

Aspectos éticos de la distribución de recursos escasos y el derecho a la asistencia médica

Dr. Gabriel d'Empaire*

RESUMEN

En las últimas décadas el incremento sostenido de los costos de atención médica, asociado a un aumento en la demanda de servicios, y a una gran ineficiencia por parte de los sistemas de atención sanitaria, han llevado a muchos sistemas de salud a una seria crisis y a un enfrentamiento entre los principios de justicia y de beneficencia. Lo que en la década de los años 70, fue un llamado a la reflexión sobre la necesidad de contener los gastos de los sistemas sanitarios, se ha transformado en una profunda inquietud sobre cómo encontrar una salida viable al diseño de un sistema de atención médica que sea equitativo y sostenible en el mundo actual. El monto de la inversión sanitaria no guarda una relación lineal con los resultados obtenidos. Lo que de una forma simplista, ha sido interpretado como un problema de cantidad de dinero que debe invertirse para garantizar una equada atención médica, es realmente un complejo problema que exige: una profunda reflexión sobre los mecanismos adecuados de contención de costos, una revisión del marco deontológico y de justicia que hasta el presente se ha utilizado, pero aún más, una detenida revisión de los fines actuales de la medicina.

Si bien este problema afecta, en mayor o menor grado a todos los sistemas de atención médica del mundo, nuestro caso particular reviste una especial gravedad, dado el profundo deterioro que ha ocurrido en nuestro sistema sanitario en los últimos años.

En el presente trabajo, se revisan las principales causas del incremento de los costos, así como la necesidad de que los médicos reciban educación al respecto, a fin de que participen activamente en la contención de los mismos. Se analiza el problema relacionado con la concepción tradicional de la ética médica, según la cual, se ha considerado que la obligación del médico es atender al enfermo independientemente de cuanto deba invertirse en su tratamiento, y por tanto, cualquier consideración en este sentido está reñida con la ética profesional. En

este sentido, se discute la necesidad de lograr que el médico de hoy comprenda que la gestión eficiente de los recursos destinados a la atención médica, es una responsabilidad moral ineludible a fin de cumplir con el principio de justicia.

Para una mejor comprensión de esta situación, en el trabajo se analiza el marco deontológico y de justicia distributiva que hasta el presente se ha utilizado, en la mayoría de los sistemas de atención médica del mundo occidental, y la necesidad de cambiar el concepto de justicia distributiva basado en la concepción del estado de bienestar, por un marco de justicia distributiva basado en la igualdad y la equidad de acuerdo a la Teoría de la Justicia de J Rawls.

Se establecen algunos criterios indispensables para el logro de un sistema sanitario justo: eficacia, eficiencia y la urgencia de definir las necesidades reales que serán cubiertas por el sistema sanitario. Los límites que deben establecer al derecho a la atención médica, el concepto de mínimo ético decente, lo cual significa, en muchos casos, la limitación de ciertas prestaciones de salud.

Finalmente se enumeran diferentes aspectos que deben contemplarse en el diseño de un sistema sanitario en la actualidad, a fin de ofrecer un marco de referencia para el análisis de la situación actual en nuestro país.

Se puede afirmar que, de una u otra manera, y en mayor o menor grado, todos los sistemas de atención sanitaria del mundo occidental se han visto afectados, en las últimas décadas, por el incremento sostenido de los costos de atención médica. Este incremento en los costos, asociado a un aumento en la demanda de servicios, y a una gran ineficiencia por parte de gran número de los sistemas de atención médica, ha llevado a muchos sistemas de salud a una seria crisis y a un enfrentamiento entre los principios de justicia y de beneficencia. La situación planteada es de tal magnitud que pudiera también afirmarse que el problema de la macro bioética clínica más

*Médico cardiólogo-intensivista. Magister en Bioética.
Trabajo presentado en la sesión del día 21 de junio de 2001.

importante, en la actualidad, ha estado centrado en el debate sobre los criterios éticos que deben regir la asignación y manejo de recursos en el sistema sanitario. Lo que al inicio de la crisis, en la década de los años 70, fue un llamado a la reflexión sobre de la necesidad de contener los gastos de los sistemas sanitarios, se ha transformado en una profunda inquietud sobre cómo encontrar una salida viable al diseño de un sistema de atención médica que sea equitativo y sustentable en el mundo actual.

Este problema ha afectado a todos los países del mundo occidental, y ha dejado en evidencia que el incremento en la inversión en salud no resuelve la situación. Un claro ejemplo, en tal sentido, lo constituye Estados Unidos, la primera economía del mundo, donde se invierte el 14% del PIB en atención médica y donde existen 37 millones de personas sin cobertura de seguro. El monto de la inversión sanitaria no guarda una relación lineal con los resultados obtenidos (1-3). Lo que de una forma simplista, ha sido interpretado como un problema de cantidad de dinero que debe invertirse para garantizar una adecuada atención a todos por igual, es realmente un complejo problema que exige una profunda reflexión sobre los mecanismos adecuados de contención de costos; una revisión del marco deontológico y de justicia que hasta el presente se ha utilizado, pero aún más, una detenida revisión de los fines actuales de la medicina .

Si bien este problema afecta, en mayor o menor grado a todos los sistemas de atención médica del mundo, nuestro caso particular reviste una especial gravedad, dado el profundo deterioro que ha ocurrido en nuestro sistema sanitario en los últimos años. Este trabajo pretende revisar las principales determinantes del incremento de los costos de atención médica, así como el marco deontológico y de justicia distributiva bajo el cual han estado funcionando la mayoría de los sistemas de atención de salud, para luego, discutir algunas alternativas de solución que se han venido planteando a nivel de otros sistemas sanitarios, a fin de ofrecer un marco de referencia para el análisis de la situación actual en nuestro país.

1. Incremento de los costos de atención médica

Entre las principales causas que han determinado un incremento progresivo de los costos de atención médica, se pueden enumerar las siguientes:

1. El desarrollo científico y tecnológico.
2. Una mayor exigencia por parte de los usuarios.
3. La asimetría de la información.
4. Los terceros pagadores.
5. La medicina defensiva.
6. La ineficiencia de los sistemas de salud.

1.1 El desarrollo científico y tecnológico

El avance científico y tecnológico de las últimas décadas ha sido, sin lugar a dudas, una de las principales causas de aumento de los costos de atención médica. La medicina de hoy cuenta con sofisticados equipos de soporte de vida en cuidados intensivos, novedosas técnicas desarrolladas en cirugía, extraordinarios equipos de imagenología, tratamientos farmacológicos obtenidos por costosas técnicas de ingeniería molecular, nuevos métodos de fertilización asistida, que entre otros, están disponibles para la atención de la mayoría de los pacientes.

