

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Algunas consideraciones éticas con relación a la distribución de los recursos en salud. Aproximación a la luz de algunos principios de la Doctrina Social de la Iglesia

Pbro. Fernando Chomalí Garib
Profesor de las Facultades de Teología y Medicina
Pontificia Universidad de Chile

I. Introducción

1. Consideraciones previas

Como muy bien lo plantea una autoridad en materia de Bioética, Mons. Elio Sgreccia, es difícil el encuentro entre la economía y la salud. Los recursos que se requieren en el ámbito de la salud son cada vez mayores. Las razones de ello están en que la población vive más tiempo, las enfermedades crónicas y degenerativas van en aumento, hay un incremento de la drogadicción, el alcoholismo, y junto a ello han aparecido nuevas enfermedades, como el VIH y el SIDA. Por otra parte, especialmente en Occidente, se ha ido gestando un verdadero culto a la plena salud. A ello hay que sumar la incorporación de implementos cada vez más sofisticados y de alto costo, que no siempre se ven necesariamente reflejados en un aumento significativo de ventajas para los pacientes que se someten a ellas. La pregunta que se hace el profesor Sgreccia es la siguiente: dada la creciente expansión de las necesidades en salud, cómo limitar los gastos, y que al mismo tiempo se cumplan las exigencias éticas de respeto que merece la persona **(1)**.

Para responder esta pregunta no se puede hacer una lectura solamente técnica. Se debe hacer también una ética, en cuanto involucra acciones de personas. Pareciera ser que mientras más progresa la Medicina, se necesitan más recursos **(2)**, pero al mismo tiempo no se percibe una sustancial mejoría de las atenciones en salud de la población en general **(3)**. Cada vez nos encontramos con más dilemas éticos en lo que a distribución de recursos se refiere, lo que ha hecho que este tema se consolide como un tema propiamente bioético **(4)**.

La situación recientemente descrita es real y exige un detallado análisis. Pretendo hacerlo desde la Doctrina Social de la Iglesia.

2. La Doctrina Social de la Iglesia

La Instrucción sobre Libertad Cristiana y Liberación del 22 de marzo de 1986, proveniente de la Congregación para la Doctrina de la Fe, plantea que la "Enseñanza Social de la Iglesia nació del encuentro del mensaje evangélico y de sus exigencias —comprendidas en el Mandamiento supremo del amor a Dios y al prójimo y en la Justicia— con los problemas que surgen en la vida de la sociedad. Se ha constituido en una doctrina, utilizando los recursos del saber y de las ciencias humanas; se proyecta sobre los aspectos éticos de la vida y toma en cuenta los aspectos técnicos de los problemas pero siempre para juzgarlos desde el punto de vista moral. Esta

enseñanza, orientada especialmente a la acción, se desarrolla en función de las circunstancias cambiantes de la historia. Por ello, aunque basándose en principios siempre válidos, comporta también juicios contingentes. Lejos de constituir un sistema cerrado, queda abierto permanentemente a las cuestiones nuevas que no cesan de presentarse; requiere, además, la contribución de todos los carismas, experiencias y competencias" (72).

La Iglesia no tiene soluciones técnicas que dar en ámbitos que son propios de la acción del hombre en el mundo. Su papel es plantear los aspectos éticos que están en juego con el propósito de salvaguardar la dignidad de la persona humana. Conocer dichos aspectos constituye una gran contribución para iluminar las políticas que se tomen en salud, ya sea a nivel internacional, nacional o regional.

El principio cardinal de la Doctrina Social de la Iglesia es la exigencia de que se le reconozca al hombre, a todo el hombre y a todos los hombres, la dignidad que le es propia, por el solo hecho de ser persona. Dignidad presente desde el momento en que es concebido hasta su muerte natural, y que ha de ser siempre reconocida. Esta dignidad adquiere renovado brillo desde la Revelación que presenta al hombre en cuanto imagen y semejanza de Dios, con una vocación trascendente. Si bien es cierto que cada hombre es único e irrepetible, se ha de reconocer una igualdad ontológica fundamental de todos los hombres, que ha de ser respetada. Toda persona vale por lo que es, no por lo que tiene, por lo que hace, por su estado de salud, o por su capacidad productiva. A nivel de principio se percibe una creciente conciencia de la relación que existe entre la dignidad de la persona y el acceso a la salud. El Consejo de Europa afirma que: "La elevación a *status* de derecho del hombre los objetivos de alimentar a los que tienen hambre, de instruir a los analfabetos o de entregar cuidados médicos a los enfermos y vulnerables debe significar, en tanto que mínimos absolutos, que de estos objetivos no pueden ser sujetos a negociación, ni en nombre de la racionalidad económica ni en nombre de cualquier otra razón". Este principio, ampliamente compartido en las declaraciones de derechos humanos, pero no siempre llevado a la práctica, se basa en que la persona posee una dignidad tal que no puede ser considerada medio u objeto, sino que fin y sujeto, aunque se trate de una vida muy disminuida a causa de una enfermedad.

