



Acta Bioethica

ISSN: 0717-5906

info@actabioethica.cl

Universidad de Chile

Chile

Zúñiga Fajuri, Alejandra

Un modelo de adjudicación de recursos sanitarios para Chile

Acta Bioethica, vol. 18, núm. 2, noviembre, 2012, pp. 221-230

Universidad de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55424952010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Un modelo de adjudicación de recursos sanitarios para Chile<sup>1</sup>

Alejandra Zúñiga Fajuri<sup>2</sup>

**Resumen:** Un modelo de adjudicación de recursos sanitarios, que recoja la experiencia comparada y los análisis desarrollados en la literatura especializada, debe partir de la premisa de que la aplicación de mecanismos de exclusión abiertamente discriminatorios de pacientes —como ocurre con los criterios de racionamiento del Plan AUGE relacionados con la edad del paciente, su lugar de residencia o su estatus sanitario— resultan inadmisibles, pues no se condicen con la exigencia de universalidad en el acceso a cuidado de salud propia de todo sistema comprometido con los objetivos sanitarios del milenio en materia de equidad.

**Palabras clave:** sistema sanitario, equidad, financiamiento, racionamiento

### A model for health care resources adjudication for Chile

**Abstract:** A model for adjudication of health care resources which gathers the comparative experience and the analysis developed by specialized literature, must start from the premise that the application of exclusion mechanisms of patients openly discriminatory —such as those happening with rationing criteria by Plan AUGE related to the age of patient, his/her place of residence or his/her health status— are unacceptable, since they do not agree with the universality exigency in health care access of any system compromise with millennium health goals for equity.

**Key Words:** health care system, equity, financing, rationing

### Um modelo de adjudicação de recursos sanitários para Chile

**Resumo:** Um modelo de adjudicação de recursos sanitários, que recolha a experiência comparada e as análises desenvolvidas na literatura especializada, deve partir da premissa de que a aplicação de mecanismos de exclusão abertamente discriminatórios de pacientes —como ocorre com os critérios de racionamento do Plano AUGE relacionados com a idade do paciente, seu lugar de residência ou seu estado sanitário— resultam inadmissíveis, pois não condizem com a exigência de universalidade no acesso a cuidado de saúde própria de todo sistema comprometido com os objetivos sanitários do milênio em matéria de equidade.

**Palavras-chave:** sistema sanitário, equidade, financiamento, racionamento

<sup>1</sup> Este artículo forma parte del proyecto de investigación N° 1120022, financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT), titulado “Una propuesta teórica para resolver los conflictos de equidad vigentes en el sistema privado de salud chileno”, del cual la autora es investigadora responsable.

<sup>2</sup> Doctora en Derecho. Académica de la Universidad de Valparaíso y de la Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

**Correspondencia:** alejandra.zuniga@uv.cl

## Introducción

La creencia de que una sociedad justa debe perseguir una política de acceso al cuidado sanitario universal es una creencia poderosa. Este acceso universal existe cuando a todos los habitantes del Estado, independientemente de su clase social, raza o género, se les asegura el acceso a un conjunto de productos y servicios sanitarios básicos o, lo que es lo mismo, a lo que la literatura llama “mínimo sanitario decente”. Esta meta, desde hace mucho alcanzada por la mayoría de los países desarrollados y algunos en vías de desarrollo, sigue, por cierto, pendiente en Chile, incluso después de implementada la Reforma Sanitaria del AUGE<sup>3</sup> en 2005. La razón de ello, según ya hemos tenido oportunidad de analizar<sup>(1)</sup>, se relaciona con ciertas deficiencias constitutivas de la Reforma y con las dificultades que surgen al intentar emular a aquellos sistemas sanitarios de carácter universal sin, a la vez, asumir los costos —en recursos humanos y físicos— que ello debe necesariamente significar al Estado.

El objetivo del presente artículo es, en primer lugar, defender la tesis que sostiene que los criterios de racionamiento sanitario propios de la economía de la salud, y que persiguen maximizar los recursos escasos, solo pueden aplicarse en el nivel macrodistributivo sanitario y no en el microdistributivo, puesto que de lo contrario resulta imposible alcanzar los estándares de equidad en el acceso a los recursos sanitarios básicos que existen en otras latitudes y que la reforma a la salud chilena quiso emular. Dicho de otro modo, los principios de eficiencia sanitaria tienen un espacio en el que sería legítimo darles cabida y otro en el que, en cambio, su utilización resulta cuestionable por desigualitaria.

