BIOÉTICA Y CUIDADO DE LA SALUD

Equidad, Calidad, Derechos

Fernando Lolas Stepke
(Editor)

Serie Publicaciones - 2000
Programa Regional de Bioética
División de Salud y Desarrollo Humano
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

Programa Regional de Bioética OPS/OMS
Serie Publicaciones 2000

La presente edición corresponde a la Serie Publicaciones 2000 del Programa Regional de Bioética.

Bajo el título de *Bioética y Cuidado de la Salud, Equidad, Calidad, Derechos*; contiene los documentos elaborados por los miembros del Comité Asesor Internacional en Bioética de la OPS/OMS, para su segunda reunión oficial realizada entre los días 3-4 de mayo de 2000.

Nº de Inscripción: 117.908
ISBN: 956-7938-01-6

Se terminó de imprimir
esta edición de 1000 ejemplares
en LOM Ediciones
en Diciembre de 2000

PROGRAMA REGIONAL DE BIOÉTICA OPS/OMS

El Programa Regional de Bioética (PRB) OPS/OMS fue establecido en 1994 en Santiago de Chile mediante un convenio con el Gobierno de Chile y la Universidad de Chile.

Es un programa técnico integrado a la División de Salud y Desarrollo Humano cuya misión es colaborar con entidades públicas y privadas en el desarrollo y la aplicación de conceptos y procedimientos para la sustentabilidad ética de decisiones relativas a la investigación científica, la capacitación técnica, la formación profesional, el cuidado de la salud y la formulación de políticas sanitarias sectoriales e intersectoriales.

El Programa Regional de Bioética constituye una respuesta institucional al desafío de derivar resultados éticamente sostenibles de la investigación tecnocientífica y sus aplicaciones al campo sanitario. La bioética examina temas de ética de las profesiones de la salud en una perspectiva abierta al diálogo, al pluralismo y a la integración de certidumbres morales. Se trata de un campo interdisciplinario vinculado al bienestar humano, el avance tecnocientífico y la preservación del ambiente.

Objetivos

- Iniciar, fomentar y apoyar actividades relacionadas con la evaluación ética de los resultados de la investigación biomédica y psicosocial, la asistencia sanitaria y la educación general y profesional.
- Contribuir al desarrollo académico y aplicado de las interdisciplinas de la salud desde los métodos y procedimientos de la Bioética.
- Colaborar con todas las Divisiones, Institutos y Centros de OPS y OMS, como asimismo con sus organismos colaboradores, en la formulación, implementación y evaluación de planes, programas y proyectos vinculados al bienestar humano.
- Identificar individuos e instituciones que desarrollen tareas vinculadas a la reflexión bioética y constituir redes de interacción para el fortalecimiento de acciones de investigación, enseñanza y difusión pública.

- Servir de centro de referencia para la conceptualización de problemas emergentes que incidan sobre la accesibilidad, la equidad y la fundamentación valórica y social de las políticas públicas en el campo sanitario.
- Desarrollar vínculos con organismos y centros fuera de la región latinoamericana y caribeña, a fin de destacar la especialidad regional en contenidos y políticas y contribuir al acervo mundial en materias bioéticas.

Actividades

- Estimula, fomenta, apoya e implementa conferencias, cursos, seminarios y talleres en todos los países de la Región, en conjunto con otros organismos de OPS y sus representaciones.
- Colabora con el desarrollo de programas académicos básicos y avanzados para la formación, la capacitación y el perfeccionamiento de los profesionales de la salud y de otras áreas.
- Participa en el diseño y formulación de políticas para la investigación científica según los objetivos de OPS/OMS en los países de la Región.
- Mantiene un centro de documentación y bases de datos sobre materias interdisciplinarias pertinentes al campo bioético. Apoya publicaciones y programas cuya meta sea el fortalecimiento, la difusión y la rigurosidad conceptual del trabajo en ética aplicada que se desarrolle en los países de la Región.
- Publica periódicamente artículos, monografías, textos de estudio y boletines informativos con el fin de documentar y preservar las contribuciones regionales al campo bioético.
- En conjunto con la Universidad de Chile mantiene una página Web que sirve de herramienta de referencia bibliográfica, foro abierto sobre debates bioéticos, fuente de documentación original e informaciones sobre desarrollos en otras regiones.
- Actúa de intermediario entre expertos, público general, legisladores, investigadores y planificadores en el intercambio de experiencias, concep-

tos y prioridades, con el fin de contrastar, articular y armonizar posturas divergentes sobre las implicaciones éticas de la ciencia, la tecnología y la administración.

- Participa en la construcción de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) que BIREME y el Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en ciencias de la Salud han puesto en marcha a partir de 1999, a través del desarrollo de la Biblioteca Virtual en Bioética (BVB). El objetivo fundamental de la Biblioteca Virtual en Bioética es facilitar al usuario final el acceso a los diversos recursos de información en Bioética, a nivel nacional, regional e internacional.

Programa Regional de Bioética OPS/OMS

Avda. Providencia 1017, Piso 7, Providencia

Casilla 27141, Correo 27 - Santiago, Chile

Tel: (56-2) 236-0330 / Fax: (56-2) 346-7219

E-mail: bioetica@chi.ops-oms.org

NOTA

Esta serie de documentos técnicos es producida por el Programa Regional de Bioética de la División de Salud y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), con el propósito de diseminar información y estimular discusión acerca de temas de interés en bioética.

Las opiniones expresadas en estos documentos son responsabilidad exclusiva de los autores y no deben atribuirse a la Organización Panamericana de la Salud.

El material incluido en esta publicación puede ser citado o reproducido sin restricciones con la condición de que se mencione la fuente y que se incluya el número de referencia. Una copia del material reproducido debe ser presentada al Programa Regional de Bioética, División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud, Providencia 1017, 7° piso, Santiago, Chile.

AUTORES

- Julio Arboleda-Flórez
Profesor Titular y Director
Departamento de Psiquiatría
Queens University
Kingston, Ontario
Canadá
- Daniel Callahan
Director de Programas Internacionales
The Hastings Center
Garrison, Nueva York
Estados Unidos
- Juan Antonio Casas Zamora
Director
División de Salud y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana
de la Salud (OPS)
Washington, D.C.
Estados Unidos
- James F. Drane
Profesor de Bioética
Universidad de Edinboro
Edinboro, Pennsylvania
Estados Unidos
- Ezekiel Emanuel
Institutos Nacionales de Salud
Director Departamento de Bioética
Bethesda, Maryland
Estados Unidos
- Diego Gracia Guillén
Universidad Complutense de Madrid
Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia
Director del Programa de Magíster en Bioética
Madrid - España

- Fernando Lolas Stepke
Programa Regional de Bioética OPS/OMS
Director
Santiago
Chile
- José Alberto Mainetti
Fundación Dr. José María Mainetti
Director
La Plata
República Argentina
- Luis Argentino Pico
Pontificia Universidad Católica
Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud
Departamento de Salud Pública y Administración Sanitaria
Director
Buenos Aires
República Argentina

TABLA DE CONTENIDOS

• Hacia una Bioética para América Latina y el Caribe <i>Fernando Lolas Stepke</i>	13
• Los Retos de la Bioética en América Latina: equidad, salud y derechos humanos <i>Juan Antonio Casas Zamora</i>	19
• Calidad y Excelencia en el Cuidado de la Salud <i>Diego Gracia Guillén</i>	35
• Equidad y Asignación de Recursos: Donde la Ética y la Justicia Social se interceptan <i>Julio Arboleda-Flórez</i>	53
• Calidad de la Atención de la Salud y los Derechos del Paciente: entre la Evidencia y la Autonomía <i>José Alberto Mainetti</i>	69
• El Desafío de la Equidad: Una Perspectiva <i>James F. Drane</i>	75
• La Inevitable Tensión entre la Igualdad, la Calidad y los Derechos de los Pacientes <i>Daniel Callahan</i>	91
• Inequidades, Bioética y Sistemas de Salud <i>Ezekiel Emanuel</i>	101
• Notas para una fundamentación ética de los Programas de Mejoramiento Continuo de la Calidad Asistencial <i>Luis Argentino Pico</i>	107

INTRODUCCIÓN: HACIA UNA BIOÉTICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Fernando Lolas Stepke

La construcción disciplinaria: teoría y circunstancia

Como organización internacional especializada en salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) articula preocupaciones fundamentales sobre la asistencia sanitaria y la investigación biomédica y las transforma en procesos de cooperación y en sugerencias para legisladores y planificadores. No cabe duda de que a su intervención se debe la relevancia que ciertos temas han adquirido en las agendas de los países de América Latina y el Caribe. La equidad en el acceso a bienes y servicios, la necesidad de armonizar tradiciones diversas en la superior síntesis del panamericanismo, la constante necesidad de reformar y transformar instituciones son solamente algunos ejemplos de temas convertidos en procesos sociales, ideas fuerza y esfuerzo legislativo. Con todo, los nexos causales entre los factores económicos, políticos, culturales o sociales y la salud de las poblaciones e individuos, con ser a veces evidentes, exigen un plano de reflexión que no se encuentra aisladamente en ninguna disciplina. El desarrollo de la economía, las ciencias sociales, la terapéutica biomédica y todas las tecnociencias suele desembocar en el aislamiento de cada uno de esos discursos. Tal es la evolución natural de las tecnocracias. Cada tecnología desarrolla una definición exclusiva y excluyente de qué constituye un legítimo problema y de cuáles son las soluciones. De este modo, suele discutirse si la solidaridad o el lucro han de guiar la estructura de los sistemas de cuidado de la salud, si el Estado o el mercado han de regularlos, si la investigación debe favorecer a la ciencia o a la sociedad. Cada punto de vista parcial, erigido por sus proponentes en única y decisiva formulación, termina respondiendo preguntas cada vez más exactas y hablando con mayor precisión a sus expertos. El

resultado no precisa mayores comentarios. Se traduce en insatisfacción, frustraciones y tensiones. El “lenguaje de oferta” de bienes y servicios no halla adecuada correlación con el “lenguaje de demanda”. Los expertos hablan a otros expertos. Las necesidades originales se pierden en el virtuosismo técnico de la gerenciación, la eficiencia y el avance tecnocientífico.

El discurso bioético puede contribuir al diálogo entre racionalidades y disciplinas, así como ha contribuido al diálogo entre personas, grupos humanos y tradiciones culturales. Su contextura transdisciplinar, al suspender momentáneamente los límites disciplinarios, permite replantear desde una perspectiva integral los problemas fundamentales, retrotraer su examen al mundo vital en que se generan y expresan y desarrollar herramientas para su comprensión en distintos ámbitos discursivos. Típicamente, el discurso bioético se apoya en el diálogo como mecanismo y substancia de la vida social. Exaltando la diversidad de los puntos de vista, en realidad decanta lo humano universal que palpita en preocupaciones tan diversas como el avance de las ciencias, el cuidado de la salud y la relación con el ambiente. Lejos está de ser el cultivo de la bioética un lujo exótico o ese dudoso deleite de intelectuales ajenos al mundo con que algunos lo trivializan. En los últimos años, tanto la temática como la orientación de las ciencias humanas y naturales indican que no se trata solamente de tener más datos e informaciones sino de construir conocimientos. Los conocimientos valen en tanto arquitectura socialmente relevante de los datos y las informaciones. Y al construir conocimientos, como lo demuestra el registro histórico, se llega siempre a la dimensión moral y a la pregunta por su sentido y fin.

La versión de bioética hoy prevaleciente puede sugerir una simplificadora esperanza: la de que los grandes problemas pueden ser reducidos a sencillos algoritmos morales que se resuelven aplicando principios elementales. Hablar de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia se ha convertido en tópico. Estos principios, en sí mismos, no brindan claves para saber cuál es más importante o primordial. Tampoco, para determinar cuándo y cómo han de aplicarse a casos concretos. La infinita variedad de la conflictualidad humana plantea siempre desafíos inéditos. Más que enseñar bioética se trata de facilitar el raciocinio bioético. Y para lograrlo, es menester considerar el contexto cultural y valórico en que tal raciocinio se practica.

Es por eso de tanta relevancia que el trabajo “práctico” se nutra de substantiva y exigente inspiración teórica y, al mismo tiempo, se enraíce en la concreta circunstancia. No es infrecuente encontrar los mismos dilemas en diversas so-

ciudades. No es infrecuente, tampoco, intentar resolverlos mediante procedimientos usados con éxito en otras latitudes. Para la América Latina y el Caribe se plantea a veces la disyuntiva de importar soluciones o imitar procedimientos. Soluciones, a veces, para problemas aún no sentidos como tales por las respectivas comunidades. Procedimientos basados en otras tradiciones culturales y jurídicas. Ambos modos de actuar son posiblemente necesarios en etapas incipientes del desarrollo, pero sin duda no apropiados para instalar una madura labor. Es por ello que la tarea bioética exige una vigilante conciencia y permanente examen. Para construir una tradición propia y afirmar identidad es conveniente conocer lo que se ha hecho en otras latitudes y naciones, estudiarlo a fondo, pero luego superarlo en la síntesis del trabajo propio. A tal fin se encaminan los esfuerzos del Programa Regional de Bioética y tal es el sentido del diálogo que ha instaurado con expertos de Estados Unidos y Europa.

La perspectiva bioética y el Programa Regional de la Organización Panamericana de la Salud

El Programa Regional de Bioética, establecido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1994 en conjunto con la Universidad de Chile y el Gobierno de Chile, es parte de la División de Salud y Desarrollo Humano. En el año 2000, el 42º. Consejo Directivo, tras conocer de sus actividades y desarrollo, recomendó su continuación e instó a los Estados Miembros a fomentar la reflexión bioética en el contexto de sus planes y programas de asistencia e investigación en saludⁱ.

En sus cinco años de existencia, el Programa Regional de Bioética ha promovido el desarrollo de la reflexión bioética, ha colaborado en actividades programadas por instituciones académicas y de servicio, ha conducido investigaciones y encuestas y ha contribuido al trabajo de las Representaciones OPS en la mayor parte de los países de la Región de Latinoamérica y el Caribe. Entre sus contribuciones se cuenta el desarrollo de una Biblioteca Virtual en Bioética como parte de la Biblioteca Virtual en Salud que organiza la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), de Sao Paulo, organismo también dependiente de la División de Salud y Desarrollo Humano. El Programa ha contribuido a la formación de personas capacitadas en bioética a través de cursos impartidos en distintos países, fomentando la elaboración e implementación de

ⁱ Resolución CD42.R6 de septiembre 2000.

diplomados y maestrías, como asimismo desarrollando formas diversas de “ilustración bioética” para jóvenes y miembros de comités de ética. Los datos recogidos sobre la evaluación ética de proyectos de investigación y publicaciones biomédicas sugieren aspectos a considerar en el desarrollo de políticas integrales. Estos son, naturalmente, algunos ejemplos.

Entre las actividades del Programa se cuenta la difusión de informaciones y publicaciones. El Boletín *Bioética Informa* cumple la misión de recoger las noticias más relevantes que ocurren en los países de la Región y son comunicados por los Representantes OPS. La revista *Acta Bioethica* reemplaza a la serie de *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* que recogió materiales de autores europeos, estadounidenses y latinoamericanos. Diversos libros han sido editados y distribuidos para beneficio de los estudiosos y los gestores de políticas sanitarias.

El presente volumen recoge parte de las contribuciones presentadas en la segunda reunión del Comité Asesor Internacional en Bioética que el Director de OPS, Sir George Alleyne, designa por un período de dos años con el fin de evaluar las actividades del Programa Regional y recoger sugerencias para hacerlas más relevantes y apropiadas. La primera de tales reuniones, aparte del trabajo propiamente orientador de los miembros del Comité, fue dedicada al tema de la investigación en sujetos humanos y dio lugar a un volumen ya publicadoⁱⁱ. La segunda reunión, realizada en Panamá los días 3 y 4 de mayo del 2000, simultáneamente con un congreso regional de bioética, fue muy fructífera en sugerencias y estímulo para el trabajo del Programa. Además sirvió para que los miembros del Comité Asesor reflexionaran sobre temas que ocupan actualmente un lugar privilegiado en la agenda de trabajo de OPS y se perfilan como importantes desarrollos disciplinarios y prácticos. No cabe dudar de que los asuntos relacionados con la equidad, los derechos de las personas en el papel de pacientes, la provisión equitativa de servicios y la evaluación de impacto y resultados de las reformas de los sistemas de salud acaparan actualmente la atención de académicos, planificadores y políticos. De allí la conveniencia de invitar a los miembros del Comité Asesor a presentar ponencias sobre estos temas y sus interrelaciones.

ⁱⁱ Pellegrini, A. & Macklin, R. (editores) *Investigación en sujetos humanos: experiencia internacional*. Programa Regional de Bioética, Santiago de Chile, 1999.

El producto es digno de ser difundido por tres motivos. En primer lugar, aparte de las funciones propiamente orientadoras del Comité Asesor, su contribución a la solvencia académica de las iniciativas del Programa Regional no debe subestimarse. El proponer una mezcla de trabajo teórico con funciones asesoras es una necesidad en el ambiente latinoamericano, que en estas materias debe aún depurarse de las influencias foráneas absorbiéndolas cabalmente, seleccionando aquello que armoniza con sus tradiciones culturales y ejerciendo una crítica ponderada de aquello que merece examen o adaptación.

En segundo término, son contribuciones a un área de trabajo que ha llegado a tipificar tensiones éticas esenciales de las sociedades contemporáneas. Debatir sobre derechos de pacientes y acceso equitativo a prestaciones de salud plantea, entre otros, el viejo debate sobre la preeminencia del grupo versus el individuo y permite comparar escenarios inspirados por diversas concepciones de lo bueno y lo justo. Los temas propuestos han sido elaborados muchas veces, mas cada vez su análisis depende del contexto. En este caso, es desde la reflexión bioética en el seno de OPS, lo cual de suyo conlleva una especificidad.

Finalmente, los temas abordados por los autores se complementan al punto de brindar una balanceada perspectiva global. Importa no solamente lo que sugiere de consenso y acuerdo básico en la relevancia de los planteamientos. También las dimensiones polémicas que abre una discusión de estos temas. Hay visiones de futuro notablemente pesimistas que contrastan con otras de desmesurado optimismo. Parte del discurso convencional consiste en repetir formulaciones “apropiadas” que no contribuyen al progreso del debate. El discurso de los expertos en administración parece contradecir el de los que se preocupan de la solidaridad y la justicia.

No es papel del Programa Regional de Bioética dirimir contiendas teóricas ni imponer soluciones a dilemas que siempre han acompañado al desarrollo de las profesiones éticas y los servicios sociales. Provee un espacio neutral donde pueden confrontarse posiciones y evaluarse resultados de experiencias. Pone a punto instrumentos para el examen bioético de los dilemas y propone vías y medios de solución. En el caso presente, invita a reflexionar no solamente sobre los medios sino también sobre los fines de las instituciones de cuidado de la salud.

Juan Antonio Casas, Director de la División de Salud y Desarrollo Humano de OPS, inicia el volumen analizando los desafíos bioéticos desde la perspectiva de la salud pública y la formulación de políticas. Diego Gracia, Profesor

de la Universidad Complutense de Madrid y Director del Programa de Magíster en Bioética, aporta puntos de vista en relación a la calidad y la excelencia en el cuidado de la salud, insistiendo que ésta no es, y nunca ha sido, una actividad valóricamente neutral. Las relaciones entre asignación de recursos y equidad son abordadas por Julio Arboleda-Flórez, Profesor de Psiquiatría de la Universidad Queens de Canadá, en tanto José Alberto Mainetti, Director de la Fundación Mainetti de La Plata, Argentina, centra su análisis en la armonización entre calidad de la atención sanitaria y los derechos de los pacientes, y James Drane, Profesor de Bioética de la Universidad de Pennsylvania en Edinboro, desarrolla algunos desafíos que plantea la equidad. Concisamente aborda Daniel Callahan, Director de Programas Internacionales del Hastings Center, Nueva York, la tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes. Tanto las aportaciones de Ezekiel Emanuel, Director del Departamento de Bioética de los Institutos Nacionales de Salud en Bethesda, Estados Unidos, como de Luis Argentino Pico, Profesor de Salud Pública en la Pontificia Universidad Católica Argentina, apuntan a proponer algunas directrices y conclusiones para la acción sanitaria en su concreción institucional.

Me complace agradecer a los miembros del Comité Internacional la disposición que han mostrado para orientar los trabajos de OPS –y especialmente del Programa de Bioética– en diversos sentidos, el beneficio de su experiencia, conocimiento y prudencia y los aportes para este libro. Las labores de preparación estuvieron acompañadas por Inés Betancourt, Haydée Cisterna y Carolina Echevarría, junto al resto de quienes trabajan para el fortalecimiento de la bioética en América Latina y el Caribe.

LOS RETOS DE LA BIOÉTICA EN AMÉRICA LATINA: EQUIDAD, SALUD Y DERECHOS HUMANOS

Juan Antonio Casas Zamora

Se podría decir que el quehacer fundamental de la Bioética es dilucidar los problemas éticos que se derivan de los descubrimientos y las aplicaciones de las ciencias biológicas. Es a partir del extraordinario desarrollo de esta rama del conocimiento en la segunda mitad del Siglo XX, y de la misma manera que la química y la física lo habían sido en décadas anteriores, que la humanidad se enfrenta con dilemas nunca antes imaginados, de la misma magnitud y trascendencia que la liberación de la energía del átomo significó para la supervivencia de la humanidad al finalizar la Segunda Guerra Mundial.

La posibilidad de desnudar y transformar el patrimonio genético de las especies vivientes, incluyendo el del mismo hombre, de tener tanto una sexualidad sin procreación como una procreación sin sexualidad, de transplantar órganos y tejidos vitales, de prolongar la vida en forma artificial, o igualmente de asistir en su finalización de manera casi inocua e indolora y de crear nuevos seres vivientes mediante la clonación, los descubrimientos de la neurociencia, son todas conquistas recientes. Por otro lado, hay otros temas de mayor antigüedad que siguen siendo relevantes para la mirada ética en salud: la experimentación en animales y en seres humanos, los derechos y deberes de quien entrega y quien recibe cuidados de salud, tanto en la curación como en la prevención de la enfermedad, así como el examen de las intervenciones sobre el medio físico y el social, que influyen sobre la sustentabilidad de los modelos de crecimiento económico y establecen las condiciones de equidad y de justicia en las relaciones sociales. Si bien estos temas no fueron desconocidos en épocas anteriores, no hay duda que la magnitud y extensión de los mismos, en un mundo crecientemente globalizado, hace indispensable iluminar sus múlti-

ples aristas con la mirada de los valores y el abordaje del diálogo, o sea, con el instrumental propio del enfoque de la bioética. Nunca antes en la historia hubo tantas personas y especies implicadas como agentes o espectadores, como beneficiarios o víctimas, del llamado progreso científico y de los procesos de desarrollo económico y social.

Hoy en día, ante estos desangrantes dilemas, las ciencias de la vida exigen una reflexión teórica más vasta, que no se circunscribe al ámbito de la deontología clásica e hipocrática. En una región como la latinoamericana, marcada por ser la más injusta e inequitativa del mundo en lo que respecta a la distribución del ingreso y de las oportunidades, en donde se sufren aún los efectos de la pasada explotación de diferentes grupos étnicos y de la postergación de la mujer, en la que el modelo de crecimiento económico se muestra incapaz de levantar a los centenares de millones de seres humanos que subsisten en la extrema pobreza, y en la que un tercio de la población carece aún de acceso a servicios básicos de salud, la reflexión ética sobre la vida y la salud necesariamente debe abrirse a la consideración de otros determinantes de la salud colectiva.

Las discusiones más apasionadas en el ámbito de la bioética se suelen dar en aquellos temas que se abren al futuro, como los derivados del estudio del genoma humano, la fecundación artificial y la clonación, el cultivo de órganos, la eutanasia. Algunos querrían pensar que la bioética hace referencia únicamente a las decisiones de los científicos, a la práctica de los profesionales, a las resoluciones de legisladores, a las ideas de los intelectuales, e incluso se ha propuesto la figura de un *eticicista profesional* que debe asesorar a sus clientes supuestamente científicos o profesionales subdesarrollados en lo que respecta a los criterios morales para que puedan navegar entre los escollos más escabrosos a los que se enfrentan en su práctica institucional.

Esta proyección doble y preferencial hacia el futuro y hacia la especialización representa el mayor peligro al que se enfrenta el desarrollo del abordaje bioético en salud, particularmente en nuestra región.

A lo largo del desarrollo de la capacidad científico-técnica de la humanidad, ciertos principios, variables según la época y según las concepciones prevalentes del mundo, han guiado y formado las actitudes ante la reproducción, el vínculo entre los sexos, el tratamiento de los enfermos, el trance de la muerte, las relaciones entre etnias y del ser humano con el medio y la naturaleza. Se podría incluso afirmar que la cultura no es sino la forma en que los seres

humanos se explican y se adaptan a los fenómenos de la vida, es decir, que, no hay cultura que no sea en sí misma la expresión implícita de una actitud ética ante la vida. Entendido así, la bioética es un elemento de la vida cotidiana al alcance de todo ser pensante, de toda mujer y hombre, de todo ciudadano y por lo tanto, es parte del caudal de la ciudadanía y de la pertenencia a una polis.

Si bien Aristóteles puede ser considerado el padre de la ética, fue Kant el que formuló los principios del *ethos*, y el que propuso una concepción autónoma anclada en la razón humana y exenta de cualquier influencia metafísica. Estos principios conciernen a un ser humano que está por fuera y por encima de toda evaluación material, un ser que no puede ser tratado como medio sino como fin. Su razón soberana le confiere una dignidad anclada en lo humano y le asegura la autonomía de su voluntad. Esta reflexión racional motiva principios universales, tan válidos como las leyes naturales, y promueve una visión deontológica, concordante por lo demás con la mayor parte de las morales religiosas y los códigos de conducta. Es sobre la base de la distinción kantiana entre personas y cosas que se ha levantado todo el andamiaje de la doctrina de los derechos universales del hombre, de la condena, de la tortura, de la esclavitud, de la discriminación. Incluso el debate sobre si el embrión humano es persona o no, se deriva precisamente de este precepto.

La bioética es también una forma de diálogo político, de comunicación constructora de convivencia y consenso, como lo define el kantiano alemán Habermas, quien, influido por Marx y su dialéctica, ha rechazado la racionalidad innata de Kant en favor de una racionalidad esencialmente comunicativa. Su visión conjuga la solidaridad y la justicia aplicada a la construcción de la sociedad; establece que las sociedades postcapitalistas y posmodernas sólo podrán conjugar la diversidad y la tolerancia, mitigar las disparidades generadas por los mecanismos de mercado, superar la anomia y soledad fruto de las nuevas formas de vida familiar y el envejecimiento, mediante la plena incorporación de formas efectivas, amplias y consensuadas de diálogo, comunicación y participación consciente en la vida política y social.

En esta misma vertiente, otro kantiano, J. Rawls, ha señalado la gran influencia, para la formulación ética, del procedimiento de elaboración de una justicia social equitativa, que conduciría, por ejemplo, a manejar la pluralidad de las creencias e incluso a privilegiar los más vulnerables y postergados. Rawls plantea que sólo debe permitirse el privilegio que favorezca a los más débiles y desfavorecidos.

Hay muchos otros autores e influencias que han determinado el desarrollo del pensamiento de la bioética en estas décadas. Wikler ha descrito las cuatro etapas que, en su criterio, ha recorrido esta disciplina, e incluso las considera ramas coexistentes, ya que ninguna ha dejado de tener vigencia para una parte de la realidad. La primera etapa, que pudiera llamarse la fase deontológica o de ética médica, tiene sus raíces en la medicina hipocrática y la filosofía clásica, y responde a un código de conducta definido por los médicos y otros profesionales de la salud, con el fin de establecer normas de conducta, derechos y responsabilidades de los profesionales para con los pacientes a su cargo. En una segunda etapa, identificada en el contexto norteamericano como el de los años sesenta, se abrió el debate sobre temas de la vida y la salud entre los profesionales y el resto de la sociedad. Las implicaciones éticas de los avances científicos, como el de la diálisis renal, los trasplantes de órganos y otros, obligaron a generar un espacio y un lenguaje compartido para la discusión interdisciplinaria e interprofesional de la vida y de la muerte, en que tanto los derechos y responsabilidades, no sólo de los profesionales, sino también de los pacientes, empiezan a ser analizados.