Nadie duda de los extraordinarios beneficios que el desarrollo de estas técnicas han traído, al permitir tratar muchas enfermedades que antes resultaba imposible controlar; gracias a ellas, ha sido posible aumentar la expectativa de vida de los seres humanos y en muchos casos mejorar la calidad de vida de muchos enfermos. Pero a la vez, han surgido también importantes dilemas éticos que deben ser consideradas:

¿Está justificada la aplicación de estas técnicas en todos de los pacientes que la reciben?

¿Se ha demostrado la utilidad real de muchos de estos tratamientos?

¿Hasta que punto influye, en estas indicaciones, la formación cada vez más tecnificada de los médicos, así como la posible obligación de usar ciertas técnicas por el solo hecho de disponer de ellas?

¿Hasta que punto, muchos de estos métodos de diagnóstico y tratamiento son utilizados por presiones del mercado, conflictos de interés o incluso presiones de los enfermos?

La justificación de la aplicación de técnicas de alto costo está basada en la demostrada utilidad de la misma; no sólo en relación con la indicación para una patología específica, sino lo que es más importante, la indicación para el paciente en particular que sufre esa patología, de acuerdo a

un estricto análisis del pronóstico del enfermo en términos de su cantidad, calidad de vida y relación costo beneficio. La formación de los médicos, en ambientes altamente tecnificados, lleva en muchos casos al uso de métodos de utilidad aún no demostrada. Surge la falsa obligación de indicar estas técnicas por el solo hecho de disponer de ellas, sin un análisis minucioso de las consecuencias de su utilización.

Con frecuencia, en la práctica médica se cae en conflictos de interés, al hacerse indicaciones orientadas por las casas comerciales que anteponen sus intereses económicos a la veracidad de la información que manejan (4). A lo antes expuesto, debe además agregarse el desconocimiento que muchas veces tiene el médico de la utilidad real de tales procedimientos, debido a la falta de tiempo y preparación para el adecuado análisis de la información.

La disponibilidad de técnicas de diagnóstico y tratamiento, con utilidad aún no validada; asociadas a un enfoque positivista de la medicina, a una formación médica altamente tecnificada, y a los conflictos de interés antes mencionados, son causas frecuentes de un uso inapropiado de las mismas, al indicársele a los enfermos procedimientos, que en algunos casos, superan las necesidades reales. Todo lo antes expuesto constituye un grave problema ético, que atenta contra el principio de beneficencia y, en ocasiones incluso contra el principio de no maleficencia; pero que además establece un conflicto con el principio de justicia, al incrementar los costos en forma injustificada.

1.2 Mayor exigencia por parte de los usuarios.

El derecho a la atención médica y el paso de una relación privada a una relación pública:

En el siglo XVII se reconoce, por primera vez el derecho a la salud y a finales del siglo XIX, el derecho a la atención médica. Esta evolución histórica generó desde finales del siglo XIX, pero con mayor fuerza en el siglo XX, una nueva concepción de la medicina y de los derechos de los enfermos. La salud pasó a ser considerada un bien fundamental. La salud y la atención médica pasaron a ser obligaciones perfectas y por tanto exigibles en justicia (5) y no caridad, como se había considerado antes. Ante esta nueva concepción, todos los seres humanos tienen

derecho a la salud y a la atención médica, sin discriminación por sexo, raza, ni posibilidades económicas.

Además, la medicina durante las últimas décadas evolucionó, de ser una relación privada, establecida entre un paciente y un médico, a ser una relación pública más horizontal, en la cual participan: diferentes médicos especialistas, enfermeras, técnicos, fisioterapeutas y personal administrativo (6). La clásica relación médico paciente, privada, vertical, se transformó en una relación sanitaria, usuario/equipo de salud, lo cual no sólo ha traído importantes cambios cualitativos y cuantitativos, sino además un importante incremento de los costos de atención.

Ambas situaciones: el afianzamiento de los derechos de los enfermos a recibir atención médica, y la participación de mayor número de personas en el tratamiento de estos, han determinado un aumento de la demanda y costos de los servicios médicos y por tanto de la inversión que debe hacerse a nivel de los servicios de salud.

1.3 Asimetría de la información:

En el caso específico de la medicina existe lo que se ha denominado asimetría de la información. La misma ocurre debido a la ignorancia por parte del enfermo de sus necesidades reales y de las diferentes alternativas que existen para su diagnóstico y tratamiento. A diferencia de lo que suele ocurrir, en la mayoría de las relaciones comerciales, donde el usuario participa y decide la opción que más le conviene en términos de costo beneficio. En medicina, las técnicas de diagnóstico y tratamiento, a ser utilizadas, las decide el médico. El paciente no tiene la posibilidad de discutir las diferentes alternativas, que pudiesen ser, igual de efectivas, pero más económicas. Por tanto, el paciente en muchas ocasiones recibe tratamientos más costosos de los que él estaría dispuesto a pagar, si pudiese escoger (7). Esta situación tiene implicaciones, tanto en la medicina privada como en la pública, pues se debe partir del principio de que no hay medicina gratis, sólo hay diferencias en quién la paga.

1.4 Terceros pagadores:

Es muy frecuente que el pago de la atención médica se haga a través de instituciones públicas

de salud o por seguros privados. La presencia de estos terceros pagadores, en otras palabras, el hecho de que no sea el paciente directamente, ni el médico quienes pagan la factura hace que se tenga poca consideración sobre los costos. Si paga otro por qué preocuparnos...(7).

1.5 Medicina defensiva

El incremento de las demandas a los médicos ha ocasionado que con alguna frecuencia, éste incurra en gastos exagerados y a veces no justificados, a fin de protegerse de eventuales demandas (7).

1.6 Ineficiencia de los sistemas de salud

Uno de los problemas más graves de nuestro sistema de atención médica es su ineficiencia en la administración de recursos: tiempos de hospitalización prolongados, compras de equipos sin un adecuado análisis de costo beneficio, burocracia, incumplimiento del personal e incluso comisiones ilegales, contribuyen a un despilfarro de dinero que incide directamente en incrementos de los costos de atención médica.