En segundo lugar, una vez hecho el diagnóstico sobre la impertinencia de utilizar criterios de racionamiento de tipo “costo-beneficio” en el nivel microdistributivo —como lo ha hecho el AUGE—, se propone un modelo de racionamiento de recursos sanitarios que permita implementar los cambios necesarios para alcanzar los objetivos de equidad y eficiencia que todo sistema sanitario moderno y justo busca en la actualidad. Lo anterior, de la mano del análisis

personas, mientras, a la vez, se promueve el interés público a través de programas de contención de costos. Dicho de otro modo, el objetivo principal de la Reforma a la salud chilena, cual es garantizar un mínimo sanitario universal al modo en que lo hacen los mejores sistemas sanitarios del mundo, no se cumplirá mientras se continúe con el uso indiscriminado de mecanismos de racionamiento de tipo utilitarista.

Se suele creer que los criterios de priorización de la sanidad obedecen, o siempre deberían hacerlo, a razones clínicas y no a razones éticas o de otro tipo (sociales, económicas y políticas). Se trata, sin embargo, de un error que parece olvidar que el conocimiento clínico solo nos puede decir qué hay que hacer para curar o mitigar el dolor de un enfermo, pero no quién tiene prioridad para ser atendido. “Podemos pensar que los enfermos más graves tienen prioridad, pero esa es una cuestión ética y no clínica. Efectivamente, la mayoría de los médicos no siempre cree que se deba priorizar a los enfermos más graves. Por ejemplo, ¿destinaríamos todos los recursos disponibles en un anciano con una enfermedad terminal con el fin de alargarle la vida unas pocas semanas si eso implica negar el tratamiento médico a decenas de jóvenes con enfermedades graves pero tratables? Si seguimos pensando que hay razones clínicas para no priorizar al anciano, entonces tenemos que redefinir lo que significa un criterio clínico, porque no hay duda de que el enfermo más grave es, en este caso, el anciano”(2). Se comprueba entonces que los criterios de priorización, aparentemente clínicos, se mezclan con criterios sociales y, sobre todo, morales. Dicho de otro modo, la respuesta a la pregunta: ¿quién merece los recursos sanitarios disponibles? no se puede responder solo desde el conocimiento clínico, pues es una cuestión finalmente de justicia distributiva.

Es por ello que el AUGE debiera implementar los principios bioéticos incorporados por las legislaciones de aquellos sistemas sanitarios que, para la literatura especializada, han logrado los mejores resultados en materia de equidad. La experiencia de países como Reino Unido o Canadá se convierte así en una fuente invaluable de análisis en la búsqueda de la construcción y propuesta de un modelo de adjudicación sanitaria que, adaptado a la Reforma del AUGE, haga

<sup>3</sup> Acceso Universal Garantías Explícitas.

de la legislación comparada y de la literatura especializada.

### 1. Un modelo de sistema sanitario para Chile

Los problemas de adjudicación de recursos sanitarios pueden analizarse en dos niveles distintos, que se conocen como dilemas trágicos de primer nivel y de segundo nivel. En el primer nivel, el “macrodistributivo”, es necesario determinar cuánto de algo debe haber, es decir, qué producir. Aplicado a los sistemas sanitarios, ello requiere responder la pregunta de si todos los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago, deben recibir la asistencia sanitaria que precisen. El modelo del “igualitarismo sanitario” que se ha defendido ya(1) propugna la existencia de un derecho universal a disponer de una asistencia sanitaria básica. Por su parte, el problema de cómo asignar lo producido, la “microdistribución” —los dilemas trágicos de segundo nivel—, se relacionan con los criterios que pueden ser, con justicia, empleados a la hora de seleccionar pacientes para recibir la asistencia sanitaria a la que, en principio, tienen derecho.

En el espacio de la macrodistribución, entonces, parece claro que para afrontar la problemática del racionamiento de recursos escasos la legislación chilena no puede desconocer que el cuidado sanitario es un bien básico que debe ser garantizado, al menos en su núcleo fundamental, a todas las personas en condiciones de igualdad; esto es, el Estado debe hacerse cargo de procurar la existencia de un sistema sanitario que, independientemente de su forma de financiamiento, pueda garantizar un mínimo de cuidado sanitario ‘universal’. En el área, a su turno, de la microdistribución, se puede realizar una evaluación crítica de los mecanismos de racionamiento ingresados en las Guías Clínicas de las Garantías Explícitas de Salud (GES) vigentes —como la edad del paciente, su lugar de residencia o la disponibilidad de recursos locales humanos y físicos(1)— y constatar que los operadores sanitarios no han sido capaces de elaborar una correcta valoración ética de dichos criterios de adjudicación y, por lo mismo, han comprometido la meta de equidad que dio origen a la Reforma AUGE y que pretendía conseguir el objetivo común de proporcionar una óptima atención a las necesidades de salud de todas las

compatibles las demandas de equidad y eficiencia propias de toda sociedad democrática. De este modo, las preguntas sobre qué tipo de sistema sanitario asegura la distribución más equitativa de cuidado sanitario, qué mecanismos de racionamiento (y en qué nivel) es legítimo utilizar y si es adecuado que existan sistemas sanitarios con distintos niveles de atención, admiten, según veremos, respuestas que es posible desarrollar en Chile en el contexto de la Reforma del AUGE.