3. Importancia del tema

El tema que nos ocupa, la distribución de los recursos en salud, es de la máxima importancia. Primero, porque las decisiones que se toman en este campo, ya sean a nivel internacional, nacional, regional, hospitalario, familiar, o personal, impactan en personas concretas, y en un ámbito especialmente sensible de sus vidas: la salud, que engloba no solo el aspecto corporal, sino también el psíquico, laboral, familiar, social y espiritual. En definitiva, involucra su proyecto de vida, su presente y su futuro, en cuanto ser personal y social. Segundo, porque la salud es un factor importante de desarrollo de los pueblos y, además, una puerta eximia para superar la pobreza.

Tercero, porque en el ámbito de la salud se presentan grandes desigualdades, que han de interpellarnos. En efecto, en el hemisferio sur, un niño cada cuatro está subalimentado. En Asia, es uno cada cinco y en América Latina, uno cada diez. En los países más pobres la mortalidad infantil es de 112 por cada 1.000 nacimientos, y antes de los cinco años mueren 172 cada 1.000

nacidos vivos. Hay un médico cada 19.000 habitantes y en el Sahara es 1 cada 35.000. La esperanza de vida en dichos países es de 54 años.

En los países industrializados la mortalidad infantil es de 7 niños por cada 1.000 nacimientos, y cuentan, en promedio, con 1 médico por cada 390 habitantes. La esperanza de vida es de 74 años (5). Frente a una situación de este tipo, está claro que estamos en presencia de un problema que sobrepasa el ámbito de la Medicina, para situarse en el ámbito de lo económico, de las políticas públicas, y, sobre todo, de la ética. Este tema, muy técnico en su tratamiento y que involucra a especialistas de distintas disciplinas, no ha sido tratado específicamente por el Magisterio de la Iglesia Católica, pero es susceptible de ser comprendido a la luz de los principios, que conforman la columna vertebral de la Doctrina Social de la Iglesia, del destino universal de los bienes, de solidaridad, de subsidiariedad y del bien común.

II. Principios de la Doctrina Social de la Iglesia

1. El principio del destino universal de los bienes y el carácter social de la propiedad

El Catecismo de la Iglesia Católica postula que: "Los bienes de producción —materiales o inmateriales— como tierra o fábricas, profesiones o artes, requieren los cuidados de sus poseedores para que su fecundidad aproveche al mayor número de personas. Los poseedores de bienes de uso y consumo deben usarlos con templanza reservando la mejor parte al huésped, al enfermo, al pobre" (6).

En mi opinión, tanto los aspectos involucrados en los cuidados de salud (profesionales, personal de apoyo, materiales, etc.), así como la salud de los individuos, en el sentido amplio de la palabra, entran en esta categoría de bien.

Con relación a lo primero, se ha de procurar que el personal profesional, técnico y administrativo, y los materiales que se usan en este arte, se comprendan más como una instancia al servicio del hombre y de todos los hombres, que como una mera mercancía que se transa en el mercado según la oferta y la demanda. El sentido auténtico de los bienes que se poseen es que son instancias que se administran en la perspectiva de servir. Desde este punto de vista, volver a profundizar acerca del *ethos* de las profesiones en general y de la Medicina en particular es urgente. La motivación central de toda persona que trabaja es que sus conocimientos, fruto del esfuerzo personal y del estudio y del trabajo de tantos, que le permite ejercer un oficio o una profesión, constituyan la posibilidad de ser un aporte para el desarrollo del tejido social, cuya concreción es que cada uno de sus miembros pase de condiciones menos humanas a condiciones más humanas. En el caso concreto que estamos tratando, que tenga acceso a los cuidados médicos cuando los requiera. Desde este punto de vista, se puede afirmar que la salud es un bien personal, pero también es un bien social. Ello implica que su gestión ha de ser también compartida. Esto es importante, porque en algunos países se ha llegado a la paradoja de que, por una parte, se exalta el acceso a la salud como un derecho inalienable y, por otra, se crean instancias jurídicas que tienden a legalizar el aborto de personas con malformaciones congénitas o la eutanasia. Con este tipo de contradicciones está claro que no se quiere privilegiar la salud desde una perspectiva del bien de la persona, sino desde una perspectiva hedonista y selectiva de la salud.