Si el problema planteado está asociado, al menos en una buena parte, al incremento de los costos, en un sistema de recursos limitados, la primera aproximación que debemos hacer es reducir los costos de atención médica. Algunas de las causas de incrementos de costos, antes expuestas, pueden ser en parte controladas por el médico, en la medida que éste las conozca y sobre todo cuando tenga conciencia de la responsabilidad moral que en este tema tiene el médico de hoy. Es por lo tanto indispensable trabajar en la educación del médico, incorporar formalmente en su enseñanza la bioética y materias relacionadas con la gestión de los recursos económicos en salud. Resulta absolutamente necesario que al médico se le enseñen las causas que determinan incrementos de los costos, las técnicas para su contención, y la responsabilidad moral que en este sentido tiene. La solución no radica en limitar la tecnología, sino en la adecuada administración de los recursos a fin de maximizar los beneficios que de ella se pueden obtener, a través de una gerencia eficiente a todos los niveles del sistema sanitario (8).

En tal sentido, un grave problema que debemos afrontar, es la concepción tradicional que el médico tiene sobre la ética y la gestión de recursos

económicos; según la cual, el costo de la atención médica no es parte de su responsabilidad. La ética médica clásica ha estado enfrentada con el control de los costos. Siempre se ha considerado que la obligación del médico es atender al enfermo independientemente de cuanto deba invertirse en su tratamiento, y por tanto, cualquier consideración en este sentido está reñida con la ética profesional. Dada esta situación, resulta indispensable revisar el marco deontológico y de justicia que ha regido, hasta el presente la atención médica; a fin de analizar los cambios que en tal sentido han ocurrido en las últimas décadas, y de esta manera comprender la necesidad una nueva concepción de la ética médica, según la cual el médico debe actuar como gestor de los recursos de salud. Ya no es posible hacer buena medicina, sin una estricta consideración de los costos. Los médicos y los administradores de centros de salud deben entender la obligación moral que tienen de administrar los recursos sanitarios eficientemente. Sólo así será posible lograr un mejor equilibrio entre la demanda de servicios y los recursos disponibles, y de esta manera buscar una distribución más justa y equitativa del presupuesto sanitario.

2. Marco deontológico y justicia

¿Existe un derecho a la salud? ¿Existe un derecho a la atención médica? ¿Cuál es la diferencia entre el derecho a la salud y el derecho a la atención médica? ¿Si existen estos derechos, qué tipos de derecho son? ¿Cuáles son sus límites? ¿Qué compromisos tiene el estado, la sociedad y el individuo? ¿Cómo lograr que estos derechos sean efectivos para todos?

La respuesta a las dos primeras interrogantes es indudablemente afirmativa. Existe un derecho a la salud y existe un derecho a la atención médica. Sin embargo, es muy importante conocer la diferencia entre uno y otro, sus límites, las obligaciones del estado en relación con cada uno de estos dos derechos, y sobre todo, la forma a través de la cual se logrará que todos los ciudadanos tengan acceso al disfrute de ellos, en forma justa y equitativa.

2.1 Derecho a la salud y derecho a la asistencia médica:

En 1690, John Locke describió, por primera vez, los derechos primarios que todos tenemos como seres humanos (9). En otras palabras, derechos

inherentes a nuestra condición, sin que nadie pueda otorgarlos, quitarlos o regularlos. Estos son los derechos a: **la vida, la propiedad, la salud y la libertad, conocidos como derechos civiles y políticos.** Tales derechos son derechos negativos que trascienden cualquier legislación positiva y deben ser garantizados a todos los ciudadanos, por igual y en forma inmediata. El Estado está obligado a garantizar estos derechos a través de una legislación que impida la violación de los mismos.

El derecho a la salud, aquí enunciado, se refiere, sin embargo, al derecho que todos tenemos a que se nos garantice nuestra integridad física. El derecho a no ser agredidos física ni mentalmente; y que no debe ser confundido con el derecho a la atención médica o derecho a la atención de salud, el cual como se analizará a continuación forma parte de una segunda generación de derechos.

El derecho a la atención médica surgió a raíz de la revolución industrial y las luchas sociales de mediados del siglo XIX (10,11). Como consecuencia de esta situación histórica surgió una segunda generación de derechos, conocidos como: **derechos sociales, económicos y culturales**, los cuales exigen igualdad en la distribución de los recursos. En esta segunda generación de derechos se contempla el derecho a la asistencia médica, al igual que el derecho al trabajo, a la vivienda, a la educación etc... (10,11). Surgieron, de esta manera, a finales del siglo pasado, los primeros sistemas de atención social a los trabajadores. El primero de ellos creado por Otto Bismarck, en Alemania, seguido luego por la Ley de Pensionistas y la ley del Seguro Nacional en Inglaterra. Luego de la crisis económica de 1930, otros países europeos imitaron estos sistemas y a mediados de este siglo surgieron los programas de *Medicare* y *Medicaid* en Estados Unidos (11).

Estos derechos adquieren una dimensión internacional cuando La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1948, en su artículo 25, establece: (12)

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”

Es importante destacar que a diferencia de los derechos civiles y políticos, que son derechos

negativos, los derechos económicos, sociales y culturales son derechos positivos y como tales sujetos a las legislaciones. Son además derechos condicionados a los recursos disponibles y son de aplicación progresiva.

De esta forma, dadas las obligaciones que en uno y otro caso adquieren los gobiernos; los pactos internacionales de derechos civiles y políticos y de los derechos económicos, sociales y culturales, aprobados por la Asamblea General de la ONU en diciembre de 1966, con el fin de transformar los principios proclamados por la Declaración Universal en obligaciones adquiridas por los países firmantes, no pudieron ser firmados en un solo tratado sino que fue necesario redactar dos tratados separados.

En el tratado sobre los derechos civiles y políticos, los estados firmantes se comprometen a su cumplimiento inmediato. Por el contrario en el tratado sobre derechos económicos, sociales y culturales los estados se comprometen a: “adoptar medidas... hasta el máximo de los recursos de que dispongan, para lograr progresivamente..., la garantía de estos derechos (12).

Recientemente, en abril de 1997, se firmó en Oviedo, el convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, del Consejo de Europa. En el mismo se ratifica el derecho a la atención sanitaria, adecuada al progreso científico pero, hasta donde lo permitan los recursos disponibles: (13)

Este convenio en su artículo 3 establece:

“Las partes, teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a los beneficios de una sanidad de calidad apropiada”.

En el informe explicativo de este convenio, se aclara la obligación de los estados de dedicar los medios necesarios para: “un acceso equitativo a la asistencia sanitaria según las necesidades médicas de las personas.” Se establece, que esta asistencia debe ser: “adecuada a la luz del progreso científico y estar ajustada a un continuo control de calidad”, pero a la vez aclarar que tal esfuerzo debe ser: “hasta donde lo permitan los recursos disponibles”. (13).