Uno de los principios que toda política sanitaria debiera respetar es la concesión de un mínimo sanitario decente por medio de alguna forma de seguro con cobertura universal que haga operativo el derecho a la protección de la salud(3). Saltman, al analizar las dimensiones centrales de la experiencia de reforma del sector sanitario en Europa Occidental, se ocupa de estudiar cuáles son los valores y principios que informan la comprensión europea de la política sanitaria adecuada, sus estrategias de contención de gastos y el estado actual de la combinación público-privado. Si bien las sociedades europeas difieren entre sí en muchos aspectos, existe un consenso básico respecto de la naturaleza de los servicios de salud y su lugar en la organización general de la sociedad y el Estado. Aunque se puede apuntar a las pequeñas excepciones específicas en casi todos los países, el consenso social predominante incorpora los siguientes elementos clave: 1) *La salud como un bien social*: la mayoría de los servicios de salud curativos y preventivos de atención se entienden, ante todo, como bienes sociales que no solo generan beneficios a las personas sino que también a la sociedad, pues permiten niveles de vida más altos y una mayor cohesión social; 2) *Solidaridad*: aunque la financiación y entrega del servicio varía considerablemente de un país a otro, los sistemas financiados con impuestos generales y basados en seguros sociales se sustentan en el principio secular de solidaridad. La expresión práctica de la solidaridad en los sistemas europeos occidentales implica cinco tipos de subvenciones cruzadas:

- desde los sanos a los enfermos,
- de los hombres a las mujeres,
- desde los pudientes a los menos acomodados,

- desde los jóvenes a los viejos,
- de los individuos a las familias(4).

En su esfuerzo por equilibrar la equidad con el financiamiento sustentable de servicios sanitarios en un contexto de escasez de recursos, se han adoptado una variedad de estrategias de financiamiento. Los países de la Europa occidental, basados en el modelo de Beveridge, dieron sus pasos hacia el establecimiento de sistemas sanitarios financiados con impuestos generales. Es el caso del Reino Unido, Irlanda, los países escandinavos, España, Italia, Grecia y Portugal. Un elemento fundamental de este modelo es la cobertura universal (o casi universal) de cuidado sanitario. Por su parte, los países de la Europa occidental basados en el modelo de Bismarck —como Austria, Alemania, Bélgica, Francia, Países Bajos, Suiza y Luxemburgo— desarrollaron desde hace mucho un sistema basado en los seguros sociales para financiar la sanidad pública. Aun cuando se trata de sistemas fundados en los mismos principios, este último ha sido objeto de políticas de regulación estatal tendientes a aumentar el control central, contener los costos y garantizar la equidad y la solidaridad.

Saltman destaca que, pese a los intentos de racionamiento, no hay prisa en abrir espacio a la financiación privada de la salud. Por el contrario, la financiación con fondos públicos se está reforzando en los sistemas del Reino Unido (5% de crecimiento real en tres años) y de Suecia. En los sistemas de salud basados en seguros sociales obligatorios, como Alemania, se ha añadido un nuevo fondo para financiar la atención a largo plazo (1995), y Francia ha añadido fondos públicos para adquirir un seguro adicional para los ciudadanos de bajos ingresos. Si bien ha habido pequeños aumentos en los copagos en algunos sistemas de salud financiados con impuestos (Suecia, Finlandia), el importe global de los copagos sigue siendo muy reducido como porcentaje del gasto total en salud.

A pesar de la amplia discusión generada, ningún gobierno ha adoptado una estrategia de racionamiento explícito para la financiación pública. Esto refleja el profundo malestar ético que genera en los europeos racionar los servicios a los

menos acomodados (ya que los más acomodados pueden comprarlos en el sector privado)<sup>4</sup>. Luego, el impulso fundamental para el cambio se ha centrado en el emprendimiento social, más que en un espíritu emprendedor privado. La transformación de la operación de los hospitales públicos en alguna forma de empresas públicas (Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega) refleja un esfuerzo serio para conjugar la iniciativa empresarial y flexibilidad con la responsabilidad social y solidaridad(4).

## 2. Modelos de sistemas sanitarios

Ya tuvimos oportunidad de revisar, con cierto detalle, las principales teorías en materia de justificación moral del derecho a la protección de la salud(1), por lo que podemos concluir que “es la justicia social la justificación moral fundacional de la salud pública”(5). Luego, ¿qué legislaciones, según la literatura especializada, han logrado los mejores resultados en materia de equidad sanitaria?

Los sistemas sanitarios pueden clasificarse, en relación con la capacidad de pago y el monto de los pagos por servicio, en “progresivos” y “regresivos”. El primer caso se presenta cuando la proporción de los recursos pagados para la asistencia sanitaria crece en la medida en que crecen los recursos de sus beneficiarios. Un sistema financiero es regresivo, en cambio, en el momento en que la proporción de recursos pagados cae en la medida en que los recursos de sus beneficiarios se incrementan(6). Es, como se sabe, el caso del sistema sanitario estadounidense y el chileno.