Sobre los conocimientos que tiene una persona grava una hipoteca social. La dimensión social intrínseca que les grava está dada por el hecho de que son un factor privilegiado para posibilitar la construcción de una comunidad más digna del hombre.

Desde ese punto de vista, la forma en que se organicen los servicios en salud no puede ser un fin en sí mismo, sino que un instrumento para optimizar los recursos que están destinados a todos para lograr que toda persona tenga acceso a la mejor atención de salud que sea posible.

Con relación a lo segundo, se trata del deber de cada persona de ser responsable del bien que significa su salud. Ello implica el deber de evitar, dentro de lo humanamente posible, todas aquellas instancias que, además de perjudicar la salud propia, sean susceptibles de perjudicar a los demás. Pensemos en la inmensa cantidad de recursos que se gastan para afrontar enfermedades provenientes del uso del tabaco, el alcohol y la droga, así como de la contaminación atmosférica. Y la cantidad de recursos del área de la salud que se gastan para atender a personas gravemente heridas por accidentes previsibles y evitables, especialmente de tránsito. Un trabajo fundamental que se ha de hacer es ayudar a las personas a tomar conciencia de que sus acciones no solo tienen consecuencias sobre sí mismas, sino también sobre toda la sociedad. Distribuir adecuadamente y de modo equitativo los recursos en salud implica también ayudar a que los recursos no se consuman en atenciones médicas que pueden evitarse. Creo que reforzar la educación en este aspecto poniendo especial énfasis en la interdependencia de todo el género humano en lo que al impacto de las acciones humanas se refiere, así como una mayor firmeza frente a las personas que inducen a consumir elementos nocivos para la salud, es una exigencia ética prioritaria.

Un estudio al respecto plantea que un sistema completamente socializado de la salud tiende a una cierta irresponsabilidad en los gastos en salud. Los autores del estudio postulan que una mayor responsabilidad de parte de los ciudadanos y los médicos puede superar el consumo incontrolado de los recursos. La vía de la responsabilidad personal es la que sin duda dará los mejores resultados. Ello implica un nuevo comportamiento ético (7). Holanda, por ejemplo, postula que "los cuidados que no pueden ser dejados a la responsabilidad individual son prioritarios con relación a los cuidados que llevan gravadas responsabilidades personales" (8).

Desde el ámbito teológico, la propiedad se considera como un don recibido por Dios. Según San Basilio, la propiedad tiene una función administrativa, por lo que es obligación del propietario cuidar los bienes y no destruirlos. Que sobre la propiedad privada pesa una hipoteca social ya lo planteaba el mismo autor al decir que la propiedad adviene para su uso y servicio, es allí donde encuentra su razón de ser. San Jerónimo sostenía que la propiedad está sometida a la ley de la justicia, por lo que su uso no puede prescindir de la situación y satisfacción de las necesidades de los demás. La propiedad privada no se entiende al margen del bien común, esta supera el marco meramente individual de quien lo posee, para integrarse en el amplio contexto de la comunidad y de su bien.

La propiedad es un concepto cada vez más diverso y diversificado (9), que no solo está conformado por los bienes materiales. Cada vez adquiere más importancia la propiedad del conocimiento, de la técnica y del saber. La salud también puede ser considerada de alguna manera como una propiedad en el sentido de que es un elemento importante para el desarrollo de

las personas y la sociedad. El cuidado de la salud y su restitución, en caso de verse dañada, depende en gran medida de los conocimientos adquiridos, de las técnicas empleadas y de una adecuada infraestructura.

