

Conflictos de interés en la distribución de recursos en salud

Conflicts of interest in the distribution of health resources

*Ricardo Páez Moreno**

<https://doi.org/10.36105/mye.2020v31n3.04>

Resumen

Los conflictos de interés, al distribuir recursos en salud, necesitan ser esclarecidos y normados por el principio de justicia, que puede especificarse en términos de equidad, utilidad y ver por los más vulnerables. De esta manera, se propicia que el distribuidor de recursos, en los asuntos distributivos, priorice el interés público sobre los de otra índole, evitando situaciones en las que se favorece la parcialidad en la implantación de políticas distributivas o en la elección entre pacientes que han de recibir un recurso escaso, sobre todo en países como México, en los que impera una gran injusticia social concretada en varias determinantes sociales de la salud. Este artículo pretende ofrecer principios esclarecedores en materia de justicia sobre asuntos distributivos en la salud.

Palabras clave: justicia, equidad, utilidad, vulnerabilidad.

* Profesor y Tutor del Programa de Maestría y Doctorado en Bioética, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México. Correo electrónico: ricardomsps@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-7047-9983>
Recepción: 20 de marzo de 2020. Aceptación: 15 de mayo de 2020.

Introducción

Los recursos sanitarios son los medios de cualquier clase que sirven para prestar servicios tanto de salud pública como de asistencia sanitaria. Pueden referirse a aquellos que se usan en la medicina pública o en la privada (1). Todo ser humano hace uso de diversos recursos sanitarios para atender su salud, y sin éstos sería impensable la consecución de la misma.

Ahora bien, distribuir recursos es una tarea insoslayable, dado que éstos son limitados en cualquier lugar del mundo. Es tarea de todo gobierno ejercer una labor distributiva de los bienes públicos, de manera que los ciudadanos puedan gozar la oportunidad de alcanzar la salud. En orden a ejercer un buen gobierno, esta tarea ha de hacerse de manera equitativa, eficiente o útil y que priorice a los más vulnerables;¹ es decir, conforme con lo justo (2).

Sin embargo, la distribución de recursos no se realiza de manera neutra o aséptica. Está sometida a diversos intereses; por ejemplo, beneficiar a aquel con quien se tiene una relación interesada, como el parentesco, la amistad o la ascendencia moral. O priorizar con determinados recursos a quienes están peor económicamente o a quienes están peor de salud (3), dependiendo de la ideología o interés político que pueda tener el distribuidor de recursos.

Los conflictos de interés son aquellas situaciones en las que el juicio de un sujeto y la integridad de sus acciones tienden a estar indebidamente influenciadas por otro interés, el cual frecuentemente es de tipo económico o personal (4). Los intereses son parte de la vida: toda persona procede de manera interesada al buscar lo necesario para su realización y bienestar, lo cual no conlleva falta ética alguna. El problema está cuando tales intereses compiten con el interés primario. Entonces se da un conflicto entre los intereses secundarios, al servicio de un individuo o de determinado propósito, y el interés primario, que ha de ser el servicio a la salud de las personas.²

Los conflictos de interés deben ser orientados con el fin de esclarecer lo correcto. La justicia es la mayor de las virtudes (5) y, aunque tiene varias especificaciones según la teoría de lo justo que se invoque, la equidad, la eficiencia y el ver por los más vulnerables ayudan a evitar el conflicto de interés, al orientar hacia el sentido correcto al tomar una decisión, que puede verse empañada por el interés secundario que tiene toda persona.

El objetivo de este trabajo es hacer ver algunos conflictos de interés que se pueden dar en la distribución de los recursos sanitarios a la luz de tres principios o especificaciones de lo justo: la equidad, la eficiencia y el ver por los más vulnerables.³ Para ello, se hará ver la importancia de lo justo en la tarea distributiva a través de los citados principios. Enseguida se tratarán ciertos asuntos distributivos de importancia para México y para países que enfrentan una gran injusticia social, como el cumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria; la definición de la partida para la atención de la salud; las prioridades en los servicios de salud y el modelo de sistema sanitario y, finalmente, la justa elección de sujetos ante tratamientos escasos. Se mostrarán algunos conflictos de interés que pueden darse al ejercer la distribución de recursos, tanto a nivel de diseño de instituciones o políticas como a nivel de elección entre pacientes. Se apelará a los principales agentes responsables de la distribución de recursos sanitarios: el Estado, como principal garante de este derecho a la salud, de la asistencia sanitaria y también como limitador de estas prestaciones; las instituciones sanitarias, gestoras directas de la asistencia, que deben combinar la eficiencia, la equidad y privilegiar a los vulnerables y, por último, los profesionales de la salud, verdaderos distribuidores finales de los recursos (6).

No se abordan aquí aquellas situaciones que reprueban todo estándar ético en materia de justicia y que tienen que ver con la corrupción. Así, por ejemplo, la producción, la tenencia, el tráfico o el proselitismo y otros actos en materia de narcóticos (7, Arts. 193-199), o delitos por hechos de corrupción, como el abuso de autori-

dad o el enriquecimiento ilícito (7, Arts. 215 y 224), que reprueban cualquier principio de justicia.

1. La distribución de recursos y su relación con la justicia

Diseñar el alcance de las instituciones de asistencia sanitaria básica implica decisiones de distribución.⁴ Ahora bien, lo importante es que se haga con orden; es decir, bajo determinados criterios razonables.⁵ Se requiere dicho orden, puesto que la distribución puede hacerse de manera parcial o bajo criterios interesados, dando motivo para conflictos de interés.

Lo que se busca es determinar lo siguiente: ¿Qué clases de servicios de asistencia sanitaria debe haber en un lugar? ¿Quién los recibirá y sobre qué base? ¿Quién los repartirá? ¿Cómo se distribuirán las cargas de su financiación? ¿Cómo se distribuirá la coordinación de esos servicios? (9). Estas decisiones sobre la distribución tienen que ver con los fondos económicos, con la cantidad y clase de asistencia sanitaria a distribuir, y con el tipo de problemas que se pretenden resolver.