Del estudio de Wagstaff, Van Doorslaer y Paci sobre los parámetros de equidad de los distintos sistemas sanitarios, se concluye que los Estados Unidos y los Países Bajos tienen sistemas sanitarios con un financiamiento que tiende a ser regresivo y, por lo mismo, profundamente desigualitario<sup>5</sup>. Mientras los impuestos generales

<sup>4</sup> Por cierto, los costos sociales de los seguros financiados con impuestos es menor que las alternativas. Los datos comparativos indican que los países con seguro social de salud pagan 1,2% del PIB más que los países financiados mediante impuestos(4).

<sup>5</sup> Estados Unidos, con casi 47 millones de personas sin seguro médico, es la única democracia industrializada moderna sin alguna forma de seguro sanitario universal, por lo que “en casi todo el país, los ciudadanos carecen de derechos o garantías legales de acceso a cuidado sanitario, excepto el relacionado con la evaluación y tratamiento por parte de las departamentos de emergencia de los hospitales, si es

para financiar los sistemas sanitarios son un medio típicamente progresivo, los seguros sociales son levemente regresivos y los seguros privados derechamente regresivos, pues la contribución —las primas— no se mide en relación con los recursos disponibles de cada persona, sino que se determina conforme a los índices de riesgo, de modo que las personas financieramente más pobres —que suelen ser más enfermizas— tienen primas que están negativamente relacionadas con sus ingresos(6). La conclusión es que los sistemas sanitarios financiados con impuestos generales (como el sistema canadiense, el del Reino Unido o los países escandinavos), que tienden a ser progresivos y, por lo mismo, equitativos, debieran servirnos para la construcción de un modelo de adjudicación de recursos sanitarios justo.

### **2.1. Modelo unificado y modelo pluralista de adjudicación de recursos sanitario: la experiencia de Canadá y el Reino Unido**

El sistema sanitario canadiense se consolidó en 1984 con la Ley de Salud de Canadá, cuyo propósito fue garantizar el acceso prepagado a la asistencia sanitaria necesaria para todos los residentes de Canadá(7). Se trata de un sistema unificado, pues el sector privado está excluido por ley como entidad pagadora de la mayor parte de la asistencia sanitaria<sup>6</sup>. La función del sector privado se limita a los servicios que no están cubiertos completamente por los programas de salud provinciales. En Canadá, más que en cualquier otra nación en el siglo XXI, el sistema de salud funciona de acuerdo con la lógica del arreglo o convenio entre la profesión médica y el Estado. Se trata, en términos económicos, de un “monopolio bilateral” en el que existe un pagador único para la mayoría de los servicios médicos y hospitalarios, un plan del gobierno nacional en cada provincia y ninguna alternativa de seguro privado(8).

Entre los rasgos controvertidos de la estrategia

que logran, de alguna manera, ingeniárselas para acceder a ellos”(9). La reciente reforma del presidente Obama pretende cambiar esta realidad.

<sup>6</sup> Con todo, la Corte Suprema canadiense en la sentencia *Chaoulli vs. Québec (Attorney General)* estimó que la normativa que sustenta el modelo unificado era “inconstitucional”, pues en el caso de ciertos procedimientos quirúrgicos las demoras derivadas de las listas de espera incrementan el riesgo de mortalidad o de daños en el paciente, resintiéndolo su calidad (2005 SCC 35; de 9 de junio 2005).

unificada está el hecho de que elimina o reduce al mínimo los aspectos competitivos del sistema de financiación<sup>7</sup>. Con todo, la evidencia muestra que los sistemas de financiamiento único entregan un mejor servicio cuando no se permiten los sistemas paralelos, pues estos últimos absorberían los recursos necesarios para que el sistema público pueda entregar a todos servicios oportunos y de calidad(10). Aun así, los problemas de contención de costos del sistema son preocupantes, pues los últimos estudios que analizan la tendencia de consumo de los últimos años en la mayoría de las provincias canadienses concluyen que en Ontario, por ejemplo, los servicios sanitarios supondrán más del 50% de los gastos del Estado en 2017(11).

En contraste, el modelo sanitario del Reino Unido es el ejemplo clásico de sistema sanitario pluralista que permite una serie variada de planes de salud, tanto lucrativos como no lucrativos, privados y públicos. Estos planes aspiran a incrementar tanto la utilidad como la justicia en el sistema. El Servicio Nacional de Salud británico (NHS) se fundó en 1948 sobre la base de tres principios: la universalidad, exhaustividad y acceso gratuito. Esto significa proporcionar cuidado sanitario completo y gratuito a todas las personas, independiente de su edad, clase social, sexo, posición geográfica etc., de modo exhaustivo, todo lo cual se entiende como expresión del principio más fundamental de tratar a todos de acuerdo con su “necesidad sanitaria”(8,13).

