

# **Cubriendo necesidades de servicios de atención de salud con justicia: orientaciones para la deliberación ética en Chile**

## **Meeting healthcare needs justly: orientations for ethical deliberation in Chile**

Patricia Frenz\*

### **Resumen**

Este trabajo enfoca sobre la manera justa de cubrir necesidades de servicios de atención de salud en Chile, articulando un argumento respecto a la urgencia moral de responder plenamente a necesidades sanitarias fundamentales, basado en la obligación estatal de protección. La intención es de recentrar el foco ético de políticas sanitarias orientadas a lograr cobertura universal y equitativa de servicios de atención médica y sanitaria en el contexto particular de un país latinoamericano, donde la equidad y solidaridad son valores proclamados, pero las inequidades sociales son enormes y crecientes. Al final de la reflexión se identifica las preguntas que deben ser abordadas en Chile mediante un proceso participativo de deliberación ética, que involucra a los afectados, a objeto de explicitar y proteger los intereses esenciales de todos, con especial resguardo a los más desposeídos.

*Palabras clave:* equidad de acceso, bioética, atención en salud, protección en salud, derecho a la salud

### **Summary**

This paper argues for the moral urgency of fully responding to fundamental health needs, as a just way to cover healthcare needs in Chile. The idea is to center the ethical focus of healthcare policies aimed at universal, equitable coverage on the State's obligation to protect. This discussion is contextualized in a Latin American country where equity and solidarity are declared values, but the reality of social health inequalities is huge and growing. The reflection identifies some specific questions that must be addressed through a participative process of ethical deliberation in Chile. This type of deliberation must identify and protect essential interests of the population, with special consideration for the disadvantaged.

*Keywords:* equity of access, bioethics, healthcare, health protection, health rights

### **Resumo**

Este trabalho enfoca sobre a maneira justa de cobrir necessidades de serviços de atenção de saúde em Chile, articulando um argumento com respeito à urgência moral de responder plenamente a necessidades sanitárias fundamentais, baseado na obrigação estatal de proteção. A intenção é de recentrar o foco ético de políticas sanitárias orientadas a conseguir cobertura universal e equitativa de serviços de atenção médica e sanitária no contexto particular de um país latinoamericano, onde a equidade e solidariedade são valores proclamados, mas as inequidades sociais são enormes e crescentes. Ao final da reflexão identifica-se as perguntas que devem ser abordadas em Chile mediante um processo participativo de deliberación ética, que envolve aos afectados, a objecto de explicitar e proteger os interesses essenciais de todos, com especial resguardo aos mais desposeídos.

*Palavras chave:* equidad de acceso, bioética, atenção em saúde, protecção em saúde, direito à saúde

---

\* Profesora Asistente y estudiante del Programa de Doctorado en Salud Pública. Escuela de Salud Pública Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. pfrenz@med.uchile.cl

## Introducción

Si aceptamos que la salud es importante, ya sea porque es un bien primario, esencial para el funcionamiento humano y central para aprovechar oportunidades, o por ser inherente a la vida que queremos, se deriva que los servicios de atención médica sanitarias tienen especial importancia para la salud y el bienestar al prevenir, reparar y aliviar el sufrimiento y la discapacidad, y al evitar la pérdida prematura de la vida (Culyer y Wagstaff, 1993). La naturaleza especial de la atención de salud explica por qué en prácticamente todos los países se reconoce alguna forma de responsabilidad estatal -al menos con los más desposeídos- que es parte del compromiso con otras políticas de protección social que tienen implicancias para la salud, desde la educación, la protección del empleo, subsidios de vivienda y el resguardo ambiental (Daniels, 1982). En la segunda mitad del siglo XX, las obligaciones políticas y sociales de los gobiernos con los ciudadanos en estos planos se proclamaron en la normativa internacional de los derechos humanos, reconociendo entre los derechos sociales el derecho a la salud (Bambas y Casas, 2001; Mann, 2006).