A partir de 1980 Daniel Callahan, destacada figura en todas las etapas descritas, propone que la bioética no puede seguir restringida a los asuntos que se desprenden de la relación médico-paciente, tales como la eutanasia, la confidencialidad, la veracidad, el consentimiento. Reconociendo la importancia de éstos, enfatizó que tanto el médico como el paciente escogen conductas alternativas que están determinadas en gran medida por factores externos, sobre todo por la estructura, el funcionamiento, la regulación y el financiamiento de los sistemas de salud, tanto de sus profesiones como de sus instituciones. Concluyó que era necesario introducir en el bagaje del enfoque bioético el conocimiento de la economía de la salud y la administración, a fin de ubicar los temas clásicos de la bioética en un marco explicativo más amplio; la bioética por tanto se convierte en una herramienta adicional para el análisis de políticas públicas en salud. Wikler plantea, además, que hoy en día se abre una cuarta fase, incipiente aún, incluso sin nombre claro, que él tentativamente denomina la *bioética de la salud poblacional o salud colectiva*. Así como la tercera fase se centraba en el sistema de servicios de salud, ampliando el espectro de atención más allá de la relación médico-paciente simple, el nuevo paradigma busca trascender el espacio de la atención médica para incorporar el conjunto de los determinantes del estado de salud de la población. Esta línea de investigación está inspirada en parte por la creciente acumulación de evidencia que vincula los condicionantes socio-económicos, étnicos y de género con las disparidades de salud que se observan en prácticamente todos los países del mundo, y surge en respuesta al crecimiento

del enfoque de salud y derechos humanos, el cual se ha desarrollado en forma vigorosa pero aislada de la bioética. Ambas posturas son complementarias en lo esencial, y constituyen herramientas poderosas para orientar el análisis de las políticas públicas que afectan a la salud de la población.

El defensor más apasionado y lúcido de esta visión fue el recordado Jonathan Mann, y su obra sigue desarrollándose en el Centro Francois–Xavier Bagnoud para Salud y Derechos Humanos en Harvard. Para Mann, los conceptos modernos de la salud se derivan de dos vertientes relacionadas pero distintas: la de la medicina y la de la salud pública. La primera se enfoca hacia la salud del individuo, la segunda a la salud de la población. La salud pública se propone asegurar que existan condiciones en las que la gente puede ser sana. Por lo tanto, frente a la medicina, que enfatiza la curación y rehabilitación del enfermo, la salud pública tiene metas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la discapacidad y la muerte prematura. Desde la perspectiva de la salud pública, la disponibilidad de servicios de atención en salud constituyen tan sólo uno de los condicionantes de la salud colectiva, y en realidad, explica sólo una pequeña fracción de las diferencias en condiciones de salud entre una población y otra. La seguridad alimentaria, la educación, la vivienda, las condiciones ambientales de vida y de trabajo, los hábitos de vida, todos pesan más que la atención médica en sí. En consecuencia, el concepto moderno de salud va más allá de la atención médica para abarcar las dimensiones sociales más amplias del bienestar individual y colectivo. Como afirma el preámbulo de la Constitución de la OMS, “*el disfrute de la norma más alta obtenible de salud es un derecho fundamental de todo ser humano*”.

No se pretende con esta presentación empezar el debate sobre las interrelaciones entre la salud pública y los derechos humanos, sin embargo, consideramos de valor realizar un bosquejo del marco que Mann propone para entender esta relación. En primer lugar, es necesario desarrollar instrumentos de análisis y evaluación del impacto positivo y negativo que las políticas públicas en salud puedan tener sobre los derechos humanos, es decir, enfocar sobre el uso del poder del Estado en el contexto de la salud pública. En segundo lugar, es preciso que las violaciones de los derechos humanos constituyan agresiones a la salud, sobre todo cuando son severas, diseminadas y sostenidas. Esto implica que el “expertise” y los métodos de la salud pública deben apoyar para la comprensión de cómo el bienestar de los seres humanos es afectado por el irrespeto de sus derechos. De igual modo, se propone que la promoción y la protección de los derechos humanos así como la protección y promoción de la salud están fundamentalmente ligados.

Hace cincuenta años se estableció mediante la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) una guía clara sobre lo que es el derecho a la salud en condiciones de salud como en el acceso a la atención médica, al afirmar que:

“Artículo 25. Todos tienen derecho a un nivel de vida adecuado para su salud y bienestar propio y de su familia, incluyendo alimentación, ropa, vivienda y atención médica, además de los servicios sociales necesarios y el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, vejez, viudez u otra escasez en su vida debido a circunstancias fuera de su control”.

La DUDH también declara:

“Artículo 2. A todos les corresponden todos los derechos y libertades establecidas en esta Declaración, sin distinción alguna, sea por raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política u otra, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otro estado”.

En consecuencia, la declaración de que todos los seres humanos, sin discriminación alguna, puedan tener acceso a las condiciones mínimas que aseguran tener la oportunidad de vivir vidas sanas y productivas, se convierte hoy en un imperativo tanto para la salud pública como para la vigilancia del respeto a los derechos humanos. En este punto, ambos movimientos, el de los derechos humanos y el de la bioética inician en nuestros días, según Wikler y Mann, un movimiento de estrecha articulación.

Es en esta cuarta fase de la bioética que nuestra Región podrá realizar su máxima contribución al avance del pensamiento y la práctica de la disciplina. Si bien América Latina ha sido partícipe en todos los procesos anteriores, ha sido en los países de mayor desarrollo, particularmente en Norteamérica y Europa, donde la bioética ha tenido mayor avance, donde las corrientes se han originado y diseminado con más fuerza. La Organización Panamericana de la Salud establece su propio programa en este campo hace escasos cinco años. Sin embargo, el concepto de salud colectiva y sus determinantes, y el desarrollo del instrumental teórico y metodológico para su abordaje, ha sido parte de la escena salubrista latinoamericana desde hace más de dos décadas. Hay un creciente consenso político tanto en las esferas políticas nacionales como en la comunidad de agencias vinculadas al desarrollo y dentro de la sociedad civil, sobre la búsqueda de una mayor equidad social en general y en salud en particular, y que la misma representa la tarea más importante que enfrentan nuestros países al entrar al nuevo

siglo. La reducción de las enormes disparidades de oportunidades y capacidades en salud, en seguridad alimentaria y nutrición, en educación y en la calidad del ambiente es el paso indispensable que todos los países de la Región deben dar si se aspira a crecer económicamente con reducción de pobreza, si se quiere construir capital humano y social, si se espera avanzar tecnológicamente, y, por último, si se desea proteger y progresar en gobernabilidad.

En este punto, es necesario profundizar sobre el concepto de equidad en salud y el rol que la reflexión ética puede jugar para alimentar los procesos de análisis de situación y de formulación y evaluación de políticas públicas con impacto en la salud colectiva.

Durante las últimas décadas, importantes autores han dedicado grandes esfuerzos a estudiar, definir e interpretar los conceptos de equidad, justicia social y equidad en salud. En la Región de las Américas, diversos autores y líderes de la salud pública han contribuido a la comprensión de la equidad en salud como un tema de salud pública. Desde 1995, la Organización Panamericana de la Salud ha identificado la reducción de las inequidades en salud como la meta principal de su cooperación técnica. Otras instituciones de desarrollo, como la Fundación Rockefeller y el Banco Mundial, también han emprendido iniciativas importantes en cuanto a la equidad en salud como un tema prioritario para el desarrollo humano.

A pesar de que los instrumentos técnicos para medir las desigualdades en salud han evolucionado, no siempre se le da suficiente importancia a la explicación del porqué de estas disparidades. El mismo término equidad a menudo se usa con poca rigurosidad. Existen disparidades en el estado de salud y en el acceso a la atención para diferentes categorías de personas, bien sea identificándolas por clase social –medida por su acceso a ingresos, riqueza y/o instrucción formal–, ubicación en el espacio, o grupo étnico. A menudo se refiere a estas disparidades en salud como inequidades, usando el término en forma casual como una forma de describir las diferencias entre los grupos en mejor o peor situación. Implícita en esta discusión está la suposición de que cualquier diferencia es inadmisibles y requiere atención e intervención, pero rara vez se explicita ese juicio de valores o se hacen las distinciones entre las diferentes clases y niveles de disparidades.

Afirmar que estas desigualdades son inequidades es hacer una fuerte declaración acerca de la justicia. Por otro lado, confundir “equidad” con “igual-

dad”, puede dar lugar a un estándar mucho más elevado del que se pudiera razonablemente alcanzar bajo un examen más cuidadoso. Confundirse a este respecto podría ser contraproducente para influir en una mayor justicia en la asignación de recursos u otras decisiones políticas relacionadas, de allí la necesidad de iluminar estas cuestiones con el foco del juicio ético.

En América Latina y el Caribe al menos tres resultados empíricos motivan el reclamo de que las disparidades en salud entre grupos socio-económicos deberían constituir un problema del desarrollo humano y específicamente una preocupación para la salud pública, los derechos humanos y la bioética:

- Los pobres usan menos recursos públicos que los grupos de ingresos medios y superiores.
- Existen grandes y estructuradas disparidades de salud entre grupos socio-económicos así como por categorías de género y origen étnico, sugiriendo el vínculo entre las condiciones de salud y una variedad de condiciones de vida material y social.
- Las disparidades en la salud y el bienestar general siguen aumentando.

La equidad es el estado, el ideal o la calidad de ser justo, imparcial, y correcto. No es la *igualdad de la distribución* sino la *justicia en la distribución*, lo que es importante en la definición. Aunque “igualdad” y “equidad” son términos a menudo confundidos, estos tienen dos significados diferentes y son conceptualmente muy distintos. Igualdad es uniformidad, y equidad es imparcialidad. En cualquier situación se requiere una justificación ética de por qué una cierta distribución constituye una inequidad.

Por un lado, como hemos señalado antes, enfocar exclusivamente el debate sobre la equidad en el tema del acceso a los servicios de salud resulta insuficiente para reducir las disparidades en la situación de salud entre los grupos socio-económicos más desfavorecidos. Esta es la conclusión a la que se llega en los Informes *Black y Acheson* del Reino Unido, los cuales examinaron el sistema británico de atención de salud, ejemplo de cobertura universal en salud, determinando que por la vía de la universalidad de acceso a los servicios de atención no se habían superado las grandes disparidades en condiciones de salud entre los diferentes grupos socioeconómicos, y que incluso, éstas habían aumentado.

Como ya hemos visto, muchos otros sectores y aspectos de la vida afectan el estado de salud, incluyendo las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, los temas ambientales como la calidad del aire, el nivel de educación y el acceso a la participación cultural, social y política. Por ello, es necesario que el sector salud reconozca la importancia de otros sectores para determinar la salud y desarrollar mecanismos eficaces para su incorporación en una estrategia de equidad en salud.

Si el concepto de equidad de salud se amplía para incluir las disparidades en los resultados de salud, se hace necesario medir la situación de salud directamente e incorporar el análisis del acceso a otros servicios básicos y el grado de satisfacción de otras necesidades básicas. La expansión de un enfoque de servicios de salud hacia un enfoque de resultados de salud implica reconocer que la gente no se enferma aleatoriamente, sino con relación a sus contextos de vida, trabajo, ambiente, sociales y políticos así como con respecto a los factores biológicos y ambientales que están distribuidos en forma desigual en la población. Este concepto más amplio es también mucho más conducente a considerar el mejoramiento de la situación de salud como parte del ámbito mayor del desarrollo humano.

Como ejemplos recientes de esta posición: el gobierno del Reino Unido ha asumido la postura política de que todas las diferencias en salud entre los grupos más favorecidos y los menos favorecidos en los diferentes grupos socioeconómicos constituyen inequidades en salud, basado en el amplio concepto de equidad en salud desarrollado por Margaret Whitehead y adoptado por EURO/OMS. Igualmente, la Administración actual de Estados Unidos se ha propuesto alcanzar el 100% de acceso a los servicios y eliminar las disparidades en salud por grupo étnico, género y nivel socioeconómico en los próximos diez años.

La autora británica Margaret Whitehead define las inequidades en salud como *“las diferencias en salud que no solo son innecesarias y evitables sino que, además, se consideran incorrectas e injustas”*.

Whitehead pasa a especificar que existen siete determinantes de disparidades en salud que pueden ser identificadas:

- Variación biológica natural.
- Comportamiento perjudicial para la salud que se elija libremente (deportes, pasatiempos, abuso de sustancias).

- Ventaja transitoria en condiciones de salud de un grupo sobre el otro causada por la adopción temprana de una conducta que mejora la salud, siempre y cuando los otros grupos tengan iguales medios para adoptarla en poco tiempo.
- Comportamiento perjudicial para la salud en el cual la libertad de escogencia o el grado de preferencia está severamente restringido.
- Exposición a condiciones de vida y de trabajo insalubres y estresantes.
- Acceso inadecuado a la salud esencial y a otros servicios básicos.
- Selección natural o movilidad social relacionada con la salud (descenso en la escala socioeconómica de la gente enferma).

Las disparidades de salud determinadas por las tres primeras categorías no se considerarían incorrectas ni injustas, mientras las cuatro últimas serían “consideradas por muchos como evitables y las diferencias en salud resultantes como injustas”.

Para establecer que una situación es injustamente desigual, las diferencias en la distribución de un bien, así como de los recursos de salud o de otros determinantes de la situación de la salud, deben satisfacer cada uno de los siguiente criterios:

- Las diferencias en la distribución deben ser evitables,
- no deben reflejar una opción libremente escogida y
- el reclamo debe vincular la distribución a un agente responsable.

Algunos podrían argumentar que las distribuciones desiguales son políticamente necesarias –que no se podría generar apoyo suficiente para una redistribución–. Pero la voluntad política debe ser guiada por la justicia, y no ser un obstáculo a la misma. Si falta la voluntad política pero los criterios de equidad están presentes, la movilización de la sociedad para crear la presión política necesaria para el cambio se convierte en una demanda técnica.

Una propuesta de redistribución, bien sea de servicios de salud o de macrodeterminantes de la salud, debe mostrar que la distribución actual es evitable en varios sentidos.

- **Técnicamente evitable**, en el entendido que el actual conocimiento científico y organizacional proporciona la solución para una intervención exitosa;
- **Económicamente evitable**, dado que existen recursos suficientes o bien dentro del sector público o en la sociedad en general para satisfacer las necesarias condiciones; y
- **Moralmente evitable**, porque la redistribución propuesta no infringiría algún otro bien mayor ni violaría otro aspecto de la justicia.

En este punto, podemos establecer que un nivel dado de redistribución es técnica y económicamente factible, pero que su implementación incidiría en otros valores sociales en la medida en que la redistribución misma se tornaría injusta, ya sea por restringir severamente las libertades cívicas o por priorizar la salud en detrimento injustificado de otros bienes sociales.

Hipotéticamente hablando, si resolviéramos que podríamos reducir en un determinado país las disparidades de mortalidad infantil, la mortalidad materna y las enfermedades transmisibles a un rango aceptable al instituir tasas tributarias del 90%, podríamos anticipar que las libertades personales se comprometerían a tal grado por causa de esta medida, que las injusticias sociales creadas excederían aquellas causadas por altas disparidades de salud. Si completáramos la tarea reasignando el gasto público al sector salud y eliminando prácticamente otros importantes programas nacionales, podríamos encontrarlos no sólo con injusticias más grandes que las disparidades en salud, sino que las acciones pudieran resultar contraproducentes si otras intervenciones básicas para el desarrollo humano, tales como la educación o la protección del medio ambiente, resultaran afectadas.

La elección es sumamente pertinente en la interpretación de la justicia en salud, a fin de conservar el respeto a la autonomía individual. Por consiguiente las *conductas* de salud, en contraposición con los resultados de salud, son un mejor indicador de los posibles problemas de la elección.

El caso de las inequidades socioeconómicas en salud se erige sobre la presunción de que los grupos de población no elegirían libremente un bajo nivel de salud. De hecho, los estudios han revelado que los comportamientos de salud generalmente no varían significativamente entre grupos poblacionales y cuando lo hacen, como en el caso de los regímenes alimentarios altos en grasa

o el tabaquismo, que se dan entre algunos grupos minoritarios en los Estados Unidos, o pobres urbanos en América Latina y el Caribe, se puede ver que la cultura y la falta de información de salud claramente debilitan el rol de la libre elección. Aún más, cuando los comportamientos de salud se controlan en razón de los ingresos, se disuelven las diferencias entre los grupos, y generalmente no se considera que el nivel de ingreso sea una categoría socioeconómica “elegida”. En consecuencia, la elección como justificación por las disparidades en salud tiende a desaparecer en los estudios de población.

Por consiguiente, cuando se constata un patrón desigual de distribución, es razonable creer que la situación responde a una de un bajo nivel de discreción en la escogencia de tales conductas o decisiones.

Algunos podrían alegar que los pobres u otros grupos vulnerables “eligen” la mala salud, especialmente por su comportamiento al no buscar atención de salud cuando se enferman. Sin embargo, las prioridades que intervienen para impedir el uso de la atención son a menudo no solo igualmente básicas y necesarias para la supervivencia sino que también contribuyen de otra forma a la salud de la familia, como cuando los recursos financieros se usan para adquirir alimentos, apoyar la supervivencia del negocio familiar, o aun ahorrar dinero para comprar material de plomería o de vivienda.

El reconocimiento de los macrodeterminantes de la salud, incluyendo los factores sociales y económicos que influyen en el estado de salud, ha ampliado enormemente el significado social de los recursos de salud y en consecuencia ha ampliado la lista de los recursos pertinentes involucrados en la elección. La falta de acceso a la educación y el acceso a la información, por ejemplo, puede fundamentar un reclamo de inequidad en salud relacionado con la elección. Aunque son más difíciles de demostrar empíricamente, los problemas psicológicos también son básicos para la concepción de la elección. Se hace muy importante identificar los elementos de control e influencia social, el sitio del control real y el percibido, y las implicaciones más graves de ciertas elecciones relacionadas con la salud en la vida de una persona para establecer que la elección es más limitada de lo que podría parecer.

El tercer criterio para establecer que una inequidad existe es que el reclamo sea vinculado a un *Agente Responsable*. Para esta determinación, cualquiera de los dos significados de “responsable” puede usarse. Podemos establecer que hay una entidad *culpable* que causó daños directos o indirectos.

tos, como podríamos aplicar en el caso de daños a la salud debidos al deterioro ambiental o a riesgos ocupacionales. Una de las dificultades para identificar y establecer el agente culpable es que la culpabilidad puede ocultarse. La externalización de los daños a la salud por parte de las empresas primero tendría que ser reconocida, luego detectada. A falta de estudios empíricos que vinculen los problemas a sus fuentes, nuestra capacidad de percibir la culpabilidad de un agente en particular se verá limitada, aun si existiera una relación de causa/efecto muy directa. Es más, con relación a las disparidades socioeconómicas en salud, las instancias discretas de culpabilidad son menos pertinentes que los patrones sistemáticos más grandes de daños que se generarían a través de las respuestas a las políticas, o a su ausencia, lo que nos lleva al segundo sentido de “responsable”.

En forma alternativa podríamos identificar si existe una entidad responsable, con capacidad y mandato para rectificar la distribución injusta. En el caso de la equidad de salud, los reclamos a menudo se centran en la responsabilidad del Estado de asegurar ciertos derechos o proporcionar una cierta cantidad de protección a todos los ciudadanos, lo que justifica la intervención estatal. La constatación de la existencia de regulaciones gubernamentales débiles o inoperantes, o del concurso gubernamental en acciones que exacerban los daños a la salud, es una afirmación que conlleva particular fuerza. Aunque el gobierno pudiera no ser responsable por la creación de una situación que daña la salud, una vez que el tema haya sido discutido públicamente, la falta de respuesta por parte del Estado debe interpretarse como una decisión que afecta al público ante el cual, como una institución con vocación y mandato de ejercer la justicia, debe ser responsable. El nivel de la gobernabilidad, entonces, también afectará las percepciones de responsabilidad del gobierno.

Si alguno de estos criterios no estuviera presente, o lo estuviera débilmente, el argumento de que una disparidad es una inequidad pierde fuerza. Dado que el conocimiento científico aumenta constantemente, nuestra interpretación acerca de la aplicación de los criterios a problemas específicos también cambia con el transcurso del tiempo. Por ejemplo con relación a la “libre elección”, el alcoholismo y el tabaquismo ya no se perciben tanto como *elecciones* de modo de vida como lo fueron alguna vez, debido a la creciente evidencia acerca de la naturaleza biológica de la adicción. La investigación en ciencias sociales también contribuye a modificar las interpretaciones, como cuando asistimos al efecto que tiene la publicidad proyectada sobre el consumo de alcohol y las tasas de tabaquismo.

En realidad, debemos estar dispuestos a reconocer algunas diferencias como diferencias “justas”; de otro modo, los criterios no tendrían significado. Los defectos genéticos congénitos y las defunciones debidas a “vejez” pueden ser muy desafortunados, pero no necesariamente injustos aunque poco pudiera haberse hecho para prevenirlos, o sea, no eran evitables. Por consiguiente, también será importante para un análisis claro identificar aquellas diferencias que no encajan dentro de los criterios propuestos.

Un enfoque guiado por la equidad en la formulación de políticas de salud implica una visión amplia de los determinantes de salud de la población.

En primer lugar, es necesario considerar la más amplia acción política requerida para promover la equidad en salud. En segundo término, la preocupación por la equidad también conduce a metas políticas más amplias que han de proseguirse a través de la propia política de salud. Finalmente, la búsqueda de la equidad está necesariamente vinculada al tema de la gobernabilidad y a los procedimientos de toma de decisiones y, en la medida en que éstos lo permitan, a la amplia representación y ejercicio eficaz elegidos por todos los grupos sociales y los miembros de la sociedad.

El Director de la Organización Panamericana de la Salud, Dr. George Alleyne, manifiesta al respecto:

“La equidad se refiere a diferencias que son innecesarias o reducibles y son incorrectas e injustas. El concepto de la justicia incluye obviamente un juicio moral y es, por consiguiente, intrínsecamente difícil. Al igual que con los resultados de salud, de la misma manera las inequidades en los factores determinantes de la salud son aquellas que no deberían existir. Cada persona debe, en función de la equidad, tener la oportunidad de acceder a aquellas medidas sanitarias y sociales necesarias para proteger, promover y mantener o recuperar la salud”.

Sin menoscabo de toda la riqueza de pensamiento y de método que las etapas anteriores de la disciplina han generado, se abre ahora un espacio de gran expectativa. La bioética latinoamericana deberá convertirse en la vanguardia del nuevo enfoque sobre los determinantes de la salud, unida a la preocupación por el respeto a los derechos humanos, a la construcción de sociedades civiles y gobernables, a la búsqueda de un desarrollo humano con mayor equidad y justicia, al análisis sereno y dialogado de las políticas públicas que afectan a la salud

y el bienestar de la población, al funcionamiento de los servicios y, en última instancia, la calidad y calidez de las interacciones entre profesionales y pacientes, ciudadanos y gobernantes, hombres y mujeres, hombre y naturaleza.

Un médico tradicional del altiplano ecuatoriano con quien conversamos hace un tiempo, nos expresaba que el concepto de la salud de los pueblos originarios del continente americano no es sino el de la conjunción de tres círculos de armonía: la armonía del ser humano consigo mismo, la armonía entre los miembros de la comunidad y la armonía de la comunidad con la Madre Tierra. ¡Cuánto tiempo ha debido transcurrir para que volvamos a descubrir lo que nuestros antepasados tan sabiamente creían y practicaban! La nueva bioética latinoamericana va a levantarse sobre las sólidas columnas de los principios de nuestros pueblos, de nuestra diversidad y de nuestra historia. El reto que enfrentamos al nacer el nuevo siglo es el de construir una bioética de la justicia, de la equidad y de la armonía.

CALIDAD Y EXCELENCIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD

Diego Gracia

Introducción

El término calidad no tiene carácter descriptivo sino evaluativo. Los juicios de calidad no son, por tanto, juicios de hecho sino de valor. La calidad se valora. Esto podría hacer pensar que la calidad es un valor particular. Pero no es exactamente así. Más que un valor concreto, la calidad consiste en la realización de los valores positivos de todo tipo y la evitación de los negativos. Le sucede lo mismo que a la ética. En teoría de los valores suele decirse que el bien no es un valor particular sino la realización de los valores positivos extramorales. De ahí la relación íntima que existe entre calidad y ética. El punto de encuentro de estos dos conceptos, ética y calidad, es la teoría de la excelencia. La tesis que intento defender a continuación es que no hay calidad posible sin búsqueda de la excelencia y que la promoción de la excelencia es el objetivo propio de la ética. Por consiguiente, considero que la ética es componente indispensable de todo programa de promoción de calidad.

I. Un grave error histórico: la consideración de la asistencia sanitaria como actividad libre de valores

No deja de ser sorprendente la importancia que la ética ha adquirido en estos últimos años en la teoría de la gestión empresarial. Todos recordamos la época, tan reciente, en que se consideraba que el gestor técnico y profesional tenía que ser beligerante en las llamadas cuestiones de hecho, pero independiente o neutral en las cuestiones de valor. Thomas J. Peters y Robert H.

Waterman lo exponen así en su famoso libro *In Search of Excellence*: “Our experience is that most businessmen are loath to write about, talk about, even take seriously value systems. To the extent that they do consider them at all.”ⁱ La tesis de Peters y Waterman es que esto sucede porque los empresarios consideran que los valores son “vague abstractions”. Y en apoyo de su tesis citan el siguiente texto de Julien Philips y Allan Kennedy: “Tough-minded managers and consultants rarely pay much attention to the value system of an organization. Values are not ‘hard’ like organization structures, policies and procedures, strategies, or budgets.”ⁱⁱ Hoy la opinión suele ser muy distinta. Por supuesto que los valores no son algo tan concreto como los balances o los organigramas. Pero la ausencia de la consideración de los valores en la teoría empresarial clásica no se debe sólo a esto sino a una razón más general y a mi modo de ver más importante, a saber, que durante la segunda mitad del pasado siglo y la primera de éste el positivismo convenció a todos de que los saberes científicos y técnicos debían atenerse a lo que el fundador del movimiento positivista, Augusto Comte, denominó “el régimen de los hechos”, poniendo entre paréntesis todo lo demás, es decir, los valores. Esto era por demás evidente en la teoría empresarial. Alasdair MacIntyre lo vio con toda claridad, al escribir en su conocido libro *After Virtue*: “Managers themselves and most writers about management conceive of themselves as morally neutral characters whose skills enable them to devise the most efficient means of achieving whatever end is proposed. Whether a given manager is effective or not is on the dominant view a quite different question from that of the morality of the ends which his effectiveness serves or fails to serve.”ⁱⁱⁱ Tras esta descripción del gerente neutro, MacIntyre añade: “Nonetheless there are strong grounds for rejecting the claim that effectiveness is a morally neutral value. For the whole concept of effectiveness is, as I noticed earlier, inseparable from a mode of human existence in which the contrivance of means is in central part the manipulation of human beings into compliant patterns of behavior; and it is by appeal to his own effectiveness in this respect that the manager claims authority within the manipulative mode.”^{iv}

ⁱ Thomas J. Peters and Robert H. Waterman Jr. *In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies*, Warner Books, New York, 1982, p. 279.

ⁱⁱ TJ Peters and RH Waterman, p. 279.

ⁱⁱⁱ Alasdair MacIntyre, *After Virtue*, 2 ed., Notre Dame, Indiana, University of Notre Dame Press, 1984, p. 74.

^{iv} A. MacIntyre, *Op. cit.*, p. 74.

