

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>

Aspectos éticos de asignación equitativa en salud. Normas básicas de códigos internacionales

Dr. Ricardo Cruz-Coke Madrid
Profesor Titular
Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
Director del Museo Nacional de Medicina

Durante el siglo XX la aplicación de las normas del Estado benefactor establecía por principio la justa distribución de los recursos en salud. Todas las leyes médico-sociales chilenas y las instituciones estatales chilenas fundaron una atención primaria de salud para todos los ciudadanos. El éxito de esta tarea secular logró mejorar los índices sanitarios a niveles compatibles con el derecho de la población a una salud igualitaria. Sin embargo, el progreso tecnológico o de la Medicina en la segunda mitad del siglo aumentó el costo de la atención médica a límites tan altos que no podían caber en los presupuestos del Estado benefactor. De este modo, paradójicamente al final del siglo se creó un abismo entre la atención de los ricos y de los pobres, de tal magnitud que ha creado un problema de gran desigualdad en el acceso a la Medicina moderna para gran parte de la población nacional.

Las normas éticas de igualdad en la atención sanitaria están impresas en decenas de declaraciones y convenios internacionales de la OMS, UNESCO, PNUD, OIT y otras organizaciones internacionales. Las normas son claras, pero los gobiernos han sido incapaces de aplicarlos por falta de una adecuada política nacional de salud en todos los países del mundo.

El objetivo de este trabajo es puntualizar cuáles son los derechos establecidos en estas legislaciones internacionales para recordárselos a los gobiernos.

Es necesario definir qué es la desigualdad y la inequidad. La desigualdad se define como las mediciones combinadas de diferencias de salud entre los individuos de una población. La inequidad en salud es la parte de las desigualdades existentes que cabe considerar injusta en la teoría de la justicia. Por tanto, la reducción de las situaciones de inequidad debe ser el objetivo primordial de una política de salud estatal para lograr un nivel de atención justa.

La variación del nivel de salud entre los individuos de una población se debe a cuatro factores principales. A) la acción de los genes; b) la acción del medio ambiente; c) la interacción genética ambiental, y d) la acción de factores estocásticos (azar). Sin embargo, esta variabilidad en salud en la población general difiere de la variabilidad dependiente de la estratificación social. En efecto, las desigualdades en salud reflejan las desigualdades sociales. Las diferencias de salud en grupos sociales se deben a la covarianza con otras variables socioeconómicas. Por tanto, el estudio de las desigualdades en salud debe entrar de lleno al conocimiento real de las diferencias sociales en los diversos grupos culturales de una nación. En América Latina, y, por tanto, en Chile, los niveles de salud están asociados al concepto de posición social y forman la base de las diferencias de la Medicina para los ricos y los pobres.

El preámbulo de la constitución de la UNESCO, aprobado en 1948, invoca los principios democráticos de la dignidad, igualdad y el respeto mutuo de los hombres, rechazando el dogma

de la desigualdad y de la discriminación de las razas. Esta declaración fundamental de las Naciones Unidas estatuye que la paz entre las naciones y los hombres debe basarse en la solidaridad intelectual y moral de la Humanidad. Las sucesivas declaraciones y convenciones de UNESCO, OMS y las Naciones Unidas siempre han rearmado estos principios tan difíciles de implementar.

Hace más de una década, en vista de los problemas de inequidad en la salud de los países europeos, se efectuó una conferencia de la OMS para reformar la atención sanitaria en Europa y se aprobó la Carta de Liubliana, la que estatuyó los principios fundamentales que deben regir las políticas sanitarias (18 de junio de 1986). Estos principios son los siguientes:

- Una política sanitaria debe estar inspirada en valores.
- Los principios inspiradores son la dignidad humana, la equidad, la solidaridad y la ética profesional
- La implementación de la política debe orientarse en el interés de las personas y de sus expectativas acerca de su salud individual.
- El prestador de salud debe conocer las opiniones de las personas y reconocer sus decisiones permitiendo que ellas compartan la responsabilidad en la protección de su propia salud.
- Más tarde, durante la década de los años 90, diversas declaraciones internacionales sobre estos problemas de inequidad fueron aprobados por los organismos internacionales, reafirmando estos conceptos, especificándolos en las áreas de la investigación científica, biología, genética y tecnologías médicas. Todas estas declaraciones y normas internacionales sobre políticas de salud y Bioética concuerdan en las siguientes normas.
- Los estados deben construir políticas destinadas a desarrollar efectivamente la solidaridad y cooperación internacional en el área de los progresos médicos y tecnológicos para ayudar a los países en desarrollo, fomentando el libre intercambio de conocimientos e información de progreso médico.
- Los estados no deben desarrollar ni imponer políticas de intervención poblacional o demográficas.
- Los estados deben asegurar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios independientemente de la capacidad económica de los pacientes.
- El acceso a los servicios debe ser voluntario, con respeto a la autonomía de las decisiones de cada paciente, en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.
- La información médica individual es privativa de los pacientes y no puede ser revelada a terceros sin el consentimiento expreso de estos.

- El cuerpo humano solo puede ser sujeto de experimentaciones terapéuticas para su bienestar, pero no puede ser objeto de comercialización ni ser manipulado en ninguna de sus partes constituyentes.

Considerando todos estos antecedentes que hemos descrito, parece ser evidente que las políticas estatales de igualdad en salud debieran implementar en la medida de lo posible estos principios. Es obligación ineludible de los Ministros de Salud tomar las medidas adecuadas que permitan a la sociedad y a cada uno de sus miembros cobrar mayor conciencia de sus responsabilidades de solidaridad y cooperación en la protección de su propia salud y de la de su prójimo. Solo siguiendo este predicamento, los países podrán comenzar a disminuir en un próximo futuro las amplias brechas de inequidad sanitaria que persisten en nuestras sociedades.

Referencias

Cruz-Coke, R. *Genética social*. Edit. Universitaria, Santiago, 1999.

Cruz-Coke, R. "Normas bioéticas internacionales del Genoma Humano". *Humanitas* 9; 28-30. 1998.

Mw-ray, CLJ *et al.* "Desigualdad en salud y diferencias sociales". *Bull WHO* 77; 537-543. 1999.

OMS. Carta de Liubliana. *Bull WHO Recopilación*. 1; 97-98, 1999.

UNESCO. Declaración Universal sobre el genoma humano y derechos Humanos. *Rev. Med. Chile*. 125; 1485-1493. 1997.

UNESCO. Declaración de Caxambu sobre patentes del DNA humano. *Rev. Med. Chile*. 120. 935-936. 1992.

UNESCO. *Bioética y Genética*. II Encuentro Latinoamericano de Bioética y Genética. Edit. S. Bergel y JM. Cantu. Ciudad Argentina. Buenos Aires, 2000.