La noción de un derecho social a la salud deriva a iniciativas de los gobiernos para hacerlo cumplir, pero la declaración de su universalidad no ha sido suficiente para su realización. Si la atención médica fuese realmente un derecho universal, todas las personas deberían obtener oportunamente los servicios de calidad que sus necesidades de salud requieren. Lamentablemente, en la mayoría de los países, especialmente los de ingresos bajos y medios, la dura realidad para muchas personas, sobre todo los grupos sociales más pobres y marginales, es otra (Hart, 1971). La dificultad o imposibilidad de los desaventajados de acceder a servicios médicos es particularmente problemática porque, en general, ellos tienen mayores riesgos sanitarios y daños en salud, es decir mayores necesidades de atención y protección (Bambas y Casas, 2001; Gilson L, 2007; CSDH, 2008).

En este escenario, se argumenta -con razón- que más que insistir en un discurso universalista se debe promover la toma de decisiones fundamen-

tales respecto a quiénes deben recibir qué servicios, considerando los contextos y circunstancias particulares, circunscritos por diferentes grados de escasez de recursos en sociedades muy diferentes (Gostin, 2001; Arras y Fenton, 2009). En esta perspectiva, sin dejar el norte de la universalidad, las aproximaciones bioéticas proporcionan elementos esenciales para determinar los mejores caminos a tomar para lograr mayor justicia relacionada con la atención de salud, a la vez de orientar el objeto y el sujeto de las políticas en salud en contextos específicos.

Al presentar su teoría integrada de justicia y salud poblacional, Daniels señala que su alcance es global y, por lo pronto, permite guiar políticas públicas de salud en diversos contextos. Daniels se basa en Rawls para articular su interpretación igualitaria de la justicia, que reconoce al cuidado sanitario como fundamental para ejercer la igualdad de oportunidades. La teoría de justicia sanitaria de Daniels se articula en torno a tres preguntas focales que subyacen el debate sobre las obligaciones estatales y la forma y naturaleza de las políticas en salud: 1) explicar la importancia moral de la salud, 2) indicar cuándo las diferencias en salud son injustas y 3) orientar sobre qué hacer para responder de manera justa a necesidades de salud cuando no es posible cubrirlas todas (Daniels, 2008).

En este trabajo propongo reflexionar sobre la manera ética de cubrir necesidades de servicios de atención de salud en Chile, la tercera pregunta de Daniels, articulando un argumento respecto a la urgencia moral de responder plenamente a necesidades sanitarias fundamentales, basado en la obligación estatal de protección. Mi intención es de recentrar el foco ético del análisis de las políticas sanitarias en el contexto particular de un país latinoamericano, donde la equidad y solidaridad son valores proclamados, pero las inequidades sociales son enormes y crecientes. Esta discusión es relevante por razones no sólo teóricas, sino fundamentalmente por razones prácticas, ya que actualmente en nuestro país se discute realizar nuevas transformaciones al sistema de salud. Al final de la reflexión planteo algunas preguntas que deben ser abordadas en este debate, abogando

por un proceso participativo de deliberación ética, que involucra a los afectados, a objeto de explicitar y proteger los intereses esenciales de todos, con especial resguardo a los más desposeídos.

El primer aspecto a tener presente es que los contenidos concretos del derecho a la salud y las respuestas respecto a la justicia distributiva de servicios de salud tienen que ver con políticas nacionales de salud y se dan de manera distinta en contextos políticos, sociales, culturales y económicos diferentes. Debido a ello, la universalidad de una teoría es relativizada, asimismo el ámbito de las prácticas aceptables y posibles, porque dependen de las doctrinas estructurantes, las instituciones, los recursos existentes y las capacidades ciudadanas (Arras y Fenton, 2009). Hay diversas realidades nacionales: un país rico como los Estados Unidos, que no reconoce el derecho social a la salud; varios países de alto ingreso, que han logrado casi 100% cobertura universal de sus sistemas de salud; y un gran número de países con recursos limitados, que no alcanzan a cubrir todas las necesidades sanitarias. Este hecho es recalorado por pensadores latinoamericanos, quienes distinguen entre sociedades de opulencias y las de carencias al analizar los temas de justicia en el acceso a atención de salud (Almeida y Silva, 1999; Kottow, 1999).