### **2.2. Los modelos financiados con seguros sociales: Alemania y Países Bajos**

El modelo de Bismarck, con financiación sobre la base de seguros sociales obligatorios, se da en el caso de Alemania y los Países Bajos. Alemania posee un sistema legal de seguros sanitarios (llamados “fondos de enfermedad”) para la mayoría de la población —el 78%— y permite que el resto de las personas disponga de seguros privados, en la línea de los sistemas pluralistas. El sistema se financia a través de las aportaciones de los empleados y los empleadores, pudiendo

<sup>7</sup> “Mucha gente ha puesto en tela de juicio la credibilidad de un plan unificado, por el hecho de que ninguna nación industrializada que haya adoptado un sistema así ha sido capaz de crear incentivos para reducir el gasto, manteniendo al mismo tiempo una organización y reparto de asistencia eficiente”(12).



los ciudadanos elegir su fondo de enfermedad y cambiar de fondo cada año. En enero de 2004 había 292 fondos de enfermedad y 49 aseguradoras sanitarias privadas(13). Los fondos de enfermedad definen sus propias primas, aunque el Ministerio de Sanidad tiene la capacidad de regular el techo de ingresos por esta vía. Los copagos de los pacientes se reglamentan por ley, pues los términos del sistema se detallan en la legislación conocida como “Libro V del Código Social”, en el que se definen las prestaciones mínimas que deben proporcionarse y cómo debería regularse el sistema. Los fondos y seguros deben ofrecer pólizas que cubran el paquete de asistencia básico definido en la legislación, sin discriminación.

Los Países Bajos también tienen un sistema sanitario legal basado en seguros, que se financia a través de aportaciones a la seguridad social. Con arreglo a la ley, los seguros sanitarios son obligatorios. Para las personas de escasos recursos hay un plan de prestaciones para la asistencia sanitaria que permite subvencionar sus primas de seguro. Igualmente, se han transformado los fondos de enfermedad sin fines de lucro en aseguradoras privadas, algunas de las cuales sí tienen fines de lucro. Los ciudadanos soportan el 45% del costo del seguro por medio de lo que se llama “prima nominal”, pagada directamente al asegurador y por la cual luego se reembolsan los costes de la asistencia sanitaria. La aportación del Estado es del 5% y la del empleador del 50%, ambas se efectúan en un “fondo de compensación de riesgos” que garantiza que las compañías aseguradoras no sufran por la selección adversa y puedan competir en términos igualitarios. Más del 90% de los hospitales son instituciones privadas sin fines de lucro. Las aseguradoras están obligadas a aceptar a todas las personas en el paquete básico, con independencia de la edad, el género o el estado de salud. De este modo, la legislación en Alemania y los Países Bajos dispone que toda aseguradora debe ofrecer un “paquete básico” que cumpla con la legislación, la que obliga a todas las aseguradoras a ofrecer seguros sanitarios legales que cubran como mínimo el mismo paquete básico, aceptando a todos los candidatos y sin que puedan cobrar a nadie por su riesgo de padecer enfermedades(14).

En fin, los modelos de cobertura universal y

financiación mayoritariamente pública garantizan el racionamiento de los recursos sanitarios, demostrando mayor capacidad para controlar el gasto total y distribuirlo de forma equitativa, sin discriminaciones.

### **3. Un modelo de adjudicación de recursos sanitarios para Chile**

Prácticamente todos los países de Europa occidental proveen a su población de un seguro médico de cobertura universal, financiado por impuestos generales o por seguros sociales obligatorios. Esta cobertura se ha alcanzado a consecuencia de factores históricos que incluyen valores culturales, como la solidaridad social y la universalidad. Por ello, cuando los comités europeos de operadores sanitarios requieren tomar decisiones de racionamiento en el nivel microdistributivo, lo hacen sobre la base de asegurar, primero, el acceso igual a cuidado sanitario para todos, de modo que los principios de eficiencia fundados en los análisis costo-beneficio tienen, en general, baja prioridad o impacto(8).

Si bien el establecimiento de prioridades sanitarias se produce en todos los niveles de cualquier sistema de salud, los marcos legales no son clínicamente precisos y, en general, son funcionales en la tarea de identificar lo que los operadores sanitarios (quienes toman decisiones de adjudicación) no deben hacer, más que cómo debieran funcionar. En general, la ley se focaliza en la razonabilidad de la adjudicación a la luz de los estándares legales y los hechos epidemiológicos destacables, intentando ser fiel al mandato constitucional que prohíbe discriminar a las personas en razón de su sexo, edad, origen social, religión, raza etc.(15). De este modo, es posible identificar dos mecanismos de racionamiento en el nivel microdistributivo: el racionamiento por exclusión y el racionamiento por directrices. El primero —rechazado en la gran mayoría de los países desarrollados— es el que ha sido incorporado en el AUGÉ en lugar del segundo criterio, que supone especificar directrices para, fundamentalmente, administrar las listas de espera(16).