Hace algunos años, en 1981, Loren R. Graham publicó un libro titulado *Between Science and Value*.^v Loren Graham cree que las posturas de los científicos contemporáneos ante el tema de ciencia y valor han oscilado grandemente entre dos extremos, que él denomina “restriccionalismo” y “expansionismo”. La primera, la actitud restriccionista, es la de quienes opinan que la ciencia debe evitar los juicios de valor; ha de ser, como dice el autor, *value-free*. La tesis expansionista, por el contrario, piensa que toda actividad humana y todo conocimiento está comprometido con valores, y por tanto no puede declararse neutral ante ellos. Frente a la neutralidad axiológica, pues, el compromiso axiológico. La ciencia es *value-laden*.

La tesis de la neutralidad axiológica de la ciencia es relativamente reciente. Toda la ciencia antigua fue expansionista, como también lo continuó siendo la primera ciencia moderna. Aun en pleno siglo XVII, Isaac Newton pudo creer que describiendo la mecánica celeste revelaba los planes de Dios sobre la naturaleza. Realmente, el restriccionismo no aparece más que en la que Augusto Comte denominó etapa positiva o científica de la historia de la humanidad. Las anteriores fueron expansionistas, es decir, utilizaron de modo indiferenciado los términos “hecho” y “valor”. El concepto de “hecho científico” no surge más que con la física moderna, y es a partir de ella como la filosofía, en especial la positivista, elabora los conceptos de “hecho puro” y de “ciencia libre de valores”. Desde ahí hasta el neopositivismo y el primer Wittgenstein, se podrá seguir diciendo sin titubeos que “el mundo es la totalidad de los hechos, no de las cosas”^{vi}, y menos de los sentimientos, las creencias y los valores.^{vii} El fundamento para esta distinción se lo dio a todos David Hume, al distinguir tajantemente, en su *Ensayo sobre la naturaleza humana*, las “cuestiones de hecho” o empíricas y las “relaciones de ideas” o lógicas, de los sentimientos y las creencias.^{viii} Los hechos empíricos son la base de toda actividad intelectual, cualquiera que esta sea; por tanto, un conocimiento no es científico más que si

^v Cf. Loren R. Graham, *Between Science and Values*, New York, Columbia University Press, 1981.

^{vi} Como se sabe, esta es la proposición 1.1 del *Tractatus logico-philosophicus* de Wittgenstein (ed. Jacobo Muñoz e Isidoro Reguera), Madrid, Alianza, 1987, p. 15.

^{vii} La proposición 6.41 del *Tractatus* dice: “El sentido del mundo tiene que residir fuera de él. En el mundo todo es como es y todo sucede como sucede, en él no hay valor alguno, y si lo hubiera carecería de valor”. Y la 6.42: “Por eso tampoco puede haber proposiciones éticas. Las proposiciones no pueden expresar nada más alto”. L. Wittgenstein, *Op. cit.*, p. 167.

^{viii} Cf. David Hume, *Tratado de la Naturaleza Humana*, trad. esp. Félix Duque. Madrid, Editora Nacional, 1982, vol. 2, p. 681.

se atiene a los hechos objetivos y pone entre paréntesis los sentimientos subjetivos. De los hechos objetivos podemos tener “certeza”, en tanto que de los sentimientos subjetivos no cabe más que “creencia” (*belief*).^{ix} De ahí que Hume finalizara su *Investigación sobre el conocimiento humano* con este célebre párrafo: “When we run over libraries, persuaded of these principles, what havoc must we make? If we take in our hand any volume; of divinity or school metaphysics, for instance, let us ask, *Does it contain any abstract reasoning concerning quantity or number?* No. *Does it contain any experimental reasoning concerning matter of fact and existence?* No. Commit it then to the flames: For it can contain nothing but sophistry and illusion.”^x

Hume no piensa que los valores, por ejemplo los morales, sean pura sofistería o ilusión, pero cree que se convierten en eso cuando se hacen pasar por “hechos”, es decir, por cuestiones “naturales” o “científicas”. El orden de la moral, como el de los valores en general, no es el entendimiento sino el sentimiento, del que cabe creencia pero no certeza. De ahí la necesidad de distinguir los “hechos” de los “valores”, y la ciencia, que es objetiva, del mundo de los valores y las creencias, que será siempre subjetivo. Cuando se quebranta este principio, y se hacen pasar los valores por cuestiones de hecho, entonces se pasa ilícitamente del “es” al “debe”, del orden de lo “descriptivo” o “científico”, al orden de lo “prescriptivo” o “normativo”. No es un azar que fuera en 1903, en plena época restriccionista, cuando G.E. Moore revitalizó en sus *Principia Ethica* esta distinción de Hume, y le dio el nombre de “falacia naturalista” (*naturalistic fallacy*).^{xi}

La ciencia positiva, según Comte, ha de atenerse al llamado “el régimen de hechos”. Durante muchos siglos el hombre ha vivido bajo el “régimen de la imaginación o de la fantasía” (fue la etapa mítica de su historia) y bajo el “régimen de la especulación” (en la fase metafísica). Sólo en el siglo XIX entró en la fase verdaderamente racional o científica, presidida por el “régimen de los hechos”. La función de la ciencia es seleccionar los hechos y poner entre paréntesis todo lo demás, incluidos los valores.

^{ix} Cf. Diego Gracia, *Fundamentos de bioética*, Madrid, Eudema, 1989, pp. 329–333.

^x David Hume, *An Enquiry Concerning Human Understanding*. In: Steven M. Cahn, ed., *Classics of Western Philosophy*, Indianapolis/Cambridge, Hackett Publishing Company, 4th ed., 1995, p. 917.

^{xi} Cf. G.E. Moore, *Principia Ethica*, Cambridge 1986. Cf. también Loren R. Graham, *Op. cit.*, pp. 30–31.

Todavía en 1919, un neokantiano, y en tanto que tal un heredero del positivismo, Max Weber, mantenía esta tesis. En ese año, Weber pronunció dos famosas conferencias en la Asociación Libre de Estudiantes de Munich. Una se tituló “La política como vocación” y otra “La ciencia como vocación”. En esta segunda puede leerse: “One can only demand of the teacher that he have the intellectual integrity to see that it is one thing to state facts, to determine mathematical or logical relations or the internal structure of cultural values, while it is another thing to answer questions of the *value* of culture and its individual contents and the question of how one should act in the cultural community and in political associations. These are quite heterogeneous problems. If he asks further why he should not deal with both types of problems in the lecture-room, the answer is: because the prophet and the demagogue do not belong on the academic platform.”^{xii}

Esta ha sido la tesis clásica. Los saberes que aspiran a ser rigurosos, como los científicos y los técnicos, deben renunciar a ser beligerantes en cuestiones de valor, y limitarse tan estricta y rigurosamente como les sea posible al análisis de los hechos. En última instancia, lo que a un gestor de una fábrica de coches le tiene que interesar es que los aceros sean buenos, que todo sea de la mejor calidad, etc., no los valores religiosos, morales o de otro tipo de sus empleados o de sus clientes. En principio, él fabrica los coches para todos, y cuanto más neutral sea en esas cuestiones, más posibilidades tienen de vendérselos a todos, tengan los valores que tengan. La beligerancia en cuestiones de valor no sólo no parece necesaria en la teoría empresarial, sino que puede resultar altamente perjudicial. Este es el punto de vista de la teoría empresarial clásica. No es que el tema de los valores sea vaporoso y poco claro; es que no tiene en principio nada que ver con las actividades científicas y empresariales, y por tanto debe quedar al margen de ellas.

II. Qué son los valores

Esto es lo que ha cambiado en los últimos años. Y lo ha hecho porque obedece a un análisis muy parcial y deficiente de la realidad. Es inútil querer tomar decisiones sólo a la vista de los hechos. En toda decisión, hasta la más sencilla, se incluyen valores. No hay nada *value-free*, ni la teoría empresarial. No tener en cuenta los valores en la toma de decisiones es un error que se paga caro. De ese modo las decisiones nunca podrán ser de calidad.

^{xii} Max Weber, *El político y el científico*, Madrid, Alianza, 19, pp. 212–13.

Dicho esto, es preciso que definamos ahora qué son valores, a fin de que luego veamos cuál puede ser su lugar en la teoría empresarial.

Los valores, por supuesto, no son hechos. Llamamos hechos a todos aquellos datos que percibimos directa o indirectamente por los sentidos, y que por tanto son fácilmente comprobables por cualquiera, razón por la cual decimos de ellos que gozan de una gran objetividad. Los hechos son perceptibles y objetivos. Por el contrario, los valores se caracterizan por no poderse percibir por ninguno de los sentidos. Ni se ven, ni se oyen, ni se palpan. Lo cual no quiere decir que no existan. Hay facultades psíquicas distintas de la percepción. Hay una, concretamente, que se llama estimación. Los valores no se perciben, se estiman. Por ejemplo, en un billete de banco lo que percibimos es un papel de una cierta textura, con determinados colores y dibujos, etc. Lo que desde luego no vemos ni tocamos es el valor mil pesetas. Tan no se percibe ese valor, que el billete tiene que llevar una breve leyenda en la que se dice que el Gobernador del Banco Nacional certifica el valor de mil pesetas del billete. El valor no se ve. A pesar de lo cual, nadie se permite dudar que el billete no tenga valor. De hecho, todo tiene valor, concretamente valor económico. Podrá suceder que el valor del billete de banco esté apreciado o depreciado. Pero de lo que no hay duda es de que tiene algún valor, al menos el valor del papel que le sirve de soporte. Lo cual nos permite deducir algunas de las propiedades fundamentales del valor. Una, que es siempre posterior o ulterior a un hecho, de modo que los hechos son soportes de los valores. Si quemamos el billete de banco, no sólo ha desaparecido el hecho sino también el valor. Por tanto, el valor no se identifica con el hecho pero tampoco se puede dar sin él. El hecho es siempre soporte del valor.

El ejemplo del billete de banco también nos permite aclarar otra propiedad fundamental del valor, y es el ser objeto de estimación. Los valores no se perciben, se estiman, y no pueden no estimarse. Es posible que una persona estime que el pescado es caro y otra que es barato. Lo que no puede suceder es que no estime nada. Los analistas financieros pueden estimar que una moneda está sobrevalorada o infravalorada, y entonces van a provocar su devaluación. Cuando esto sucede, la moneda cambia de valor, pero no de hecho. El billete sigue siendo el mismo, con el mismo color, la misma textura, etc., pero tiene un valor distinto. Y lo tiene porque se ha estimado que se hallaba sobrevalorado. La estimación es un acto cotidiano, que realizamos todos continuamente.

Todas las cosas tienen valor; al menos, valor económico, en tanto que objetos de aprecio o desprecio. Lo cual nos demuestra otra propiedad del valor, a

saber, que es siempre polar. A todo valor positivo se opone siempre un valor negativo. Y entre esos extremos existe toda una gama infinita de estadios intermedios. Una cosa puede ser más o menos apreciada o más o menos despreciada.

Pero el precio no es el único valor, aunque sí el más elemental. Hay otros muchos. Así como el precio es un valor de cosa, y por tanto lo posee toda realidad material, las realidades vivas poseen otros valores propios, que no tienen que ver directamente con el precio, sino con el bienestar y el malestar, la salud y la enfermedad y la vida y la muerte. Son los llamados valores vitales o propios del ser vivo. Finalmente, los seres humanos tienen otros valores específicos, los llamados espirituales o propios de las personas, como son los lógicos (verdad–error), los éticos (bueno–malo) y los estéticos (bello–feo).

Llegados a este punto, nadie dudará ya que los valores son imprescindibles en la vida. No se puede vivir sin valorar, sin estimar las cosas como caras o baratas, feas o bellas, buenas o malas, verdaderas o falsas. Valorar es una condición ineludible de la existencia humana. Lo cual significa, dicho en términos más técnicos, que en las tomas de decisiones siempre intervienen valores. Es un error pensar que pueden tomarse decisiones sólo con hechos. Una decisión así tomada no sería humana, y por tanto sería incorrecta en tanto que decisión. Hoy la teoría de la decisión racional tiene esto perfectamente claro. Si se quiere que las decisiones sean correctas, hay que prestar a los valores tanta atención como a los hechos. Esto es algo que no podemos perder de vista. Y para comprobarlo voy a analizar dos ejemplos, uno referente a la medicina y otro a la teoría empresarial.

Si alguna revolución se ha producido en la medicina de los últimos veinticinco años, es precisamente ésta, que el proceso de toma de decisiones sólo puede ser de calidad si se tienen en cuenta y se manejan adecuadamente los valores y no sólo los hechos. La medicina clásica, la del siglo XIX, nos enseñó a todos a tomar decisiones médicas sólo con hechos, con los hechos clínicos, que eran los que se enseñaban teórica y prácticamente en la Facultad de Medicina. Buen clínico era el que sabía identificar los hechos clínicos y tomar decisiones desde ellos, haciendo abstracción de los valores. Pues bien, hoy sabemos que eso no era verdad, que en la medicina clásica se incluían, como no podía ser menos, valores en las tomas de decisiones. Lo que sucedía es que sólo se incluían unos ciertos valores, que eran los de los médicos. Hoy consideramos, sin embargo, que los valores más importantes en juego en el acto médico son los de los pacientes, y que por tanto tenemos una gran obli-

gación de conocerlos y respetarlos. Esto está complicando grandemente las cosas, pero hoy estamos todos convencidos de que sin ello no podremos ya nunca ofrecer una medicina de calidad. Sin valores y sin respeto de los valores no hay calidad posible.

Esta es la nueva teoría médica. Y esta es también la nueva teoría empresarial. Yo me preguntaba al principio por qué hoy se habla tanto de ética empresarial, y por qué estamos todos aquí hablando de este tema, que hace muy pocas décadas no hubiera concitado el interés de nadie. La razón es muy clara. Es que todos nos hemos convencido de que sin esto las decisiones del gestor empresarial no serán correctas, ni podrán tener verdadera calidad.

III. La asistencia sanitaria, actividad implicada en valores

A partir de aquí podemos intentar definir lo que es la ética sanitaria. Y la definición que yo propongo es la siguiente: *es el intento de introducir los valores en la toma de decisiones sanitarias, a fin de incrementar su calidad*. Todo el enorme movimiento de ética de la asistencia sanitaria que ha tenido lugar en estas dos últimas décadas tiene este único objetivo. No entenderlo así sería un grave error, una enorme equivocación.

La asistencia sanitaria puede verse como un tipo de actividad empresarial. Se trata, por supuesto, de una actividad empresarial con características muy particulares, pero que no por ello deja de tener carácter empresarial. Y la actividad empresarial siempre ha estado íntimamente relacionada con el mundo de los valores, cuando menos de uno, del económico. Querer negar el valor en las decisiones empresariales sería cerrar los ojos a la evidencia. La actividad empresarial gira en torno al mundo del valor. Esto plantea ya un interesantísimo problema ético, en el que no podemos entrar aquí, que es el de la ética del beneficio económico. Yo no lo puedo abordar aquí, pero nadie podrá negar su importancia para una correcta práctica empresarial. Quizá hoy vivimos una situación en la que esto se ha convertido no sólo en una completa evidencia, sino también en una grave necesidad.

Pero para la teoría empresarial no son sólo necesarios los valores económicos, sino también otros muchos, como los éticos, los estéticos y aun los religiosos. Fue el propio Max Weber el que llamó la atención sobre la importancia que los valores calvinistas tuvieron en el surgimiento del moderno espíritu de

empresa.^{xiii} El hecho es tan conocido que tampoco voy a insistir en él. Sí quiero decir que ese es el sistema de valores que ha imperado en el modelo de gestión anglosajón, según ha señalado Bernard Nadoulek.^{xiv} El sistema anglosajón de valores está basado, según Nadoulek, en “una filosofía de la libertad y de la verdad ligada a la lucha, a la búsqueda de la victoria a cualquier precio y al desprecio al vencido”.^{xv} Y añaden Aubert y Gaulejac: “Así, según los germánicos, sólo los vencedores iban al paraíso... En la tradición anglosajona existe una concepción de la verdad, una distinción entre los buenos y los malos, los *winner*s (ganadores) y los *losers* (perdedores) que todavía puede observarse en las posiciones adoptadas y en los discursos mantenidos durante la guerra del Golfo”.^{xvi}

Pero la tradición anglosajona, o el sistema anglosajón de valores no es el único. Esto es una obviedad. Lo que ya no es tan obvio, o al menos no lo era hace aun muy pocas décadas, es que tampoco es el único sistema de valores útil para una buena gestión empresarial. Una cultura tan distinta y tan distante como la japonesa ha demostrado paladinamente que tiene mucho que decir al mundo de la empresa. En la tradición nipona se encuentran tres sistemas de valores, el sintoísta, el confuciano y el budista, que parecen estar teniendo una enorme relevancia en el éxito de la empresa japonesa. El sintoísmo refuerza los valores de fidelidad y obediencia. El confucianismo resalta la idea de consenso y funda las relaciones sociales sobre el respeto mutuo, la no violencia, la persuasión, la búsqueda de la armonía y la evitación del conflicto, que es el mal social y un motivo de profunda vergüenza. El budismo, en fin, pone por delante el bien de la colectividad sobre los deseos del propio individuo. Y Aubert y Gaulejac concluyen su análisis con estas palabras: “En la herencia de estas tres doctrinas encontramos un buen número de valores y rasgos de comportamiento que impregnan fuertemente, todavía hoy, los comportamientos y el equilibrio de las relaciones humanas, que están presentes en el interior de las empresas japonesas y que explican, junto a la fuerza motriz que constituyen los imperativos de competitividad dictados por las necesidades de supervivencia, la fuerza extraordinaria del modelo managerial japonés”.^{xvii}

^{xiii} Cf. Max Weber, *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*, Barcelona, Península, 1969.

^{xiv} Cf. B. Nadoulek, *L'intelligence stratégique*. Cit. por Nicole Aubert y Vincent de Gaulejac, *El coste de la excelencia*, Barcelona, Paidós, 1993, p. 227.

^{xv} B. Nadoulek, “Pour un management latin, enfin!”, *Challenges*, n. 19. Cit. por Nicole Aubert y Vincent de Gaulejac, *El coste de la excelencia*, Barcelona, Paidós, 1993, p. 228.

^{xvi} Nicole Aubert y Vincent de Gaulejac, *El coste de la excelencia*, Barcelona, Paidós, 1993, p. 228.

^{xvii} Nicole Aubert y Vincent de Gaulejac, *El coste de la excelencia*, Barcelona, Paidós, 1993, p. 232.

Pero no todo acaba aquí. Porque hoy se habla ya de un “modelo latino” de organización empresarial, basado en los valores propios de la tradición cultural mediterránea. Nadoulek considera que lo típico de este modelo es la coexistencia pacífica y simultánea del orden y del desorden y la falta de rigideces formales, lo que, según él, “permite innovar, improvisar, adquirir una individualidad más fuerte, en una relación ambigua con el poder que se aborrece y se venera a la vez.”^{xviii} El modelo latino sería, pues, el del “francotirador”, aquél que lo cifra todo en el ingenio personal y la acción individual. Sus notas serían “el individualismo, la duplicidad, la incapacidad de organizarse racionalmente, el diletantismo, la falta de continuidad en el esfuerzo y la organización, el ‘burdel’, el sistema D [es decir, el sistema de desarrollo financiado por los poderes públicos, y además sin investigación propia] y la improvisación”. En fin de cuentas, un completo antimodelo, ya que se trataría de una organización empresarial basada en la desorganización, o al menos rayana en ella. Tantas veces se ha dicho esto del carácter latino, que no puede sonarnos a nuevo. Más bien nos suena a tópico. Y este es, a mi modo, el defecto garrafal de los análisis de Nadoulek.

El sistema latino o mediterráneo de valores éticos hay que buscarlo en la propia tradición ética mediterránea. Por cierto, no podemos olvidar que la ética nació en el Mediterráneo. Fue un autor mediterráneo, más concretamente, griego, el autor del primer tratado de ética. Se trata de Aristóteles y de la *Ética a Nicómaco*, escrita en el siglo IV a.C. Digo esto, porque quizá no conviene identificar excesivamente sistemas de valores y tradiciones religiosas. El sistema mediterráneo de valores es, en buena medida, anterior al propio cristianismo. Y tiene su propio lenguaje de expresión de lo bueno y lo malo. Ese lenguaje es el de la virtud y el vicio. La ética mediterránea ha sido y es una ética de la virtud y el vicio. No así la ética germánica y anglosajona, que se ha expresado en otro lenguaje, el del derecho y el deber. No es un azar que Kant fuera alemán, ni que la teoría de los derechos humanos se formulara en Gran Bretaña.

La ética mediterránea está basada en la idea de virtud. Este es el sistema de valores que el mediterráneo entiende. Los médicos tenemos buena experiencia de ello. La influencia anglosajona está haciendo que entre nosotros se empiecen a conocer y respetar los derechos de los pacientes, y que antes de todo acto médico se proceda a la información del paciente y a la firma de un documento de consentimiento informado. Pues bien, esto que en Norteamérica es asumido

^{xviii} Cit. por Nicole Aubert y Vincent de Gaulejac, *El coste de la excelencia*, Barcelona, Paidós, 1993, p. 228.

por los pacientes como algo perfectamente natural y necesario, al ciudadano mediterráneo le resulta muy desconcertante. La pregunta es por qué. Y la respuesta a la que yo he llegado es la siguiente: porque el enfermo español o italiano basa su relación con el médico no en el respeto de unos derechos, sino en el establecimiento de un vínculo de confianza. La tesis del paciente mediterráneo es la siguiente: si me fío del médico, para qué quiero que me informe; y si no me fío, cómo puedo fiarme de la información que me da.

Todo el sistema mediterráneo de valores está basado en el binomio virtud-vicio. Ahora bien, conviene no simplificar excesivamente estos términos, y entenderlos en toda su riqueza. El término griego *areté* no significa primariamente virtud moral, sino una condición física que permite al sujeto hacer bien una cosa. Quizá el término español más adecuado es el de “virtuosidad”. Así, cuando decimos que Michelangelo era un virtuoso escultor, o que tal persona es un virtuoso cirujano. Nosotros distinguimos perfectamente entre un virtuoso cirujano y un cirujano virtuoso. Pues bien, el término griego *areté* designa más lo primero que lo segundo. Y ello porque no se puede ser cirujano virtuoso si antes no se es virtuoso cirujano. La virtuosidad técnica es condición de posibilidad de la virtud moral.

Hasta tal punto llega esto, que Platón y Aristóteles no tienen ningún reparo en hablar, por ejemplo, de la *areté* de un ser irracional, como es el caballo. He aquí un texto muy significativo: “It should be said, then, that every virtue causes its possessors to be in a good state and to perform their functions well; the virtue of eyes, e.g., makes the eyes and their functioning excellent, because it makes us see well; and similarly, the virtue of a horse makes the horse excellent, and thereby good at galloping, at carrying its rider and at standing steady in the face of the enemy.”^{xix} Tras las explicaciones anteriores, no hay duda que el texto se entiende, ya que está claro que Aristóteles no está predicando virtudes morales del caballo, sino la virtuosidad técnica, el hecho de ser un buen caballo, por ejemplo un buen caballo de carreras. Al caballo que cumple bien con sus funciones, que es un buen caballo, le llamamos en nuestro idioma excelente; decimos de él que es un caballo excelente, y no un caballo virtuoso. De la misma manera, del que tiene una buena vista no decimos que tiene una vista virtuosa sino una vista excelente. Y entonces resulta que el término más correcto para traducir la palabra griega *areté* no es virtud, ni virtuosidad, sino excelencia. Releamos ahora el texto de Aristóteles, cambiando virtud por exce-

^{xix} Aristóteles, *Ética a Nicómaco* II, 6: 1106 a 14–20.

lencia. Entonces el texto dice así: “It should be said, then, that every excellence causes its possessors to be in a good state and to perform their functions well; the excellence of eyes, e.g., makes the eyes and their functioning good, because it makes us see well; and similarly, the excellence of a horse makes the horse good, and thereby good at galloping, at carrying its rider and at standing steady in the face of the enemy.” Y continúa Aristóteles: “If this is true in every case, then the excellence of a human being will likewise be the state that makes a human being good and makes him perform his function well.”^{xx} El hombre bueno es el hombre excelente, y la búsqueda de la excelencia es y debe ser la máxima aspiración humana. No en vano la palabra griega *areté* proviene de *areíon*, que es el comparativo de *agathós*, bueno, y por tanto significa “mejor” en el sentido de “mejor que” otros; es decir, “excelente”. El positivo sería en esta traducción “bueno”, el comparativo “excelente” y el superlativo “excelentísimo”.

Quizá ahora adivinamos cuál puede y debe ser la peculiaridad axiológica de la teoría empresarial latina. Se trata de la búsqueda de la excelencia. Éste es un ideal rigurosamente latino. Ciertamente que la teoría de la excelencia empresarial se ha gestado en el mundo anglosajón, y no en el mediterráneo. Pero, primero, se ha hecho con materiales procedentes de la tradición mediterránea. Esto es evidente y no puede ser ignorado. Y segundo, esto ha llevado a una versión anglosajona de la excelencia, que a mi modo de ver no es del todo correcta, al menos enfocada desde la perspectiva cultural mediterránea. La búsqueda de la excelencia puede convertirse en una pura estrategia comercial. Y no es eso, sino otra cosa muy distinta, la búsqueda de la perfección, de la calidad total, de la obra bien hecha. La excelencia entendida como pura estrategia empresarial puede llegar a ser inmoral, como ya se ha señalado más de una vez.^{xxi} En este sentido queda una gran labor por hacer en el ámbito de la ética empresarial. Un interesante modelo es el propuesto por Robert C. Solomon en su libro *Ethics and Excellence*.^{xxii} Excelencia significa, como ya dijo Aristóteles, hacer bien las cosas (*eu prattein*), como un ingrediente fundamental del vivir bien (*eu zen*), es decir, de la felicidad.

^{xx} Aristóteles, *Ética a Nicómaco* II, 6: 1106 a 20–22.

^{xxi} Cf. Nicole Aubert y Vincent de Gaulejac, *El coste de la excelencia: ¿Del caos a la lógica o de la lógica al caos?*, Barcelona, Paidós, 1993, p. 228.

^{xxii} Cf. Robert C. Solomon, *Ethics and Excellence: Cooperation and Integrity in Business*, New York, Oxford University Press, 1992.

IV. La excelencia profesional

El tema de la excelencia es especialmente importante en un área como la sanitaria, donde la identidad profesional se ha buscado siempre por la vía de la excelencia. Esto es algo que los gestores de instituciones sanitarias suelen desconocer, y que tiene consecuencias demoledoras en la moral de los profesionales. El profesional sanitario necesita de una gran autoestima para soportar la enorme dureza de su actividad asistencial, y por tanto requiere de un cierto soporte institucional en ese sentido, y de una clara promoción hacia la excelencia. En caso contrario, la institución no funcionará, o funcionará mal. No creo que sea necesario aclarar esto con ejemplos concretos, porque se trata de una experiencia cotidiana de toda persona que trabaja en el interior de instituciones sanitarias.

El ideal de la excelencia es el ideal de las profesiones sanitarias desde los mismos orígenes de la medicina occidental, que por cierto fueron mediterráneos, griegos. El concepto de profesión tiene unos orígenes claramente religiosos. Esto todavía transparece en nuestros idiomas, en expresiones tales como “hacer profesión de fe”, o “profesar en religión”. Profesar es lo mismo que confesar, lo que exige un acto de entrega. Toda profesión consiste en una entrega confesada o ratificada públicamente. La confesión o profesión religiosa es una entrega realizada por entero y de por vida; es una consagración. El sacerdote se consagra al servicio del altar. Pero hay también consagración a menesteres seculares públicamente reconocidos como de gran valor social; así, al cuidado de la familia, a la administración de la justicia, a la atención de los enfermos, etc. Este es el origen de las profesiones. El profesional es siempre un consagrado a una causa de gran trascendencia social y humana. Por eso los profesionales han gozado siempre de una situación social de privilegio. Ese es el modo como la sociedad intenta compensar a quienes se han consagrado a los menesteres que ella considera más importantes. La sociedad exige del profesional la consagración, y le recompensa otorgándole un puesto de excepción. En el ejercicio de las profesiones todo es excepcional, lo que se da y lo que se recibe, la entrega exigida y las recompensas otorgadas.