Ni el libre mercado, ni la tecnología, ni nuevos gobiernos, ni el acaparamiento de los recursos naturales..., nada puede evitar los límites en los recursos. Y lo mismo ocurre en el terreno de la salud. Nadie puede disponer de toda la atención sanitaria que desea, porque ésta es limitada y compartida con otros. Tampoco pueden destinarse recursos sin límites a la atención de la salud, porque se descuidan otras áreas. Cuanto mayor presupuesto dedica un Estado a la atención sanitaria, menor partida puede destinar a otros bienes y servicios, como la educación, la seguridad, la vivienda, etcétera.

Los conflictos de interés son aquellas situaciones en las que el juicio de un sujeto, en lo relacionado con un interés primario para él y la integridad de sus acciones, tienden a estar indebidamente influenciadas por un interés secundario, el cual frecuentemente es de

tipo económico o personal (4). O cuando las responsabilidades profesionales divergen de los intereses personales (9). El deseo de ganar dinero, incrementar la reputación, obtener favor político o solamente para mejorar la autoestima son motivos comunes para la mala práctica científica, porque provocan conflictos de interés; es decir, conflictos con los estándares científicos de la búsqueda de conocimiento verdadero. En el caso de la distribución de recursos, podría decirse que puede prevalecer el deseo de ganar dinero o de hacerse del favor político, postergando lo mandado por el criterio ético distributivo.

En esto último estriba una de las principales aportaciones de la justicia. Debido a que el racionamiento de recursos sanitarios es una tarea impostergable en cualquier sitio, la justicia debe ofrecer criterios normativos para que esta tarea sea hecha de manera ordenada; es decir, de manera justa. Por ejemplo, la globalización económica, propia de la expansión del libre mercado de manera universal, ha traído como consecuencia la sobreabundancia de recursos en pocas personas y la escasez de recursos en grandes mayorías de la tierra. El peligro es que este sistema se expanda cada vez más en el sector sanitario, por medio de la medicina de mercado, prevaleciendo la eficacia y el rendimiento económico sobre otros criterios éticos más equitativos o de priorizar a los más vulnerables.

Ahora bien, saber qué es lo justo o el contenido de la justicia ha de ser dado por aquella teoría que se considere idónea para distribuir los recursos (9, 11), tomando en cuenta, para los efectos de este capítulo, las tres teorías centrales en la ética filosófica occidental: la aristotélica, la kantiana y la utilitarista, cuyos principios centrales se pueden formular así: «dar a cada quien lo que le corresponde», «tratar a todos con igual consideración y respeto», o «buscar la mayor utilidad para el mayor número» (12). En realidad los tres principios son importantes, porque resaltan elementos clave para una justa distribución: la equidad, los derechos de las personas más allá de su nivel socio-económico y la eficiencia.

Cada uno de estos principios tiene diversas concreciones según las circunstancias. A la hora de dar a cada uno lo que le corresponde, la igualdad se mide según las necesidades médicas, lo cual da origen al famoso criterio: «a casos iguales, tratamientos iguales; a casos distintos, tratamientos distintos». Es decir, ante la misma enfermedad corresponde dar el mismo tratamiento. Pero sería ir en contra de este principio si, por desigualdad económica o educativa, a dos pacientes con la misma necesidad médica, se trata mejor a uno que a otro.

A partir del principio kantiano de «tratar a todos con igual consideración y respeto», la teoría de la justicia de John Rawls, a través de una metodología procedimental y democrática, llega a tres principios centrales para la distribución de recursos: 1) Las libertades civiles se rigen por el principio de igual libertad de ciudadanía. 2) Los cargos y posiciones deben estar abiertos a todos, conforme con el principio de justa igualdad de oportunidades. 3) A estos dos añade, además, el principio de la diferencia, por el cual la distribución desigual de esos bienes sólo es justa si obedece al criterio «maximin»; es decir, si ninguna otra forma de articular las instituciones sociales es capaz de mejorar las expectativas del grupo menos favorecido (13). Con ello quedan claros dos principios clave para una equitativa distribución de los recursos: la justa igualdad de oportunidades (14) y el deber de priorizar a los más desfavorecidos (13, 16).

La necesidad de eficiencia propia de los economistas es enarbolada por el principio de «la mayor utilidad para el mayor número». De aquí se derivan los criterios para priorizar pacientes en favor de un recurso u otro según la utilidad que representan. Los programas de análisis de minimización de costos y maximización de beneficios serán determinantes. No obstante, los conflictos de interés pueden emerger cuando sólo se acude a estos criterios que pueden dejar sin la adecuada atención a los menos aventajados; por ejemplo, a los ancianos o a quienes aprovecharán menos el recurso por tener menos salud.

Lo anterior debe ser visto, además, desde un enfoque de justicia que no se limite al ámbito sanitario, sino que tome en cuenta los factores sociales, culturales o ambientales que hacen que una persona o una población pueda enfermarse: los determinantes sociales de la salud (DSS), ampliamente considerados por teorías de la justicia social (15, 16). En lugares de alta injusticia, como México, no considerar los factores macro que predisponen a que los sujetos se enfermen, puede llevar a cometer más y mayores injusticias con quienes menos tienen. Por ejemplo, esto sucede al considerar casos iguales y dar tratamientos iguales, a pacientes con la misma entidad clínica, pero sin tomar en cuenta lo que influyen factores como la pobreza económica o cultural en la falta de adherencia al tratamiento de uno de ellos.

A continuación se presentan algunos tópicos de distribución de recursos y ciertos conflictos de interés que pueden conllevar. Los primeros se dan a nivel estructural o de carácter macrodistributivo, y los segundos, a nivel de los pacientes o de índole microdistributiva. En los macrodistributivos se corre el peligro de que las decisiones, al estar basadas en estadísticas o en números, o al referirse a instituciones, se relativicen los conflictos de interés o el impacto de lo decidido. En los microdistributivos, los conflictos de interés se dan en los médicos o profesionales de la salud que distribuyen recursos entre personas concretas. Las decisiones que conllevan son más drásticas y, por lo mismo, dejan ver más la necesidad de imparcialidad en la distribución. Ambos piden toma de conciencia y educación en materia de justicia.