Es importante dejar claro que aun cuando los

derechos económicos, sociales y culturales, entre los que se encuentra la atención médica, son derechos condicionados en su aplicación a los recursos que el estado disponga, son derechos exigibles en justicia y por tanto obligaciones perfectas y no caridad. De ahí la importancia de que cada sociedad a través de su legislación establezca la forma en que este derecho se ejercerá. En el caso de la atención médica, el estado está obligado a asignar una partida presupuestaria justa, adaptada a las necesidades de atención médica de los ciudadanos, y que a la vez no comprometa la adecuada asignación de las partidas presupuestarias para el cumplimiento de los otros derechos. Por ser un presupuesto limitado, el estado debe maximizar los beneficios que se obtengan de estos recursos a través de una gestión eficiente, y deben establecerse las necesidades que con tales recursos se van a cubrir.

Aun cuando el marco normativo en relación con el derecho a la asistencia médica esta claramente establecido como obligación perfecta, un análisis de la situación de nuestro sistema sanitario, dejará claro que el solo enunciado de derechos no garantiza su cumplimiento. Nuestra Constitución garantiza el derecho a la salud y a la asistencia médica, pero la práctica dista mucho de que tales derechos sean realmente efectivos. Si se aspira al logro de un sistema sanitario que realmente permita el disfrute de los derechos establecidos, es necesario diseñar los mecanismos que permitirán que estos se lleven a la práctica en una forma justa y equitativa. La atención de la salud a nivel público se rige por el concepto de justicia distributiva, según el cual se establece la forma en que deben ser repartidas las riquezas del estado. En tal sentido, es necesario analizar la evolución histórica de este concepto, y los cambios que han ocurrido en las últimas décadas a fin de comprender la situación actual.

2.2 Salud y justicia sanitaria

El término justicia es un término complejo. Ya desde la antigua Grecia, Aristóteles consideró que existían varias clases de justicia, la primera de ellas, la justicia universal, la cual definió como la “virtud entera”:

“En la justicia están incluidas todas las virtudes. Es la virtud en el más cabal sentido, porque es la práctica de la virtud perfecta, y es perfecta, porque el que la posee puede hacer uso de la virtud con los otros y no sólo consigo mismo” (14).

“Esta clase de justicia, entonces, no es una parte de la virtud, sino la virtud entera, y la injusticia contraria no es una parte del vicio, sino el vicio total” (15).

La justicia universal establece el marco de referencia de la actuación del ser humano, obliga al cumplimiento de los principios, al ejercicio de las virtudes no sólo con nosotros sino con los demás.

Además de la justicia universal hay formas de justicia parcial, entre las cuales, Aristóteles describió: **la justicia correctiva o conmutativa, la justicia distributiva y la equidad.**

La justicia correctiva o conmutativa, rige los tratos y contratos. Es una relación privada basada en el principio de igualdad, según el cual la persona retribuye una cantidad equivalente a lo que recibe. La justicia distributiva, establece la forma de distribución de las riquezas del estado. Es por consiguiente una relación pública que para Aristóteles se rige por un principio de proporcionalidad.

En la ética a Nicómaco, define ambas formas de justicia de la siguiente manera:

“Si la distribución se hace de riquezas comunes, se hará de acuerdo con la misma proporción que la existente entre las cantidades aportadas por los compañeros; y la injusticia que se opone a esta clase de justicia es una violación de la proporción. En cambio, en las relaciones entre individuos, lo justo es sin dudas, una igualdad y lo injusto una desigualdad, pero no según aquella proporción, sino según la aritmética” (15).

Finalmente, Aristóteles define la equidad como la corrección de la justicia, la justicia de la justicia.

La medicina occidental, desde sus comienzos en la antigua Grecia, mantuvo una relación privada y como tal regida por la justicia conmutativa. Según ésta el paciente debe retribuirle al médico el equivalente a lo que recibe de él. Queda sin embargo claro que no es posible establecer una conmutación equivalente a la salud y por tanto, al establecerse, en esta relación, una conmutación incompleta los pacientes siempre han retribuido un pago de honor, un honorario (11).

Por el contrario, la medicina pública, se rige por la denominada justicia distributiva, la cual establece la forma en que deben distribirse las riquezas del estado. Surge entonces la pregunta: ¿Cómo deben distribirse las riquezas del estado y por ende el presupuesto público para la atención de salud?

Si bien se pudiese pensar que la respuesta a esta

pregunta es obvia. La forma de repartir riquezas del Estado ha sido diferente a lo largo de la historia, y por tanto, el marco deontológico que ha determinado la distribución de estas riquezas ha sido diferente. A fin de comprender mejor nuestra situación actual es importante revisar brevemente los diferentes enfoques que a través de la historia se han dado a esta interrogante.

Para los griegos la distribución de los bienes públicos, honores y riquezas, debía ser proporcional, según un orden o ley natural que se debía respetar. Lo justo era dar a cada quién lo que le correspondía de acuerdo a su condición. La distribución sería diferente según se tratara de un zapatero, un guardián o de un gobernante. Un sistema de justicia basado en la **proporcionalidad natural** (11). En relación con la salud existía por consiguiente una atención médica diferente para los esclavos, artesanos y guardianes (11,16).

En el siglo XVII surgió otro concepto de justicia distributiva, según el cual, lo justo, no era una repartición de acuerdo a una proporcionalidad natural, sino la adquisición libre de bienes a través del trabajo o la transferencia por herencia. A cada persona le correspondía, en justicia, lo que pudiese obtener con su trabajo. Apareció un nuevo orden económico y social, basado en el respeto a los derechos, a la vida, la salud, la libertad y la propiedad, y para garantizar estos derechos, se promovió la creación de un estado mínimo. En estas condiciones la justicia estaba basada en un sistema de **libertad contractual** (11,17). Los bienes que cada quien necesitase, entre ellos la atención médica, debían obtenerse en un sistema de libre mercado, considerado el medio de lograr una justa transferencia. Dentro de este mismo concepto autores contemporáneos como Tristan Engelhardt consideran la atención médica subsidiaria del principio de beneficencia, al cual considera exhortativo e indeterminado y de acuerdo a esto piensan que: “No existe ningún derecho moral secular fundamental humano a recibir asistencia sanitaria, ni tan siquiera como mínimo decoroso” (18)

Como contrapartida al sistema liberal, surgió, el concepto de justicia como **igualdad social** (11), base del marxismo. La salud pasó a ser considerada una necesidad y por tanto el Estado debía garantizarla en forma gratuita a todo el que la requiriese.