2. El principio de subsidiariedad

La palabra viene del latín *subsidium*, que significa ayuda. El principio de subsidiariedad intenta armonizar adecuadamente las relaciones entre los individuos y la sociedad y especificar los límites de la injerencia del Estado en las competencias de las personas o grupos de personas. Este principio sostiene que "una estructura de orden superior no debe interferir en la vida interna de un grupo social de orden inferior, privándole de sus competencias, sino que más bien debe sostener en caso de necesidad y ayudarle a coordinar su acción con la de los demás componentes sociales, con miras al bien común" (10).

Este principio confirma la legitimidad de que las personas se organicen de tal forma de enfrentar lo mejor posible las enfermedades que pudieran sobrevenir. Desde ese punto de vista, es razonable que las personas, de modo individual o colectivo, destinen los recursos obtenidos mediante su trabajo para solventar los costos de una eventual enfermedad para ella o su familia. El Estado no puede oponerse a que cada uno asuma lo que puede acontecer en lo que a su salud se refiere. Es legítimo optar por destinar los recursos personales prioritariamente para ello, reduciendo los gastos de otra índole. El no permitir que las mismas personas se hagan cargo de ello sería caer en un colectivismo. La Declaración de D' Alma-Ata (1978) sobre los cuidados de salud de base es explícita al respecto cuando dice: "Las personas tienen el deber y el derecho de participar individualmente y colectivamente en la elaboración y en la puesta en ejecución de sus cuidados de salud".

Según este principio, todas las personas son agentes de salud. Ello requiere que, además de la educación, se creen condiciones para que todas las instancias en la que se ve involucrado lo relativo a la salud de las personas, como los lugares de trabajo, donde se manipulan alimentos, etc., colaboren en la promoción de ella. El principio de subsidiariedad se podrá aplicar adecuadamente en la medida que haya un creciente proceso de "responsabilización" de las personas de su propia salud y la ajena. Solo así los recursos que administra el Estado irán efectivamente a los más pobres.

Por otra parte, no se puede desconocer que hay personas que, por diversas razones, no son capaces de solventar los gastos que implica una enfermedad. Ya sea por lo imprevisto, ya sea por su precaria condición económica y social, etc. Las preguntas que surgen son las siguientes: ¿Le corresponde al Estado hacerse cargo de aquello y en qué medida? ¿Debe destinar todos los recursos que se requieran para un determinado enfermo o deberá limitarlos a los mínimos, sobre todo cuando se sabe que los recursos que se inviertan en uno irán en detrimento de los recursos necesarios para otro?

Sin duda que son preguntas fundamentales, cuyas respuestas influyen en la toma de decisiones a la hora de destinar los recursos en el ámbito de la salud. Las pistas de respuesta a estas preguntas pueden encontrarse a la luz de los conceptos de solidaridad y del bien común.

3. El principio de la solidaridad

El principio de solidaridad tiene un significado desde el punto de vista ontológico, y otro, desde el punto de vista ético. Ontológicamente hablando, significa que todos los individuos de la especie humana están mutuamente implicados. Ello significa que todos los individuos que componen la sociedad están involucrados con el todo. Por otra parte, el todo social está indisolublemente implicado en la suerte de cada uno de sus miembros.

Desde el punto de vista ético el principio de solidaridad se traduce en el de responsabilidad, que significa que cada miembro de la comunidad es responsable por el bien de los demás, es decir, de la comunidad. Y, por otra parte, la comunidad debe responsabilizarse por el bien de cada uno de los individuos. La solidaridad no es un mero sentimiento, es la determinación firme y perseverante de empeñarse por el bien común, es decir, por el bien de todos y cada uno, para que todos seamos verdaderamente responsables de todos **(11)**. La solidaridad tanto en el ámbito personal como nacional e internacional se configura como uno de los principios básicos de la concepción cristiana de la organización social y política **(12)**. Esta mirada que coincide las relaciones humanas en un contexto de mutua interdependencia, ha quedado expresado en el informe de las prioridades de Holanda. Este postula que "Los cuidados necesarios (es decir, aquellos que responden a necesidades fundamentales) preceden los menos necesarios, y los cuidados considerados como apropiados y tienen una garantía de eficacia preceden los cuidados menos apropiados con una menor garantía de eficacia" **(13)**.