## **Equidad de acceso: convergencia de justicia y protección**

“Se da por entendido que inspiración y meta de las políticas públicas es el bien común distribuido en forma justa, y esta meta que carece de significado mientras no se defina a qué bienes se refiere la justicia y a quiénes es aplicada, continúa recibiendo pleitesía solo teórica, a pesar de que todos los indicadores señalan que las inequidades entre las sociedades y al interior de ellas tienden a aumentar.”(Kottow, 2010)

Surge la preocupación por la justicia cuando se trata de bienes tan fundamentales que moralmente exigen igualdad, porque su déficit afectaría el

desarrollo de los afectados pero también de la sociedad en su conjunto (Rawls, 1971). Los principios de justicia desarrollados por Rawls se centran por una parte en el acceso igualitario de oportunidades, pero por otra en justificar la desigualdad o la equidad a favor de los desfavorecidos (Zúñiga, 2010). El interés por la equidad en salud, que conlleva especial consideración por los grupos vulnerados, es central al entendimiento contemporáneo de la justicia porque la salud es fundamental para el funcionamiento del ser humano y las posibilidades de disfrutar de otros bienes primarios, como la educación, y de hacer uso de las oportunidades que ofrece la sociedad (Sen, 2002). En esta perspectiva, la situación de equidad en salud es una medida del grado de poder para usar y reclamar los bienes sociales, derechos y oportunidades y, como tal, refleja las relaciones de poder en la sociedad (Equinet, 2004).

Hablar de una distribución equitativa de servicios de atención de salud implica necesariamente alguna noción de igualdad, pero la pregunta es: ¿Qué debe ser igual? (Sen, 2002). La particular importancia de los servicios de atención de la salud tiene que ver con sus funciones en la protección, mantención y recuperación del estado de salud. Por lo mismo, la discusión sobre equidad en relación a la atención de salud generalmente afirma que es instrumental al objetivo último de “igualar” los estados o niveles de salud entre los diferentes grupos poblacionales, o al menos lograr un nivel adecuado de funcionamiento (Daniels, 1982). Con miras a este fin, los servicios de atención en salud deben ser apropiados para responder a las necesidades en salud, de manera que aquellos con mayores necesidades deben acceder a más servicios (equidad vertical), pero debe existir igual acceso por igual necesidad (equidad horizontal) (Culyer y Wagstaff, 1993; Culyer, 2001).

En la última década, la preocupación por inequidades de salud ha cobrado un lugar destacado en la agenda de salud global, impulsada en gran parte por la Organización Mundial de la Salud y su Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, pero también influida por iniciativas regionales y nacionales. No obstante el creciente consenso respecto a la centralidad de la equidad en

salud y el acceso universal a la atención sanitaria entre los objetivos sociales de justicia, no es compartido por todos. En el fondo, la preocupación por las desigualdades –al igual que la noción de derechos sociales- releva el rol redistributivo del Estado y pone en entredicho el mercado como fuerza organizadora de la sociedad, cuestionando la economía global neoliberal (Schrecker, 2011).

Mayor vocación universal pretende tener la ética de protección. Históricamente, la obligación del gobernante de proteger a los ciudadanos emergió junto con el nacimiento de los estados-naciones, y es compartida por las diversas filosofías políticas. Aun aceptando una esfera de protección muy restrictiva, la obligación de proteger contempla la provisión a toda persona de lo esencial para resguardar la vida humana y la productividad de la sociedad. Con el transcurso del tiempo, la visión sobre los contenidos sanitarios de la obligación de protección se ha ido ampliando, junto con el desarrollo del conocimiento y las posibilidades de intervención. Inicialmente se centraba en las medidas de control epidémicas y acciones de salud pública. Luego, con la creciente eficacia de las intervenciones médicas, los servicios básicos de atención de salud se incorporaban a las necesidades consideradas primarias o básicas para proteger la salud (Kottow, 2007).