2. Algunos tópicos que requieren administración justa de la asistencia sanitaria y posibles conflictos de interés

a) Derecho a la asistencia sanitaria

En primer lugar, la salud es ante todo un bien público, un derecho humano cuya protección ha de ser salvaguardada por el Estado. Es

un derecho humano el proteger la salud y garantizar el derecho al bienestar o a la seguridad social (17, Arts. 22 y 25). El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1° del artículo 12 del Pacto, los Estados partes reconocen «el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental», mientras que en el párrafo 2° del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas «medidas que deberán adoptar los Estados partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho». El derecho a la salud se relaciona con otros derechos, tales como el trabajo, la educación, la vivienda, etcétera. Y, además, toma en cuenta los DSS como condicionantes de la satisfacción del derecho a la salud (18).

No obstante lo anterior, el derecho a la asistencia sanitaria está aún lejos de cumplirse universalmente. Cerca de la mitad de la población mundial carece de acceso integral a los servicios sanitarios básicos. Y cerca de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza extrema (viven con US\$1.90 al mes o menos) por tener que pagar los servicios de salud de su propio bolsillo (19). Realidades como éstas en ocasiones ocurren sobre todo en lugares con abundancia de recursos, pero concentrados en pocas manos, como en México, Brasil o la India. En México se habla de una cobertura en salud para un conjunto de servicios del 89.3%, la cual dista mucho de ser suficiente. Cuando se especifica la cobertura para todos los servicios, la cantidad baja al 52%, y en el caso de la atención hospitalaria es del 66%. La cobertura de atención dental es del 7%. En muchas ocasiones se acude a la medicina privada por la insuficiencia de atención en la pública (20). Los principios de equidad y de privilegiar a los más vulnerables pedirían recorrer un camino estratégico para atender y aplicar el derecho a la asistencia sanitaria.

Fuera del ámbito sanitario, existen otras razones que causan y tienen como consecuencia una gran injusticia en el reparto de la

atención de la salud. Se trata de los DSS (21). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la economía influye en la salud de muchas maneras. La distribución de bienes como la tierra y otras formas de producción, y de oportunidades como la educación, definen los patrones de salud. Factores como la pobreza, el analfabetismo, la higiene, el hábitat... y el binomio salud-enfermedad están íntimamente relacionados, de tal manera que trabajar en quitar pobreza o en dar educación, repercute positivamente en la salud de una población, y viceversa. Por ejemplo, se ha demostrado que dar suplementos alimenticios y estimulación a los infantes con retraso en su crecimiento repercute directamente a su favor. Invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las desigualdades sanitarias en el lapso de una generación (21). Priorizar a los más vulnerables pedirá atender los DSS.

b) Gasto o partida destinada a la asistencia sanitaria

En segundo lugar, la partida destinada a la atención sanitaria es otro rubro de gran importancia, puesto que de esto depende el que, en parte, pueda cumplirse el derecho a la asistencia sanitaria. Charles Fried (22) argumenta que existe un mínimo decente de obligación de otorgar asistencia sanitaria de parte del Estado a sus ciudadanos. No especifica qué servicios o cuánta atención, pero subraya aquella suficiente para garantizar que las necesidades básicas del individuo estén satisfechas, quedando el resto a cargo del mercado. Plantea que el mínimo decente concentraría lo necesario para una vida tolerable, pero, al mismo tiempo, tampoco ofrece una definición clara de este concepto, sino que sostiene que es cada sociedad la que debe definirlo en función del balance económico, en términos de costo/beneficio y de una decisión sobre lo que la comunidad está dispuesta a destinar a lo que se refiere a salud. Allen Buchanan apoya la tesis del «mínimo decente», pero no

considera el problema en términos de derecho, sino que lo plantea como un acto que concierne a la beneficencia o a la caridad de la sociedad; se trata de un esfuerzo colectivo, de carácter obligatorio y coordinado por el Estado (23).

Una meta más alta que el mínimo decente y que tiene más que ver con el principio de justicia y los otros principios rectores propuestos en este trabajo es la Cobertura Universal en Salud (CUS), término que ha adoptado la OMS desde la Asamblea General del 2005, y ha enarbolado firmemente en el Reporte Mundial de Salud del 2010. Ésta se logra cuando todas las personas reciben servicios de calidad en la atención de su salud, sin que ello represente un problema financiero al tener que pagar por ello. Según la OMS, la distribución de recursos ha de estar orientada por políticas equitativas que distribuyan mejor los recursos; por políticas eficientes que mejoren el rendimiento de los servicios, y por políticas liberales que incentiven el pago por el servicio en la medida de las capacidades del paciente, pero, sobre todo, que eviten el desembolso por el pago de la salud en la medicina privada. Esto implicará expandir servicios de alta prioridad, incluir a más gente y reducir el gasto de bolsillo (24).⁶ Así se cumple con el principio de privilegiar a los más vulnerables.

La CUS dependerá del presupuesto destinado a la asistencia sanitaria. En México se asigna un muy bajo presupuesto a este rubro, comparado con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). En el 2016, el gasto en salud por persona fue de 1,080 dólares, una cuarta parte del promedio de la OCDE. Otra consecuencia de la poca inversión en la atención de la salud es el alto gasto de bolsillo por persona, el cual fue de 41 por ciento en 2017, y por encima del 40 por ciento en 2019, comparado con el 20 por ciento de la OCDE (20, 25). Esto repercute en los ciudadanos más pobres, al demorar la atención médica o en un incremento tres veces mayor de sus necesidades médicas no atendidas respecto de los ciudadanos ricos (20).

c) Prioridades en el sistema de atención sanitaria

En tercer lugar, una tarea primordial en la distribución de la atención sanitaria es establecer prioridades en el sistema de asistencia sanitaria. Puede expresarse a través de la pregunta: ¿cómo dividir la porción del presupuesto dedicada a la atención sanitaria entre los varios servicios e instituciones? Tiene mucho que ver con responder qué tipo de necesidades debe afrontar el sistema sanitario y en qué orden de prioridad.