En una cuarta etapa, surgió el concepto de **justicia como bienestar colectivo** (11), con un enfoque intermedio entre los dos anteriores. Según esta

nueva concepción de la justicia distributiva, las riquezas del Estado debían distribuirse de forma tal que permitiesen el mayor bienestar para todos. Y si las riquezas del Estado no fuesen suficientes, se obtendrían recursos a través de impuestos, para ser redistribuidos; creándose así el concepto de justicia redistributiva.

En nuestro siglo, el modelo predominante de justicia distributiva ha estado basado en este esquema. El denominado estado de bienestar asumió, de una u otra forma, la responsabilidad de la atención médica como parte de los derechos sociales, económicos y culturales. Con el transcurrir de los años, esta ambiciosa aspiración orientada con criterios utilitaristas, bajo la visión keynesiana de un estado de bienestar, que consideró de “utilidad pública” el incremento de la inversión en el consumo de bienes, entre ellos el de la salud (19). Asociada al creciente desarrollo tecnológico y al afianzamiento de los derechos de las personas a recibir atención médica y a una mejor calidad de vida, con el consecuente incremento de la demanda de servicios, produjo un incremento progresivo y desproporcionado de los gastos en atención sanitaria que hizo explosión en la década del 70, produciéndose una profunda crisis a nivel de los sistemas de atención de salud. Ante esta situación, muchas naciones se dieron cuenta que era imposible mantener los costos crecientes de la atención médica, y comenzaron un proceso de reestructuración de sus sistemas sanitarios, orientado hacia la búsqueda de un esquema que permitiese la atención médica a mayor número de personas pero con estrictos controles de costos.

“El gasto sanitario, como cualquier otro, debía efectuarse de acuerdo con las leyes de la racionalidad económica. Todo lo demás era puro despilfarro que no debía conducir más que al desastre” (11).

Esta nueva situación que se ha hecho más patente en los últimos años, ha establecido importantes cambios en la ética de los sistemas sanitarios. Ya no es posible mantener sistemas de atención médica basados en el principio de beneficencia, sin que a la vez se establezcan adecuados controles de costos, a fin de maximizar los beneficios y de esta manera cumplir con el principio de justicia. La beneficencia ya no puede estar reñida con la administración de recursos. Por el contrario para lograr un sistema sanitario justo debe haber una adecuada integración entre estos dos aspectos.

Así para el Dr. Diego Gracia, un sistema sanitario justo que garantice el cumplimiento de los derechos

antes descritos debe ser contemplado en dos dimensiones; una deontológica que contemple los derechos antes mencionados y el marco de justicia que regirá la distribución de los fondos destinados a la atención médica, y una dimensión teleológica según la cual se busque la mayor eficiencia del sistema. La primera será injusta en la medida que se violen estos principios deontológicos. En la segunda resultará injusta toda conducta que no busque el máximo beneficio al mínimo costo (11).

Se puede entonces resumir diciendo que, un sistema de atención médica justo requiere, en primer lugar, el diseño de las normativas deontológicas que definan: el marco de acción en términos de los derechos de la sociedad, las responsabilidades del estado con los ciudadanos, las responsabilidades individuales y la forma en que se distribuirán las riquezas del Estado. En segundo lugar, tendrá que cumplir, necesariamente, con la dimensión teleológica que garantice una eficiente administración de los recursos disponibles; para lo cual será indispensable, en primer lugar:

1. Que el sistema sanitario sea eficaz:

En este sentido se deberá garantizar que los métodos diagnósticos y terapéuticos a utilizar sean de utilidad científica demostrada. Debe por consiguiente trabajarse de acuerdo con la medicina basada en evidencias.

2. Que el sistema sea eficiente.

Los procedimientos de diagnóstico y tratamiento a utilizarse deben ser analizados de acuerdo a criterios de costo beneficio. De nada sirve establecer un marco normativo en la Constitución; incluso, de nada sirve aumentar el presupuesto destinado a salud, si no se diseña un sistema de atención médica que sea eficaz y eficiente, y que por tanto maximice la utilización de los recursos disponibles, que siempre serán limitados e insuficientes. El marco deontológico será, en la práctica un engaño, si no se logra un sistema económicamente sustentable.

Sin embargo, la realidad ha demostrado que aun cuando se controlen los factores relacionados con los costos de atención médica, resulta por lo general necesario recurrir a la limitación de prestaciones de salud. Esta se define como: “El establecimiento organizado, sistemático y deliberado, de límites al acceso a una asistencia necesaria de acuerdo con algún principio que no sea el del bien fundamental

del paciente” (20). Es decir dejar de prestar determinados métodos de diagnóstico o tratamiento basados en criterios que justifiquen esta limitación.

Esta difícil situación constituye uno de los dilemas éticos de mayor vigencia y complejidad en la medicina actual. El padre Javier Gafo la resume de la siguiente manera:

“No se trata, por tanto, de discutir el derecho de todo ser humano a una asistencia sanitaria, pero sí de cuestionar cómo puede maximizarse el beneficio de esa atención, de tal manera que pueda disfrutar de ella el mayor número de personas. Es una pregunta sangrante, sin duda dolorosa, porque detrás de todo ser humano enfermo hay mucho dolor, angustia y miedo; pero es una interrogante de la que hoy ya no se puede prescindir y que será inevitable en el futuro” (21).

Especifica que “esta afirmación del derecho a una asistencia sanitaria no significa que tenga un carácter ilimitado, ...el presupuesto sanitario de un país no puede extenderse ad infinitum y chocar con los intereses y derechos sociales importantes: los de la educación, la vivienda, la seguridad, etc.... **“Ello lleva a una inevitable limitación de las prestaciones sanitarias que una sociedad no puede ofrecer a todos sus miembros y que lógicamente, varían con el espacio y el tiempo....”** (21).

Ante esta situación el Dr. Diego Gracia plantea tres grandes interrogantes: ¿Existe obligación, en virtud del principio de justicia, de procurarle a todos los pacientes todo tipo de asistencia médica? ¿Hasta dónde deben ser tratados? ¿A partir de qué punto la obligación deja de ser perfecta o de justicia para convertirse en imperfecta o de caridad? (11). A lo cual se puede agregar: ¿Es ético restringir métodos de diagnóstico y tratamiento? ¿Cómo justificarlo? ¿Qué criterios utilizar para la distribución de los recursos cuando estos son menores que la demanda existente? ¿Qué criterios utilizar para la limitación de prestaciones de salud? Esta nueva realidad exige una reformulación del marco de justicia distributiva que no puede estar basado solamente en la búsqueda del mayor bienestar, sino que debe buscar la igualdad y la equidad.