La vida social se degrada cuando las personas que tienen en sus manos las dimensiones más sagradas de la existencia, como la religión, la justicia o la salud, no aspiran a la excelencia. Esta, excelencia, es la palabra que mejor define al profesional. Como se sabe, ella es la mejor traducción que podemos dar del término griego *areté*, el fundamental de toda la ética clásica. Por eso al profesional le es inherente la virtud. La *areté* exige del profesional, por tanto,

la excelencia física o técnica (el ser buen cirujano) y la excelencia moral (el ser un cirujano bueno). Un profesional no debe aspirar a menos.

El concepto de excelencia se halla claramente expresado en los textos clásicos sobre los profesionales por antonomasia, el sacerdocio, el derecho, la medicina. En esas profesiones se exige no sólo la perfección moral sino también la física o corporal. Los profesionales tienen que ser perfectos de cuerpo y alma. El libro del *Levítico* nos transmite los impedimentos físicos para el sacerdocio vigentes en el antiguo pueblo de Israel, y que muy pronto fueron asumidos por el sacerdocio cristiano: “Ninguno de tus descendientes en cualquiera de sus generaciones, si tiene un defecto corporal, podrá acercarse a ofrecer el alimento de su Dios; pues ningún hombre que tenga defecto corporal, ha de acercarse: ni ciego ni cojo ni deforme ni monstruoso, ni el que tenga roto el pie o la mano; ni jorobado ni raquíptico ni enfermo de los ojos, ni el que padezca sarna o tiña, ni el eunuco. Ningún descendiente de Aarón que tenga defecto corporal puede acercarse a ofrecer los manjares que se abrasan en honor de Yahvéh. Tienen defecto; no se acercará a ofrecer el alimento de su Dios.”^{xxiii}

Al sacerdote se le exige la excelencia física, la perfección corporal. Y también la excelencia en las costumbres, la perfección moral. Por eso el texto detalla, además, su ética y su etiqueta. Y dice: “los sacerdotes no se raparán la cabeza, ni se cortarán los bordes de la barba, ni se harán incisiones en su cuerpo. Santos han de ser para su Dios y no profanarán el nombre de Dios, pues son ellos los que presentan los manjares que se han de abrasar para Yahvéh, el alimento de su Dios; han de ser santos.”^{xxiv}

Del sacerdote se espera la perfección, la santidad, la excelencia. Este es un arquetipo ancestral, que ha permanecido impertérrito a todo lo largo de la historia de la Humanidad. Pero la excelencia no se espera sólo de él. Se espera también del político, del hombre que gestiona la cosa pública, y que por tanto maneja un poder sin duda excepcional. La sociedad le confía algunos de sus más preciados tesoros, pero como contrapartida le exige la excelencia. Así lo entiende Platón, cuando en la *República* afirma que “until philosophers rule as kings or those who are now called kings and leading men genuinely and adequately philosophize, that is, until political power and philosophy entirely coincide [...] cities will have no rest from evils, nor, I think, will the human

^{xxiii} Lev 21, 17–21.

^{xxiv} Lev 21, 5s.

race.”^{xxv} El sabio por antonomasia es Dios, y el filósofo, en tanto que amante de la sabiduría, es el amigo de Dios, el imitador de Dios, el hombre que aspira a la perfección. Es, de nuevo, la consigna de la excelencia. De ahí que Platón llame a los guardianes raza de oro, de carácter divino o semidivino. Son hombres perfectos, “los más firmes, los más valientes y, en cuanto sea posible, los más hermosos”.^{xxvi}

Si acudimos a los textos hipocráticos, veremos que esas son las cualidades que se exigen al buen médico. No otra cosa significa la consigna de que “el médico filósofo es igual a los dioses”, presente en el libro *Sobre la decencia*, y que se explicita poco después con estas palabras: “En efecto, también en la medicina están todas las cosas que se dan en la sabiduría: desprendimiento, modestia, pundonor, dignidad, prestigio, juicio, calma, capacidad de réplica, integridad, lenguaje sentencioso, conocimiento de lo que es útil y necesario para la vida, rechazo de la impureza, alejamiento de toda superstición, excelencia divina”.^{xxvii}

La medicina no puede conformarse con menos que la excelencia y la perfección. Excelencia moral o de alma, y excelencia física o de cuerpo. El médico tiene que ser sano y bello, y además parecerlo. De ahí los preceptos con que se abre el libro *Sobre el médico*: “La prestancia del médico reside en que tenga buen color y sea robusto en su apariencia, de acuerdo con su complexión natural. Pues la mayoría de la gente opina que quienes no tienen su cuerpo en buenas condiciones no cuidan bien de los ajenos. En segundo lugar, que presente un aspecto aseado, con un atuendo respetable, y perfumado con ungüentos de buen aroma, que no ofrezcan un olor sospechoso en ningún sentido. Porque todo esto resulta ser agradable a los pacientes”.^{xxviii}

He querido transcribir todos estos textos para dejar lo más claro posible el contenido propio del rol profesional. Una profesión no es un oficio, ni una simple ocupación. Tiene en toda sociedad un carácter a la vez privilegiado y excepcional, que exige de los individuos nada menos que la excelencia. Este ha sido el objetivo de la ética profesional desde sus orígenes. Y esto también explica la impunidad jurídica de que han disfrutado los profesionales a todo lo

^{xxv} Platón, *Rep* 473 d.

^{xxvi} Platón, *Rep* 535 a.

^{xxvii} *Sobre la decencia*, cap. 5.

^{xxviii} *Sobre el médico*, cap. 1.

largo de la historia. Los casos del sacerdocio y la realeza son, en este sentido, evidentes. Y respecto de la medicina, baste recordar lo que escribe el autor del tratado hipocrático *Ley*: “el arte de la medicina es el único que en las ciudades no tiene fijada una penalización, salvo el deshonor”.^{xxix} La impunidad jurídica exige la excelencia moral.

La vieja consigna de la excelencia no ha perdido, ni mucho menos, actualidad. Todo lo contrario. La ética de las profesiones insiste hoy más que nunca en la necesidad de recuperar el concepto de excelencia profesional. La inmensa burocratización que ha sufrido la vida a todo lo largo de los siglos modernos, y sobre todo en esta última centuria, ha podido hacer pensar que los viejos ideales ya no eran necesarios ni convenientes, que buen profesional era pura y simplemente el que cumplía correctamente su labor, es decir, quien respetaba las normativas legales vigentes. Craso error. La ley difícilmente puede establecer otra cosa que los mínimos necesarios y suficientes para el logro de la convivencia elemental. Los máximos han de quedar siempre al arbitrio de cada uno. La ley puede establecer los mínimos exigibles en la convivencia familiar, pero difícilmente puede decir a una madre cuánto debe querer o hasta qué punto debe entregarse al cuidado de sus hijos. Una madre será excelente no cuando cumpla los mínimos, sino cuando sea capaz de dar mucho más, cuando se acerque a los máximos. Quien no cumple los mínimos es negligente; los máximos apuntan a algo más elevado, a la excelencia.

V. Los niveles de la excelencia

La relación sanitaria, la que un médico o una enfermera establecen con un enfermo, tiene dos niveles de exigencia, uno de mínimos, por debajo del cual se incurre en el delito de negligencia, y otro de máximos, que aspira a la excelencia. En la moderna terminología bioética el primer tipo de deberes se conoce con el nombre de No-maleficencia, y el segundo con el de Beneficencia. La relación sanitaria, en tanto que relación profesional, no puede ser maleficente, pero tiene que aspirar a más, a ser beneficente. Esta beneficencia se interpretó clásicamente en un sentido muy preciso, que hoy conocemos con el nombre de paternalismo. Consistía éste en hacer el bien a los pacientes no según la idea que estos tienen del bien, o lo que consideran bueno para ellos, sino según el concepto de bien del sanitario. Para hacer el bien, pues, podía utilizarse hasta

^{xxix} *Ley*, cap. 1.

la fuerza. Este criterio no lo aplicaron sólo los médicos, sino también los políticos, los sacerdotes y todos los demás agentes sociales cualificados. El concepto de beneficencia que se utilizaba era extremo. Hoy nos hemos convencido de que esto no es así, de que no se puede hacer el bien a los demás en contra de su voluntad, porque en ese caso deja de ser un bien. El bien hecho a palos ya no es bueno. Lo cual ha hecho creer a muchos que los deberes de beneficencia habían desaparecido, y que ya sólo quedaban los de no-maleficencia. Lo cual no es cierto. Por más que el concepto de beneficencia haya cambiado de perfil, y hoy consideremos que no es posible definir la beneficencia de una persona, o lo que es beneficioso para ella, sin contar con su propio sistema de valores, la obligación de beneficencia del profesional sanitario sigue existiendo, y es quizá hoy más perentoria que nunca. El profesional tiene no sólo que no ser maleficente (ignorante, imperito, imprudente, negligente) sino que de él se espera una entrega superior, de carácter benéfico.

Esto plantea otro problema y es el de los límites de la excelencia. Aceptado ya que las obligaciones profesionales son superiores a las meramente jurídicas o de mínimos, y que esas obligaciones no decaen por el hecho de que los órganos públicos y de gestión no cumplan o cumplan mal con las suyas, queda por determinar hasta dónde llegan los deberes privados o de beneficencia de los profesionales sanitarios. Y la respuesta no puede ser más que una: que no tienen tope. Esos deberes llegan hasta donde la conciencia y el afán de perfección se lo exija a uno. El límite máximo no existe, y puede llegar hasta el heroísmo. Un militar, un sacerdote, un político, un médico no tienen por qué ser héroes. Pero de lo que no hay duda es que pueden serlo, y que además tiene perfecto sentido el que a veces lo sean. La moral del héroe no es ajena a la ética profesional. Como es bien sabido, la palabra castellana héroe procede del latín *heros*, hombre noble, virtuoso, valiente, que a su vez procede del término griego homónimo. En Homero el héroe es el hombre que descuella por su fuerza y hazañas, lo que de algún modo le emparenta con el mundo divino. Este es el caso de Aquiles, que por ello mismo aparece como hijo de la diosa Tetis. Hesíodo identifica expresamente a héroes y semidioses. Héroe es el que da la vida por una causa noble, Dios, la patria, la ciencia, el cuidado de los semejantes, etc. Los héroes lo son porque están poseídos por *daimones* buenos. De ahí que sólo a ellos competa en plenitud la *eu-daimonía*, la felicidad, lo que en el lenguaje de los filósofos griegos se identifica con la perfección moral.

El problema de la excelencia no está en la determinación de su límite máximo, que no existe, sino en la posibilidad o no de establecer unos mínimos, o al

menos unos criterios prudenciales que permitan saber cómo moverse en tan difícil campo. Y, como es lógico, esos criterios prudenciales sí existen. Los profesionales sanitarios tienen obligaciones con sus pacientes que van más allá de las de no-maleficencia. Pero no son los únicos que tienen este tipo de obligaciones con tales personas. Ciertas obligaciones elementales de beneficencia son comunes a todos los seres humanos. Y las obligaciones máximas corresponden, como es lógico, a los parientes y allegados. Nadie discute que las máximas obligaciones de beneficencia son las de una madre con sus hijos. Santo Tomás se pregunta en la *Suma Teologica* si los deberes de los padres para con los hijos son iguales a los de éstos para con ellos. Y responde, naturalmente, que no, que los padres tienen mayores obligaciones con los hijos que éstos con sus padres. Todas son obligaciones de beneficencia; todos tienen que ser excelentes, pero en niveles distintos. Al menos cabe distinguir tres de esos niveles: el general, propio de todo ser humano; el nivel profesional, que sin duda es superior; y el nivel familiar, que es el máximo. La enfermera no podrá ser nunca como la madre del paciente, pero sí tiene unas obligaciones de beneficencia muy elevadas, desde luego superiores a las del público en general. Estas obligaciones no llegan al punto de que tenga que dar al enfermo el cariño de una madre o una esposa, pero su relación con él tampoco puede consistir sólo en el mero trato correcto. De la enfermera se espera más, un fuerte apoyo emocional, que sin duda no es exigible al conjunto de los mortales.

En cualquier caso, los profesionales sanitarios tienen un compromiso de excelencia. Eso es lo que debió de pensar el autor hipocrático del libro *Sobre el médico*, cuando escribió: “Las relaciones entre el médico y sus pacientes no son algo de poca monta, pues éstos pasan a cualquier hora junto a objetos de muchísimo valor”.^{xxx}

^{xxx} *Sobre el médico*, cap. 1.

EQUIDAD Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS: DONDE LA ÉTICA Y LA JUSTICIA SOCIAL SE INTERCEPTAN*

Julio Arboleda–Flórez

Introducción

Desde la década pasada, y en medio de una preocupación mundial sobre la “crisis de la asistencia sanitaria”, se ha dedicado considerable atención a los problemas de equidad e igualdad en la atención sanitaria. El debate ha involucrado a eticistas y médicos, tradicionalmente preocupados de estas temáticas, y a una diversidad de participantes de diferentes áreas de conocimiento y experticia, tales como científicos políticos, economistas, asesores financieros y planificadores gubernamentales. Aquellos del segundo grupo parecieran ser los conductores más importantes del debate, y quienes están moldeando los resultados de acuerdo a consideraciones políticas y económicas. En este capítulo el autor revisa los elementos del debate sobre el acceso a la salud y plantea que la intersección entre ética y justicia social puede ser el límite externo de la ética, una consideración de importancia al momento de la toma de decisiones sobre la asignación de recursos en salud.

Elementos históricos

En la antigüedad, si bien no articulado como un derecho, todos tenían acceso a la asistencia sanitaria. Desde los Sumerios y Babilonios hasta los Navajos y Cristianos, la enfermedad estaba caracterizada como posesión demoníaca, o juicio divino sobre una conducta negativa, requiriendo así la intervención del

* J.Arboleda–Flórez MD, FRCP (C), FAPA, DABFP, PhD (Epidemiology). Professor and Head, Department of Psychiatry, Queen’s University, Canada.

sacerdote, chamán u otras figuras religiosas para realizar conjuros, purificaciones y exorcismos. Prácticamente a nadie se le negaba los servicios de un clérigo. Este estado de cosas cambió con la introducción de la medicina científica y la separación de los roles del sacerdote y del médico; el segundo, aunque aún considerado como servidor por vocación, esperaba recibir emolumentos por los servicios prestados. Por largo tiempo, sin embargo, si el paciente o la familia no contaban con los recursos para pagar, los médicos prestaban sus servicios gratuitamente, o en intercambio, a su debido tiempo, por algún otro servicio, y atendían compasivamente a los pobres y a los enfermos en las salas públicas de muchos hospitales religiosos. Como muchos de estos hospitales funcionaban a base de caridad, generalmente con exiguos fondos provistos por los municipios, existía la expectativa de que los médicos donaran su tiempo al cuidado de los pobres. A cambio, los hospitales contaban con unas pocas salas “privadas” que eran utilizadas por los médicos para atender a sus pacientes particulares, aquellos que podían retribuir sus servicios con un *honorarium*. Este no era un costo establecido, y a menudo los médicos no fijaban la cantidad, pero existía un entendimiento implícito, por parte del paciente, de pagar lo que consideraba justo. En determinado momento los hospitales introdujeron una escala móvil de pagos por servicios prestados de acuerdo con los recursos financieros del paciente y se empezó a clasificar las camas en privadas, semiprivadas y “pobres”. En general, sin embargo, y aparte de las comodidades, existía muy poca diferencia en el tipo de cuidado proporcionado a las distintas categorías de pacientes.

Estos arreglos financieros entre pacientes, médicos y hospitales permanecieron casi sin cambios hasta bien avanzado el siglo pasado, y no fue sino hasta que los hospitales fueron secularizados que los médicos cambiaron sus sistemas de remuneración. La realidad financiera durante los años de la depresión, cuando difícilmente las personas contaban con recursos para costear la asistencia sanitaria, los gastos crecientes de mantención de oficinas privadas y los avances tecnológicos que demandaban equipos costosos llevaron a los médicos a desarrollar planes de seguro, a fin de cautelar el pago por sus servicios. Así, la desaparición de los hospitales de caridad coincidió con el cambio de *honoraria* a pagos fijos por servicio prestado. Los honorarios fueron valores originalmente establecidos por los médicos en forma individual, pero en la medida en que los planes de seguros propios de los médicos se hicieron comunes, la uniformación de los honorarios se hizo necesaria, tanto como un listado de condiciones a ser cubiertas dentro de esta política. Finalmente, las compañías regulares de seguros se empezaron a movilizar en lo que parecía ser un

negocio rentable. Aunque la solución del seguro resolvió el problema financiero para doctores y pacientes, sin proponérselo ayudó a introducir, por vez primera, un extraño en la relación médico–paciente. Esta tercera persona, ajena a dicha relación, se hizo presente a través de formularios especiales de los grupos aseguradores cuya función principal era garantizar que los servicios hubieran sido prestados en conformidad con los reglamentos. Como los seguros se convirtieron en las formas de pago más comunes, los hospitales y médicos esperaban que las personas estuvieran cubiertas, de modo que, lentamente, el acceso público y gratuito del pobre a la asistencia sanitaria terminó por desaparecer. Los médicos ya no esperaban recibir un *honorarium*, sino ser remunerados en base a un pago fijo por servicio prestado. Los hospitales, por su parte, ya no eran atendidos por dedicadas monjas que no esperaban una remuneración personal, sino por enfermeras y otros equipos clínicos que demandaban retribución económica por su labor.

Podría haberse previsto que el comercio fraudulento asumiría la conducción en la relación médico–paciente. Además de permitirle al asegurador estar en conocimiento de las dolencias del paciente, interfiriendo así con la privacidad y confidencialidad, las compañías aseguradoras empezaron a establecer demandas respecto de cuáles servicios serían ofrecidos y cuáles los costos a ser cancelados a los médicos por la prestación de aquellos servicios. Luego, aparecieron las reglas de elegibilidad, esto es, una evaluación de los riesgos de discapacidad o muerte para determinar la prima y las condiciones bajo las cuales pueden ser afiliadas las personas, si es que lo fueran, en razón a la edad, problemas médicos previos y hábitos personales, como alcohol o tabaco. A los hospitales, por otra parte, se les requirió definir el procedimiento o intervención particular, así como el valor cama *per diem*.

Algún tiempo después de la segunda guerra mundial, los gobiernos de países con economías de mercado empezaron a tomar determinaciones cuando se hizo evidente que a más y más personas se les negaba el acceso médico u hospitalario por carencia de cobertura de seguros. En muchos países fueron establecidos programas de seguro nacional de salud con el objetivo principal de cubrir la mayor parte de la población nacional, otorgando pagos a los hospitales y a los doctores por servicios médicos o quirúrgicos básicos. Si bien estos programas no explicitaban el concepto de salud como un derecho, sus ambiciosos objetivos de cobertura de un cien por ciento de la población fueron equivalentes a reconocer que el acceso a los servicios de atención sanitaria era materia de prioridad nacional y que el Estado te-

nía el derecho a intervenir para garantizar que ningún ciudadano careciera de esta atención. Una filosofía de inclusividad hizo que los Estados signatarios aceptaran los parámetros generales de la Declaración Universal de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos, escrita hace más de medio siglo. El Artículo 25 de esta Declaración enmarca el debate sobre las materias del derecho a la salud:

“Toda persona tiene el derecho a un estándar de vida adecuado para la salud y el bienestar de sí mismo y de su familia, incluyendo alimentación, vestuario, vivienda, atención sanitaria, servicios sociales necesarios y el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otras causas de carencia de medios de sustento por circunstancias más allá de su control” (1).

Además, la “asistencia sanitaria” fue definida en el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos Sociales y Culturales como la prevención, tratamiento y control de las enfermedades epidémicas, endémicas, ocupacionales y otras, y la creación de condiciones que aseguren servicios médicos para todos y asistencia sanitaria en caso de enfermedad (2).

Aunque para la implementación de planes nacionales fue necesario definir adecuadas asignaciones presupuestarias y transferencia de fondos provenientes desde distintos ítems presupuestarios, no se le dio mayor importancia al costo en sí mismo, posiblemente porque cuando se iniciaron los esquemas del seguro nacional de salud, los países con economías de mercado gozaban de aumento de sus ingresos y había optimismo respecto de posibilidades aún en expansión. Tampoco se prestó mayor atención al impacto económico causado por dos factores sobre los presupuestos de salud: cambios demográficos y la rápida introducción de mayores adelantos tecnológicos. Con todo, durante los últimos veinte años el envejecimiento de la población y los costos tecnológicos son citados constantemente como factores importantes para entender la “crisis de la atención sanitaria”. El resultado ha sido la reconsideración de ciertos principios en los planes de seguro nacional de salud, tales como si debería existir universalidad de cobertura o si la cobertura debería englobar todas las eventualidades de la atención en salud.

Contrariamente a la filosofía de una economía de libre mercado, el alza repentina de las ventas en el sector salud no es considerada como positiva

para la economía nacional, sino un drenaje de los recursos nacionales y una competencia injusta con otras prioridades presupuestarias nacionales, tales como educación, infraestructura y defensa. Adicionalmente, los críticos han planteado la noción de que el gasto en atención sanitaria no se correlaciona con una salud mejorada o mayor satisfacción por parte del paciente (3). Esto ha llevado a muchos a cuestionar la asignación de los recursos sanitarios disponibles y la forma cómo deberían ser gastados a fin de maximizar el impacto en la salud de la población como un todo, en oposición a lo individual, y disminuir las ineficacias percibidas en su utilización. Conceptos tales como “*eficiencia distributiva*”, o la asignación de recursos en orden a generar la justa mezcla de resultados, y “*eficiencia productiva*”, o la prestación de servicios al menor costo (4), han ganado apoyo público, en cuanto freno o límite a los gastos sanitarios.

La “crisis de la atención sanitaria” puede ser definida como un desequilibrio percibido entre los recursos sanitarios disponibles y las acrecentadas expectativas de una mejor salud y más y mejores servicios de asistencia sanitaria. La crisis se inició a mediados de los ’70 cuando muchas naciones sufrieron una contracción económica y los presupuestos de salud comenzaron, consecuentemente, a reducirse. Se esperaba, entonces, que los médicos actuaran como resguardo de los recursos sanitarios, a través del establecimiento de “prioridades”, llamadas por los críticos “*racionamiento sanitario*”, un término que posteriormente fue cambiado por “*asignación de recursos*” (5), y también como impulsores de una utilización más eficiente de aquellos recursos. Esta tendencia a lograr eficiencia adicional en los servicios de atención sanitaria ha creado el temor de que cuanto más la planificación nacional esté pensada en términos de sensibilidad frente a los conceptos de fuerzas de mercado, menos sensible será a la justicia en el acceso y los recursos serán asignados menos equitativamente (6). Lo mismo se aplica a las compañías aseguradoras privadas y organismos de administración de la salud, que en su esfuerzo por maximizar las ganancias tornan más rigurosas las reglas de ingreso, amplían las cláusulas limitantes, disminuyen el acceso a la tecnología y reducen las opciones de tratamiento. Así, los temas de equidad e igualdad ponen de relieve el debate en torno a eficiencia adicional en los servicios de atención de salud. Gakidou y sus colaboradores han definido a la “*desigualdad sanitaria*” como “*las variaciones en los estatus de salud entre los individuos en una población*” (7). Sustituimos “*individuos en una población*” por “*naciones*” y el debate asume una perspectiva internacional.

Diferentes fases del debate ético sobre el acceso a la salud

Partiendo desde las enseñanzas clásicas, mayoritariamente religiosas, sobre el tema de la relación especial entre el enfermo y el curador, la ética moderna se ha desplazado hacia una comprensión secular de los muchos problemas que asedian tal relación y que someten las necesidades individuales de asistencia médica a restricciones impuestas por las circunstancias o desigualdades sociales. A este respecto, durante las décadas pasadas, varias fases podrían ser identificadas en el acercamiento de la ética al tema de la salud, basadas en si el discurso ético se ha centrado en la relación doctor–paciente o si ha avanzado para analizar los impactos sanitarios de los sistemas en la población global.

La fase individual

A pesar de las referencias a las temáticas sociales, el derecho a la “asistencia médica”, como se le visualizó en la Declaración de las Naciones Unidas, está centrado en los microelementos de una relación enfermedad–tratamiento, entre una persona que sufre una enfermedad y otra que pretende ser capaz de devolverlo a su estado de salud. La función del Estado en la Declaración parece estar relegada a la provisión de las circunstancias apropiadas para que estos intercambios se lleven a efecto. Por otra parte, el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales es más explícito sobre el componente de salud de la población cuando hace referencia a “la prevención, tratamiento y control de las enfermedades epidémicas, endémicas, ocupacionales y otras”. Aún espera que el Estado cree las condiciones necesarias para un adecuado desarrollo de la relación paciente–médico. Esta concentración en los microsistemas que involucran al paciente y al médico ha impregnado el debate bioético desde que Ramsey publicara su libro sobre *El Paciente como Persona*, en 1970 (8). Los asuntos éticos en esta esfera han tenido que ver con las obligaciones deontológicas de los médicos y otros profesionales de la salud, y han sido más explícitos respecto de los límites y las desigualdades de poder a favor del médico o prestador, en esta díada que conforma la relación paciente–médico. Por extensión, estos debates han planteado un aumento de la autonomía de los pacientes para adoptar decisiones informadas, que incluye la negación a aceptar tratamiento, consideraciones del final de la vida y protecciones para aquellos cuyas condiciones clínicas les han privado de la capacidad de comprometerse a ese nivel de toma de decisiones. Los bien conocidos mantras de la bioética –autonomía, beneficencia/no–maleficencia y justicia– han enmarcado el discurso ético de la bioética dentro del micronivel de la atención sanitaria (9).

La fase de sistemas

Más recientemente, y como resultado de los cambios organizacionales relativos a pagos por la prestación de servicios sanitarios, las preocupaciones éticas se han expandido desde una concentración sobre la relación bipolar médico–paciente a la relación tripartita paciente–administrador–médico. Como se mencionaba anteriormente, la introducción de una tercera persona en la relación médico–paciente ha causado que una miríada de otros asuntos éticos ocupen el escenario central. Aun los términos utilizados para referirse a la tradicional relación bipartita paciente–médico, han tenido que ser cambiados por prestador–usuario, para recalcar que ambos están ligados al administrador por obligaciones contractuales y también para dar a entender que el prestador es un servidor de éste. No es para sorprenderse, por lo tanto, que una vez finalizada la transición, el administrador asumiera la conducción y empezara a imponer condiciones –en nombre de la eficacia– a la prestación de servicios, limitando el acceso a prestadores particulares –disminuyendo así la autonomía de elección para el usuario– o limitando las intervenciones, interfiriendo de esta forma con la toma de decisión profesional del prestador, y por extensión, con la calidad de la asistencia. A este nivel, los eticistas también han tenido que tratar con las decisiones de los administradores referentes a desasegurar condiciones, discontinuar la cobertura o rehusar la afiliación a individuos de alto riesgo, determinaciones que han generado una gran masa de huérfanos de atención sanitaria, o han privado a ciudadanos de sus derechos civiles en algunos países, aun en naciones altamente desarrolladas, como es el caso de Estados Unidos (10).