Tanto la teoría de justicia como la ética de protección exigen la cobertura de necesidades consideradas esenciales para lograr un nivel adecuado de salud. Pero cuando los recursos públicos son insuficientes, las políticas de salud tienen que dar prioridad a la protección de las necesidades sanitarias básicas de los más vulnerados por sobre esquemas de justicia imposibles de cubrir. No hacerlo resultaría en mayores brechas sanitarias entre las personas con recursos financieros y personales para acceder a los servicios limitados y los grupos carentes, quienes además de tener mayores necesidades enfrentan mayores barreras de acceso. Entonces, se hace ineludible precisar el concepto de necesidades esenciales o básicas –las cuáles deben ser cubiertas- para analizar y poner en práctica las obligaciones públicas impostergables en el cuidado de la salud.

## Necesidades de salud

Llama la atención la confusión y ambigüedad en la literatura en torno al concepto de necesidad de salud (Oliver y Mossialos, 2004), lo que probablemente refleja desacuerdos sobre las obligaciones estatales en salud. Muchas veces la definición se enfoca a la respuesta, en vez de conceptualizar las necesidades propiamente tales. Reitero la importancia de definir cuáles son las necesidades esenciales o básicas de salud porque, si son consideradas fundamentales, no se cuestiona la obligación de cubrirlas desde la ética de protección o de justicia.

Las necesidades básicas de salud se refieren a los estados físicos y mentales de impedimento, limitación o discapacidad que impiden el desarrollo de capacidades para desenvolverse o de aprovechar otros bienes básicos y las oportunidades que ofrece la sociedad (Oliver y Mossialos, 2004). Más simplemente, las necesidades fundamentales en salud se relacionan con la presencia de enfermedades, problemas o condiciones sanitarias, que generalmente se mide a través de indicadores como la mortalidad, la morbilidad y, a veces, por las características sociodemográficas de riesgo. Los requerimientos básicos deben tomar en cuenta las necesidades corpóreas, biológicas y la falta de empoderamiento (impedimento funcional y falta de acceso).

Por lo tanto, las necesidades definidas según el estado de salud determinan los requerimientos de servicios preventivos, curativos, paliativos y de promoción, que la obligación estatal de protección tiene que cubrir y facilitar. Los intentos por caracterizar estos requerimientos con frecuencia se recurre a términos pocos claros o borrosos tales como “una atención adecuada capaz de asegurar una vida decente y tolerable”, o como un “mínimo sanitario decente” (Daniels, 1982). Asimismo, al enfatizar la idea de “mínimos” se relativiza el imperativo ético de responder plenamente a las necesidades fundamentales.

Cabe tener presente que gran parte de la discusión sobre necesidades proviene de la economía

o de la planificación sanitaria, y se sitúa en la lógica de racionamiento o distribución justa frente a escasez relativa en países con altos gastos y crecientes demandas de atención sanitaria. Por ejemplo, el enfoque calificado como humanitario de Donabedian define necesidad en relación al estado de salud, pero de una manera tan amplia que abarca cualquier alteración de la salud o bienestar que puede demandar servicios del sistema de salud. Una aproximación muy diferente, calificada como realista pero discutible, mira la necesidad desde los recursos; solo se puede reconocer una necesidad si existe una intervención útil y costo-efectiva (Acheson, 1978). En todo caso, el tema de la efectividad de la intervención es importante para la organización y priorización de servicios, pero es una consideración para la respuesta y no debe confundir la definición de necesidades.

Las visiones humanitaria y realista no reivindican la urgencia moral obligatoria e impostergable que conlleva la idea de necesidades básicas o fundamentales; la primera por ser muy amplia y la segunda porque restringe la definición de acuerdo a los recursos asignados. Se debe tener presente que estas visiones son compatibles con el contexto neoliberal en que surgen, donde el mercado tiene un rol importante y los servicios de salud sirve una variedad de funciones, solo algunas de las cuales se refieren a necesidades (Daniels, 1982). Estas otras funciones tienen que ver con “deseos”, que no necesariamente deben ser socialmente garantizados (Culyer, 2001).