En 1971, John Rawls, filósofo norteamericano en su libro “Teoría de la Justicia” establece tres grandes principios orientados a la búsqueda de la equidad en la distribución de los valores sociales:

“Todos los valores sociales —libertad y oportunidad, ingreso y riqueza, así como las bases sociales

y el respeto a sí mismo— habrán de ser distribuidas igualitariamente a menos que una distribución desigual de alguno o de todos estos valores redunde en una ventaja para todos” .

Todos los bienes sociales primarios —libertad, igualdad de oportunidades, renta, riqueza, y las bases del respeto mutuo—, han de ser distribuidas de un modo igual, a menos que una distribución desigual de uno o de todos estos bienes redunde en beneficio de los menos aventajados.

Las desigualdades económicas y sociales han de ser estructuradas de manera que sean para: a. mayor beneficio de los menos aventajados, de acuerdo con un principio de ahorro justo y b. unido a que los cargos y las funciones sean asequibles a todos, bajo condiciones de justa igualdad de oportunidades” (22).

Esta concepción de la justicia como equidad sustenta una distribución igualitaria de los bienes y abre la posibilidad de una distribución desigual, si ésta beneficia a los menos aventajados. La aplicación de estos principios a la salud, dado lo amplia y compleja de esta definición, obliga a delimitar cuáles son **las necesidades** que deben considerarse como bienes primarios en el campo de la salud, y por tanto deben ser garantizados a todos por igual. Ante esta situación han surgido diferentes proposiciones, entre las que se pueden enumerar las siguientes:

Norman Daniels considera exigible en justicia la atención de: “aquellas desviaciones de la organización funcional natural de un miembro de la especie” (11).

Fried, por su parte considera que: “Una persona puede reclamar de sus semejantes un paquete standard de bienes básicos o esenciales: vivienda, educación, cuidado sanitario, alimento; esto es el mínimo social (o decente), si con esfuerzos razonables no puede ganar bastante para procurarse él mismo ese mínimo” (23). El denominado mínimo ético decente.

Gene Outka, establece: “Casos iguales exigen tratamientos iguales. Una cuidadosa reflexión y diálogo social determinaría qué servicios deben ser prestados como mínimo por la sociedad a todos los ciudadanos y, entonces proporcionárselos a todos, al margen de sus méritos, utilidad y capacidad económica” (21).

Resulta entonces indispensable establecer los límites del derecho a la atención médica, definir el

mínimo ético decente que va a ser garantizado a todos por igual o de ser necesario a los más necesitados. El derecho a la atención médica es un derecho exigible en justicia, pero tiene límites que deben ser definidos.

3. Criterios para la distribución de recursos

En la práctica, a nivel mundial se han planteado diferentes formas de establecer la limitación de prestaciones sanitarias, entre las cuales se pueden enumerar:

3.1 Experiencia holandesa: informe Dunning:

En 1990, el Ministerio de Salud Holandés nombró una comisión presidida por el profesor Dunning, a fin de estudiar cómo poner límites a la nueva tecnología y cómo enfrentar los problemas relacionados con la limitación de la asignación de recursos. Luego de discutir la justificación de esta limitación, basándose en aspectos relacionados con el desarrollo tecnológico, la tecnificación de la medicina, el envejecimiento de la población etc., partieron del supuesto siguiente: “El que necesite asistencia debe proveérsele pues es un bien de la comunidad pero no puede depender de la demanda sino de la necesidad”. Se da gran importancia a la necesidad de tomar decisiones explícitas para proteger a los disminuidos mentales, a los ancianos y aquellos otros grupos que no pueden valerse por sí mismos.

Elaboraron finalmente, una serie de recomendaciones para la distribución de los recursos sanitarios, entre las cuales se definieron cuatro criterios para el paquete básico de salud exigible por toda la población: 1. Necesidad desde el punto de vista de la comunidad. 2. Efectividad. 3. Eficiencia y 4. Posibilidad de ser dejada a la responsabilidad individual (24).

3.2 Experiencia suiza:

La experiencia suiza se inició en 1992, con una comisión creada por el parlamento. Esta recopiló opiniones de expertos e instituciones que terminaron en un informe final. Los principios expuestos para priorizar los recursos fueron tres: 1. La dignidad de la persona humana. 2. La solidaridad y 3. El costo/efectividad. El primero obliga a otorgar los mismos derechos a todos los ciudadanos independientemente del puesto que ocupen en la sociedad. El segundo obliga a desviar recursos hacia donde hay más necesidad, y el tercero obliga a buscar una adecuada relación

entre el costo de la asistencia y su efectividad. En base a estos principios elaboraron una clasificación de prioridades en cinco niveles (24).

3.3 Experiencia del Estado de Oregon:

En 1989 se aprobó en el Estado de Oregon, en Estados Unidos, la ley de servicios sanitarios básicos, con el objetivo de lograr que el presupuesto destinado a *Medicaid*, para atención de personas de bajos recursos, cubriese a mayor número de personas. Se elaboró una lista de prioridades a ser incluidas en el paquete básico de prestaciones, de acuerdo con una relación de costo-efectividad de cada procedimiento. Luego fueron distribuidos en 17 categorías divididas en tres grupos: servicios esenciales, servicios muy importantes y servicios de valor sólo para ciertos individuos. Finalmente realizó una consulta a la comunidad lo cual permitió la elaboración de una segunda lista ordenada en base a la valoración social (24).

3.4 El *managed care*:

Es un sistema utilizado en Estados Unidos y en algunos países de América Latina, orientado a buscar mayor cobertura de los usuarios con menores costos. Pellegrino lo define como: "Un sistema organizado de asistencia diseñado para configurar decisiones clínicas en orden a conseguir fundamentalmente algún fin específico distinto de la satisfacción de los intereses o necesidades del paciente. En general el fin que se persigue es la contención del gasto, la eficacia o la productividad. La competencia que existe en todo el sistema de gestión añade a la medicina gestionada la necesidad de una competencia entre los proveedores en cuestiones de precio, la calidad, la disponibilidad y la accesibilidad" (20,25).