Además, los temas de confidencialidad y privacidad de los datos y las necesidades de protección han sido puestos de relieve por la emergencia de relaciones sanitarias tripartitas. Significativamente, ningún mantra se ha desarrollado durante este período, y en particular, no hay conceptos relevantes, sino más bien algunas expresiones han capturado el debate, tales como *gagging* [amordazamiento], o la prohibición a los prestadores de discutir con el paciente posibles alternativas diagnósticas u opciones de tratamiento que podrían ser más costosas. Los médicos que rechazan las condiciones de *gagging* arriesgan ser eliminados de la lista de prestadores, de modo que ha surgido una categoría de “prestadores complacientes”, aquellos quienes aceptan conformarse a las reglas que los pagadores han establecido. Otros términos incluidos en el argot especial de la administración sanitaria han sido *parity* [paridad], o la necesidad de cubrir todas las condiciones médicas y psiquiátricas por igual; *capping* [tope/techo], o el monto total de cobertura para una condición particular, pasada la

cual se le niegan los servicios al paciente; *HMO* [Compañía de Servicios Médicos Gerenciados –CSMG–] y un gran número de acrónimos similares acuñados para definir un nuevo conjunto de convenios de pagos y circunstancias que enmarcan la relación básica paciente–administrador–prestador y *managed care* [cuidados gerenciados] para referirse a las nuevas técnicas administrativas tendientes a garantizar eficiencia en los gastos de asistencia sanitaria. Al margen, podemos decir que estas expresiones han sido acuñadas en su mayoría por los administradores, no por los prestadores o los eticistas, insinuando así quién es el que conduce el debate.

A partir de la salud administrada y su impulso a la eficiencia se han derivado drásticos cambios en la forma en que los hospitales administran las estadías de los pacientes y evalúan sus resultados. Entre estos cambios se incluyen estadías hospitalarias más cortas (11), eliminación de servicios no rentables (12), derivación de pacientes que no pagan hacia otras instituciones (13), captación de los pacientes más ventajosos para maximizar los ingresos (14) –*creaming*– [nata/crema], reducciones en la adquisición de mejores tecnologías, utilización de personal con menor calificación para realizar procedimientos que requieren de un mayor conocimiento teórico –*deskilling*– [descalafonamiento], contratación de empresas externas para servicios de mantenimiento –*outsourcing*– [contratación externa] y el intento de subordinar el equipo médico a arreglos salariales. Es innecesario decir que actividades tales como la educación e investigación, que no generan ganancias inmediatas, anteriormente consideradas como parte de la contribución hospitalaria a la empresa sanitaria global, han sufrido reducciones (15).

Este cambio general en la prestación de servicios médicos ha reavivado el debate sobre si existe un derecho a la atención sanitaria o si ésta es una mercancía de libre mercado, sólo accesible a quienes puedan comprarla. Por extensión, el debate ha proyectado una sombra sobre el rol humanitario del médico, ya sea como curador, asistente y defensor del enfermo o como un simple tecnócrata involucrado en el negocio médico de vender sus destrezas al mejor postor, presagiando así el final de quien fuera una vez orgulloso faro de las mejores virtudes del profesionalismo (16). Básicamente, ya no son los medios los que facultan a las personas a buscar formas de recuperar la salud, lo que implica que poseen un derecho o autorización legal a tal acceso. Existen algunos que consideran que tal derecho legal podría convertirse en una Caja de Pandora, dado que lo que debería ser ético, esto es, que posea bondad intrínseca, no tiene que ser necesariamente legal y también que lo que podría ser un

derecho legal no debería ser interpretado como un derecho básico o fundamental relacionado con la vida o con la libertad (17). Así, algunos podrían argumentar persuasivamente que aunque debiera existir un derecho a solicitar atención sanitaria, no debe ser confundido con el derecho a obtenerla, siendo las necesidades diferentes a los deseos (18). Además estos comentaristas podrían también argüir que la prestación de servicios sanitarios a los necesitados debería ser efectuada dentro de una actitud de bien común o de beneficencia, en lugar de basarse en un concepto de derecho fundamental. También señalan que el establecimiento de derechos puede llegar a constituirse en materia controversial, dado que nuevos derechos suponen incursiones en territorios previamente cubiertos por otros derechos, a veces contradictorios. Aun más, cuando se trata de asignaciones presupuestarias, nuevos derechos impactan directamente sobre recursos necesarios para otra prioridades, siendo los ingresos públicos recursos no inagotables.

Ésta podría ser la razón por la cual pocos países han garantizado a sus ciudadanos el derecho a la salud. Finlandia podría ser quien va a la vanguardia, pero juntamente con un pequeño grupo de otros países, ha descubierto que los gastos pronto han excedido la capacidad de financiar tales derechos. Muchos países no mencionan un derecho a la salud, aunque la mayoría garantiza un mínimo de protección a la salud pública, pero como un deber del Estado, más que un derecho individual. México, por ejemplo, reconoce a sus ciudadanos un “derecho a la protección sanitaria”. Canadá, considerado el país con uno de los mejores sistemas de salud en el mundo, donde la universalidad y la accesibilidad son pilares del sistema, no tiene un derecho a la salud, lo cual le pone a la par con Estados Unidos, país considerado poseedor de uno de los sistemas de atención sanitaria más ineficientes y socialmente menos sensibles (19).

Triage de la Atención Sanitaria. El debate ético sobre el acceso a la salud en relación a las realidades económicas y financieras que enfrenta cualquier sistema de salud ha llevado a los eticistas a intentar dilucidar los parámetros bajo los cuales el racionamiento en la asignación de servicios pudiera ser considerado éticamente permisible. *Triage* es una palabra francesa muy en boga durante la Primera Guerra Mundial, cuando los “*medics*” tenían que tomar decisiones en terreno sobre cuáles heridos deberían recibir atención y a quiénes se dejaría morir. La toma de decisión clínica y los imponderables cuestionamientos éticos de esta práctica permanecen hasta hoy en los campos de batalla de los hospitales y los pasadizos de las burocracias gubernamentales. La premisa básica es que ningún país cuenta con los medios financieros para cubrir todas las necesidades

sanitarias de su población. Esto es así, no sólo en razón del peso propio de la necesidad regular, sino que también otros factores han afectado recientemente los costos de salud. Estos incluyen el impacto de los cambios demográficos debidos al envejecimiento, la incrementada prevalencia de las enfermedades crónicas, epidemias devastadoras, tales como el SIDA, que se han tornado en condiciones crónicas y costosas de tratar, el incremento de las discapacidades y los adelantos tecnológicos que encarecen la atención sanitaria. Prácticamente todos los países están buscando una forma de racionalizar, palabra que ha llegado a ser casi sinónimo de “racionamiento”, sus sistemas de entrega de asistencia sanitaria, al tiempo de mantenerlos tan igualitarios como sea posible. Este es en sí un desafío mayor porque, tal como lo indicaban Bambas y Casas, los resultados de las investigaciones por doquier convergen en tres puntos básicos:

1. Los pobres usan menos recursos públicos que los grupos de ingresos medianos y altos.
2. Existen grandes y estructuradas desigualdades sanitarias entre grupos socio-económicos, tanto como por categorías de género y origen étnico, que sugieren conexiones entre los resultados sanitarios y una variedad de condiciones de vida, materiales y sociales.
3. Las desigualdades en el impacto de estos macrodeterminantes sobre la salud y el bienestar general están aumentando (20).

Para ejemplificar más detalladamente las complejidades, estos autores también establecen la diferencia entre “*equidad horizontal*”, la asignación de recursos iguales o equivalentes para necesidades iguales, y “*equidad vertical*”, la asignación de distintos recursos para diferentes niveles de necesidad. La asignación de recursos sanitarios tiene que competir con una miríada de otras demandas sobre la cartera pública, algunas de las cuales están indirectamente relacionadas con la salud, como se verá posteriormente. Así, proveer más fondos para la atención en salud significa recortar los fondos presupuestarios a otros sectores. Ciertamente, mientras más fondos sean asignados a la salud se requerirá un menor racionamiento para la asistencia médica, pero encarando lo inevitable, los esquemas de racionamiento han sido diseñados sobre la base de orden de llegada, edad, daño fisiológico, valor de la vida social, mejoramiento en la toma de decisiones e institución de la medicina basada en pruebas.

Ninguno de estos esquemas está libre de fuertes implicancias éticas.

La fase poblacional

Las dos fases previas en el enfoque ético de los temas de salud se han centrado en el individuo en busca de atención sanitaria o en el sistema diseñado por los gobiernos o los intereses privados para la prestación de estos servicios. La fase más reciente, sin embargo, se ha alejado de los microsistemas y se ha acercado a un área donde la salud de la población ha llegado a ser la unidad de interés y, consecuentemente, la unidad de análisis. Los resultados sanitarios poblacionales se alejan de la salud individual como el foco más importante, para centrarse en los temas de determinantes sociales que implican que las personas no se enferman al azar, sino que sucumben ante todo aquello que los ata a sus circunstancias particulares. Los determinantes sociales de la salud indican que el pobre, el inculto, el privado de sus derechos civiles, el habitante de barrios marginales, el que no tiene poder, todos ellos son más propensos a las enfermedades y a morir que los más afortunados. También son más propensos a no buscar asistencia médica a tiempo, a no tener acceso a los servicios y a negárseles dichos servicios aun cuando estén disponibles. Aun más, los determinantes sociales de la salud apuntan hacia zonas de mala salud en regiones y países, que, independientemente de su riqueza relativa como naciones con buenos ingresos, podrían elegir hacer menores inversiones en educación pública, vivienda, servicios sanitarios y adecuadas redes sociales, es decir, en el desarrollo de un mejor capital humano (21). En pocas palabras, desigualdades en salud que demandan ser remediadas. Ingresos iguales a nivel nacional no significan necesariamente igual desarrollo humano. A su vez, la mala salud de la población impacta sobre el desarrollo económico y político y las capacidades de grupos de naciones. La premisa básica de esta nueva fase en la ética es salirse del nivel de intervención médica y la relación médico-paciente para mirar “aguas arriba” (22), donde la enfermedad no es el tema de acuerdo a los resultados del interés tanto por la salud individual como por lo que resulta ética y socialmente justo en términos de la salud de la población en general.

A este nivel los temas de derechos a la salud se vuelven más académicos y la ética en sí misma llega a ser menos relevante porque lo que se está discutiendo apunta a que los temas de igualdad y derechos civiles tengan una igual participación en los recursos de la nación. Como Gwatkin señala “...aquellos interesados en la salud de los pobres se preocupan típicamente, en primer lugar, de mejorar la salud de ese grupo solamente, más bien que de reducir las diferencias entre pobres y ricos”, el cual es el objetivo de quienes están interesados en la igualdad. Aun, como este autor también señala, “... aquellos pre-

ocupados por la inequidad en salud están preocupados por reparar la injusticia representada por las desigualdades o las malas condiciones sanitarias existentes entre los marginados” (23). Enmarcado así, el debate se desplaza hacia la corriente política donde las concesiones entre los que tienen y los que no tienen en cada nación, y entre las naciones mismas, se transforma en el escenario. El debate es también económico dentro de un contexto histórico; en materias relativas al interés y preservación nacionales dictamina que la redistribución de la riqueza es no sólo intrínsecamente beneficiosa para la salud de la población como una herramienta económica, sino que también para la supervivencia de los sistemas políticos imperantes. En las palabras del comentarista del tema las desigualdades en salud a este nivel se convierten en inequidades evitables, innecesarias e injustas (24). Son injustas y socialmente enjuiciables. A este nivel, la ética llega a ser una tarea de evolución y madurez política, a fin de que las injusticias puedan ser resueltas, para que no se transforme en un comedido de revoluciones. Esta puede ser la razón por la cual otras personas, tales como planificadores gubernamentales, economistas, asesores financieros y científicos políticos se han unido a este debate. Hasta cierto punto, éste podría ser también la frontera o los límites de la ética.

Conclusiones

La Declaración Universal de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos describe el derecho de una persona a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar de sí mismo y de su familia, incluyendo alimentación, vestuario y “atención médica”, punto que es concebido por el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales como la prevención, tratamiento y control de enfermedades epidémicas, endémicas, ocupacionales y otras enfermedades y como la creación de condiciones que aseguren a todos servicio médico y atención sanitaria en caso de enfermedad. A pesar de la afirmación de un “derecho a la salud” en muchos documentos de la Organización Mundial de la Salud y otros organismos no está claro si tal derecho existe realmente en la legislación internacional. Muchos países tienen regulaciones internas para la protección de la salud pública, pero probablemente con la excepción de Finlandia, que reconoce a sus ciudadanos un “derecho a la atención”, los países no han considerado apropiado incorporar a sus constituciones políticas los derechos individuales a la salud. México, por ejemplo, otorga a sus ciudadanos un “derecho a la protección sanitaria” en oposición a un disfrute de la salud, y en Canadá, una protección de la “seguridad de

la persona” ha sido interpretado como un derecho negativo, o el derecho a no ser interferido por el estado en su integridad física o por presiones psicológicas impuestas por éste.

En el supuesto, entonces, que no existe “derecho a la salud”, las decisiones que limitan la asignación de recursos sanitarios como una política nacional impuesta por restricciones presupuestarias, o al nivel individual impuestas por planes de salud, tienen que ser analizadas desde el punto de vista del discurso ético sobre la forma en que los gobiernos llevan a efecto las distribuciones presupuestarias a través de las distintas legítimas prioridades nacionales, y en la forma en que los esquemas sanitarios racionalizan, privando a un ciudadano particular o a un asegurado de una legítima exigencia de intervención sanitaria. Tales limitaciones en el acceso a los servicios de salud constituyen privaciones que amenazan las demandas de equidad e igualdad ante la ley. Sin embargo, ya que las desigualdades sanitarias están enraizadas en la discriminación social y desventajas económicas de aquellos privados de sus derechos civiles en cualquier sociedad, se plantea en este artículo que el desplazar el discurso “corriente arriba” impone límites a los eticistas para que no deseen transformarse en científicos políticos, para anunciar o dirigir el cambio, o en revolucionarios que creen el cambio subvirtiendo los sistemas establecidos.

Referencias

1. *Universal Declaration of Human Rights*, GA. Res. 217 A (III), UN. Doc. A/ 810 (1948), art. 3.
2. *International Covenant on Economic, Social, And Cultural Rights*, (1966) 1976 Can. T.S. N° 46, 993 U.N.T.S. 3, art. 12.
3. Fuchs V. *Who shall live? health economics and social choices*. New York: Basic Books; 1974.
4. Davis K, Anderson GF, Rowland D, Steinberg EP. *Health care cost containment*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1990.
5. Singer PA. Recent advances - medical ethics. *British Medical Journal* 2000; 321: 282-285.
6. Okun AM. *Equality and efficiency: the big tradeoff*. Washington, D.C.: Brookings Institution; 1975.
7. Gakidou EE, Murray CJL, Frenk J. *A framework for measuring health inequality*; 2000. Available in PAHO: equidad@listserv.paho.org.
8. Ramsey D. *The patient as person*. New Haven: Yale University Press; 1970.
9. Beauchamp TK, Childress JF. *Principles of biomedical ethics* . New York: Oxford University Press; 1994.
10. Roemer R .The right to health care. In: Fuenzalida-Puelma HL, Scholle Connor S Editors. *The right to health care in the Americas: a comparative constitutional study*. Washington, D.C.: PAHO; 1989 p. 17-23.
11. Davis K, Anderson GF, Steinberg EP. Diagnosis related group prospective payment: implications for health care and medical technology. *Health Policy* 1984; 4(2): 139-47.
12. Lave JR .Hospital Reimbursement under medicare. *Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society* 1984; 62(2): 251-78.

13. Horn SD, Horn RA, Sharkey PD, Chambers AF. Severity of illness within DRG's: impact on prospective payment. *American Journal of Public Health*. (1965; 75(10):1195-199.
14. Simborg DW DRG Creep: A new hospital acquired disease. *New England Journal of Medicine* 1981; 34(26): 1602-1604.
15. Arboleda-Flórez J, Stuart H, Freeman P, González-Boch MA, Bolis M Editors. Access to health services under NAFTA. Washington, D.C. :PAHO; 1999.
16. Sarmiento A. The Gallie lecture. Medicine and industry: The payer, the piper, and the tune. *Annals CRMCC* 2000; 33(3): 144-49.
17. Heifetz MD. *Ethics in Medicine*. Amherst, NY: Prometheus Books; 1996.
18. Fletcher J. Ethical Aspects of Genetic Control. *New England Journal of Medicine* 1971;258: 776-83
19. Arboleda-Flórez J, Weisstub DN, Holley H. Ethical issues in epidemiological research. In: Weisstub DN. Editor. *Research on Human Subjects, Ethics, Law and Social Policy*. London: Pergamon/Elsevier; 1998.
20. Bambas A, Casas JA. Conceptual criteria for assessing equity in care. Paper in Pan American Health Organization and HDP Health Equity Interprogrammatic Group. Washington D.C.: PAHO; 2000
21. Daniels N, Bryant J, Castano RA, Dantes OG, Khan KS, Pannarunothai.. *Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries*. Washington D.C.: PAHO; 2000
22. Daniels N, Kennedy B, Kawachi I. *Justice is Good for our Health. How greater economic equality would promote public health*. 2000. <http://bostonreview.mit.edu/BR25.1/daniels.html>.
23. Gwatkin DR . *Reducing health inequalities in developing countries. Forthcoming in the oxford textbook of public health*, 4th edition; 2000. Available in PAHO: equidad@listserv.paho.org.
24. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equality in Health*. Stockholm: Institute of Future Studies; 1991.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE: ENTRE LA EVIDENCIA Y LA AUTONOMÍA

José Alberto Mainetti

Un tema de actualidad y controversia, que merece la observación reflexiva tanto en el ámbito clínico como sanitario, es el de la medicina basada en pruebas científicas de eficacia y la atención de la salud de igual modo inspirada (respectivamente designadas en inglés con los términos *Evidence Based Medicine: EBM* y *Evidence Based Health Care: EBHC*) (1). La EBM tuvo su nacimiento nominal en un artículo del *JAMA* (1992) (2) y se define corrientemente como “la síntesis entre la competencia profesional del operador sanitario e informaciones derivables de los mejores conocimientos disponibles en la literatura” (3). De la EBM –entendida como metodología junto al lecho del enfermo para optimizar los tratamientos y brindar una asistencia de la cual el paciente sea un protagonista responsable– se ha pasado rápidamente a hablar de EBHC. Muir Gray la ha definido como la disciplina que “se ocupa de analizar los determinantes de las decisiones relativas a grupos de pacientes o poblaciones” (4).

Fundamento de la EBM, entonces, es la comprobación fáctica de que, pese a la generalizada creencia en la medicina como ciencia, la práctica clínica basa sus decisiones en informaciones científicas insuficientes, en los valores socioculturales prevalentes, y en los recursos sanitarios disponibles. Se trata pues de tomas de decisión en base a *opiniones* (todo lo ilustres o iluminadas que se pretendan) que prestan escasa o nula atención a una evaluación rigurosa de las pruebas científicas requeribles. Reconocemos en esta composición de factores el triángulo conflictivo de los principios bioéticos –beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia– encarnados dramática y respectivamente por el médico, el paciente y la sociedad (5). El proyecto de la EBM y de la EBHC consistiría así en implementar nuevos principios–guía, inspirados en

criterios de eficacia para la medicina clínica y la asistencia sanitaria, que permitan justificar decisiones en forma más transparente y participativa de los agentes involucrados en las mismas.

En consecuencia, los motivos o intereses que configuran la actualidad del discurso EBM y EBHC responden a la situación de la medicina finisecular, determinada por sus transformaciones en el orden tecnocientífico, social y político (6). Así serían de tres órdenes las motivaciones que han hecho crecer la necesidad de EBM y EBHC, poniéndola en el centro de la escena actual como controvertida novedad. En primer lugar, la condición *tecnocientífica* de la presente medicina, que despierta sospechas sobre la *relevancia, calidad e independencia* de la investigación biomédica, poniéndose en discusión la tradicional separación de ésta respecto de la práctica clínica, necesitada de información confiable para el cuidado de la salud individual y colectiva. En segundo término, la promoción cultural del paciente (y del público en general) como agente racional y libre en las decisiones médicas (*introducción del sujeto moral en medicina*), decisiones que cada vez más deben tomar en cuenta criterios subjetivos, como el de calidad de vida, frente a los limitados beneficios de muchos tratamientos basados en indicadores pretendidamente objetivos, pero irrelevantes para el bienestar individual del paciente. Por último, *last but not least*, el racionamiento de los recursos sanitarios frente al alza explosiva de los costos en el sector, a los que se trata de contener eliminando la asistencia inapropiada, poniendo un freno al desarrollo descontrolado de las tecnologías y a la demanda creciente de servicios y prestaciones de salud.

En este contexto se comprende que el actual movimiento de la EBM haya generado un encendido debate entre sus defensores y sus detractores, si bien el grueso de la discusión sobre las posibilidades y límites del nuevo enfoque se refiere a cuestiones estrictamente técnico–metodológicas o a contraposiciones ideológico–corporativas. Así la cuestión sobre la novedad de la EBM, exagerada por unos y reducida por otros a información informatizada, la *informatización* o uso del banco de datos informáticos. Así también la pretendida cuestión de principios en torno a la EBM, planteada por antinomias entre la ciencia y el arte de la medicina, la deshumanización y la humanización de la asistencia, la hegemonía política y la autonomía individual y profesional de la salud. Sin duda que estos temas se remontan al debate filosófico tradicional sobre la naturaleza de la medicina y la asistencia sanitaria, pero tal debate no ha sido al parecer replanteado desde una reflexión comprensiva de la actualidad y el verdadero sentido de la EBM en nuestra situación intelectual de posmodernidad (7).

La llamada filosofía posmoderna cuestiona los supuestos de la Modernidad, el período en la historia del mundo occidental que arranca con la Ilustración. Tales supuestos son que la verdad se descubre por medio de la razón humana, que cierto conocimiento es posible, y que, finalmente, dicho conocimiento proveerá una base para el irreversible progreso de la Humanidad. El proyecto ilustrado está refrendado por la convicción de que el conocimiento obtenido a través del método científico es seguro. En la medida que la biomedicina hereda estos supuestos, ella se vuelve un juego predilecto para la deconstrucción posmoderna. Hoy día, quizás más que nunca, compiten una pluralidad de valores y aproximaciones contradictorias sobre la salud; por ejemplo, ganan apoyo y adquieren supremacía a través de la elección del consumidor y de la manipulación mediática, antes bien que en base a la evidencia científica (8).

Como Callahan señala en su trabajo en este mismo volumen, existe una tensión inevitable entre la calidad y los derechos del paciente (9). Con la intención de mejorar la calidad del tratamiento médico y la atención de la salud, el movimiento por la medicina basada en la evidencia ha ampliado la noción previa de calidad. Si bien a veces la medicina basada en la evidencia puede dejar de lado terapias fútiles, también puede legitimar la eficacia de otras, alentando su creciente demanda. Si por un lado la medicina basada en la evidencia trata de introducir la eficiencia en el tratamiento clínico, por el otro lado tiende a mejorar todas las dimensiones de la atención de la salud. Callahan distingue tres niveles de calidad en la atención de la salud: comodidad, provisión del nivel básico de atención y beneficios marginales. El trilema de Hume acerca de la justificación de Dios a pesar de la existencia del mal en el mundo (teodicea) se aplica a la tensión actual entre los valores principales de la atención de la salud –calidad, libertad y equidad– porque es imposible mantenerlos en perfecto equilibrio.

Esta situación virtualmente conflictiva puede ser ilustrada con el llamado *caso Di Bella*, un particular ejemplo de transculturación de la bioética norteamericana en la Italia de hoy, que desencadena una crisis en la relación entre pacientes, profesionales médicos e instituciones de atención de la salud. Bajo el lema *Libertà di cura* –libre elección de tratamiento– se generó un agresivo movimiento público –un shock a la ética básica del derecho a la salud– reivindicando el acceso a un tratamiento aparentemente efectivo del cáncer. La multitud congregada en una plaza reclamando un medicamento en nombre de la libertad de elección de tratamiento, da cuenta de un cambio revolucionario de la medicina como práctica social. El debate público sobre terapias oncológicas alternativas fue también con el *caso crotoxina* el escenario donde nació el

movimiento bioético en Argentina en 1986 (10). Ambos acontecimientos son paradigmáticos del hecho de que gran parte de nuestra cultura tiende a negar la objetividad de la ciencia, y no acepta una organización industrial agresiva de la salud y una actitud impersonal de los médicos, un gran desafío para obtener un moderno sistema de salud efectivo al alcance de la sociedad toda.

La EBM ha nacido, justamente, como reacción frente al relativismo posmoderno en la crisis de la medicina, crisis de la razón médica a la vez *pura* y *práctica*, epistemológica y moral, originada (lo que no deja de ser una paradoja) por la crisis de la razón pragmática o instrumental en la era tecnológica. De cualquier manera, la crisis se expresa básicamente como crisis en los fines de la medicina, en la relación médico-paciente y en la economía de la salud. La moderna bioética ha venido así a dar planteamiento y respuesta disciplinaria a dicha crisis, pero aquella misma ha cedido al relativismo moral posmoderno y hasta ahora ha desatendido la necesaria crítica y fundamentación de la medicina. Ésta, por su parte, ha incorporado el discurso bioético como una moda de *hipermoralia* y *megahumaniora*, anticientífica y conformista con la cultura posmoderna (11).

En este contexto se justifica el propósito de la EBM y la EBHC por restaurar las bases científicas de la medicina y la atención de la salud. El movimiento de la medicina basada en la evidencia proviene en su mayor parte de la profesión médica y por tanto tiende a centrarse en el médico más bien que en el paciente. Pero esto no significa favorecer un reduccionismo positivista y retrógrado respecto del nivel evaluativo duramente alcanzado por el movimiento finisecular de la bioética, la que tampoco puede significar un reduccionismo normativista de toda la empresa médica (12). Quizá la salida consista en superar la moderna dicotomía entre hechos y valores, en buscar el equilibrio reflexivo entre los mismos, ya que, parafraseando a Kant, los primeros sin los segundos son ciegos, y éstos sin aquéllos son vacíos. Así la EBM se beneficiaría de los *valores* morales, como la bioética se beneficiaría de los *hechos* científicos, entablándose una fecunda relación entre la empresa de la ciencia y la empresa de la moral, que en medicina son siempre sólo dos aspectos de una misma empresa, tal como se conjugaban en el primer aforismo hipocrático la incertidumbre cognitiva y el discernimiento prescriptivo:

La vida es breve; el arte, extenso; la ocasión, fugaz; la experiencia, insegura; el juicio, difícil. Es preciso no sólo disponerse a hacer lo debido uno mismo, sino además (que colaboren) el enfermo, los que le asisten y las circunstancias externas.

Referencias

1. Liberati A, Magrini N. Evidence-based medicine e libertà di cura: un binomio impossibile? *L'Arco di Giano* 1999; 19: 57-68.
2. Evidence Based Medicine Working Group, Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine, *Journal American Medicine Association* 1992; 268(17): 2420-5.
3. Sackett DL. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't, *British Medical Journal* 1996; 312: 71-2.
4. Muir Gray JA. *Evidence based healthcare. How to make health policy and management decisions*. New York: Churchill Livingstone; 1997.
5. Mainetti JA. *Bioética sistemática*. La Plata: Quirón; 1991.
6. Mainetti JA. El complejo bioético: Pigmalión, Narciso y Knock. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1999; 45:(2) 109-21.
7. Mainetti JA. Bioética de la experimentación humana. Experiencia de la Escuela Latinoamericana de Bioética (ELABE). En: Pellegrini A, Macklin R. (eds.). *Investigación en sujetos humanos: experiencia internacional*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 1999. p. 99-108.
8. Smith S. Postmodernity and a hypertensive patient: rescuing value from nihilism. *Journal of Medical Ethics* 1998; Feb., 24(1):25-31.
9. Callahan D. The inevitable tension between quality and patient's right. In: Regional Program on Bioethics PAHO/WHO. II Meeting of the International Advisory Board on Bioethics. 2000 May 3-4; Panama City, Panama.
10. Mainetti JA. *El caso de la crotoxina: un espectro bioético nacional*. Quirón 1988: 19 (2) :5-10.
11. Mainetti. JA. *La crisis de la razón médica. Introducción a la filosofía de la medicina*. Quirón: La Plata; 1989.
12. Hope T. Evidence based medicine and ethics. *Journal of Medical Ethics* 1995; 21:259-60.