Los diferentes enfoques convergen en la importancia de definir los equivalentes entre necesidades, servicios y recursos para poder asegurar el acceso: las alteraciones del estado de salud o necesidades deben tener correspondencia en los servicios disponibles, que a su vez requieren de recursos suficientes (Acheson, 1978). En síntesis, el financiamiento y organización de servicios son funciones esenciales de los sistemas de salud para dar respuesta adecuada a las necesidades reivindicadas y asumidas en las políticas sanitarias. Más allá de las necesidades básicas, dónde se traza el límite entre necesidades, expectativas legítimas y meros deseos depende de los valores y las posibilidades de cada sociedad.

## Más recursos para la salud

Si aceptamos que la obligación de protección del Estado abarca la cobertura de necesidades sanitarias fundamentales con servicios adecuados, en cantidad, calidad y oportunidad, ¿puede la importancia de la atención médica y sanitaria reconciliarse con la insuficiencia de recursos para cubrir los servicios esenciales? La respuesta moral es clara: no hay una ética plenamente satisfactoria si faltan recursos porque implica que en algunas circunstancias para algunas personas no se cubren las necesidades básicas de salud. Si existe este déficit significa que hay racionamiento y algunas personas no recibirán los servicios médicos esenciales que requieren (Wikler, 2010). Consecuentemente, una postura señala que lo primero y lo éticamente correcto es “chillar” para reclamar incrementos significativos en los presupuestos para la salud<sup>1</sup>.

En general, los directamente afectados, los ciudadanos, y el personal de salud que viven el racionamiento, interpelan la insuficiencia de recursos. Por otra parte, los argumentos de aquellos con responsabilidades en la asignación de recursos apela a la ineficiencia, las prioridades sociales alternativas y la inevitabilidad de la escasez (Maynard, 2001). Cabe reconocer las presiones sobre los recursos para la salud, algunas como el envejecimiento de la población se relacionan con mayores necesidades y otras, como las mejoras tecnológicas y las crecientes expectativas de la población, con la demanda y la respuesta del sistema de salud, pero también hay razones políticas para delimitar los recursos públicos para la salud que no siempre son cuestionadas (Coast, Donovan et al., 2002).

Sorprende que sean pocas las voces en la literatura sanitaria que reclaman más recursos para la salud. En este sentido, se distingue el Informe sobre la Salud en el Mundo 2010, “Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal”, que pide “más dinero para la salud”. Sin embargo, diluye el mensaje, al afirmar que todos los países enfrenten restricciones, es-

1 Comunicación personal Profesor Miguel Kottow.

pecialmente los más pobres, pero todas las naciones podrían recaudar más fondos para la salud si así lo desearan (OMS, 2010). La pregunta no articulada, que reivindica Schrecker (2011) para la agenda de salud global, es por qué existen las diferencias en recursos entre países y dentro de los países.

### **Criterios éticos en condiciones de escasez**

La manera más coherente de avanzar hacia la justicia sanitaria en condiciones restrictivas de recursos y capacidades limitadas de ejercicio de derechos y oportunidades es siguiendo los criterios de la protección bioética.

1. Como mínimo, el Estado debe apoyar plenamente a los grupos sociales sin capacidad de pago y complementando a aquellos con capacidades limitadas, para todos los servicios necesarios, incluyendo los servicios costosos demostradamente imposterables.
2. En vez de imponer límites en los recursos o el tipo de servicios disponibles, es más importante definir a los grupos que requieren apoyo del Estado para asegurar los servicios sanitarios y médicos básicos que su estado de salud requiere.
3. Cubiertas las necesidades básicas para estos grupos, la justicia implica la disponibilidad de otros servicios médicos y sanitarios para toda la población, de acuerdo a los recursos.
4. La deliberación democrática con la participación de los afectados y el conjunto de los actores sociales otorga legitimidad y racionalidad a este proceso (Kottow, 2007:46; OMS, 2010).