3.5 La futilidad como forma de limitación de prestaciones:

Otra forma de limitar medidas diagnósticas o terapéuticas es utilizando el concepto de futilidad. Schneiderman definió un tratamiento fútil, como aquel tratamiento que los médicos consideran, a través de su experiencia personal, experiencias compartidas con colegas, o datos empíricos publicados que al menos en 100 casos ha sido inútil; o si tal tratamiento solamente está preservando un estado de inconsciencia permanente; o si el mismo, no permite la discontinuación del soporte vital (26,27). La definición

de tratamientos fútiles permite limitar aquellos tratamientos que en casos específicos no son o serán de utilidad para el enfermo.

3.6 Lista de espera:

Determinados tratamientos han sido limitados con la utilización de listas de espera, como es el caso de los trasplantes de riñón y otros trasplantes de órganos. Estas listas, sin embargo, deben llenar ciertos requisitos para que sean moralmente aceptables (28,24). Este sistema, es utilizado por los sistemas de atención social.

Cada uno de estos métodos de limitación de procedimientos diagnósticos y de tratamiento, si bien son de utilidad, tienen implicaciones éticas que deben ser cuidadosamente analizadas. Una gran discusión en este campo está relacionada con quién debe decidir: el médico, el estado, o como está ocurriendo un ente privado tipo HMO.

Basados en el análisis antes expuesto y de acuerdo con los objetivos de este trabajo se pueden establecer, a título de conclusión, las siguientes consideraciones, a fin de que sirvan como un marco de referencia ético, que permita abrir en nuestro país una profunda reflexión sobre lo que debe ser, en la actualidad, un sistema de atención médica que aspire ser justo y equitativo:

1. Todo sistema de salud debe comenzar por cumplir con el principio formal canónico de respetar al ser humano como fin y no sólo como medio. A partir de este canon, deben establecerse las normativas materiales que servirán de marco de acción para el desarrollo del sistema sanitario y que permitan cumplir con el principio formal (29).

En estas normativas, la sociedad debe definir:

- Los límites del derecho a la asistencia médica y establecerlos en la legislación.
- La forma en que se deben distribuir las riquezas del estado, en el caso específico de la salud, conociendo que los mismos siempre serán escasos.
- La responsabilidad del estado para con los ciudadanos.
- La responsabilidad de cada ciudadano y de la sociedad en la gestión de su propia salud.
- Los criterios de eficiencia que garantizarán maximizar los recursos disponibles para la

atención médica.

- Y si a pesar de lo antes expuesto los recursos son aun insuficientes, la forma en que se tomarán las decisiones sobre limitación de prestaciones sanitarias.
- 2. En nuestro país, debe existir un sistema de atención médica público. La salud es un derecho y con las limitaciones establecidas debe garantizarse a los miembros de la sociedad que la necesiten.

La asistencia médica pública se debe regir por la justicia distributiva y redistributiva, según la cual, del presupuesto general del Estado, se establece, un porcentaje para la atención sanitaria. Este presupuesto para sanidad, será sin duda limitado, y por tanto deberá ser adecuadamente administrado a fin de obtener de él el mayor beneficio.

Habrá que definir:

- a. El monto justo de este presupuesto, que deberá corresponderse con las necesidades reales de asistencia sanitaria, sin que esto implique reducir partidas presupuestarias a otras áreas como educación, vivienda, seguridad etc...
- b. A quién va dirigido este sistema de atención. Establecer sí, se garantizará una asistencia por parte del Estado a todos los miembros de la sociedad, por igual, o sólo a los más necesitados, de acuerdo al principio de diferencia de Rawls, según el cual: si la distribución de la riqueza va a ser desigual, deberá beneficiar a los más necesitados (22).
- c. Deberá definirse las necesidades que el sistema cubrirá y establecerse un mínimo decente. Este mínimo consiste en el catálogo de prestaciones mínimo que el Estado garantizará a todos por igual. El mismo tiene que estar claramente definido por las instituciones responsables de la planificación de salud, y deberá ajustarse por lo menos, a cubrir aquellos tratamientos de demostrada eficacia.
- d. Por ser un sistema público, es un sistema basado en el principio de justicia y como tal sólo deben utilizarse procedimientos de eficacia comprobada, de la misma forma que no serían provistos por un sistema público, tratamientos de utilidad dudosa o no demostrada (30).
- e. En caso de ser necesario, se deberán establecer los criterios que regirán la limitación de

prestaciones. Tal definición también debe ser establecida por los organismos encargados de la administración sanitaria y no quedar a juicio del médico en cada caso individual.

- 3. En un sistema de amplias libertades, debe existir, a la vez, la posibilidad de un sistema basado en la relación privada que permita a aquellos que así lo deseen, escoger el tipo de atención que quieren recibir. Hay quien defiende que la existencia de un solo nivel sanitario, público, sin la existencia de un sistema privado es moralmente injustificable, por ser violatorio de las libertades de la persona (18).

Este sistema, a diferencia del anterior, se basa en los principios de beneficencia y autonomía. De acuerdo a estos principios, es posible la utilización de métodos diagnósticos y terapéuticos, aun cuando su eficacia no esté comprobada, si el paciente lo acepta y los paga, quedando claro que no pueden utilizarse procedimientos diagnósticos o terapéuticos contraindicados (30).

Debe estar basado además en una relación sincera, honesta donde se le ofrezca al paciente lo que se considera mejor para él, independientemente del interés económico implicado en el acto médico propuesto.

- 4. Es indispensable incluir en la educación médica temas de bioética y de gestión de recursos, a fin de que el personal de salud entienda el problema y participe activamente en la contención de los costos de atención médica. En ese mismo sentido, debe incentivarse a través de la educación la responsabilidad individual que cada persona tiene de gestionarse sobre su propia salud. Esta es una obligación ineludible que cada miembro de la sociedad debe conocer y promover.
- 5. La reestructuración no puede hacerse solamente basada en criterios médicos y éticos, sino que además, es necesario considerar los aspectos económicos y administrativos. Un sistema de salud justo debe basarse en principios éticos sólidos que promuevan la imparcialidad y universalidad. Pero a la vez deben contemplarse los aspectos gerenciales y administrativos, que lo hagan eficiente.

Diferentes estudios han demostrado que una mayor inversión en asistencia sanitaria no necesariamente se traduce en una mejor salud (1-3); por ende el problema no radica, muchas veces, en

incrementar los montos destinados a la atención médica, sino además en una adecuada administración de dichos fondos.