La justicia en materia sanitaria puede alcanzarse, luego, por medio de una de las siguientes cuatro formas: i) aleatoriamente (los pacientes son

elegidos para ser beneficiarios de algún recurso por medio de la lotería); ii) el mérito (los pacientes son elegidos con base en alguna característica no relacionada con su estatus sanitario, como su educación o medios económicos); iii) orden de presentación (el primero en llegar es el primero en ser atendido); iv) necesidad médica. Los sistemas sanitarios públicamente financiados y de cobertura universal se fundan en el principio de que la distribución de los recursos sanitarios debe basarse en la necesidad médica y no en la suerte, la edad, la riqueza o alguna otra característica de la persona(17).

En esta línea, la Reforma del AUGE se configuró en la óptica del principio de equidad en materia sanitaria, bajo el ejemplo de sistemas sanitarios como el inglés y el canadiense, los cuales garantizan cuidado sanitario de la misma calidad para todos los habitantes. Con todo, el AUGE no fue capaz, en su aplicación, de distinguir adecuadamente entre el racionamiento por la vía de limitar el mínimo sanitario universalmente garantizado, y el racionamiento por la vía de limitar el acceso a cuidado sanitario a determinadas personas. Este último no es, en general, un mecanismo legítimo por desigualitario.

Un modelo de sistema sanitario y de adjudicación de recursos de la salud debe, por tanto, regular la estructura del sistema de salud en relación con su modo de financiamiento, el número de operadores y el grado de equidad que alcance. Sabemos que, en el nivel macrodistributivo, el sistema chileno es un sistema de seguros sociales y privados, mixto o pluralista y de carácter fuertemente regresivo(18). El mecanismo de adjudicación de recursos y de racionamiento sanitario debiera estructurarse desde un modelo de sistema sanitario universal, que garantice la misma cobertura sanitaria a todas las personas y en el que el criterio principal para fundar la distribución de recursos escasos (ahora en el nivel microdistributivo) sea el de la necesidad<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> F.M. Kamm distingue entre los conceptos de “necesidad” y “urgencia sanitaria”. Por el término “urgencia” (T) —de tiempo— se refiere a qué tan pronto morirá una persona sin el tratamiento. Por su parte, qué tan completamente mal estará alguien sin un rápido tratamiento, es a lo que llama urgencia (Q) —para “quality of life” o calidad de vida—. Así, por ejemplo, mientras en el caso de los trasplantes de riñón no es común que las personas tengan una urgencia (T) pues tienen la alternativa de la diálisis, con los trasplantes de corazón o de hígado, en cambio, es la urgencia (T) la que suele estar en juego(19).

De este modo, como ocurre con el sistema inglés o el canadiense, el mecanismo igualitario de racionamiento sanitario es el de las listas de espera, fenómeno inevitable en los sistemas sanitarios de tipo universal. En efecto, en un contexto de restricción de recursos y en sistemas públicamente financiados, las listas de espera funcionan como mecanismos naturales de gestión de recursos de manera eficaz y eficiente(17). En ellos el precio que paga el usuario en el momento del consumo de un servicio suele ser cero o prácticamente cero, dependiendo de si hay copagos y de su cuantía. En estas condiciones, se suele producir un desequilibrio entre la oferta disponible y la demanda potencial, que se canaliza a través de los tiempos de espera; es decir, el paciente paga un precio-tiempo, en lugar de un precio monetario(20). Luego, el viejo aforismo “*prior in tempore potior in iure*”, criterio de ordenación que explicita la regla de que el primero en llegar ha de ser el primero en ser atendido, junto con el criterio de la gravedad o la necesidad, son los criterios por antonomasia a aplicar en el espacio de la microdistribución(21).

Finalmente, ¿cómo evaluar desde el punto de vista de la equidad en la distribución —en el nivel microdistributivo— el criterio de la edad del paciente y su grado de responsabilidad en la propia condición médica?<sup>9</sup> Norman Daniels considera que se puede justificar la priorización de los pacientes en función de su edad, y no así de la raza o el sexo, como una expresión de la igualdad de oportunidades. Los recursos deben distribuirse razonablemente a lo largo de los estadios de la vida, dentro de un sistema social que proporciona un reparto justo, de acuerdo con el tiempo vital de atención sanitaria para cada ciudadano. Basándose en la concepción de justicia de Rawls, Daniels arguye que, como personas prudentes que tienen que deliberar sobre la justa asignación de asistencia sanitaria a lo largo de un tiempo vital, y suponiendo las condiciones de escasez, rechazaríamos un patrón distributivo que redujera la oportunidad de alcanzar ese lapso vital de tiempo completo. Usando los recursos que se podrían gastar en prolongar la vida de los ancianos para tratar a pacientes jóvenes, se incrementan las opciones de que cada uno pueda vivir un “tiempo de vida normal”. Las políticas sanitarias no serían