En la selección de prioridades, la meta será alcanzar la CUS bajo criterios de equidad, eficacia y preferencia de los más vulnerables. En los países de alto ingreso, las prioridades se han discutido principalmente en relación con los costos, las nuevas tecnologías y la edad, tendiendo a la equidad y a la eficacia. En los países de mediano y bajo ingreso, las discusiones tienen que ver con priorizar la investigación y tratamiento de aquellas enfermedades que ocasionan mayor carga en la salud (25, 26), y en la adecuada priorización de los servicios conforme con las necesidades de salud pública, que generalmente las sufren los más vulnerables.

Desde la perspectiva de la OMS, una adecuada selección de prioridades debe tener en cuenta la CUS (24). La primera prioridad de todos los países debería estar en la atención primaria, no importando que esto pida la redistribución de responsabilidades e incluso la revisión de la estructura de poder. Esto implica importantes retos de manejo financiero y político de parte del Estado. Sin embargo, el objetivo último ha de ser lograr la CUS.

En relación con la necesaria priorización en la prevención, hay que tomar en cuenta que los gastos de tratamiento ordinariamente son mucho más altos que los preventivos. La medicina preventiva es más eficiente en cuanto a la contención de costos en salud, reduce el sufrimiento, sobre todo por padecimientos crónicos, y eleva los niveles de salud, particularmente en la atención primaria (28). Además, el modo en que una sociedad puede combinar apropiadamente estrategias preventivas y de tratamiento dependerá, en

parte, del conocimiento de las conexiones causales, como las existentes entre la enfermedad y los factores ambientales y de comportamiento, como los DSS. Prevenir tiene mucho que ver con atender la vulnerabilidad de los más desaventajados.

Las políticas de la CUS deben procurar que la gente adopte estilos de vida más saludables. En los países de mediano o bajo ingreso, amplios grupos sociales se enfrentan a dificultades mayores que otros en la elección de su estilo de vida, debido, por ejemplo, a unos ingresos bajos que determinan el lugar y la forma de vida de las personas. Además, muchos grupos sociales están en mayor riesgo de adoptar comportamientos que perjudican la salud, como el trabajo en exceso, para lograr un ingreso apenas suficiente. Es necesaria una reorientación especial de la educación para la salud y de la prevención de las enfermedades, teniendo en cuenta que los programas tradicionales de educación para la salud normalmente han tenido menos éxito a la hora de hacer impacto sobre los grupos vulnerables y más necesitados, particularmente al echarles la culpa de su propia falta de salud.

Otra decisión corresponde a la distribución de los recursos y a las instalaciones médicas, según la geografía de cada país. Las desigualdades de acceso surgen también cuando los recursos y las instalaciones no están bien repartidas a lo largo del país, estando agrupadas en zonas urbanas o prósperas, y siendo escasas en zonas rurales o deprimidas (20). Como las comunidades deprimidas tienden a sufrir las peores condiciones de salud, esta distribución desigual significa que los servicios médicos son menos accesibles allí donde son más necesarios.⁷

Cabe mencionar que en lugares donde la atención de la salud se divide en primaria, secundaria, terciaria y de alta especialidad, los recursos destinados a cada estamento han de ir proporcionados de acuerdo con la cantidad de población que los utiliza, priorizando la atención primaria y la medicina preventiva, bajo los criterios de eficiencia y equidad.

d) Modelo de sistema de atención sanitaria

Finalmente, el modelo de sistema de atención de la salud es objeto también de la administración de los bienes públicos. Entre dos modelos extremos de asistencia sanitaria (sistemas unificados y sistemas pluralistas), se ha diseñado y experimentado la práctica para atender las necesidades en salud de la población. Los primeros modelos, también llamados «monopólicos», propios de países como Cuba, Venezuela y en menor grado Costa Rica, han tomado en cuenta sobre todo la justicia igualitarista, con una consideración secundaria de la utilidad. Representan un modelo de asistencia sanitaria universal bajo un solo mando y financiada por los impuestos. Todos los ciudadanos están cubiertos por un sistema nacional unificado sin referencia a la edad, el estatus social, la condición médica o el estatus de empleo.

El modelo opuesto, también llamado «privado atomizado», es aquel en que los ciudadanos reciben servicios de salud tanto de prestadores públicos como privados. El financiamiento se da por medio del desembolso de los consumidores o a través de múltiples agencias de seguros privados. Hacia este modelo se ha pretendido migrar el sistema de salud mexicano en administraciones pasadas, dejando al Estado la mera administración de una serie de prestadores de servicios en salud.

Entre estos dos existen modelos intermedios, como el sistema de contrato público, que es propio de Brasil, y el sistema segmentado, como es el caso de México. El sistema de salud de este último país no es lo eficiente que debiera, entre otras razones porque los institutos públicos de salud están separados y desconectados entre sí, o por el modo segmentado de organizar la atención de la salud entre organismos para derechohabientes, instituciones para el público general y medicina privada, que ocasiona una atención inequitativa por lo costoso y las dificultades de acceso que muestra, ineficiente por el uso duplicado de los recursos disponibles y mal

aprovechado en sus capacidades técnicas (30). Todo lo anterior pide y exige de la autoridad sanitaria una labor reguladora que tiene que ejercer.

e) Conflictos de interés en la administración de la asistencia sanitaria

La administración de la atención a la salud bajo los tópicos anteriores puede ser motivo de conflictos de interés. La claridad para una correcta elección se da a la luz de los principios morales de equidad, eficiencia o utilidad y privilegiar a los más vulnerables, los cuales orientan en lo que se puede hacer en la búsqueda de una distribución de recursos más justa.

En un gobierno puede darse un conflicto de interés entre su deber de administrar eficiente y equitativamente los bienes públicos y el descuido o abandono de esta labor. Así, por ejemplo, el incumplimiento de los derechos humanos de parte del Estado se da al anteponer otro tipo de prioridades frente a la salud, como puede ser el gasto en armamento o el dar altas partidas a los representantes populares y a sus partidos, a expensas de reducir, entre otros, el gasto en salud. Esto ha pasado en México desde hace tiempo, justificando las autoridades que, a través del Seguro Popular o del actual Instituto de Salud para el Bienestar, se cumplirá la CUS (31).