EL DESAFÍO DE LA EQUIDAD: UNA PERSPECTIVA

James F. Drane

Introducción: el alcance del desafío

En el contexto de la medicina, la equidad se refiere a los problemas de distribución y de acceso. Es difícil imaginar un área más compleja en la bioética contemporánea.

En la nación más poderosa de la tierra, algunos adultos mayores se privan de algunas comidas diarias para poder pagar sus medicamentos ya que necesitan sobrevivir. Algunos pacientes jóvenes, con serias enfermedades, tienen que esperar hasta que una crisis se desarrolle para poder ser admitidos en una sala de emergencia, su único acceso a la atención de salud. Algunos médicos tratan a pacientes ricos y ganan millones de dólares al año proporcionándoles tratamientos de belleza (como quitar arrugas y esconder estómagos), mientras otros están abandonando la profesión porque no pueden vivir con lo que se les paga por tratar a los pobres. Algunas Compañías de Servicios Médicos Gerenciados (HMOs) que restringen críticamente terapias que son necesarias, están pagando altos dividendos a sus accionistas, mientras que otras de estas Compañías, que entregan servicios más costosos, están en bancarrota y cierran.

La ciencia biológica está creando nuevos medicamentos para toda clase de enfermedades previamente incurables, pero los medicamentos son tan caros que la mayoría de la gente en el mundo permanece enferma y muere porque no puede costearlos. Fuera de los Estados Unidos, en algunos sistemas médicos estatales que aseguran proporcionar acceso universal, el 75% de la población

nunca ha visto a un médico o ha recibido atención médica. Lograr la equidad en salud es un desafío. Es un valor muy importante, pero rara vez se aproxima a una realización.

La medicina científica de alta tecnología del presente está mejor equipada que nunca para curar y para prevenir enfermedades, pero la mayoría de los individuos, industrias, incluso gobiernos no pueden pagar los costos. Pacientes acaudalados pueden experimentar el éxtasis de la recuperación de una enfermedad que amenaza la vida, pero cada vez más es mayor el número de pacientes sin recursos económicos que experimenta rabia y frustración porque se les deja morir. Por otro parte, estas personas menos afortunadas económicamente pueden morir rápida y pacíficamente, mientras que individuos más afluentes pueden morir sólo después que costosas intervenciones fracasan intentando prolongar el proceso de morir. La brecha entre el acaudalado que tiene acceso y el desposeído que carece de acceso a algo tan básico como la atención sanitaria no es el único problema potencialmente explosivo surgido del tema de la equidad.

Cuando los más afluentes, los que pertenecen a ciertas etnias, o viven en ciertos lugares, tienen acceso a la atención sanitaria que precisan y sobreviven, en tanto que personas más pobres, de otras razas o de otros sitios, no tienen acceso y mueren, intuitivamente reconocemos que algo funciona mal. La equidad es violada. La justicia es violada. Tal condición clama por cambios. Donde la equidad y la justicia son violadas, los seres humanos experimentan rabia y frustración. Entonces inequidad e injusticia generan movimientos políticos orientados a provocar un cambio. Si estos movimientos no tienen éxito, entonces la inequidad y la injusticia fomentan la revolución.

Dicho claramente, la equidad requiere que los bienes y servicios esenciales proporcionados a algunas personas deberían estar disponibles para otros igualmente necesitados. Bienes y servicios esenciales como la atención sanitaria no deberían ser aprovechados sólo por algunos. Si estos bienes y servicios son tan escasos o costosos que no pueden ser entregados a todos, entonces, según una teoría, deberían ser accesibles para algunos a través de una forma de lotería. El valor igualitario de cada persona –se sostiene– sería de este modo protegido.

La lógica de esta conceptualización es admirable, pero proveer a las necesidades humanas esenciales es tan complejo que no funciona en la práctica. La lógica es simple, pero las realidades son complejas. La igualdad guarda una dimensión obligatoria, pero el principio de igualdad por sí solo, aplicado a

través de una lotería, no puede resolver los problemas de distribución de atención sanitaria básica.

La implementación de otros principios éticos siempre es necesaria. La autonomía o la libertad, por ejemplo, no pueden ser ignorados. Tampoco la santidad de la vida. Y sin compasión la igualdad no puede ni determinar qué es cuidado básico de salud ni proporcionar los servicios necesarios. La equidad debe estar claramente definida, fundamentada y luego ser relacionada con otros principios éticos.

El entender la definición de equidad y el fundamento de equidad significa conformarse a patrones aceptados de justicia, sin prejuicios, favoritismos o fraudes. Equidad y justicia están estrechamente relacionadas. La justicia establece modelos para la distribución de los bienes y la equidad es uno de estos estándares. Para Aristóteles, la justicia requiere que los iguales sean tratados igualitariamente. En algunas teorías equidad y justicia son lo mismo.

La justicia en el sentido de justicia distributiva se refiere a una asignación de bienes, servicios y beneficios limitados. La distribución de los beneficios, bienes y servicios para todos sobre la misma base es una expresión tanto de justicia como de equidad. Idealmente, la justicia lucha por conseguir que todos los seres humanos sean tan iguales como sea posible. Finalmente, justicia, imparcialidad, equidad, son categorías, al menos, comparables: diferentes maneras de expresar el mismo ideal y objetivo.

Incluso los niños pequeños tienen un sentido de justicia y equidad. A través de llantos y protestas, un niño puede irrumpir en una fiesta si piensa que su trozo de pastel es más pequeño que el trozo de pastel de su compañero. Justicia y equidad parecen estar incorporadas en la psique, incluso en la psique de un niño.

Hay fuerza y claridad incrustados en la intuición de que los humanos somos iguales. Las personas sensibles pueden ver en la cara del otro algo que es compartido, una similitud básica, necesidades semejantes, respuestas similares ante la realidad, una paridad, en efecto, una igualdad. La equidad expresa esta intuición en una categoría que conecta la realidad de la intuición básica con su correspondiente sentido de obligación. Equidad implica que tratamos de dar vida a la intuición de igualdad intentando entregar bienes esenciales y servicios básicos a todos sobre las mismas bases. Si los bienes y servicios que nos preocupan son médicos, entonces el aspecto obligatorio de la equidad apuntaría a satisfacer las necesidades médicas de cada uno tan igualitariamente como fuese posible.

La persona humana sensible puede aprehender la condición de igualdad de todos los humanos simplemente mirando atentamente la cara de otro ser humano. Aun personas menos sensibles pueden captar esta similitud cuando los seres humanos están enfermos. Cualquiera sea el tipo de enfermedad, fisiológica o psicológica, todos los seres humanos experimentan la misma angustia, pérdida, dolor y sufrimiento. La depresión es experimentada en forma similar, cualquiera sea el estatus socioeconómico o la identidad étnica de la persona. El cáncer, la enfermedad cardíaca, la disfunción renal, son experimentados de la misma manera por todos los seres humanos. Las necesidades generadas por la dolencia y la enfermedad son las mismas. Es la abrumadora verdad de la igualdad en la enfermedad y la aflicción lo que fundamenta la intuición de que las personas que sufren la misma condición deberían ser tratadas de igual manera. La enfermedad renal terminal, por ejemplo, significa que las personas o reciben diálisis o un transplante, o mueren. Es lo mismo para todo el mundo. Este es la base objetiva de la demanda moral de equidad en la atención sanitaria. Sin embargo, la demanda moral es una cosa y la medición concreta de qué es lo que requiere la demanda, es algo diferente.

Midiendo la equidad

La forma en que es medido el sistema de atención sanitaria de una sociedad completa depende de los instrumentos de medición y de los supuestos basados en la experiencia cultural de aquellos que operan los instrumentos. Los niños en Estados Unidos, por ejemplo, pueden ser considerados saludables en términos generales según ciertas mediciones; sin embargo, si la información es recopilada de forma diferente o si es enfocada en distintas condiciones, los niños aquí están peor que los niños de países en desarrollo. En comparación con los adultos, la tasa de mortalidad infantil en Estados Unidos es baja: pero comparado con niños de otros lugares, no lo es. La vida es demasiado compleja para que la mayoría de los instrumentos de medición arrojen información clara, convincente e incuestionable sobre equidad en el área de la salud.

La atención de salud es sólo una parte de la vida, pero se le considera como particularmente importante. Las Naciones Unidas estiman que la salud es un derecho humano básico. Sin embargo, cada sociedad organiza, financia y entrega servicios de salud de manera diferente. Las organizaciones de atención sanitaria intentan entregar este bien humano esencial en el marco de los límites impuestos por los recursos disponibles y bienes competitivos. Comparar un

sistema de salud con otro es difícil porque la propia definición de atención en salud puede diferir considerablemente de una cultura a la otra. Los cuidados sanitarios en algunas culturas como la nuestra pueden ser sinónimo de atención para enfermedades específicas. En otras culturas, la atención en salud puede significar prevención más que curación de enfermedades. El juzgar la igualdad y la desigualdad no puede estar separado de todo tipo de metáforas y ambigüedades propias del trasfondo cultural.

Algunas de las nuevas intervenciones médicas son más efectivas que las antiguas y, por supuesto, más caras. Ningún sistema de entrega de atención sanitaria podría proporcionar a todos estas costosas intervenciones. ¿Quién necesita realmente los medicamentos y procedimientos más modernos y caros? ¿Quién podría conformarse con los antiguos y baratos? ¿Es justificable hacer esta distinción? ¿Quién decide esto? ¿Cómo se genera la información? ¿Son justos los estándares?

Casi todos concuerdan en que la atención sanitaria preventiva y primaria son áreas críticamente importantes del cuidado de la salud y que el acceso igualitario a ambas podría algunas veces ser factible. En estas áreas, se requiere que las personas sean más responsables por su salud: alimentarse correctamente, hacer ejercicio, etc. Consecuentemente, los costos serían menores. Sin embargo, incluso los programas de atención primaria más económicos no son gratuitos. Las prácticas saludables de los pacientes requieren de supervisión. Alguien tiene que monitorear la presión sanguínea, los niveles de lípidos y azúcar, etc., y luego los profesionales tienen que interpretar los resultados. Aun las medidas preventivas más económicas cuestan algo, tal como sucede con el monitoreo del paciente.

Una vez que el cuidado secundario y terciario son agregados, los costos tienden a dispararse. La adición de cuidados secundarios y terciarios en un sistema puede aumentar las diferencias entre ricos y pobres. Estas disparidades a su vez pueden destruir a una comunidad.

La gente generalmente está de acuerdo en que la equidad es importante y debería ser perseguida. Pero las personas tienen otras creencias también. La mayoría de los norteamericanos creen en el libre mercado más que en el gobierno como proveedor y distribuidor de bienes y servicios. En otros países la gente cree que el cuidado sanitario es responsabilidad del gobierno. Debido a las diferentes perspectivas y creencias, a la variedad de sistemas de entrega, a

la diversidad de valores culturales y a los diferentes sistemas económicos, la equidad se ha vuelto un valor difícil de medir e implementar.

Una teoría socialista de justicia mediría la equidad en la atención sanitaria de una manera y una teoría libertaria realizaría la medición en forma distinta. La primera visión no considera la libertad individual y los méritos del trabajo duro. La perspectiva libertaria excluye la consideración de aspectos tales como la programación genética y la influencia del medio ambiente. La teoría socialista maximiza el tratamiento igualitario. La teoría libertaria, la responsabilidad personal.

En la segunda teoría, la intervención del Estado para concretar un tratamiento igualitario sería considerada una violación a la propiedad y a la justicia. Desde el punto de vista socialista, la ambición y el trabajo arduo serían descartados. La teoría libertaria tiende a socavar los beneficios comunitarios o compartidos, en tanto que el socialismo tiende a producir riqueza inadecuada para ser distribuida en la atención sanitaria.

Equidad, economía y el concepto de Derechos Humanos

La conexión entre equidad en cuidados sanitarios y economía se aprecia claramente en la historia de los seguros de salud, que fueron introducidos primeramente como una manera de proteger a los trabajadores asalariados, quienes se tornaban vulnerables en caso de enfermedad. Los trabajadores con una póliza de seguro básico de salud alcanzaban un cierto grado de equidad en el cuidado sanitario. Gobiernos posteriores intervinieron para extender la cobertura básica a otros grupos vulnerables (adultos mayores y desposeídos).

El seguro de atención sanitaria ampliamente extendido originó la idea de equidad en salud como un derecho básico. Sin embargo, fue el concepto del cuidado sanitario como un derecho humano básico lo que hizo posible el seguro y sus extensiones. El concepto de los derechos humanos motivó a industriales y políticos a implementar programas sanitarios para los necesitados. Históricamente, las campañas de extensión del cuidado de la salud han sido impulsadas por el concepto cultural subyacente de derechos humanos.

Este concepto de derechos humanos está vinculado con equidad, histórica y filosóficamente. La equidad es un concepto antiguo, pero sólo en este siglo ha sido propuesto como un derecho humano universal. Este derecho está ex-

presado en la declaración de que las personas en cada nación y cultura son iguales ante la ley.

La equidad, en efecto, está relacionada con tales requisitos básicos para una vida humana decente como la libertad de esclavitud o tortura y arresto arbitrario. Está en el mismo nivel que libertad de expresión, de reunión y religión. La equidad en el cuidado sanitario no se menciona separadamente, pero ciertamente está incluida bajo el concepto general de derecho a un trato igualitario ante la ley. La inclusión de la igualdad entre los derechos humanos más básicos establece un firme fundamento para una campaña incesante por igualdad en el cuidado sanitario.

El incluir igualdad con libertad como un derecho humano básico, ha dado origen a cientos de organizaciones no gubernamentales que luchan por su implementación en el cuidado sanitario. Naciones con notorias desigualdades en sus sistemas de salud se encuentran en estos momentos bajo considerable presión para remediar tales deficiencias. La alternativa es una continua exhibición como naciones malintencionadas y culturas criminales.

Raíces del derecho a la equidad

La igualdad como derecho universal está consistentemente vinculada con la libertad. Tanto la equidad como la libertad tienen raíces en la filosofía griega, el Derecho romano y en la Ilustración. Ciertos documentos políticos promocionaron la libertad e igualdad y a ambas se les dio una aplicación concreta: por ejemplo la Carta Magna en 1215, la Constitución de los Estados Unidos, en 1787; la Declaración Francesa de los Derechos del Hombre, en 1789; la Declaración Americana de Derechos en 1791; la Declaración de las Naciones Unidas de los Derechos Humanos, en 1948. Este último documento proclamó “los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana a la libertad, justicia y la paz en el mundo”.

La XIV Enmienda de la Constitución de los Estados Unidos estableció que ningún Estado “privará a cualquier persona de vida, libertad o propiedad sin un debido proceso legal: ni negará a cualquier persona dentro de su jurisdicción la protección igual ante la ley”.

Los textos filosóficos y políticos expresan una visión y ésta ha sido gradualmente traducida en prácticas culturales y políticas concretas.

Para eliminar la desigualdad en la atención sanitaria no se necesita esperar hasta que haya consenso en definir la igualdad en la atención sanitaria o cómo ésta debería ser medida. Ya se están haciendo avances hacia una implementación del ideal de igualdad en este tema.

Y la implementación es reforzada al expresar el valor de la equidad en el lenguaje de los derechos.

Implementación de la igualdad en atención sanitaria como un derecho

La igualdad como un derecho se traduce como un derecho a la salud. Como un derecho negativo, significa derecho a ser protegido contra de serios peligros para la salud. Como un derecho positivo significa el derecho a acceder a ciertos beneficios sanitarios básicos. Los derechos a la atención sanitaria empiezan como derechos morales, apoyados por argumentos éticos y por una visión filosófica del ser humano. Posteriormente los derechos humanos se legalizaron, esto es, se convirtieron en derechos legales. El objetivo de las declaraciones morales de los derechos humanos es hacer posible que la gente disfrute la vidas verdaderamente humanas. Los derechos legales al acceso al cuidado sanitario intentan cumplir este objetivo en la práctica. Las leyes del cuidado de la salud tratan de dar una forma concreta a la visión de igualdad y de derecho a la atención sanitaria para todos.

El impacto del concepto de igualdad como un derecho humano universal sólo ha empezado a ser sentido. Pueden pasar siglos antes que el concepto sea concretamente establecido en leyes particulares en diversas culturas. Sin embargo, las distintas declaraciones de igualdad como un derecho universal ya están teniendo un efecto. Están ocurriendo cambios por doquier para dar fuerza a la proclamación de este ideal. El Cardenal Bernadin en Chicago, por ejemplo, dio concreta expresión al ideal a través de su desafío a los legisladores en cuanto a tornar universal la atención sanitaria básica en el año 2002. Dejó en manos de los expertos en políticas y economía de la atención sanitaria el mecanismo para lograr la igualdad. Si los políticos y los economistas aceptan el desafío será un ejemplo más de cómo las visiones y los conceptos filosóficos, tales como los derechos humanos y los valores abstractos como la igualdad, pueden producir más y mejores cambios, que guerras y revoluciones jamás lograron.

Amenazas a la visión de igualdad como un derecho básico

El problema es que no importa cuán grande sea el esfuerzo y cuánto de los recursos limitados sea invertido en extender la atención sanitaria a todos, el ideal nunca se realiza completamente. Consecuentemente, algunos han desistido simplemente y sustituido equidad por autonomía. La autonomía individual unida al capitalismo de libre mercado crea una visión que transforma la atención sanitaria en algo que cada persona costea de su propio bolsillo. Bajo esta visión nadie, sin embargo, está obligado a pagar por alguien más. La igualdad, en efecto, especialmente el acceso igualitario a la atención sanitaria, desaparece. Si la igualdad –en el sentido de que cada persona tiene un derecho a la protección de su salud y a la atención sanitaria– no puede ser alcanzada, entonces cualquier intento por aproximarse al ideal es abandonado.

Respondiendo a la amenaza

Una manera de evitar que tal cosa ocurra sería minimizar el concepto de derechos y enfocarlo sobre un concepto de justicia que equilibra igualdad y autonomía. Elaborar los detalles concretos de un sistema de atención sanitaria que balancee la micro–asignación con la macro–asignación, la atención primaria con la medicina curativa, las intervenciones terapéuticas de emergencia con medidas de atención primaria y salud pública, e igualdad con autonomía; este es el desafío.

Un sistema de racionamiento es una forma de tratar de responder al desafío y no abandonar la equidad. Sin embargo el racionamiento en forma aislada nunca logra el objetivo de equidad. Los costos de los cuidados sanitarios siempre exceden las necesidades de los beneficios de atención de los pacientes. No importa cuánto racionamiento sea implementado, los beneficios de la salud para todas las personas nunca pueden ser entregados en forma igualitaria. El acaudalado, el socialmente bien relacionado, las celebridades, el imaginativo, el persistente, el deshonesto, siempre encontrarán una manera de evitar el racionamiento, no importa cuán intensamente el sistema trate de promover la equidad.

Así, ¿de qué forma las personas y las culturas responden y superan las amenazas a la equidad?

Una comprensión diferente de equidad genera planes distintos. Cubrir las necesidades esenciales de atención sanitaria de todos los ciudadanos es la con-

cepción general de cómo debe ser implementado un plan de atención equitativo. Pero, ¿cómo se definen las necesidades? ¿Es cualquier beneficio una necesidad? ¿Qué sucede con aquellos beneficios que restauran el funcionamiento normal? ¿Podría la “necesidad” correlacionarse con beneficios “significativos” de salud? Existen, sin embargo, otras necesidades que establecen demandas sobre los mismos recursos limitados: alimentación, educación, refugio, transporte, protección policial, prevención a la drogadicción, suministro de agua, etc. Éstas pueden no ser consideradas necesidades de salud, pero ciertamente tienen un impacto sobre ella. Incluso si el concepto de necesidades es reducido a lo básico, esencial o mínimo, siempre es difícil tanto definir las como enfrentarlas. ¿Qué se quiere dar a entender con los términos “básico” o “adecuado” o “esencial” o “mínimo” en atención sanitaria? Las limitaciones de los recursos transforman a la igualdad en cuidados sanitarios en un desafío que circunstancialmente pudiera no ser respondido en forma apropiada, sin embargo es un desafío que puede ser enfrentado; un reto que genere iniciativas creativas y que pueda implementar gradualmente mejoras en el sistema de salud.

Paradójicamente, el mismo concepto de derechos que una vez ayudó a impulsar iniciativas de equidad en la atención sanitaria, ahora desafía los avances logrados con esfuerzo. Las personas se ocupan de los derechos, pero en la actualidad el concepto de derechos se utiliza en forma más amplia. Los derechos no están restringidos a personas individuales. Además de los pacientes individuales que reclaman un derecho al acceso al cuidado sanitario, también los médicos reclaman un derecho a decidir a quiénes tratarán. Las compañías de seguro e instituciones de salud capitalistas exigen un derecho a satisfacer los intereses financieros de sus accionistas. Los industriales y empresarios demandan un derecho a competir en todo el mundo y a no hacerlo en condiciones de desventaja por tener que pagar beneficios de atención de salud a los trabajadores. Las compañías farmacéuticas reclaman un derecho a beneficiarse de los resultados de su investigación, y por consiguiente a cobrar una fortuna por sus medicamentos. Todos estos demandas por derechos obstaculizan los esfuerzos para establecer un derecho a acceso igualitario a la atención en salud para todos y de ese modo, salvaguardar el amenazado valor de la equidad.

Una base diferente para la equidad: el bien común

Una comisión presidencial en los Estados Unidos recientemente hizo una petición para un acceso universal sólo a un “adecuado nivel” de atención sani-

taria y lo planteó en términos de responsabilidad comunitaria más que de derechos individuales. En esta perspectiva, la comunidad, ya sea local o nacional, que tiene un sistema sanitario que no entrega un acceso igualitario a todos sus miembros, es moralmente deficiente. La obligación moral basada en la comunidad enfoca su atención precisamente en aquellos miembros comunitarios marginados cuyas necesidades en salud no son atendidas. El bien común antes que los derechos individuales se transforma en la base de la equidad y en el fundamento de una obligación comunitaria.

El bien común incorpora el valor de equidad. Incluso si el concepto del bien común no produce inmediatamente un acceso igualitario a una adecuada atención sanitaria para todos, al menos posibilita avanzar en esa dirección.

Pero aun la contribución de la comunidad y el bien común para el acceso equitativo a una adecuada atención en salud no carece de limitaciones e inconvenientes. ¿Es la comunidad responsable de proveer una adecuada atención, aun para aquellas personas que ignoran flagrantemente sus responsabilidades individuales? Por otro parte, ¿cómo se puede separar la responsabilidad individual de la presión pública creada por la propaganda de productos y conductas no saludables? ¿Cómo puede ser separada la responsabilidad individual de la presión de los pares, de la debilidad psicológica, de la predisposición genética, etc.? En Estados Unidos tenemos una cultura de “víctimas”. Los drogadictos, los comedores excesivos, los anoréxicos y los alcohólicos declaran no ser responsables por sus problemas de salud. En lugar de ser apartados de la responsabilidad de la comunidad, ellos reclaman el derecho a un apoyo comunitario adicional para el cuidado de su salud, en virtud de su autodeclarada condición de víctima. Además la ética de la profesión médica siempre ha requerido de los doctores que traten a las personas en necesidad sin juzgar las responsabilidades de éstas por sus propios problemas.

Luchando para alcanzar la equidad en salud

Anteriormente hablamos sobre la equidad en el contexto del cuidado sanitario restringido a una atención primaria y de emergencia.

Es posible imaginar que una comunidad logre consenso sobre esta forma básica de atención en salud. Si este acuerdo se obtiene, ¿qué otros cuidados esenciales o básicos o adecuados se deberían considerar? ¿Qué más cubre el

cuidado esencial, o básico, o adecuado para todos? ¿A qué más tienen acceso todas las personas: a cuidado dental, servicios de rehabilitación para alcohólicos y drogadictos, cuidado a domicilio, cuidado pre y post natal, servicios y productos para planificación familiar? Aun en el caso en que la equidad es concretizada a través de acuerdos sobre atención primaria y de emergencia para todos, los pobres generalmente no pueden acceder a estos servicios. Aun, si pudieran obtener este acceso, las instituciones que proveen cuidados a los desposeídos raramente se igualan en servicios a aquellas que prestan atención a los acaudalados y bien asegurados. La continuidad del cuidado usualmente falta. En efecto, aun la atención primaria y de emergencia puede no ser igual. Lograr que el cuidado básico o esencial o adecuado sea igual y accesible para todos no es imposible, pero requiere de un esfuerzo continuado.

Tomemos el ejemplo de Canadá. El hecho es que en este país ha estado operando por 50 años un sistema de pago unipartito que provee un modelo de beneficios básicos para todos. En el transcurso de estos años se han realizado esfuerzos continuados, reformas continuas y se han adoptado compromisos financieros de permanente incrementación. Y aun así, Canadá está siendo forzada a enfrentar una reforma que, o bien reducirá los beneficios o experimentará un retroceso en la cobertura universal debido a que el costo es insostenible. La atención sanitaria básica universal es un valioso ideal, pero como la mayoría de otros ideales, su implementación constituye una lucha.

Obstáculos por superar

Además de todos los desafíos mencionados anteriormente y de la imposibilidad de un concreto acceso igualitario al cuidado esencial, existe una consideración final que sugiere un problema incorporado para implementar la igualdad. No importa cuán eficiente sea el sistema de entrega de atención sanitaria o cuántos tengan acceso a él, la sola igualdad nunca será suficiente.

No importa qué tan importante sea el valor de la equidad, ésta por sí sola no puede crear un sistema sanitario adecuadamente humano. La sola equidad fracasa en la misma medida que la autonomía aislada. Se necesita algo más y ese algo más ya ha sido mencionado. Me estoy refiriendo a la preocupación y a la compasión. La equidad está basada en una mirada afectuosa al rostro de otra persona, especialmente a quien necesita atención médica. Sin una conexión bondadosa con la persona que está enferma, no existe una base para la equidad.

Sin compasión no puede existir ética en medicina, no importa cuán justo o igualitario sea el acceso al tratamiento. Otras personas importan y tienen significado. En medicina, las otras personas importan de una manera especial, más profunda. Sin preocupación ni compasión, la medicina no puede ser humana, aun si el acceso igualitario finalmente se transformara en realidad.

En el rostro de otra persona en necesidad experimentamos a alguien semejante a nosotros mismos e igual a nosotros mismos. Ese alguien más, además de ser igual, también posee una dignidad enraizada en haber sido procreada originalmente, no hecha. En esta segunda cualidad se fundamenta el cuidado y el afecto. Los médicos cuidan de los pacientes porque éstos tienen necesidades, pero también porque tienen dignidad, la cual demanda que sean tratados de una forma especial. Todos somos iguales en una dignidad que surge del Creador. Sin embargo, el tratamiento igualitario no satisface las demandas de la medicina o la entrega de atención médica.

La medicina requiere cuidado y compasión además de igualdad y justicia, y luego adicionalmente, requiere veracidad y confidencialidad, fidelidad y amistad.

La equidad es importante. Debe permanecer como un objetivo que impulsa los esfuerzos orientados al cambio. Pero el cambio efectivo empieza con una cuidadosa evaluación de la realidad propia de cada cual: “Yo soy yo y mis circunstancias” (Ortega y Gasset). Déjenme mencionar sólo algunos aspectos de esa circunstancia que plantean desafíos a la equidad en la atención sanitaria:

- Mantener una cobertura básica universal frente al sostenido incremento de las poblaciones inmigrantes, algunas de las cuales emigran precisamente por razones de salud.
- El problema de costos administrativos que pueden rápidamente consumir los recursos asignados a la atención.
- La micro gerenciación de las decisiones de los médicos es vista como una necesidad por parte de los administradores y como intrusión por parte de los médicos.
- Astronómicos desembolsos por mala práctica y como reacción, prácticas médicas derrochadoramente defensivas.

- Restricción de los costos ascendentes en atención sanitaria.
- Requisitos de co-pago que pueden destruir la igualdad.
- El manejo de pacientes de alto riesgo.
- Efectivas restricciones monetarias para los proveedores médicos y fármacos.
- Control de la expansión de las categorías de enfermedad mental y pago por la atención médica mental sin subestimar la importancia del cuidado de los enfermos mentales.
- Control del fraude y el abuso, cuyos costos ascienden a más de 100 billones de dólares al año en Estados Unidos.