<sup>9</sup> Para analizar el factor “responsabilidad” en el propio estatus sanitario para los efectos de racionar recursos, véase Zúñiga A.(22).



injustas si trataran a jóvenes y viejos de modo diferente, en la medida en que cada persona es atendida del mismo modo en el curso del tiempo de una vida. Luego, suponiendo las condiciones apropiadas de escasez, el racionamiento basado en la edad parece moralmente justificado(23). Con todo, la edad solo puede eventualmente ser un factor a considerar para la adjudicación de recursos inevitablemente escasos<sup>10</sup>, como en el caso de los órganos para trasplantes. Pero, para lo que dice relación con el acceso a aquello que constituye el mínimo sanitario decente, la edad no puede ser un factor a considerar(11), puesto que supondría admitir la inclusión de criterios discriminatorios por cualidades adscritas, transparentes e inmodificables.

En fin, siguiendo a Harris, podemos sostener que “cuando no hay recursos para salvarlos a todos, debemos elegir quienes no serán salvados de un modo que no parezca una preferencia injusta (...) Debemos tener muy claro que la obligación de salvar tantas vidas como sea posible no es la obligación de salvar tantas como podamos al menor costo posible”(24). Luego, ni la edad del paciente ni su estatus económico —reflejado, en las Guías GES, en el lugar de residencia— pueden ser elementos a considerar a la hora de distribuir recursos, ni desplazar al criterio rector en el ámbito de la adjudicación sanitaria: el de la necesidad. Por ello, “el principio que debiera gobernar nuestras decisiones de adjudicación de recursos escasos es aquel que sostiene que todas las personas merecen las mismas oportunidades de beneficiarse del sistema sanitario público y que ese derecho no es proporcional ni a las posibilidades de beneficiarse del servicio, ni a la calidad (resultados) del beneficio, ni al tiempo que se espera que ese beneficio pueda ser gozado”(25).

De ahí que existan fuertes razones morales para garantizar el financiamiento de todas las personas por igual, sean cuales sean sus expectativas sanitarias de éxito. Un distribuidor de recursos públicos tendrá, entonces, las mismas fuertes razones para

promover el cuidado sanitario de A o de B, aun cuando pueda evaluarse, en cuanto a resultados, mejor a uno que a otro. “Negar la igualdad de oportunidades sería una bofetada en la cara”, pues ella reconoce el valor intrínseco y existencial que tienen las personas, su importancia objetiva(25). Por ello, se debe garantizar a todos las mismas oportunidades de acceso al cuidado sanitario, y a la autoridad le está vedado formalizar principios que puedan significar valorar de manera diferente la vida de quienes son iguales. Puesto que se trata, luego, de una regla ampliamente respaldada en el nivel microdistributivo por la gran mayoría de los sistemas comparados y las teorías de la justicia distributiva, es que parece suficientemente claro que las Guías Clínicas del AUGÉ deben adaptarse siguiendo el ejemplo de las legislaciones comparadas, garantizando a todas las personas el acceso sin discriminación a un mínimo sanitario básico decente.

## Conclusión

El modelo de adjudicación de recursos sanitarios que se ha venido sugiriendo, se sustenta en principios de equidad que apoyan políticas sanitarias construidas sobre la base de preceptos que destacan, primero, que el cuidado sanitario es un derecho humano básico que el Estado debe garantizar a todos los ciudadanos de modo universal, por medio de un Sistema Nacional de Salud que, siguiendo los modelos comparados, tienda a abandonar su carácter regresivo para, con la mejora de sus fuentes de financiamiento, lograr la progresividad en materia de equidad.

A su vez, el modelo busca que los criterios de distribución utilitaristas con fines de racionamiento sanitario, tipo QALY (y que se pueden aplicar en el nivel macrodistributivo), se reduzcan al máximo en el nivel microdistributivo del AUGÉ, pues debieran ceder ante las exigencias de equidad y no discriminación que sustentan los sistemas sanitarios modernos analizados. La utilización de criterios como la edad del paciente o su estatus económico a la hora de definir las reglas de acceso a las garantías explícitas en salud debiera restringirse, puesto que lo único que es legítimo hacer para los operadores sanitarios es utilizar los criterios de racionamiento de la economía de la salud para elegir enfermedades,

<sup>10</sup> Se puede distinguir entre elecciones trágicas en las que el bien a repartir es inevitablemente escaso, como sucede en el caso de los trasplantes de órganos, y elecciones trágicas en las que el bien a repartir es insuficiente porque es muy caro. En este último caso, lo que parecía un problema de elección trágica puede transformarse en un asunto de elección política, en el que la responsabilidad social no es fácil de evadir, pues el sufrimiento que provoca la escasez ya no aparece como impuesto sino que como “elegido”(2).

esto es, para decidir el contenido del mínimo sanitario pero no para elegir personas, enfermos beneficiarios del sistema.