En las controversias sobre la partida presupuestal destinada a la asistencia sanitaria, la competencia entre las partidas puede ser sólo política y sin criterios morales, mostrando un conflicto de interés entre conseguir los propósitos de un grupo determinado en el poder, frente al interés general de satisfacer determinada necesidad de la población. Una determinación del presupuesto con base ética, a partir de las partidas existentes, supondría atenerse a procedimientos moralmente justos (32), que reflejen la equidad, la eficiencia y la prioridad por los más vulnerables.⁸

Si una sociedad no destina suficientes fondos para proporcionar la CUS, el sistema mismo estará lejos de ser justo. De no hacerlo, se denota un franco conflicto de intereses entre el deber del Estado

de proporcionar asistencia sanitaria básica y el incumplimiento de este derecho por diversas razones, las cuales no pueden superponerse a un derecho humano básico.

Cumplir con el estándar de dar una partida suficiente al sector salud no garantiza que ésta se utilice correctamente, ya que sus instituciones pueden funcionar con ineficiencia o despilfarro en el uso de los recursos. Del mismo modo, la corrupción en el uso del dinero presupuestado socava cualquier propósito de justa administración de los recursos para el sector salud, y afecta directamente cualquier atención a favor de los más vulnerables. Como se ha dicho, reprobamos todo estándar ético. Pero, del mismo modo, hacer recortes indiscriminados a la atención de la salud, en aras de eliminar lo viciado y con la intención de repartirlo, habla de falta de eficiencia y, por lo mismo, es igualmente injusto. Por lo tanto, además de otorgar el monto suficiente, es necesario implementar mecanismos de estrategia, supervisión y vigilancia, propios de la rendición de cuentas, para evitar malos usos o para optimizar el buen uso de los recursos existentes y para cuidar que los sectores más vulnerables sean atendidos.

Los conflictos de interés en la definición de las prioridades en salud tienen que ver con el desinterés de las autoridades en la prioridad de la salud pública, que lleva a gastos excesivos; por ejemplo, en los servicios de urgencias respecto de la poca inversión en medicina preventiva; permitir excesos en investigar supuestas novedades de tratamiento versus investigar las causas de las enfermedades (33); dispendio en propaganda y al mismo tiempo escasez en la atención primaria, familiar y comunitaria, etcétera.

En relación con el modelo de sistema sanitario, el sistema segmentado distingue entre los pobres y la población con capacidad de pago; entre el sector formal de la economía que está asegurada y las clases no cubiertas por la seguridad social. En su configuración radica su principal inconsistencia ética y un conflicto de interés latente: tolerar desigualdades absolutas en la atención de la salud o

en la calidad de ésta, y ser poco eficiente al duplicar funciones similares realizadas por distintos sectores.

No se trata de migrar a los sistemas unificados, que también son objeto de varias críticas (34). Se trata de que el modelo elegido de sistema sanitario asegure la CUS, para lo cual será indispensable la intervención del Estado en orden a garantizar que el mercado no obstruya las metas sociales, como la equidad. Si no hay una supervisión efectiva de los precios de los servicios sanitarios, y si la competencia entre los proveedores no logra mantener los precios bajos o la calidad alta, las poblaciones pobres y vulnerables sufrirán la falta de un acceso adecuado y equitativo a la atención sanitaria.

A partir de la equidad, la eficiencia y el mirar por los más vulnerables, criterios propios de la justicia, la desigualdad absoluta de acceso y la desigualdad de calidad implican faltas a la justicia, al atentar contra la CUS.

«No está clara qué política debería seguir un gobierno. Las consideraciones de justicia por sí mismas no dan respuesta clara. Pero muestran que la desigualdad absoluta de acceso y la desigualdad de calidad son injustas e inmorales bajo la teoría de la justicia de Rawls, la versión utilitarista de Hare, o la visión comunitarista de respeto por las personas. Ya que estas tres teorías de la justicia convergen en este punto, sería razonable que iluminaran la legislación regulatoria...» (35, p. 20).

Finalmente, otra posible fuente de conflictos de interés tiene que ver con el modelo segmentado de atención sanitaria, en el que a menudo el médico trabaja a la vez en la medicina pública y en la privada, y haciendo uso indebido de la primera. En los hospitales públicos, sea en la seguridad social o en la atención sanitaria pública, se tiene una serie de recursos limitados ante los que los usuarios tienen que hacer largos tiempos de espera debido a la saturación de los servicios y a la falta de inversión en infraestructura. Sin embargo, es conocida la práctica médica de «meter» pacientes a discreción, por ser «recomendados», a procedimientos diagnósticos o terapéuticos que serían muy costosos en la medicina privada,

alargando los de por sí ya largos tiempos de espera de los demás usuarios. El médico que trabaja en la salud pública debería aclarar a sus pacientes privados que por ningún motivo puede hacer ese tipo de excepciones. En lugares de tanta desigualdad, como México, que repercute fuertemente en el acceso a la atención de la salud, el profesional de la salud debería ser consciente de que quien puede pagarse la atención privada debe hacerlo, o, en su defecto, respetar las reglas de la medicina pública.

3. Asignar tratamientos escasos para los pacientes y posibles conflictos de interés

Dentro de la micro-distribución, la reflexión se centrará en la distribución de recursos terapéuticos escasos. Se trata de un asunto ineludible sobre el que los médicos toman decisiones, quizás a menudo poco conscientes de la implicación ética que conlleva, movidos por distintos criterios, como la necesidad médica, la urgencia del tratamiento, la utilidad, etcétera. Usualmente se toman en lo secreto y existe dificultad para hacerlas públicas por el conflicto que conllevan, dado que a nadie le agrada que se le racione un recurso (36). Con todo, el sistema *triage* es un recurso ético valioso, que se ha instituido en la consulta externa y en los servicios de urgencias para la distribución de recursos en salud, tanto en la medicina pública como en la privada.

La pregunta que mejor define esta práctica es: ¿a qué paciente le toca el recurso terapéutico disponible? O, en términos más duros, ¿quién debería ser salvado cuando no se puede salvar a todos? Tomar decisiones se vuelve más difícil cuando hay una enfermedad que amenaza la vida y el recurso capaz de salvar potencialmente al paciente es escaso.