Sin embargo, lo más importante es lograr un adecuado balance entre estos dos elementos: la ética y la gerencia. Si bien no es posible construir un sistema sanitario solamente basado en criterios médicos y normas deontológicas, tampoco resulta sano el control administrativo como elemento dominante en la toma de las decisiones éticas. Los controles administrativos sin un adecuado soporte ético pueden comprometer peligrosamente la adecuada atención médica del enfermo en determinadas condiciones. Esta posición extrema está claramente resumida en el siguiente comentario, recientemente publicado por Baker:

“Los valores de la profesión médica están siendo decididos, no por los médicos, actuando a través de la sociedad médica, sino por abogados y jueces actuando en cortes y por administradores de la medicina gestionada... La medicina americana está en crisis” (31).

Uno de los grandes dilemas de la medicina de hoy, es el conflicto entre los principios de beneficencia y de justicia. El gran reto planteado es la búsqueda del consenso social necesario para el logro de un sistema de salud que pretenda conciliar ambos principios, a través de un sistema sanitario que respete la dignidad humana por encima de todas las cosas y que administre adecuadamente el uso de la tecnología, para el logro de una medicina más humana, más eficiente y por ende más justa. Un sistema, donde se utilicen tratamientos realmente efectivos y aceptables en términos de costo-beneficio y donde se busquen las vías para la aplicación de tales tratamientos a todos los que lo necesiten.

No es posible seguir haciendo propuestas formales sin contenido. Hasta el presente hemos pretendido resolver el problema enunciando derechos y principios sin discutir cómo lograrlos; o en otras ocasiones, plantear soluciones puntuales sin un profundo análisis de la situación, lo cual en la práctica, termina en soluciones aparentes, temporales, que a la larga sólo contribuirán al mayor deterioro del sistema.

Para que tengamos una sociedad justa es necesario promover el logro efectivo de los derechos de primera, segunda y tercera generación como mínimo ético exigible en justicia para todos por igual. La aceptación de estos derechos no plantea discusión

dado que constituyen un punto de coincidencia aceptado en forma universal. Resultaría inútil discutir, en estos momentos si debemos o no ser libres o si debemos considerar a todos los seres humanos iguales y los respetemos como fines y no sólo como medios. El gran paso que ahora debemos dar es implementar los mecanismos necesarios para el logro efectivo de estos derechos. A tal fin, se requiere una profunda reestructuración de nuestra sociedad, la cual no se debe quedar en el diseño de un marco normativo de consenso social como mínimo ético y en la aplicación, dentro de ciertos límites de la racionalidad económica, sino que debe buscar la comprensión y el compromiso individual y social de la exaltación de los valores positivos. El respeto a los demás como fin en sí mismo.

REFERENCIAS

1. Blumenthal D. Controlling health care expenditures. *N Engl J Med* 2001;344:766-769.
2. Shen T, Habicht JP, Chang Y. Effect of economic reforms on child growth in urban and rural areas of China. *N Engl J Med* 1996;335:400-406.
3. Hsiao W. Economic reform and health. Lesson from China. *N Engl J Med* 1996;335:430-432.
4. Friedberg M, Saffran B, Stinson T, Nelson W, Bennet Ch. Evaluation of conflict of interest in economic analyses of new drugs used in oncology. *JAMA* 1999;282:1453-1457.
5. Gracia D. El qué y el porqué de la bioética. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. 1995;1:35-53.
6. León A. El carácter mítico actual de la relación médico paciente. *Revista Médica Razetti* 1995;2:7-11.
7. Castaño Yopez R A. Medicina, ética y reformas de salud. Colombia: Fundación Creer; 1999.
8. Simón Lorda P. Formación de Gestores en Bioética. En: Amor JR, Iñaki F, Ruiz J, editores. Ética y gestión sanitaria. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2000.p.125-135.
9. Locke J. Dos ensayos sobre el gobierno civil. Madrid: Aguilar; 1969.p.94-103.
10. Roemer R. El Derecho a la atención de la salud. En: Fuenzalida H, Scholle S, editores. El derecho a la salud en las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N 509; 1989.p.16-21.

11. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No 527; 1990.p.187-201.
12. Buergenthal T Derechos e Instituciones Internacionales sobre Derechos Humanos. En: Fuenzalida H, Scholle S, editores. El derecho a la salud en las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 509; 1989.p.3-15.
13. Consejo de Europa. El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. 1997.
14. Aristóteles. Ética Nicomáquea. Libro V. Madrid: Gredos; 1995.
15. Aristóteles. Ética Nicomáquea. Libro V. Madrid: Gredos; 1995.
16. Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Salvat; 1996.p.132-135.
17. Nozick R. Anarchy, State, and Utopía. New York: Basic Books; 1974.
18. Engelhardt H.T. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidós; 1995.
19. Conill J. Ética de la economía de la salud. Financiación y gestión. En: Gafo J, editor. El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 1999.p.113-133.
20. Pellegrino E. El médico como gestor de recursos: La asistencia sanitaria desde la ética y la economía. En: Fundación de Ciencias de la Salud. Limitación de Prestaciones Sanitarias. Madrid: Doce Calles; 1997.p.22-42.
21. Gafo J. Los principios de la justicia y solidaridad en bioética. En: Gafo J, editor. El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 1999.p.153-186.
22. Rawls J. Teoría de la Justicia. 1ª edición en español. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1979.
23. Fried Ch. "Es posible la libertad". En: McMurrin SM, editor. Libertad, igualdad y derecho. Las conferencias Tanner sobre filosofía moral. Barcelona: Ariel; 1998.p.101-102.
24. Couceiro A. El problema ético de la asignación de recursos humanos. En: Gafo J, editor. El Derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 1999.p.135-151.
25. Moon M. Medicare. N Engl J Med 2001;344:928-931.
26. Schneiderman J, Jecker N, Jonsen A. Medical futility: Its meaning and ethical implications. Ann Intern Med 1990;112:949-954.
27. Jonsen A. Tratamientos inútiles y limitación de prestaciones. En: Fundación de Ciencias de la Salud. Limitación de Prestaciones Sanitarias. Madrid: Doce Calles; 1997.p.66-77.
28. Henk ten have. Las listas de espera como método de limitación de prestaciones. En: Fundación de Ciencias de la Salud. Limitación de prestaciones sanitarias. Madrid: Doce Calles; 1997.p.78-167.
29. Gracia D. El marco del debate: La justicia sanitaria. En: Fundación Ciencias de la Salud. Limitación de Prestaciones Sanitarias. Madrid: Doce Calles; 1997.p.125-147.
30. Gracia D. Los cuidados intensivos en el área de la bioética. En: Net A, editor. Ética y costos en medicina intensiva. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1996.p.1-5.
31. Baker R, Caplan A, Emanuel L, Lathan S. Crisis, ethics and the American Medical Association. JAMA 1997;278:163-164.