Un desafío final: metáforas dominantes

El concepto de equidad y de los diferentes valores que conlleva lucha por reconocimiento porque no tiene un lugar prominente en nuestra manera de entender la medicina moderna. La prominente metáfora de trasfondo en la medicina moderna es la guerra, y ésta tiene un enorme efecto en las prioridades y prácticas médicas. Cuando hablamos de una guerra contra la enfermedad, nos referimos a una guerra ilimitada más que a una perspectiva correcta de la guerra. Combatimos a la enfermedad, planeamos el ataque; ordenamos baterías de pruebas; buscamos balas mágicas. Los médicos se visualizan a sí mismos en la línea de fuego y en las trincheras. Tratan agresivamente, especialmente a las células invasoras. Inician una acción heroica y usan las defensas del cuerpo para luchar por la victoria. El médico más importante en los Estados Unidos es un cirujano general.

Esta metáfora cultural tiene un enorme efecto en la forma en que la medicina es entendida y practicada. Si la muerte es el enemigo último, podemos entender el sobret ratamiento de la enfermedad terminal y la oposición a retirar dicho tratamiento.

La metáfora guerrera explica la prioridad del cuidado terciario sobre el primario o secundario; del cuidado crítico sobre el crónico; del cuidado intensivo sobre la atención del hospicio. El punto de todo esto es que la metáfora de guerra

no tiene lugar para la equidad o la igualdad. Consecuentemente, la equidad tiene que luchar por encontrar un lugar o una justificación en la práctica moderna.

En competencia con la metáfora bélica, en la actualidad está la de la industria. El cuidado de salud y el tratamiento médico son hoy una industria. Los médicos son prestadores de servicios y los pacientes son consumidores. El cuidado del paciente es gerenciado. Se ha expresado preocupación sobre la productividad y el costo de la efectividad. La equidad puede encontrar un lugar más fácilmente dentro de esta metáfora, sin embargo no será fácil. Ni en la guerra ni en la industria de libre mercado se habla mucho sobre la equidad.

Tenemos una ardua labor que realizar.

LA INEVITABLE TENSIÓN ENTRE LA IGUALDAD, LA CALIDAD Y LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

Daniel Callahan

Introducción

Es una peculiaridad que preocupa en la escena contemporánea en la salud internacional, que muchos de los más importantes desarrollos en tecnología biomédica y valores sociales terminan amenazando seriamente la búsqueda de la igualdad en el cuidado de la salud. Estas amenazas, entendidas ampliamente, incluyen el desarrollo continuo de nuevas tecnologías y fármacos innovadores, pero generalmente muy caros; la creciente presión por medicina de alta calidad para todos; y el derecho de los pacientes a un mayor control sobre la forma en que son tratados en los sistemas de cuidado de la salud. La tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes ilustrará bellamente este problema.

Cuando terminó la Segunda Guerra Mundial y los países de Europa Occidental empezaron a desarrollar sistemas de cuidado de la salud que fueran universales en cobertura e igualitarios en sus fines, tenían lo que ahora, retrospectivamente, parecen ser condiciones sorprendentemente favorables.

Una de estas condiciones fue la pobreza comparativa. Eso significaba que los sistemas de cuidado de salud europeos no podían proporcionar a cada uno lo que se necesitaba o deseaba, y por tanto se hacía necesario racionar. El público sabía y entendía esa limitación.

Otra condición favorable fue el paternalismo de la medicina en aquellos días. Los médicos ponían las reglas, tomaban las decisiones y no había ningún

papel para la elección de los pacientes o sus demandas, quienes renunciaron a muchos de sus derechos civiles una vez que entraron al sistema de cuidado de la salud. Esos sistemas también eran más fáciles de administrar debido a la falta de información pública acerca de su administración, y una participación escasa o nula en su planificación.

La tercera condición favorable fue que la medicina disponible era de calidad comparativamente baja. Los antibióticos empezaban a usarse ampliamente pero los trasplantes de órganos, la diálisis, las unidades de cuidados intensivos y la cirugía avanzada para los ancianos, aún eran parte del futuro. La gente no esperaba milagros de la medicina.

Una cuarta condición favorable fue la aceptación mucho mayor del papel del gobierno en la conducción de los sistemas de cuidado de la salud. No había, como ahora, ninguna fantasía sobre los beneficios que el mercado pudiera proporcionar y poca tentación de privatizar sistemas en tiempos de tensión económica.

Hoy día tenemos una situación muy diferente. En el aspecto tecnológico, la combinación de un flujo constante de nuevas e innovadoras tecnologías y fármacos, significa nuevos beneficios y costos más altos. Cuando tales beneficios se aplican a sociedades que envejecen, suben aún más y con ello las demandas por tecnologías. Esa combinación ha significado una enorme presión en los sistemas de cuidado de la salud, a fin de mantenerse financieramente viables. Esto ha sido difícil en aquellos países que quieren tener sistemas de cuidado de la salud universales, o que ya los tienen. Para los primeros, como los Estados Unidos de América, se ha combinado con otros factores para dejar el cuidado universal fuera del alcance por el momento. Para los segundos, actualmente muchos países están luchando para mantener los costos, privatizando parte de sus sistemas y usando instrumentos de mercado para aliviar la presión en el gobierno.

Sin embargo, los factores en los que deseo concentrarme en este artículo son las nuevas demandas sociales a la medicina, que en conjunto están empezando, y eso quiero argumentar, a generar problemas complejos y probablemente inesperados. Representan lo que yo pienso es una paradoja profunda. Ofrecen, por una parte, las posibilidades de nuevos beneficios sociales para el enfermo y, al mismo tiempo, amenazan la igualdad. Lo que plantea problemas es la combinación del impulso de igualdad, de calidad del cuidado médico y

los derechos de los pacientes lo que plantea problemas. El impulso a la igualdad fue una fuerza poderosa detrás de los sistemas de cuidados de salud europeos de la postguerra, pero había mucho menor inclinación a la calidad y ninguna hacia los derechos de los pacientes. Si bien esa combinación sirvió adecuadamente a la igualdad, la combinación actual de desarrollos sociales parece llevarnos en dirección opuesta.

Fuentes de tensión

Mi argumento es éste: el impulso para una medicina de mayor calidad junto con el movimiento por los derechos de los pacientes, en principio (si bien no siempre en la práctica) abre la puerta para amenazas a la igualdad. Permítaseme definir esos términos para mostrar cómo se desarrolla esta tensión.

a) Igualdad

Cuando se habla de igualdad en el contexto del cuidado de la salud, usualmente se considera que se refiere a la necesidad de que todos los ciudadanos tengan acceso al cuidado decente de la salud, independiente de su capacidad para pagar. Esto no es lo mismo que decir que algunos deberán pagar de su bolsillo por el cuidado de la salud o que su empleador pagará, sino sólo que el gobierno es finalmente responsable de asegurar que cada cual tenga algún grado mínimo de cuidado de la salud financiable. Este ha sido un estándar difícil de lograr pero la mayoría de los países desarrollados lo han logrado.

Últimamente, sin embargo, ha surgido una nueva demanda. Se trata de que los gobiernos, cambiando el clima social y económico de los países, provean a todos el derecho a la buena salud, y no sólo acceso al cuidado de la salud. ¿Cómo puede obtenerse esto? Trabajando para cambiar aquellas condiciones socioeconómicas que hoy día se sabe son las principales fuentes deficientes. No es el cuidado médico lo que principalmente produce la buena salud de la población, sino las condiciones de trasfondo educacionales, de salud pública y económicas. Ellas son las que necesitan cambiar para realmente mejorar la salud y producir verdadera igualdad. Esta demanda obviamente aumenta las demandas económicas, al mismo tiempo que agrega una nueva dimensión a la comprensión de cualquier derecho a la salud que se proponga.

b) Calidad

El movimiento por la medicina basada en pruebas, junto con el deseo de mejorar la calidad del tratamiento médico y el cuidado de la salud, ha significado una noción más ampliada de calidad que la que antes se sostenía. Si la medicina basada en pruebas puede eliminar terapias inútiles, ello está muy bien, pero cuando consagra una terapia como efectiva prepara el escenario para una demanda implementada por ella. Parte del énfasis en la calidad equivale simplemente a obtener un buen valor por el dinero gastado y un tratamiento apropiado para los pacientes. Pero también, en parte, es mejorar cualquier dimensión del cuidado de la salud. Una terapéutica que se muestra eficaz, de la mayor calidad, es difícil de ser negada a los pacientes.

Distinguiría tres niveles de calidad:

1. *Conveniencias*: Un cuidado de la salud de buena calidad incluye médicos y enfermeras preocupados, reflexivos y bien entrenados. En medida no menor, incluye buenos edificios diseñados adecuadamente para proporcionar cuidado, del mismo modo que un tiempo de espera lo menor posible en proporcionar tal cuidado. Un cuidado de la salud de baja calidad fuerza a la gente a esperar por largo tiempo, los trata malamente una vez que obtienen el cuidado y no considera adecuadamente sus necesidades psicológicas y espirituales.
2. *Prestación de un nivel básico de cuidado*: La medicina de alta calidad significa proporcionar a cada paciente más que un nivel mínimo adecuado de cuidado. Significa dar a cada uno muy buen cuidado. Pero a medida que avanza el progreso médico, el estándar de lo que se considera cuidado de calidad continúa elevándose, de la misma manera que lo hace el estándar para la calidad de un automóvil, un computador, o un avión.
3. *Beneficios Marginales*: Un sistema de cuidado de la salud de alta calidad proporciona no simplemente lo que cada uno necesita, sino también lo que necesitan unos pocos. De este modo espera proporcionar servicios sólo con beneficios marginales, quiero decir, tratamientos que tienen una baja probabilidad de beneficio a un alto costo. Pero es precisamente proporcionar este tipo de cuidado lo que demuestra un énfasis en el bienestar de los individuos, más que un cálculo crudamente utilitario del mejor bien para el mayor número.

c) Derechos del paciente

La práctica médica tradicional ha sido paternalista, entregando tanto las decisiones éticas como médicas al médico. Si bien la tradición hipocrática dio primacía al bienestar del paciente, entregó al médico la determinación de lo que constituye tal bienestar. El movimiento por los derechos de los pacientes en las últimas décadas ha desafiado directamente esa tradición. Ha sostenido que, si bien los médicos tienen las habilidades apropiadas para diagnosticar y tratar médicamente a los pacientes, no tienen ninguna capacidad especial para juzgar lo que va en beneficio último de los pacientes o cómo debieran ser resueltos los problemas morales que se encuentran en la práctica clínica.

El movimiento por los derechos de los pacientes ha buscado otorgarles un papel dominante en la toma de aquellas decisiones que afectan mayormente su vida: si quieren o no ser tratados, cómo quieren ser tratados y cuándo desean que el tratamiento se detenga. La meta es dar poder a los pacientes, ponerlos a cargo de su propio destino. Esto también significa que corresponde al paciente determinar si continúa luchando por la vida si la muerte es una amenaza, incluso si el resultado fuera incierto y los costos elevados. Tampoco corresponde a los pacientes determinar si se debe buscar un beneficio marginal, o si lo que otros consideran un tratamiento excesivamente costoso, tal como la diálisis, debe ser mantenido. Se dice a menudo, aunque menos hoy en día, que los médicos nunca debieran considerar el costo del tratamiento, sólo su beneficio para un paciente. Ahora se dice implícitamente que tampoco debieran los pacientes considerar los costos sino sólo su deseo de tratamiento y la legitimidad de sus demandas personales.

Lidiando con la tensión

Si he tenido éxito en hacer plausible mi argumento, debiera ser evidente por qué la meta de la igualdad en el cuidado de la salud es más difícil de alcanzar actualmente y más problemática como meta de lo que fue en la postrimería de la Segunda Guerra mundial. La posibilidad de la igualdad en el cuidado de la salud y de un acceso decente para todos a cuidados de la salud de buena calidad exige los siguientes elementos:

1. Que el racionamiento del cuidado de la salud sea parte de cualquier sistema universal (aun cuando la noción de los derechos de los pacientes puede oponerse al racionamiento).

2. Que los pacientes estén dispuestos a aceptar menos que el tratamiento de óptima calidad (lo que atenta contra el movimiento para mejorar la calidad).
3. Que los tratamientos caros de alta tecnología no estén disponibles para todos, especialmente aquellos con beneficios marginales (lo que atenta contra la noción de igualdad, al menos en parte).

Para resumir:

Un cuidado de la salud equitativo requiere algún sacrificio de parte de los pacientes individuales: pueden tener que limitar la cobertura que desean del cuidado de la salud, estar dispuestos a aceptar menos que la mejor calidad de cuidado, y abandonar algunos de sus derechos.

¿Es posible el compromiso aquí? Por compromiso quiero decir específicamente abandonar una o más de las fuentes de tensión; por ejemplo, una de tres o dos de tres. Podría haber igualdad de cuidado y una alta calidad del cuidado pero a costa de reducir los derechos de los pacientes para tomar decisiones. Podría haber un debilitamiento del deseo de igualdad buscando en lugar de eso maximizar la calidad y destacar los derechos de los pacientes; algo parecido ha ocurrido en los Estados Unidos de América. Podría haber una disminución de la demanda por cuidado de alta calidad pero una búsqueda continua de la igualdad y un reconocimiento fuerte de los derechos de los pacientes. Finalmente, podría enfocarse la igualdad junto con un énfasis reducido en la calidad y en los derechos de los pacientes. Es este último curso el que quiero desarrollar para proponer mi propia sugerencia a fin de reducir la tensión; o mejor, para resolver la tensión de un modo plausible.

Salud de la población y medicina sostenible

Mi proposición es ésta: Sería mejor tener sistemas de cuidado de la salud equitativamente accesibles para todos que proporcionaran un nivel de cuidado moderadamente bueno, en lugar de sistemas inequitativos que dieran a algunos pacientes amplia gama de elección y poder, y que les beneficiara con la tecnología más moderna y más avanzada. Digo esto por dos razones.

La primera es que la buena salud de una población completa es un mejor resultado social por razones económicas y de bienestar, que la mejor salud posible distribuida erráticamente a sólo parte de la población.

La segunda razón es que el miedo de la ruina social y económica generada por condiciones catastróficas caras, o por condiciones crónicas mantenidas prolongadamente, es en sí mismo un gran mal que tiene el poder de alterar a la gente tanto como sus enfermedades reales. Por lo tanto, un sistema que minimiza ese miedo hace una contribución a su bienestar incluso si, técnicamente, no obtienen la medicina mejor que se pueda concebir o no tienen todas las elecciones que pudieran querer.

Muy importante a largo plazo es obtener lo que llamo una “medicina sostenible”. Bajo este término quiero significar una medicina que esté disponible equitativamente para todos y sea financiable económicamente en un futuro indefinido. El modelo contemporáneo de la medicina no es viable económicamente a largo plazo y eso significa que no estará equitativamente disponible.

Tal es el mensaje que infiero de las dificultades que muchos países están teniendo hoy en día al intentar mantener y financiar sus actuales sistemas de cuidado universal de la salud. Están tratando de luchar orientándose hacia mecanismos de mercado, privatizando parte de sus sistemas, estrujando financieramente a los trabajadores de la salud y a los hospitales, y forzando a los pacientes a pagar más de su propio bolsillo. Estos métodos pueden funcionar pero a un alto precio para el acceso equitativo –a un precio tal vez demasiado alto–. Lo que se necesita es menos fe en las soluciones gerenciales y de mercado y un mayor esfuerzo para desarrollar un modelo renovado de medicina y cuidado de la salud, uno que reemplace el modelo contemporáneo. Cualquier elemento adicional de un nuevo modelo, debería ser –al menos, prometiera ser– viable y equitativo.

Medicina sostenible

Puedo presentar mejor mi punto de vista de lo que este modelo podría ser listando en primer término algunas de las características del actual y ofreciendo entonces una alternativa.

- a. **Metas del modelo actual.** El modelo actual de la medicina no tiene como una meta importante o principal la de la distribución equitativa. En lugar de eso está dominado por fines científicos y tecnológicos. Estos fines son el progreso científico sin límites y la innovación tecnológica, independiente de sus costos agregados a largo plazo y de su impacto comunitario. No hay fines definidos finitos. Por el contrario, los fines abiertos son:

- La conquista de toda enfermedad, una por vez.
- La conquista de la muerte por medio de la eliminación de todas las causas biológicas.
- El alivio de todo sufrimiento, mental y físico, que la medicina pueda controlar.
- La satisfacción de todos los deseos que pudieran ser satisfechos a través de los medios médicos.
- Permitir el progreso médico y la innovación tecnológica para redefinir constantemente los fines de la medicina y el ámbito del cuidado de la salud.

Estas metas han llevado a un cierto número de sesgos característicos de la medicina contemporánea. Hay un sesgo hacia:

- Curar en lugar de cuidar.
- Aumento indefinido en la expectativa promedio de vida.
- Duración de la vida en lugar de calidad de la vida.
- Beneficio individual en lugar de poblacional.
- Intervenciones tecnológicas para curar o mejorar la enfermedad en lugar de esfuerzos para promover la salud y prevenir la enfermedad.
- Una medicina de sub-especialidades en lugar de cuidado primario y medicina familiar.

Es esta combinación de sesgos, junto con las tensiones previamente anotadas, las que dan cuenta de la presiones económicas en los sistemas de cuidado de la salud, presiones que amenazan directamente la meta de la igualdad.

- b. **Metas de una Medicina sostenible.** Una medicina sostenible propondría metas diferentes y tendría sesgos distintos.

Las metas de una medicina sostenible serían las siguientes:

- Viable financieramente.
- Equitativa.
- Interesada principalmente en aquellas formas de progreso médico y de innovación que conduzcan a la equidad y a la viabilidad económica.

Los sesgos de tal medicina serían hacia:

- La aceptación de la muerte y el envejecimiento como características normales de la condición humana.
- La comprensión de la morbilidad, esto es, la meta de alcanzar una longitud de vida finita en buena salud y morir de una muerte relativamente rápida.
- La necesidad de racionar y contener las expectativas públicas sobre la medicina como la clave para transformar la existencia humana y eliminar todos los males corporales y emocionales.
- Programa de salud pública, status socioeconómico y cuidado primario disponible como las principales necesidades de la salud poblacional.

Los compromisos necesarios de una medicina sostenible

Una medicina sostenible no sería capaz de ofrecer lo último en innovación tecnológica o la mejor calidad posible de cuidado de la salud. Su progreso médico sería más lento que en el pasado, menos orientado tecnológicamente y tendría diferentes metas, tales como la de la población más que la de la salud individual. Por su énfasis en la salud poblacional tendría que limitar los derechos de los pacientes, no sus derechos negativos, pero sí sus derechos positivos a demandar el tipo de tratamiento que desean independientemente del costo. Lo que perderían en derechos positivos los reganarían en mayor seguridad sobre la disponibilidad del cuidado. En la vieja y prolongada batalla entre justicia y libertad, la justicia tendría las de ganar.

Aquellos que ya tienen un buen cuidado de la salud y acceso a las mejores y más modernas tecnologías, difícilmente se sentirán atraídos hacia mi modelo de medicina sostenible. Tampoco lo estarán los fabricantes de equipos y pro-

ductos farmacéuticos, para quienes la innovación es tanto una necesidad financiera como una forma de producir ganancias. Tampoco apelará a los proponentes del mercado, para quienes la libertad es más importante que la equidad.

Sin embargo, si alguien no gusta de la dirección que propongo hacia el futuro, entonces será necesario diseñar otra que pueda efectivamente controlar la tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes. Creo que podría ser posible armar un sistema coherente de cuidado de la salud que diera prioridad a dos de estos tres valores, pero no a los tres, excepto el costo de diluir cada uno de ellos (lo cual es, por supuesto, en realidad una dirección posible de tomar). Puede haber menos equidad y más progreso, o menos progreso y más equidad. Por algún tiempo pareció como que podría haber más equidad y más progreso. Ese es un sueño que debe, desafortunadamente, ponerse de lado si por progreso se quiere significar los avances clásicos biomédicos y tecnológicos. Lo que significa progreso en la salud pública y poblacional, alcanzada por un cuidado primario sólido y el desarrollo socioeconómico, es totalmente posible.

INEQUIDADES, BIOÉTICA Y SISTEMAS DE SALUD

Ezequiel Emanuel

Permítaseme empezar con una disculpa. Ignoro detalles y datos acerca de la mayor parte de los sistemas de salud excepto los de Estados Unidos, algo de los de Canadá, Gran Bretaña y Noruega. De modo que mis comentarios serán algo locales. Parte de mi esperanza es aprender de otros participantes acerca de sus sistemas de cuidado sanitario.

Empecemos con las inequidades. Podemos hablar en forma amplia de inequidades en cuidado de la salud e inequidades en salud. En los Estados Unidos hay información abundante acerca de las inequidades en el cuidado de la salud. En el sistema de atención sanitaria el acceso a los servicios médicos está distribuido desigualmente. Por ejemplo, en el área del cáncer, que es la que conozco mejor, hay información de que las mujeres más ancianas reciben menos tratamiento de cualquier tipo. En el cáncer de mama, el mejor estudiado, las mujeres más ancianas reciben terapia conservadora con menos frecuencia que las mujeres más jóvenes, y reciben terapia de radiación menos frecuentemente que las más jóvenes, del mismo modo que reciben terapia co–ayudante hormonal o quimioterapia menos frecuentemente que las mujeres más jóvenes.

De modo semejante las minorías raciales reciben menos servicios de cuidado de la salud equilibrados por sexo y edad. A las mujeres negras se les practican menos mamografías que a las blancas, reciben quimioterapia por cáncer menos frecuentemente. Se practica la cirugía con menos frecuencia en los negros para tratar el cáncer de colon y pulmón, y en general los americanos africanos tienen menos tratamiento del dolor que los blancos.

Quienes viven en zonas rurales también reciben menos servicios. Las mujeres son objeto de terapia conservadora del pecho menos frecuentemente que las mujeres que viven en zonas urbanas cuando padecen de cáncer.

Los no asegurados –una de las categorías más vergonzosas de los Estados Unidos– también reciben menos servicios médicos. No se trata sólo de los que no tienen seguro sino también de los pacientes de Medicaid, los pobres que reciben cobertura de salud del Estado. Se les practican mamografías con menos frecuencia, y reciben radioterapia menos frecuentemente que la población asegurada.

Finalmente, hay evidencia sustantiva de que las mujeres en general reciben menos tratamiento médico que los hombres.

Estos casos de inequidades documentadas en servicios sanitarios, basados en edad, raza, geografía, estado de seguro y género, no se restringen sólo al cáncer. Se puede observar hallazgos similares en el trasplante renal, en el cual los negros tienen menos probabilidades de ser referidos para tratamiento. Considerando varios aspectos del cuidado cardiológico, desde la cateterización a otros tratamientos más complejos, también es posible observar inequidades enormes basadas en raza, género, edad y otros factores. También se han documentado inequidades raciales en relación al tratamiento del dolor en los servicios de emergencia después de traumatismos.

Estas inequidades en la prestación de servicios de salud están bien documentadas. Puestas en el lenguaje de la calidad del cuidado, se trata de inequidades de los procesos de cuidado.

Pero también hay inequidades bien documentadas en la salud misma. Aunque no puede decirse que las mujeres no viven tanto como los hombres, es ciertamente el caso que la longevidad es diferente para las minorías raciales y los pobres. Está bien documentado que los negros tienen una mayor incidencia de cáncer y una mayor tasa de mortalidad por cáncer. Y esta disparidad no se restringe al cáncer, porque las minorías raciales tienen en general mayores tasas de mortalidad por muchas enfermedades y una expectativa de vida menor que los blancos en los Estados Unidos.

Parte del tema es qué relación existe entre las disparidades en cuidado de la salud y las disparidades en salud. Una escuela de pensamiento sugiere que la disparidad en salud está sólo parcialmente relacionada a las disparidades en

servicios de cuidado sanitario o más precisamente que las disparidades en el estatus socioeconómico dan cuenta de disparidades en salud y que el cuidado sanitario tiene poco que ver con ello. Esto es, las diferencias en el acceso y uso de los servicios de cuidado sanitario no dan cuenta de todas o incluso de la mayoría de las diferencias en los resultados sanitarios. Esta perspectiva ha sido demostrada en el famoso estudio de Whitehall en Gran Bretaña por Michael Marmot. Este estudio ha demostrado que cuando se controla por cualquier factor conocido de riesgo sanitario –desde fumar hasta consumir alcohol o dieta o exposiciones ocupacionales–, aquellos que son de un estatus socioeconómico inferior tienen una mayor mortalidad que los más influyentes. Esta asociación es progresiva de modo que cualquier incremento en clase social produce una disminución de la mortalidad. Sin embargo, existe información concluyente y más consistente para la enfermedad cardíaca.

Hay una perspectiva diferente que consiste en que estas disparidades en los servicios de cuidado sanitario producen disparidades en la salud, y que son estas desigualdades en la salud las que causan resultados económicos menos buenos. Esta perspectiva parece ser verdad para algunas enfermedades en el mundo desarrollado. Por ejemplo, se sostiene que la mayor parte de la diferencia en la mortalidad por cáncer pulmonar entre negros y blancos puede ser explicada por diferencias en el acceso a la cirugía. Sin embargo, esta perspectiva es particularmente importante en los países desarrollados y ha sido sustentada recientemente por el economista de Harvard, Jeffrey Sachs.

Estas dos visiones diferentes sobre la direccionalidad de la causalidad entre las disparidades en cuidado sanitario y salud, son importantes porque llevan a perspectivas diferentes para crear equidad y justicia.

La perspectiva de Michael Marmot sostiene que el estatus socioeconómico lleva a diferencias en los resultados sanitarios, siendo los servicios de cuidado de la salud poco significativos. En esta perspectiva, la inversión debería estar dirigida a mejorar la situación económica de la gente porque su mejoría mejorará el estatus sanitario.

La aproximación de Jeffrey Sachs sostiene que el mal cuidado de la salud lleva a mala salud y que ésta determina un bajo rendimiento económico. Según esta perspectiva, la inversión debería estar dirigida a mejorar los servicios de cuidado sanitario, lo que llevaría a mejor salud, mejor productividad y crecimiento económico.

Obsérvese la ironía de que el economista sugiere invertir en salud para mejorar la economía, en tanto el médico y los expertos en salud pública proponen invertir en mejorar el estatus económico para mejorar la salud.

¿Qué deberíamos hacer? ¿Qué demanda la justicia?

Norman Daniels ha sostenido en una serie de artículos que los datos de Marmot sugieren que deberíamos superar el tema del cuidado de la salud y enfocar hacia la justicia social. Este sería el mejor modo de crear una sociedad justa y mejorar la salud en general.

Hay varios problemas relacionados con esta aproximación. En primer lugar, está el curioso tema de que las disparidades socioeconómicas no pueden explicarlo todo. Las mujeres son menos pudientes y sin embargo están mejor que los hombres en términos de mortalidad. Por lo demás, en algunas áreas tenemos información de que las diferencias procesales en realidad llevan a resultados diferentes.

En segundo término, reducir las desigualdades socioeconómicas es muy difícil. En los Estados Unidos las desigualdades en ingreso están creciendo. En realidad en todo el mundo desarrollado, incluyendo lugares como Japón y los países escandinavos, las disparidades están creciendo, no reduciéndose.

En tercer lugar, la hipótesis central para explicar el nexo entre las disparidades socioeconómicas y las disparidades en salud no son diferencias en ingreso sino diferencias en el control sobre el propio ambiente –las condiciones de trabajo, el vecindario, el propio destino–. Esto se relacionaría sólo parcialmente a una mayor igualdad de ingreso. Incluso con mayor igualdad en el ingreso podría haber una diferencia persistente en el poder. Después de todo, alguien tiene que ser el jefe con más autoridad y autonomía, incluso si no hay demasiada diferencia en el pago.