La manera como en la actualidad se ha consolidado la organización social pone en evidencia la existencia de un amplio grupo de personas que no tienen acceso a los medios necesarios para llevar una vida digna, y de otro grupo de personas, cada vez menor, que concentra un alto porcentaje de bienes y de servicios. Algunos por la falta de bienes mínimos para su subsistencia, es decir, por no tener, no llegan a desarrollar las capacidades propias de su ser. Este aspecto se percibe de modo eminente en lo que a la salud se refiere. La solidaridad implica en la práctica actuar con equidad, y colaborar para minimizar las diferencias en cuanto al acceso de salud se refiere. La equidad es lo que garantiza el acceso a los servicios de salud a todas las personas.

La Organización Mundial de la Salud plantea que: "...la equidad debe ser asegurada para el financiamiento de los servicios que favorecen los segmentos más pobres y los más vulnerables de la sociedad". Una vez que se toma conciencia de que el problema es ético, es un tema técnico cómo se lleva a cabo el conjunto de acciones para la consecución del logro de las metas propuestas.

4. El principio del bien común

El bien común es "el conjunto de aquellas condiciones de la vida social que permiten a los grupos y a cada uno de sus miembros conseguir más plena y fácilmente su propia perfección" **(14)**. Los hombres están tan interrelacionados, que el bien común se comprende adecuadamente solo desde el bien de las personas concretas. "El orden social y su progreso deben subordinarse al bien de las personas... y no al contrario" **(15)**.

El Catecismo plantea que el hombre participa en el bien de los demás y de la sociedad por la atención prestada a la educación de su familia y por la responsabilidad en su trabajo.

Velar por el bien común, si bien compete a cada uno de los miembros de la sociedad, adquiere especial relevancia sobre quienes ejercen la autoridad, y se concretiza en tres elementos esenciales.

El primero es el respeto de la persona en cuanto tal. En nombre del bien común, las autoridades están obligadas a respetar los derechos fundamentales e inalienables de la persona humana. La sociedad debe permitir a cada uno de sus miembros realizar su vocación. Desde este punto de vista, en lo que al acceso a los servicios de salud se refiere, se ha de procurar que cada persona la tenga, porque constituye la condición de posibilidad para poder realizar la vocación que le es propia.

El segundo es que el bien común exige el desarrollo de todos los componentes de la sociedad. El desarrollo es el resumen de todos los deberes sociales. En nombre del bien común, a la autoridad le corresponde decidir entre los diversos intereses particulares que están en juego en la perspectiva de facilitar a cada uno lo que necesita para llevar una vida verdaderamente humana: alimento, vestido, salud, trabajo, educación y cultura, información adecuada, derecho a fundar una familia, etc.

Por último, el tercer elemento dice relación a la paz, la seguridad y la estabilidad de un orden justo. Mientras mayor transparencia haya respecto del destino de los recursos que se destinan para los servicios de salud, en todos los estratos en los cuales se toman las decisiones, se contribuirá de mejor manera al bien común.

El bien común no puede lograrse al margen de una activa participación de todos los miembros de la sociedad. Este deber de participar en la vida social no es exógeno al ser humano, sino que parte integrante de su ser y de su dignidad.

Este principio está asumido en el acta constitutiva de la OMS cuando postula que: "Poder gozar de los niveles de salud lo más alto posible es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinciones de raza, religión, convicción política, condición económica y social. La salud de todos los pueblos es esencial para obtener la paz y la seguridad y depende de la cooperación total entre los individuos y los Estados".

Hay que trabajar en esta línea para ir superando las grandes desigualdades que existen en este ámbito. En la medida que nos sintamos responsables no solo de nosotros mismos sino también de los demás, vamos a llegar a que las personas tengan acceso a las prestaciones de salud que requieren en un momento determinado de sus vidas. Esta mirada más social y solidaria de la salud plantea el problema del acceso a ella en términos éticos fundamentado en la dignidad de la persona y no tanto como un problema médico o económico. En este sentido me sumo a lo planteado por la OMS en cuanto que la equidad implica que "se debe asegurar el financiamiento de los servicios que favorezcan a los segmentos más pobres y los más vulnerables de la sociedad".

A modo de conclusión

El tema abordado obliga a focalizar la atención en un número importante de actores sociales. Las personas susceptibles de adquirir enfermedades, las que trabajan en el área de la salud y las que tienen responsabilidades de gobierno a la hora de asignar los recursos, las prioridades y generar las políticas de desarrollo del país que de una u otra manera influyen en la salud de las personas, etc.