El nivel macrodistributivo, entonces, permite decidir el conjunto de prestaciones que un sistema sanitario racional y eficiente debe incluir en la lista que conformará el mínimo sanitario, y es en este nivel que los análisis costo-beneficio tienen cabida resolviendo qué tipo de servicios sanitarios se deben producir para ser asignados, y por qué razones. Cosa distinta ocurre en el nivel microdistributivo, en el cual es necesario excluir los análisis tipo QALY, pues lo que se garantiza es la misma cobertura para todas las

personas lo que, por definición, implica mantener un sistema sanitario con cobertura universal. Luego, los criterios de selección de pacientes son inadmisibles desde el punto de vista de la equidad y, por ello, inexistentes en general en los sistemas sanitarios universales, como son los que existen en los países de la OCDE y en toda Europa occidental. Por tanto, resulta fundamental derogar las actuales directrices contenidas en las GES, reemplazándolas por un plan básico que conceda el derecho a cuidado sanitario al 100% de la población, según términos y condiciones uniformes, incorporando todos los servicios de salud médicamente necesarios, los que deben prestarse sin barreras de ningún tipo.

## Referencias

1. Zúñiga A. Justicia y racionamiento sanitario en el Plan AUGE: dilemas bioéticos asociados a la distribución de recursos escasos. *Acta Bioethica* 2011; (17)1.
2. Puyol Á. Ética y priorización en las listas de espera de la sanidad. En: *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?* Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, N° 18; Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2009: 29-48.
3. Zúñiga A. Una teoría de la justicia para el cuidado sanitario: La protección de la salud en la Constitución después de la reforma AUGE. *Revista de Derecho Universidad Austral* 2010; 23(2).
4. Saltman R. *The Western European Experience with Health Care Reform*. Copenhagen: WHO/EURO; 2002.
5. Powers M, Faden R. *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
6. Wagstaff A, Van Doorslaer E, Paci P. Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-country Comparisons. *Oxford Review of Economic Policy* 1989; 5(1).
7. Organización Panamericana de la Salud. *Canadá. Perfil del sistema de servicios de salud*. OPS; 2000.
8. Hughes C. *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*. New York: Oxford University Press; 1999.
9. Vladeckadeck B, Fishman E. Unequal by Design: Health Care, Distributive Justice, and the American Political Process. In Rhodes R, Battin M, Silvers A. (eds.) *Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care*. Oxford: Oxford University Press; 2002: 102.
10. Hurley J. Ethics, Economics, and Public Financing of Health Care. *Journal of Medical Ethics* 2001; 27: 234-239.
11. Skinner BJ, Rovere M. *Paying More, Getting Less: Measuring the Sustainability of Government Health Spending in Canada*. Vancouver: Fraser Institute; 2008.
12. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Sixth Edition. New York: Oxford University Press; 2009.
13. Crisp R. Treatment According to Need: Justice and the British National Health Service. In Rhodes R, Battin M, Silvers A. (eds.) *Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care*. Oxford: Oxford University Press; 2002: 134.
14. Lewis R, Álvarez-Rosete A, Mays N. *¿Cómo puede regularse la asistencia sanitaria en Inglaterra? Una perspectiva internacional*. Londres: King's Fund; 2006.
15. Martin D, Gibson JL, Singer P. Priority Setting. In Singer P, Vines AM. (eds.) *The Cambridge Textbook of Bioethics*. London: Cambridge University Press; 2008.

16. Ham C, Honigsbaum F. Priority setting and rationing health services. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C. (eds.) *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: University Press; 1998: 114-132.
17. Sullivan T, Baranek P. *First Do No Harm: Making Sense of Canadian Health Reform*. Vancouver: University of British Columbia Press; 2002: 63-64.
18. Zúñiga A. Los Sistemas Sanitarios y el AUGÉ. *Acta Bioethica* 2007; 13(2).
19. Kamm FM. *Morality, Mortality. Death and Whom to Save from it*. Vol. I. New Cork: Oxford University Press; 1993: 234.
20. Rodríguez M. Desigualdades en salud, priorización y listas de espera. *En Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?* Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, N°18: Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2009: 13.
21. Zúñiga A, De Lora P. *El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*. Madrid: IUSTEL; 2009.
22. Zúñiga A. Autonomía, salud y responsabilidad ¿Se puede responsabilizar al enfermo ‘culpable’ de su enfermedad?. Gascón M, González C, Cantero J. (coords.) *Derecho sanitario y bioética (cuestiones actuales)*. Valencia: Editorial Tirant lo Blanch; 2010.
23. Daniels N. *Just Health Care*. New York: Cambridge University Press; 1985.
24. Harris J. QALYfying the Value of Life. *Journal of Medical Ethics* 1987; 13.
25. Harris J. Justice and Equal Opportunities in Health Care. *Bioethics* 1999; 13(5): 86.

Recibido: 26 de junio de 2011

Aceptado: 15 de octubre de 2011