En cuarto lugar, las formas de transferencia de ingreso necesarias para generar igualdad difícilmente son las que concitan apoyo general, por lo menos en los Estados Unidos. En realidad, como he sostenido en otro lugar, el cuidado de la salud se vería grandemente en peligro si lo consideramos sólo un programa de transferencia de ingresos.

Todo esto no debiera interpretarse como rechazando la suposición de que necesitamos una más justa distribución de los recursos económicos. La necesitamos pero no debemos pensar que esto va a llevar a mejores resultados en salud.

El punto de vista de Jeffrey Sachs de que el cuidado de salud lleva al crecimiento económico tampoco funciona muy bien en los Estados Unidos. Los resultados de los últimos años han mostrado que menos servicios de cuidado sanitario –y la restricción resultante en el gasto en cuidado de la salud y menor inflación– llevan a un crecimiento económico mayor liberando dinero para inversiones. Si esta inversión funciona en los países en desarrollo es poco probable que funcione cuando ellos alcanzan un nivel modesto de desarrollo y la salud no es un factor importante en la productividad. Lo cual no solamente es cierto sólo para los Estados Unidos y Canadá sino para casi la totalidad del hemisferio americano.

De cualquier manera que este debate se resuelva un punto es claro, no vamos a eliminar los servicios de cuidado de la salud incluso si creemos que la postura de Marmot es correcta, y aquí el punto es: ¿Qué exige la justicia?

Permítaseme decir claramente que no creo que la justicia exija los mismos servicios de cuidado sanitario para todos y cada uno. La justicia no exige que todos manejen el mismo carro, tengan la misma casa o usen la misma ropa. Esta uniformidad de bienes fue un error clave de los comunistas chinos. En lugar de eso la justicia requiere que:

- 1) Cada uno tenga la oportunidad de recibir un valor similar de servicios de cuidado sanitario, con la precisión determinada por cada uno. Este valor de servicios necesita ser bastante robusto para cubrir la mayor parte de las medidas preventivas, la atención primaria y el cuidado en situación catastrófica, pero no puede ser ilimitado ni gratis.
- 2) Los ricos pueden gastar más y obtener más cuidado compatible con la justicia. Un sistema doble o incluso múltiple, es justo. El verdadero tema de la justicia es que el sistema básico sea adecuado de tal manera que la mayor parte de la gente –tal vez el 90%– no se sienta impelido a comprar un sistema más caro. En otras palabras el nivel inferior no puede ser el nivel para los más pobres solamente. Tiene que ser un nivel para la clase media.

- 3) Mi propia preferencia –una que he sostenido desde 1990– es un sistema de bonos en el cual el bono pueda comprar la cobertura básica a través del seguro o una organización de salud gerenciada sin ningún pago adicional y, sin embargo, aquellos que deseen comprar más servicios de cuidado sanitario puedan hacerlo con pago adicional.

- 4) Este sistema no puede implementarse sin el gobierno. El gobierno será necesario para aprobar los planes de seguro y las ofertas de salud gerenciada para los valores básicos de bonos. El gobierno será necesario para ajustar el riesgo al valor de los planes de salud. El gobierno será necesario para evaluar la calidad del cuidado.

NOTAS PARA UNA FUNDAMENTACIÓN ÉTICA DE LOS PROGRAMAS DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Luis Argentino Pico

- Los fundamentos éticos de los programas de mejoramiento continuo de la calidad asistencial se basan en los derechos principalísimos del hombre, el respeto por la dignidad de la persona humana y la plena vigencia de los principios y virtudes éticas y morales.
- Uno de los grandes desafíos de la sociedad contemporánea es contribuir, desde los distintos sectores comprometidos, a modificar las profundas desigualdades que dañan la trama social y que condicionan a gran parte de la población a no tener acceso a los sistemas y servicios de salud, a la educación, al trabajo o a la vivienda digna, entre otras necesidades básicas insatisfechas.
- Para poder actuar con éxito sobre la mayoría de estas inequidades, es de fundamental importancia promover, con la palabra y el ejemplo, un sólido compromiso ético de respeto de la dignidad del ser humano, en todos los sectores, y en forma particular en los sistemas y servicios de salud.
- Tarea compleja que requiere de una buena formación ética; de una manifiesta predisposición al diálogo, al intercambio de ideas y experiencias; y de un accionar sostenido, profundo y persistente con el fin de producir los cambios culturales y operacionales necesarios.
- La Bioética y la Etica Biomédica aportan el marco conceptual y estratégico para avanzar en la búsqueda de la imagen objetivo deseada; estimulando el diálogo transdisciplinario, participativo, democrático y pluralista; que posibilita el encuentro de las grandes coincidencias en el sector y el con-

sensu necesario para superar con criterio ético los problemas que genera la falta de equidad en el sistema social en general y en los sistemas de salud en particular.

- Los cambios políticos, económicos, sociales, culturales y científicos de la época generaron distintas corrientes de pensamiento que fueron enriqueciendo el conocimiento sobre aspectos controvertidos de la práctica médica.
- En este orden de ideas, es oportuno recordar que a partir de la segunda mitad del siglo XX se evidenció un cambio en las manifestaciones de la cultura contemporánea, con el desarrollo del Método de Conciencia, de profundo contenido humanista y de revalorización del ser humano, que plantea profundas diferencias con el Principio de la Razón que predominó en la cultura moderna.
- En las últimas décadas aparece una línea de pensamiento vinculada con los problemas éticos que genera a los integrantes del equipo de salud la incorporación de algunos procedimientos y prácticas en su aplicación en seres humanos, dando origen a la llamada Bioética.
- La salud es uno de los bienes más apreciados por los seres humanos; y contribuir a lograr que ese estado de bienestar psíquico, social y espiritual sea alcanzado por toda la población es una obligación ética.
- Convivimos en un período de profundos cambios conceptuales y operativos en salud; y la autoridad sanitaria de aplicación debe poner especial atención para que los mismos no se desvíen del lógico encuadramiento ético; con el objeto de detectar y prevenir a posteriori eventuales conflictos en la práctica médica.
- Asimismo resulta aconsejable no copiar modelos extraños a las pautas y valores culturales de la sociedad, ni incorporar en forma acrítica, procedimientos y técnicas que no respeten la dignidad de la persona humana. El desarrollo tecnológico debe estar al servicio del hombre y no éste al servicio de la tecnología.
- La OMS y la OPS han analizado y evaluado con profundidad las tendencias registradas en la organización sanitaria en las últimas décadas, así como las causas que las han originado. Actualmente existe una nueva for-

ma de pensar y de actuar en salud que ha generado modificaciones progresivas en la definición de sus objetivos, estrategias y planes de acción para dar respuesta concreta a los cambios registrados.

- En tal sentido cabe destacar el progresivo paso de un modelo medicalizado, que privilegiaba la recuperación de la salud, a otro más integrado, que sin descuidar las acciones dirigidas a las personas enfermas o con discapacidades, pone especial énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y a las acciones dirigidas al medio ambiente, con el fin de disminuir al máximo los riesgos evitables de enfermar y morir.
- Dentro de este cambio, la medicina individualista y personalizada fue cediendo espacios al trabajo en equipo y a la medicina integrada.
- La salud se considera como un estado de bienestar en el que intervienen distintos factores y no como la mera ausencia de enfermedad. La estrategia de la atención primaria de la salud se convierte en el instrumento idóneo para llegar con eficacia y eficiencia a la sociedad en su conjunto.
- Un mejor conocimiento de los principios y virtudes de la Ética y de su aplicación en la práctica médica, fortalecen el accionar sanitario. El comportamiento ético del sistema, con el soporte del enfoque sistémico y la planificación estratégica posibilitan realizar un adecuado análisis interpretativo de la realidad; detectar los problemas existentes; explicar los éxitos y fracasos del pasado; y diseñar una imagen objetivo deseada al corto, mediano y largo plazo, en base a criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia, calidad, prioridad y costo beneficio, que aseguren un modelo médico humanizado con el mejor nivel asistencial posible.
- Una nueva interpretación operativa del concepto de salud–enfermedad orienta el accionar sanitario hacia el hombre y el medio. Hacia el hombre sano para evitar que enferme y hacia el hombre enfermo para recuperarlo o rehabilitarlo física, psíquica y socialmente.
- Asimismo, el accionar sanitario pone especial énfasis en atender los problemas del medio ambiente en sus diversas expresiones. La salud ambiental es una prioridad ética que debe ser encarada con la misma intensidad que las acciones dentro de los programas de atención médica integral.

- Actualmente se considera al sector salud como un sistema abierto; muy complejo; fuertemente interrelacionado e influenciado por el medio; con recursos económicos y financieros limitados; muchas veces enfrentado en luchas de intereses poco éticos; con un alto grado de incertidumbre y con conflictos intra y extrasectoriales, que requieren para alcanzar sus metas y objetivos de políticas claras, explícitas y consensuadas que tengan a la persona humana como el eje, objeto y sujeto del accionar sanitario.
- Esta visión sistémica, integradora, expansionista y teleológica muestra la complejidad del sector salud y la necesidad de actuar racionalmente, partiendo de la realidad del medio, basados en un enfoque ético, en el proceso de toma de decisiones, en la definición de prioridades, en la asignación de recursos y en el uso racional de la tecnología médica.
- Conciliar los aspectos de equidad, de eficiencia y de calidad asistencial pasa por los criterios éticos y por las cualidades morales de quienes deben tomar las decisiones en la práctica médica al lado del paciente o en la asignación de recursos, tanto a nivel de la macroasignación (ética social) como de la microasignación que realizan los médicos asistenciales en la atención de sus pacientes.
- Dentro de esta línea de pensamiento se deben orientar todos los esfuerzos para alcanzar la ambiciosa meta social de salud para todos y por todos en el menor tiempo posible, con eficiencia, con calidad asistencial y con el mayor beneficio para toda la población.
- La calidad asistencial, la eficiencia, la definición de prioridades, la asignación de recursos y el uso racional de los mismos constituyen una preocupación ética universal.
- El nivel de calidad asistencial es la resultante de la interacción de tres factores concurrentes, como son el correcto desempeño profesional, el estricto cumplimiento del marco normativo institucional y la buena relación médico-paciente; todos ellos de profundos contenidos éticos.
- El desempeño profesional está directamente relacionado con el nivel de conocimientos y con el grado de desarrollo de hábitos, habilidades y des-

trezas en el manejo de esos conocimientos, lo que configura la llamada aptitud profesional; y con el conjunto de actitudes éticas y morales necesarias para el desempeño responsable y comprometido de la práctica médica.

- Tanto las aptitudes como las actitudes necesarias para el buen desempeño profesional son objetivos fundamentales en el proceso de desarrollo de los recursos humanos para la atención de la salud, que exige de una efectiva interacción entre las instituciones formadoras y de las entidades utilizadoras de los mismos.
- Normas oficiales deben regular el ejercicio y control profesional. En algunos países los sistemas de Certificación y Recertificación periódica de los distintos integrantes del equipo de salud, realizada por los propios pares, que deben evaluar tanto las aptitudes como las actitudes éticas, constituyen una estrategia válida para garantizar la calidad de la atención médica y son estímulos adecuados para promover la capacitación y la educación continua de los recursos humanos del sector.
- El marco normativo institucional está constituido por el conjunto de normas de organización y funcionamiento de los servicios, de manuales de procedimiento, de protocolos de atención médica y de algoritmos diagnósticos y terapéuticos de los problemas sanitarios más frecuentes, basados en criterios de especificidad, sensibilidad y costo beneficio, de normas sobre obligaciones y derechos del paciente; manuales de auditoría médica y control de calidad de atención médica y por modelos de encuesta de evaluación de la satisfacción de los pacientes y sus familiares entre otros.
- Los distintos componentes del marco normativo institucional deben ser elaborados con la activa participación de los protagonistas y actores del acto médico, con el fin de garantizar la coherencia externa e interna de las normas, la factibilidad y especialmente la viabilidad de su aplicación. Los principios éticos y morales, y el respeto por la persona humana fortalecen los criterios de aptitud, factibilidad y viabilidad de la norma.
- Los procesos de normatización deben ser dinámicos, monitorizados, supervisados y evaluados periódicamente con el fin de retroalimentar los mecanismos de alimentación y garantizar la calidad de los servicios y de las prestaciones. La acreditación institucional forma parte de este proceso.

- La autoridad sanitaria de aplicación debe ser la responsable de elaborar e instrumentar los programas de garantía de calidad de la atención médica, y los establecimientos asistenciales de elaborar y desarrollar sus propios programas de mejoramiento continuo de la calidad asistencial.
- Son funciones de los programas de garantía de calidad la de normatizar los siguientes aspectos específicos:
 - La categorización de los establecimientos asistenciales en base a criterios de riesgo y la habilitación, según categoría, de los mismos.
 - La matriculación, la certificación y la recertificación de los distintos integrantes de los equipos de salud.
 - La elaboración de los estándares básicos de producción y rendimiento de los servicios de salud.
 - El asesoramiento y asistencia técnica a los establecimientos asistenciales y a las entidades académicas, universitarias y científicas que colaboran en el diseño de las normas y en los distintos aspectos relacionados con la implementación y el desarrollo del programa.
 - La elaboración del marco regulatorio del ejercicio profesional y de normas de fiscalización y control del cumplimiento del programa.
 - La evaluación de calidad de las prestaciones de atención médica y la acreditación de los servicios de salud.
 - El análisis del impacto de los resultados alcanzados y del grado de satisfacción del usuario.
- La estrategia operativa y la fortaleza del programa radican fundamentalmente en el grado de participación de los protagonistas y actores del acto médico y de los aportes que pueden realizar los pacientes y familiares.
- La medicina de nuestros días es una medicina de decisiones éticas.
- La complejidad actual de los sistemas de salud exige una conducta ética en la relación médico-paciente, en la relación entre los distintos integrantes

del equipo de salud y de estos con los pacientes y con los familiares, así como entre las instituciones formadoras y los organismos financiadores con los profesionales y viceversa.

- Asimismo, resulta necesario promover la relación ética de los organismos financiadores y de las entidades prestadoras con los pacientes y con los familiares.
- En todo modelo humanizado de atención médica integral, sustentado en los derechos del paciente, la equidad, la accesibilidad, la eficiencia y la calidad asistencial se relacionan directamente entre sí.
- El enfoque ético en la definición de prioridades y en la asignación de recursos son instrumentos que aseguran la equidad del sistema, dado que cuando se decide hacer algo con recursos limitados, se está decidiendo simultáneamente no hacer otra cosa.
- La accesibilidad sin calidad asistencial no da respuesta adecuada a la demanda; y la eficiencia del sistema está fuertemente vinculada con el criterio de calidad.
- La mejor medicina es sin ningún lugar a dudas, la buena medicina, la que respeta la dignidad de la persona humana, hace un uso racional de la tecnología disponible y obtiene los mejores resultados posibles.
- La relación médico–paciente debe ser el equilibrio moral entre el principio de beneficencia que ejercen los profesionales, el del libre albedrío o autonomía que tienen los pacientes, y el de justicia que delimita los derechos y obligaciones de ambos. El principio de beneficencia está asociado con el *saber hacer* y el de no–maleficencia con el clásico concepto de *primum non nocere*.
- En el accionar sanitario se deben tener en cuenta al conjunto de derechos que protegen al paciente, entre los que se pueden mencionar los derechos principalísimos del hombre, los derechos humanos universalmente reconocidos, el derecho a la salud, el derecho a la información, el derecho a no ser internados contra su voluntad, la privacidad de la historia clínica, el respeto a la intimidad, el consentimiento informado y la confidencialidad.

- El Estado debe garantizar la calidad de la atención médica y los establecimientos asistenciales deben elaborar el marco normativo de los programas de mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica, instrumentando los mecanismos necesarios para mejorar la accesibilidad a los servicios y asegurar la calidad de las prestaciones.
- Los programas nacionales de garantía de la calidad de atención médica deben estar orientados a contribuir a mejorar la equidad, solidaridad y humanización del sistema, la accesibilidad y utilización de los servicios, la efectividad, eficacia y eficiencia y calidad del sistema, el fortalecimiento institucional del sector, el proceso de transformación del modelo, la educación médica continua, la capacitación en servicio y la contención de la industria de la mala praxis.
- Los programas de mejoramiento continuo de la calidad asistencial se sustentan en criterios de ética biomédica, en los derechos del paciente, en el respeto de la dignidad por la persona humana, en el uso racional de la tecnología médica, en la humanización del modelo y fundamentalmente en el grado de satisfacción de los usuarios, y se orientan a contribuir a mejorar el nivel y calidad de vida y salud de la población.
- Humanizar el modelo de atención médica y mejorar los servicios de salud de toda la población son compromisos éticos que la sociedad en su conjunto debe contribuir a mejorar.
- En la práctica los cambios en el modelo de atención médica fueron generando en muchos casos problemas éticos en la relación de los profesionales con las entidades profesionales, con las instituciones prestadoras y de estos con los profesionales, no obstante la obligación ética de todos los integrantes del equipo de salud con los pacientes; siempre debe privilegiarse y permanecer inalterable aunque la relación médico-paciente pueda ser alterada por problemas del modelo, por conflicto de intereses o por falencias de las instituciones de las entidades prestadoras.
- Una de las principales estrategias para superar los conflictos éticos y morales que se presentan a diario en el complejo campo de la medicina actual son la creación de comisiones nacionales de ética biomédica que orienten y promuevan la creación de los comités hospitalarios de ética médica, de carácter transdisciplinario, con participación de profesionales y no profe-

sionales de la institución, asistentes sociales, abogados, filósofos, sociólogos, y representantes de los distintos credos reconocidos.

- Mucho es lo escrito y hecho en materia de comités hospitalarios de ética médica, que en su mayoría permiten un abordaje interdisciplinario y profundo de los problemas éticos que se presentan en la práctica médica diaria, pero también cabe destacar el rol trascendente que tienen en el desarrollo de los programas de mejoramiento de la calidad asistencial y en especial en el proceso de toma de decisiones en situaciones conflictivas, relacionadas especialmente con la definición de prioridades y la asignación de los recursos.
- Los comités de ética hospitalaria constituyen por lo tanto instrumentos válidos para garantizar la equidad, la solidaridad, la eficiencia y la calidad asistencial en cada institución, cuando se los organiza u orienta para cubrir esta importante función social.

GUÍA DE EXIGENCIAS PARA LOS MANUSCRITOS

(Extractadas de las “Instrucciones a los Autores”)

Debe ser revisada por el autor responsable, marcando su aprobación en cada casillero que corresponda. Los co-autores deben identificarse y firmar la página del reverso. Ambos documentos deben ser entregados junto con el manuscrito.

- Este trabajo (o partes importantes de él) es inédito y no se enviará a otras revistas mientras se espera la decisión de los editores de *Acta Bioethica*.
- El texto está escrito a doble espacio, en hojas tamaño carta.
- Respetar el límite máximo de longitud permitido por esta Revista: 20 páginas
- Incluye un resumen de hasta 200 palabras, en castellano y en inglés.
- Las citas bibliográficas se presentan con el formato internacional exigido por la revista. (Estilo de Vancouver.)
- Incluye como citas bibliográficas sólo material publicado en revistas de circulación amplia, o en libros. Los resúmenes de trabajos presentados en congresos u otras reuniones científicas pueden incluirse como citas bibliográficas únicamente cuando están publicados en revistas de circulación amplia.
- El manuscrito fue organizado de acuerdo a las “Instrucciones a los autores”.
- Se indican números telefónicos y de fax del autor que mantendrá contacto con *Acta Bioethica*.

Nombre y firma del autor que mantendrá contacto con *Acta Bioethica*.

Teléfonos: _____ Fax: _____

RESPONSABILIDAD DE AUTORÍA

Cada co-autor debe firmar esta declaración, que se exigirá junto con el manuscrito y la “Guía de Exigencias para los Manuscritos”.

Título del Manuscrito:

Declaración: Certifico que he contribuido directamente al contenido intelectual de este manuscrito, a la génesis y análisis de sus datos, por lo cual estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él y acepto que mi nombre figure en la lista de autores.

Nombre y Firma de los Co-autores

Fecha de Firma

-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

Los trabajos enviados a *Acta Bioethica* deberán ajustarse a las siguientes instrucciones, preparadas considerando el estilo y naturaleza de la Revista y los “Requisitos Uniformes Para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas” (Estilo de Vancouver), establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors (*Annals of Internal Medicine* 1997; 126:36-47):

1. Requisitos Técnicos

- El trabajo será escrito a doble espacio, en hojas tamaño carta (21,5 x 27,5 cm), dejando un margen de 2,5 cm en los cuatro bordes.
- Todas las páginas deben ser numeradas en el ángulo **superior derecho**, empezando por la página del título.
- La extensión del texto no debe sobrepasar las **20 páginas**.
- Debe enviarse el original, acompañado de una copia para PC, en diskette de 3,5”, de preferencia en Word Perfect 6.0.
- Deben entregarse **2 ejemplares** idénticos de todo el texto, con sus correspondientes referencias.
- Conserve copias de todo el material enviado.

1.1 Especificaciones tipográficas

- FUENTE: Times New Roman
- TÍTULOS: mayúsculas, negrita, centrado, 13 pt.
- AUTOR: mayúscula inicial y minúsculas, regular, marginado derecha, 13 pt.
- CUERPO DEL TEXTO: 11 pt.
- REFERENCIAS: 10 pt.
- NOTAS PIE DE PÁGINA: 09 pt.
- SUBTÍTULOS DE PRIMERA CATEGORÍA: mayúscula inicial y minúsculas, negritas, marginado a la izquierda, 11 pt.

- SUBTÍTULOS DE SEGUNDA CATEGORÍA: mayúscula inicial y minúsculas, cursiva negrita, marginado a la izquierda, 11 pt.
- SUBTÍTULOS DE TERCERA CATEGORÍA: mayúscula inicial y minúsculas, cursiva regular, marginado a la izquierda, 11 pt.

2. Esquema Estructural del Trabajo

2.1. *Página Titular*

La primera página del manuscrito contendrá: 1) El título del trabajo, que debe ser conciso pero informativo sobre el contenido central de la publicación; 2) El o los autores, identificándolos con su nombre de pila, apellido paterno e inicial del materno; 3) Nombre de la o las Secciones, Departamentos, Servicios e Instituciones a las que debe darse crédito por la ejecución del trabajo; 4) Nombre y dirección del autor con quien establecer correspondencia o solicitar separatas, incluyendo número de Fax y Correo Electrónico.

Cada una de las secciones siguientes (2.2 a 2.8) debe iniciarse en una página nueva.

2.2. *Resumen y Palabras-clave*

La segunda página incluirá un resumen de no más de **200 palabras** que describa los propósitos del estudio o investigación, metodología empleada y las conclusiones más importantes.

Al final del resumen los autores deberán agregar e identificar como tales, de tres a diez “palabras-clave” o frases cortas, que ayuden a los indizadores a clasificar el artículo, las cuales se publicarán junto con el resumen. Utilice para este propósito los términos enlistados en el Medical Subject Headings (MeSH) del *Index Medicus*; en el caso de términos de reciente aparición que todavía no figuren en los MeSH, pueden usarse las expresiones actuales. Consultar siguiente Web page:

- <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

Se recomienda a los autores proporcionar su propia traducción del resumen al inglés (abstract), el cual también debe consignar listado de palabras-clave (key-words). *Acta Bioethica* realizará dicha traducción para quienes no puedan proporcionarla.

2.3. Introducción

Expresa el propósito del artículo y resume el fundamento lógico del estudio u observación. Mencione las referencias estrictamente pertinentes, sin hacer una revisión extensa del tema. No incluya datos ni conclusiones del trabajo que está dando a conocer.

2.4. Metodología

Detalle los métodos, técnicas y procedimientos seguidos para recoger u organizar la información.

2.5. Resultados

En trabajos de contenido empírico, resume los resultados en tablas o gráficos, sin duplicar, reiterar o analizar la información entregada.

2.6. Conclusión

Establezca el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que no estén completamente respaldadas por los datos presentados. Las recomendaciones, cuando sea apropiado, pueden incluirse.

2.7. Agradecimientos

Expresa su agradecimiento sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones sustantivas a su trabajo, como apéndice del texto.

2.8. Referencias

- Las referencias deberán enumerarse consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto (Sistema de orden de mención [Citation-order system]). Identifíquelas mediante numerales arábigos, colocados entre paréntesis al final de la frase o párrafo en que se las alude. Se repetirá este número las veces que se cite la misma referencia.
- Emplee el estilo de los ejemplos descritos en el punto 3, los cuales están basados en el formato que la U.S. National Library of Medicine (NLM) usa en el *Index Medicus*.
- Al referenciar revistas científicas cítelas por su nombre completo (no abreviado). (Ver: National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. *Index Medicus* 1998: 111-190.)
- Absténgase de utilizar resúmenes como referencias.

- Las referencias de artículos aceptados pero aún en trámite de publicación deberán designarse como “en prensa” o “próximamente a ser publicados”; los autores obtendrán autorización por escrito para citar tales artículos y comprobar que han sido aceptados para publicación.
- El estilo de los “Requisitos Uniformes” (Estilo de Vancouver) se basa en su mayor parte en un estilo estándar ANSI (American National Standards Institute) adaptado por la NLM para sus bases de datos.

3. Artículos de Revistas Científicas

3.1. Artículo estándar de revista

Apellido e inicial del nombre del o los autores, en altas y bajas. Mencione todos los autores cuando sean seis o menos; si son siete o más, incluya los seis primeros y agregue “et al”.

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia after Chernobyl: 5 year follow-up. *British Journal of Cancer* 1996; 73: 1006-12.

3.2. Autor corporativo

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing, Safety and performance guidelines. *Medical Journal of Australia* 1996; 164: 282-84.

4. Libros y otras Monografías

4.1. Individuos como autores

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*. 2nd. ed. Albany(NY): Delmar Publishers; 1996.

4.2. Directores (editores) o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, (eds). *Mental health for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

4.3. Capítulo de libro

Phillips SJ, Whistnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, (eds). *Hypertension: pathophysiology, diagnosis and manangement*. 2nd. ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

5. Material Electrónico

5.1. Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. Factors on the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Para otros tipos de publicaciones, no incluidos en este listado básico, remítase a los ejemplos dados en el *Annals of Internal Medicine* 1997; 126: 36-47.

Las mayoría de las revistas científicas han publicado los “Requisitos Uniformes para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas”, del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (CIERM); en la actualidad varios sitios de Internet incluyen dicho documento.

Consultar las siguientes Web pages:

- <http://www.adm.org.mx/biblioteca/req.html>
- <http://www.nlm.nih.gov>
- <http://www.infmed.com.ar/REQUISPUB.htm>
- <http://www.ijhp.org/manuscript.htm>
- <http://www.etikkom.no/NEM/REK/vancouv.htm>
- http://www.facs.org/about_college/acsdept/jacs/manureq

6. Separatas

Deben ser solicitadas por escrito a *Acta Bioethica*, después de recibir la comunicación oficial de aceptación del trabajo. Su costo debe ser asumido por el autor.

7. Guía de Exigencias para los Manuscritos y Declaración de Responsabilidad de Autoría

Ambos documentos deben ser entregados junto con el manuscrito.

NOTA: Para la elaboración del presente documento el Departamento de Publicaciones y Diseminación del Programa Regional de Bioética OPS/OMS consultó las siguientes fuentes bibliográficas:

- Organización Panamericana de la Salud. *Manual de estilo OPS*. Washington, DC: OPS; 1995. (Documento PAHO/WHO STAND/ 95.1)

- International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126: 36-47.
- Day R. *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1990. (Publicación Científica 526)
- Sociedad Médica de Santiago. *Revista Médica de Chile* 1998; 126: 875-887.
- National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. *Index Medicus* 1998: 111-190.

Y los siguientes Websites:

- <http://www.adm.org.mx/biblioteca/req.html>
- <http://www.nlm.nih.gov>
- <http://www.infmed.com.ar/REQUISPUB.htm>
- <http://www.ijhp.org/manuscript.htm>
- <http://www.etikkom.no/NEM/REK/vancouv.htm>
- http://www.facs.org/about_college/acsdept/jacs/manureq