Sin duda que el tema es complejo y resulta casi imposible dar recetas que rijan de modo universal, puesto que se está en presencia de personas, únicas e irrepetibles enfrentadas a una situación de hondo significado humano que involucra aspectos fundamentales en la vida de las personas.

Este tema involucra a cada una de las personas en cuanto susceptibles de enfermarse, y al sector público que debe velar por el bienestar de los ciudadanos. Las políticas en el ámbito de la salud no deben poner como disyuntiva el bien individual y el bien común, porque la búsqueda del bien común pasa por la búsqueda del bien de las personas consideradas individualmente. Con ello se evita caer en dos maneras de concebir las prestaciones de salud que no ayudan a solucionar adecuadamente esta ecuación. La primera, que prioriza al individuo por sobre el todo social, porque termina obviando el impacto social que tienen las acciones personales y dejando entre paréntesis a la comunidad. La segunda, que prioriza el todo social por sobre el individuo, porque dispersa al individuo en el todo y termina necesariamente "cosificándolo".

A la luz de la igualdad ontológica de todos los hombres entre sí, se ha de evitar que razones como la edad, la clase social, la capacidad productiva, la situación familiar sean determinantes para destinar recursos, porque introducen elementos de discriminación que no están directamente relacionados con la salud de las personas.

Serán los criterios de gravedad del enfermo, de la urgencia de la atención, los costos involucrados respecto de los beneficios que se puedan obtener, es decir, la futilidad del tratamiento respecto de esta persona en concreto, los que han de ser tomados en consideración a la hora de tomar decisiones. Decisiones que, por cierto, siempre estarán revestidas de dramatismo.

1 Cf. Sgreccia E., "Manuale di Bioetica, II Aspetti medico sociali", Vita e Pensiero, Milano 1996, 491-493.

2 "Ces dernières décennies, la croissance a été continue dans les pays industrialisés: en France de 6,8% du PIB en 1975 á 8,6% en 1987, en Suède de 8% en 1975 á 9,0% en 1987; aux États-Unis de 5,2% en 1960 a 11,2% en 1987; au Canada de 5,4% en 1960 a 8,3% en 1987; en Angleterre de 3,9% en 1960 a 8,3% en 1987; en Corée de 3% en 1980 a 9% en 1990". Presidencia do Conselho de Ministros, Conselho Nacional de ética para al ciencias da vida, Avis sur les questions éthiques sur la distribution et l' utilisation des ressources pour la santé, Lisboa, 1995, 65-66.

3 En Estados Unidos se realizó un estudio acerca del empleo de alta tecnología en Medicina. El autor llegaba a la conclusión de que, a pesar de que el 11,5% del Producto Interno Bruto iba destinado a la salud, 38 millones de habitantes no están cubiertos por ninguna asistencia sanitaria. Cf. Duggan M.J., "Resource allocation and bioethics", en *The Lancet* I, 1989, 722-773.

4 Cf. Abundante bibliografía en Sgreccia E., "Manuale di Bioetica, II Aspetti medico sociali", Vita e Pensiero, Milano 1996, 466-472; Palazzani L., "Teorie della giustizia e allocazione delle risorse sanitarie", en *Medicina e Morale* 5 (1996) 901-921.

5 Cf. Presidencia do Conselho de Ministros, Conselho Nacional de ética para as ciencias da vida, Avis sur les questions éthiques sur la distribution et l' utilisation des ressources pour la santé, Lisboa, 1995, 56-60.

6 Catecismo de la Iglesia Católica, 2405.

7 Cf. Lebrun J., Saelly- Ch. "Contraintes économiques et choix thérapeutiques", en *Medecine de l'homme*, Paris, nov-dic, 1984, 14-23.

8 "Priorities in Health Care", Rapport final de la Commission parlementaire suédoise sur les priorités, Stocolmo 1995, 104-108.

9 *Gaudium et Spes* 71.

10 *Centesimus annus* 48.

11 *Sollicitudo rei socialis* 38.

12 *Centesimus annus* 10.

13 "Priorities in Health Care", Rapport final de la Commission parlementaire suédoise sur les priorités, Stocolmo 1995, 104-108.

14 Catecismo de la Iglesia Católica 1907.

15 *Gaudium et Spes* 84.