Las decisiones de micro-distribución se ven afectadas por el derecho a la CUS bajo los principios de equidad y utilidad, pero no por la atención preferencial a los vulnerables, al menos de manera

directa. Frente a dos pacientes que necesitan un recurso escaso, la capacidad de pago no debe determinar el acceso al recurso médico, ni porque se tenga ni porque no se tenga dinero. Tampoco debe influir el cargo, el parentesco, la amistad, la creencia religiosa, el género, etcétera. En otras palabras, no debe prevalecer el dejarse llevar por la «ley del más influyente».

Por ello, las decisiones frente a los recursos médicos escasos deben tomarse bajo esquemas de prioridad para seleccionar a los receptores, frecuentemente en casos de urgencia. Se subrayan las estrategias de máximo beneficio para los pacientes y de eficiencia social, así como las de equidad, de merecimiento de las personas y de oportunidad justa (37). Desde el punto de vista de la equidad y la eficiencia, como se ha comentado, las consideraciones de máximo beneficio serían justas, pero no desde el enfoque de eficiencia social. El objetivo es la mayor productividad bajo criterios enfocados en consideraciones médicas; por ejemplo, dar el recurso a quien tenga el mayor éxito posible, o a quien logre más días con calidad de vida medidos por los Quality Adjusted Life Years (QALYS), o menos días con discapacidad a través del indicador Disability Adjusted Life Years (DALYS); pero no elegir desde consideraciones sociales; por ejemplo, dar el recurso al sujeto de «mayor valor social» o excluir a «candidatos indignos». Sin embargo, pueden valer las consideraciones combinadas, como puede ser privilegiar el recurso para el más joven (38). El objetivo de la segunda estrategia es la equidad, más allá de que no se logre la máxima productividad. La justa igualdad de oportunidades es más afín a la equidad aquí planteada que la equidad de merecimiento, la cual es controvertida (32).

Una manera de evitar conflictos de interés entre los profesionales sanitarios y los pacientes es actuar según procedimientos correctos y normas justas, para que la toma de decisiones sea adecuada, lo cual exige toma de conciencia y educación ética, sobre todo en nuestra cultura latina, poco acostumbrada a éticas procedimen-

tales. En primer lugar, se necesitan criterios y procedimientos para determinar un fondo calificado de receptores potenciales, como en el caso de pacientes elegibles para trasplante de corazón. En segundo lugar, se requieren criterios y procedimientos para la selección final de los pacientes, como el paciente concreto que va a recibir el corazón.

Los criterios para la exploración de posibles receptores de asistencia médica pueden organizarse en tres categorías básicas: factores circunstanciales, progreso de la ciencia y perspectiva de éxito. Dentro de los factores circunstanciales, uno muy frecuente en contextos de alta injusticia, propiciado por modelos de sistemas sanitarios segmentados y que puede revelar conflictos de interés, es ofrecer amplios recursos médicos a quienes tienen capacidad de pago. Otro similar es ofrecer órganos para trasplante sólo a los nacionales, excluyendo a los inmigrantes.⁹ Uno y otro atentan contra la equidad propia de la justicia. Los relativos al progreso de la ciencia se refieren a dar prioridad a pacientes cuyo tratamiento dará la información científica más útil; son para la investigación, y su uso descansa sobre juicios morales y prudenciales acerca del uso más eficiente de los recursos.

La probabilidad de éxito es un criterio importante para tomar en cuenta, porque un recurso médico escaso debe distribuirse sólo a los pacientes que tienen una oportunidad razonable de beneficio. Ignorar este factor es cometer una injusticia, porque su consecuencia es malgastar recursos; por ejemplo, ofrecer un trasplante de corazón a un paciente que, por su condición de salud, lo aprovechará poco.

Los juicios sobre la probabilidad de éxito están cargados de valores, y los criterios operativos para la selección de los pacientes y su elección requieren un cuidadoso escrutinio institucional y público, a fin de asegurar que estos valores sean defendibles. Por ejemplo, el debate sobre qué cuenta como éxito en un trasplante: el tiempo de supervivencia del injerto, el tiempo de supervivencia del paciente, la calidad de vida o la rehabilitación (9).

Las normas propuestas para la selección final de los pacientes han sido más controvertidas que las de la selección inicial. El debate se ha centrado en la utilidad médica, de la que ya se ha dicho una palabra; en los mecanismos impersonales como las loterías y las listas de espera, que se tratarán enseguida, y en la utilidad social.

El uso de listas de espera está justificado, por consideraciones de igualdad y oportunidad justa, si los recursos sociales son escasos y no divisibles en porciones, y cuando la selección determina la vida o la muerte. Las listas son un recurso de planificación inevitable y racional. Cuando el tiempo de espera es razonable, por ejemplo, un rango de 14 días a 4 semanas, y cuando no hay urgencia en el tratamiento, las listas de espera son un medio moralmente aceptable, porque promueven una planificación racional de los beneficios, así como el uso adecuado de los servicios e instalaciones disponibles. Sin embargo, dada la demanda creciente de atención hospitalaria en México, las listas de espera son uno de los motivos de mayor insatisfacción de la población. Las listas de espera se han convertido en un indicador del nivel de atención sanitaria, pero que en México aún no alcanzamos a reportar (20).

Dentro del método de las listas de espera, se han utilizado tres criterios para establecer la prioridad del tratamiento: atención por orden de llegada, por necesidad de atención y por posibilidad de éxito médico. Los tres criterios son válidos moralmente. El primero, ya que el tiempo que se lleva esperando en la lista es el principal indicador de cuánto falta para ser tratado, y nunca son los favoritismos o amistades u otro tipo de influencias los que deciden, pues irían contra el derecho a la asistencia sanitaria de los perjudicados. El segundo, en cuanto que una urgencia real debe tener prioridad sobre una necesidad menor, a pesar de ser una excepción al principio: los casos iguales deben esperar su oportunidad de tratamiento en condiciones de igualdad. El tercero ya se ha comentado, y es un criterio decisivo para entrar en la lista de espera (39).