### **Aspectos éticos críticos que se desplieguen de la discusión sanitaria en Chile**

El sistema de salud chileno es un modelo estratificado, diseñado en su esencia en 1981 como parte de la transformación estructural neoliberal del Gobierno Militar, que combina un sistema público de seguridad social basado en la solidaridad, con un sistema de seguros privados, individualmente contratados. El modelo acepta un rol del mercado en la distribución de servicios individuales de salud, a la vez de reconocer la obligación estatal, especialmente para los grupos sociales sin capacidades de pago o con riesgos sanitarios que los dejan fuera del mercado. El resultado de este sistema estratificado es la segmentación por ingreso y riesgo, concentrando a los grupos sociales más necesitados, los pobres, las mujeres, los niños, los más enfermos y los adultos mayores en las redes asistenciales públicas, con menos recursos per cápita para la provisión de servicios. Así, el sistema de salud es un espejo de las desigualdades sociales subyacentes de la sociedad chilena.

Desde 1990, las políticas sanitarias han intentado abordar las inequidades de salud y del acceso, con fuertes incrementos en la inversión y recursos, que han logrado reducir pero no cerrar las brechas. Un hito fue la reforma de la salud que estableció el sistema AUGE de garantías explícitas cuyo objetivo fue asegurar una atención oportuna y de calidad para condiciones prioritarias de salud. No obstante, hay debate respecto a esta política. A su favor ofrece un mecanismo transparente de fijar prioridades y organizar servicios acordes con las necesidades más sentidas acordes con definiciones técnicas y sociales, a la vez de concretar la realización del derecho a la salud y el empoderamiento mediante las garantías (Zúñiga, 2007; Román y Muñoz, 2008; Valdivieso y Montero, 2010). En cambio, también se dice que introduce una nueva discriminación –basada en diagnósticos– y atenta contra la visión integral de la atención (Zúñiga, 2007; Román y Muñoz, 2008; Valdivieso y Montero, 2010). Sin embargo, está pendiente responder si en la práctica el sistema

ha cumplido con su cometido y logrado mayor equidad e integralidad.

Según OMS, en Chile el gasto público per cápita en salud (PPP) aumentó hasta US\$414 en 2008 desde US\$159 en 2000, pero si se considera el porcentaje del producto interno bruto (PIB) que representa este gasto, éste se estabilizó en torno al 3,5% hasta el año 2008 cuando alcanzó el 4%. El detalle de este aumento habría de ser analizado. A modo de comparación, en 2008 el gasto público per cápita del Reino Unido, un país con sistema público universal de salud, fue US\$3.248, representando 7,5% del PIB, un incremento desde 5,5% en 2000 (OMS 2010). Esta comparación evidencia que nuestro sistema público funciona con un esfuerzo financiero insuficiente que resulta en la escasez de recursos. Con estas cifras, es difícil argumentar que Chile debe buscar mayor eficiencia en vez de aumentar significativamente el gasto público en salud.

## Propuesta para profundizar en la equidad

En este contexto, el tema de la salud se mantiene en la agenda pública y hoy se debate realizar nuevas transformaciones al sistema de salud. Es preciso enfocar la discusión en torno a algunas cuestiones relacionadas con la distribución equitativa de servicios de atención de salud, que siguen sin resolverse en Chile:

1. ¿Cuáles son las necesidades básicas de salud que deben ser cubiertas para toda la población (reconocer y abordar)?
2. ¿Qué servicios deben ser incluidos en un plan que garantiza un nivel adecuado de atención? ¿Cuáles son los bienes de salud pública que permiten reducir las necesidades de atención?
3. ¿Cuántos recursos públicos son requeridos para cubrir las necesidades básicas de salud de toda la población?
4. ¿Cuáles son los criterios para asignar los recursos limitados en salud con equidad?

5. ¿Qué organización de la provisión logrará mayor efectividad, eficiencia y equidad (el rol de los prestadores privados)? ¿Debe ser regulada/evaluada la introducción de nuevas tecnologías de acuerdo a su costo-efectividad?
6. ¿Cómo incorporar la participación pública e involucrar a los afectados? ¿Cuál es el rol de los bioeticistas?