Un factor más a considerar es que algunas personas no entran a tiempo en la lista de espera o en la lotería, por causas como la difi-

cultad para buscar ayuda, la atención médica inadecuada o incompetente, el retraso de los sistemas sanitarios en enviar al paciente, o por la abierta discriminación. Un sistema sanitario es injusto si no previene que algunos logren una ventaja sobre otros en su acceso, sea porque están mejor educados, mejor relacionados o porque, a través de dinero, logran visitas más frecuentes a los médicos. En otras palabras, en lugares de alta marginación social deben instaurarse políticas equitativas que lleven a cumplir con el derecho a la asistencia sanitaria de los pacientes vulnerables (9).

En síntesis, las listas de espera pueden considerarse un instrumento adecuado para la distribución justa de los recursos en condiciones de escasez moderada. En estas circunstancias es cuando se hace posible aplicar los principios morales que fundamentan la propia existencia y la utilización de las listas de espera. En condiciones de escasez excesiva, la disparidad entre la demanda de asistencia y la oferta de los servicios se incrementa de tal forma que son demasiados los pacientes que tienen que esperar mucho tiempo. Ocurre, entonces, que los principios morales que sirven de base a las listas de espera pierden su capacidad discriminatoria. Se trata de un factor a tomar en cuenta en lugares como México.

Conclusión

La necesaria distribución de los recursos sanitarios, siempre limitados, puede ser fuente de conflictos de interés, los cuales han de ser normados por una serie de principios de justicia. Al tratarse de cuestiones elementales de distribución, como son el derecho a la salud o a la asistencia sanitaria, una adecuada priorización de los servicios en salud, o el diseño de un modelo adecuado de sistema sanitario, los principios de utilidad, equidad y priorización de los más vulnerables deben ser irrenunciables en toda sociedad o institución sanitaria que se precie de ser justa. La equidad y la utilidad norman también los conflictos de interés propios de la distribu-

ción de recursos cuando hay que escoger a qué paciente le toca determinado medio para salvar su vida. En este nivel es en donde más se visibiliza la urgencia de la imparcialidad en su asignación, y aquí se pide aprender a sujetarse a una serie de procedimientos y normas imparciales. No obstante, ambos niveles distributivos exigen mayor toma de conciencia y educación ética sobre los potenciales conflictos de interés que pueden suscitarse. En países de alta injusticia social como México, es imperativo trabajar por una justa distribución de los recursos que limite los conflictos de interés que benefician parcialmente a unos, descuidando la equidad, la eficiencia y la prioridad por los más vulnerables.

Notas bibliográficas

¹ Existen teorías sobre la justicia que privilegian a los más vulnerables, tales como el prioritarismo. Se da prioridad a los menos aventajados, cuya condición cae bajo el nivel de suficiencia (16). Otras teorías, como la de Rawls, enarbolan el principio de la diferencia, por el cual la distribución desigual de los bienes sólo es justa si ninguna otra forma de articular las instituciones sociales es capaz de mejorar las expectativas del grupo menos favorecido (13).

² Para los efectos de este trabajo, los recursos considerados serán los de la medicina pública, debido a que el conflicto ético de intereses en asuntos que afectan al erario es más importante que en lo referente a las cuestiones privadas, por tener que ver con los bienes que son de la ciudadanía.

³ En este trabajo se utiliza el término de «vulnerables» como equivalente a «desaventajados» o a «los más pobres», sin pretender entrar en definiciones exactas.

⁴ Según el Diccionario de la Real Academia Española, «distribuir» es dividir algo entre varias personas, designando lo que a cada una corresponde, según voluntad, conveniencia, regla o derecho (8).

⁵ «Racionar» significa someter algo en caso de escasez a una distribución ordenada (8).

⁶ «Gasto de bolsillo» es aquel que se tiene que realizar para conseguir los servicios médicos que no son cubiertos por la sanidad pública o por los seguros privados.

⁷ Esto se define como «ley de atención inversa» y predomina donde la atención médica está expuesta a las fuerzas del mercado (29).

⁸ Una manera de hacerlo es a través de la «rendición de cuentas para la razonabilidad», que es un procedimiento de deliberación moral que garantiza la publicidad, las razones relevantes, la revisión y su regulación (32).

⁹ La inmigración es un tema que necesita resolverse en otros niveles, pero no ante dos seres humanos que necesitan el recurso.

Referencias bibliográficas

- (1) VILLAR, F. Recursos sanitarios. En: ROMEO C, editor. Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Granada: Comares; 2011; pp. 1372-1375.
- (2) GRACIA, D. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Bogotá: El Búho; 1998; Vol. 4: 89-194. ¿Limitación de prestaciones sanitarias?
- (3) BROCK D, WIKLER, D. Ethics Issues in Resource Allocation, Research and New Product Development. En: JAMISON, D, editor. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd ed. Washington, DC. The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank. New York: Oxford University Press; 2006; Chap. 14.
- (4) ÁVILA, J. A. ¿Qué es un conflicto de interés?. México: Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán; 2013. Consultado: 22 de marzo de 2020. Disponible en: http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/conflicto_intereses.html <https://doi.org/10.26723/endoscopia.0188-9893.173.005>
- (5) ARISTÓTELES. Ética a Nicómaco – Política. Libro V. 20^a ed. México: Porrúa; 2004.
- (6) COUCEIRO, A. Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos, Anales Sis. San. Navarra. 2006; 29 (Supl. 3): 61-74. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272006000600007>
- (7) CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. Código Penal Federal. Justicia, 2020. Consultado: 14 de marzo de 2020. Disponible en: <https://mexico.justia.com/federales/codigos/codigo-penal-federal/libro-segundo/titulo-septimo/capitulo-ii/>. <https://doi.org/10.16925/greylit.2105>
- (8) ASOCIACIÓN DE ACADEMIAS DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Real Academia Española; 2014. Revisado 2019; Consultado: 22 de marzo de 2020. Disponible en: <https://dle.rae.es> <https://doi.org/10.5944/epos.25.2009.10627>
- (9) BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. Cary NC: Oxford University Press; 2012.
- (10) INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES. Conflict of Interest in Medical Research, Education and Practice. Washington, DC: National Academies Press; 2009.
- (11) SEN, A. The Idea of Justice. Cambridge: Belknap Harvard; 2009.
- (12) PÁEZ, R. Igualdad, equidad y justicia. México: Posgrado de Medicina, Facultad de Medicina UNAM; 2018. Consultado: 23 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=Wl_Mr54jqS0 <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.5.10>
- (13) RAWLS, J. Teoría de la justicia. 2^a ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1995.