Este listado identifica algunas preguntas vinculadas con la distribución equitativa de servicios para cubrir adecuadamente las necesidades de salud, pero no agota las cuestiones éticas pendientes respecto a las políticas de salud con implicancias para la equidad de salud. Un asunto de fondo tiene que ver con el rol de los seguros privados en el sistema de seguridad social: ¿es ético que capturen la cotización obligatoria al seguro de salud de sus afiliados, sin estar sujetos a principios como la solidaridad?

El punto de partida para responder estas preguntas viene del reconocimiento de la ética de protección, basada en la obligación estatal de resguardar las necesidades fundamentales de salud, asegurando servicios adecuados de atención de salud, sobre todo para los más necesitados. Si se enfatiza la obligación de cubrir lo esencial, y el derecho de reclamar servicios adicionales, habría que enfocar la deliberación pública sobre éste último. Se debe reconocer que esta orientación es general y demasiado indeterminada para resolver disputas y generar los consensos necesarios para contestarlas plenamente. Para ello, se requiere fortalecer los mecanismos de discusión democrática sobre las políticas públicas en nuestro país, a fin de asegurar la participación de los sectores afectados, la expresión de las diversas miradas políticas y la participación de expertos.

Estos mecanismos constituyen lo que Daniels (2007) llama un proceso justo, que otorga legitimidad y autoridad moral a la definición de límites y prioridades de las políticas públicas. Con este afán, es el momento de dar cumplimiento a la Ley 20.120 de 2006 y establecer una Comisión Nacional de Bioética (Kottow 2010). Dicha instancia debe participar en la formulación de las políticas

sanitarias. De especial importancia son las orientaciones bioéticas respecto a cuestiones vitales, que afectan a la salud y el desarrollo, explicitando los dilemas, separando los argumentos éticos de las doctrinas políticas, identificando los conflictos de intereses y señalando los posibles caminos. En este proceso los comités de ética asistencial son también relevantes: deberán fiscalizar y hacer cumplir las políticas sanitarias en los establecimientos asistenciales, más allá del papel tradicional de los comités de bioética en investigación vinculado a resguardar los estudios clínicos que los hospitales efectúan.

## Conclusión

A pesar de los esfuerzos de las políticas sanitarias de los últimos dos décadas, Chile todavía no logra cubrir las necesidades de salud de toda la población, dada la escasez de los recursos asignados y las inequidades sociales subyacentes. En esta situación no es posible sustentar equitativamente una aproximación a la justicia sanitaria que no tiene especial preocupación de responder a las necesidades de los grupos sociales vulnerados.

Se propone aumentar los recursos públicos destinados a la salud y promover una deliberación ética participativa, enfocada a definir las necesidades sanitarias básicas que deben ser plenamente cubiertas por las políticas públicas. El enfoque de necesidades sanitarias reside en el reconocimiento que la salud es indispensable para el empoderamiento, lo que permitiría ejercer otras necesidades como el trabajo, la educación y la participación cívica y política.

Por último, para avanzar en la equidad en salud debemos conocer y analizar las reflexiones y experiencias internacionales; pero, reconociendo que nuestra historia y nuestra realidad son otras, tomar lo que nos sirve para encaminar nuestros propios procesos de deliberación ética, orientados a lograr un país más sano y justo.

**Recibido: 1/7/2011**

**Aceptado: 25/8/2011**

## Referencias

- ACHESON R. 1978. The definition and identification of need for health care. *J Epidemiology and Community Health*. Vol 32, 10-15.
- ALMEIDA,N, SILVA J. 1999. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica / The public health crisis and the movement of the collective health in Latinoamerica. *Cuadernos médicos sociales (Ros)*, Vol 75, 5-30.
- ARRAS JD, FENTON EM. 2009. Bioethics & human rights: access to health-related goods. *Hastings Cent Rep*. Vol 39, No 5, 27-38. Disponible en: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19806778> >.
- BAMBAS A, CASAS J. 2001. Assessing equity in health: conceptual criteria. *Equity and Health*. Vol 8, 22-49.
- COAST J. et al. 2002. If there were a war tomorrow, we'd find the money: contrasting perspectives on the rationing of health care. *Soc Sci Med*. Vol 54, No 12, 1839-51. Disponible en: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12113439> >.
- CSDH. Commission on Social Determinants of Health. 2008. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization, Geneva. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html)
- CULYER AJ. 2001. Equity - some theory and its policy implications. *J Med Ethics*. Vol 27, No 4, 275-83. Disponible en: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11479360> >.
- CULYER AJ, WAGSTAFF A. 1993. Equity and equality in health and health care. *J Health Econ*. Vol 12, No 4, 431-57. Disponible en: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10131755> >.
- DANIELS N. 1982. Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. Vol 60, No 1, 51-81. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7038534>>.
- \_\_\_\_\_. 2008. *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge University Press, New York.
- EQUINET. 2004. Reclaiming the state: Advancing people's health, challenging injustice. EQUINET Policy Paper N°15. EQUINET, Harare. Disponible en: <<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/RES062004english.pdf>>
- GILSON L et al. 2007. *Challenging inequity through health systems: Final Report*. Knowledge Network on Health Systems.WHO Commission



- on Social Determinants of Health Knowledge Network, Geneva. Disponible en: <[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/hskn\\_final\\_2007\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf)>
- GOSTIN L. 2001. The human right to health: a right to the "highest attainable standard of health". *Hastings Cent Rep.* Vol 31, No 2, 29-30, 20. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11478106>>.
- HART JT. The inverse care law. *Lancet*, Vol 1, No 7696, 405-12. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4100731>>.
- KOTTOW M. 1999. Sanitary justice in scarcity. *Cad Saude Publica*, Vol 15 Suppl 1, 43-50. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10089547>>.
- KOTTOW M. 2007. Ética de protección: Una propuesta de protección bioética. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- KOTTOW M. 2010. [Bio]ética y políticas públicas sanitarias: Justicia versus empoderamiento. *Nuevos Folios de la Bioética*. Vol 3, 21. Disponible en: <<http://www.saludpublica.uchile.cl/esp/index.jsp>>.
- MANN J. 2006. Health and human rights: if not now, when? 1997. *Am J Public Health*. Vol 96, No 11, 1940-3, Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17062844>>.
- MAYNARD A. 2001. Ethics and health care 'underfunding'. *J Med Ethics*. Vol 27, No 4, 223-7. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11479351>>.
- OLIVER A. MOSSIALOS E. 2004. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health*. Vol 58, No 8, 655-8 Disponible en: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=15252067](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15252067)>.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. 2010. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal: resumen. World Health Organization, Geneva. Disponible en: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_IER\\_WHR\\_10.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_WHR_10.1_spa.pdf)>.
- RAWLS J. 1971. *A Theory of Justice*. Oxford University Press, Oxford.
- ROMÁN O, MUÑOZ F. 2008. Una mirada crítica en torno al plan AUGE: Algunos aspectos generales y valóricos. *Rev Médica Chile*. Vol 136, 1599-1603.
- SCHRECKER T. 2011. Why are some settings resource-poor and others not? The global marketplace, perfect economic storms, and the right to health. *Can J Public Health*. Vol 102, No 3, 204-6. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21714320>>.
- SEN A. 2002. Why health equity? *Health Econ*. Vol 11, No 8, 659-66. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12457367>>.
- VALDIVIESO V, MONTERO J. 2010. El plan AUGE: 2005 al 2009. *Rev Médica Chile*. Vol 138. 140-146.
- WIKLER D. 2010. Rationing Health. The World. Public Radio International, USA. Disponible en: <<http://www.hsph.harvard.edu/news/features/coverage-in-the-media/health-care-rationing-wikler/index.html>>
- ZÚÑIGA A. 2007. Sistemas sanitarios y Reforma AUGE en Chile. *Acta Bioética*, Vol 13, No 2, 237-245.
- ZÚÑIGA A. 2011. Una teoría de justicia para el cuidado sanitario: la protección de la salud en la Constitución después de la reforma AUGE. *Revista de Derecho*. Vol XXIII, No 2, 113-130.