- (14) DANIELS, N. *Just Health Care*. Cambridge MA: Cambridge University Press; 1985.
- (15) VENKATAPURAM, S. *Health Justice*. Cambridge, MA: Polity Press; 2011.
- (16) POWERS, M.; FADEN, R. *Social Justice*. New York, NY: Oxford University Press; 2006.
- (17) ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Nueva York: ONU; 1948. Consultado: 16 marzo de 2020. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/> <https://doi.org/10.2307/j.ctv86dh99.4>
- (18) ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud*. Nueva York: ONU; 11 de agosto de 2000. Consultado: 16 marzo de 2020. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf> <https://doi.org/10.2307/j.ctt2111g8r.101>
- (19) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Cobertura sanitaria universal*. Geneva: OMS; 5 de diciembre de 2018. Consultado: 5 de febrero de 2020. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8182>
- (20) ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. *Extent of Health Care Coverage: Health at a Glance 2019*. OECD indicators. París, Cedex: OECD; 2019. Consultado: 5 de febrero de 2020. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1585062016&id=id&accname=guest&checksum=2E8C3DF842106DB9EF1684AD26C7816C> <https://doi.org/10.1787/f2bffe97-en>
- (21) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Subsanar las desigualdades en una generación*. Geneva: OMS; 2009. Consultado: 5 de febrero de 2020. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/. Consultado: 22 de marzo de 2020. <https://doi.org/10.1177/1757975909103770>
- (22) FRIED, CH. *Right and Wrong*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
- (23) BUCHANAN, A. *The Right to a Decent Minimum of Health Care*, *Philosophy and Public Affairs*. Winter, 1984; 13(1): 55-78.
- (24) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Making fair choices on the path to universal health coverage*. Geneva: WHO; 2014. Consultado: 22 de marzo de 2020. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112671/9789241507158_eng.pdf;jsessionid=3DACAC0A8D45A35D8E684B4A182F498E?sequence=1
- (25) ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN ECONÓMICA Y EL DESARROLLO. *Cómo se compara México. Indicadores de salud*. México: OCDE; 2017. Consultado: 22 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf> https://doi.org/10.1787/ayuda_sintesis-2015-51-es
- (26) FUNDACIÓN RÍO ARRIONTE, FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. *Prioridades de Investigación en Salud en México*. México: INSP; 2017. Consultado: 22 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.insp.mx/images/stories/2017/Avisos/docs/170708_Prioridades_invest_salud.pdf <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8244>

- (27) PÁEZ, R. La investigación biomédica en seres humanos desde la ética pública: el valor social de la investigación. Memorias del XII Congreso de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética; 2019; abril, pp. 11-13. Santiago de Chile: FELAIBE; 2020, en prensa. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2012000100003>
- (28) TRINCADO, M. Visión global de la medicina preventiva en Chile. Revista Médica Clínica las Condes. Consultado: 16 de marzo de 2020. 2010; 21(5): 669-673. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-vision-global-medicina-preventiva-chile-S0716864010705873> [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(10\)70587-3](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(10)70587-3)
- (29) HART, J. T. The Inverse Care Law, *Lancet*. 1971; 297(7696): 405-412. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(71\)92410-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(71)92410-x)
- (30) CORONA, R. El sistema de salud en México: de la fragmentación hacia un sistema de salud universal. México: Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada; 2017. Consultado: 24 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/El-Sistema-de-Salud-en-México-De-la-fragmentación-hacia-un-Sistema-de-Salud-Universal> <https://doi.org/10.1590/s0036-36342003000200011>
- (31) LEAL, G. ¿Protección social en salud? Ni «seguro», ni «popular». *Estudios Políticos*; 2013; novena época (núm. 28): 163-193. [https://doi.org/10.1016/s0185-1616\(13\)71444-6](https://doi.org/10.1016/s0185-1616(13)71444-6)
- (32) DANIELS, N. *Just Health. Meeting Needs Fairly*. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 2008.
- (33) PÁEZ, R. Pautas bioéticas. La industria farmacéutica entre la ciencia y el mercado. 2ª ed. FCE, UNAM: México; 2018.
- (34) FRENK, J., GÓMEZ, O., MARIE, F., ORNELAS, A. Salud: monopolio o pluralismo. *Nexos*. 2018 junio; 486. Consultado: 23 marzo 2020. Disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=37756>.
- (35) HOLM, S. Private Hospitals in Public Health Systems, *Hast. Cent. Rep.* 1989; 19 (5): 16-20. <https://doi.org/10.2307/3562636>
- (36) PUYOL, A. Justicia distributiva en el sistema de salud. El racionamiento de los recursos en tiempo de crisis. *Juristas de la Salud*; 2014; 24(extra 1): 6-13. <https://doi.org/10.35537/10915/45971>
- (37) POST, S. *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd ed. New York: Mac Millan Reference; 2004; Vol. 2: 1107-1116. Health-Care Resources, Allocation of.
- (38) CALLAHAN, D. La edad como criterio de limitación de recursos sanitarios. En: *Limitación de Prestaciones Sanitarias. Actas de la Jornada de la Fundación de las Ciencias de la Salud*. Madrid: Ediciones Doce Calles; 1997; pp. 108-123. <https://doi.org/10.22507/rli.v11n2a3>
- (39) TEN HAVE, H. Las listas de espera como método de limitación de prestaciones sanitarias. En: *Limitación de Prestaciones Sanitarias. Actas de la Jornada de la Fundación de las Ciencias de la Salud*. Madrid: Ediciones Doce Calles; 1997; pp. 78-107. <https://doi.org/10.4272/978-84-9745-236-6.ch12>