

HUMANIDADES MÉDICAS

Implicaciones Bioéticas de la Privatización de los Servicios de Salud y la Adopción del Modelo de Cuidado Dirigido

LEONIDES SANTOS Y VARGAS, PhD*

Un nuevo fantasma recorre los caminos de Europa y América. Es el fantasma de la privatización de los servicios que típicamente ha ofrecido el estado político benefactor a nombre del bien común. Dicho fantasma cabalga sobre la ideología del llamado neoliberalismo, vocablo que pretende ocultar las premisas del viejo capitalismo salvaje que tan bien le sienta a las clases conservadoras y dominantes en las sociedades occidentales. Autores como John Naisbitt (en su obra *Megatendencias 2000*) y Alvin Toffler (*Cambio*) cantan loas a este nuevo énfasis del capitalismo con nombre nuevo y elogian a figuras como Ronald Reagan y Margaret Thatcher como los exponentes más elocuentes del neoliberalismo privatizador en Occidente. El discurso neoliberal ha sido adoptado tanto por sociedades con modelos de democracias formales, democracias autoritarias, e incluso, por regímenes déspotas. En todos los casos, se trata sin embargo, de gobiernos que se han convertido en facilitadores de los objetivos particulares de las grandes corporaciones económicas.

La megatendencia de la privatización como panacea económica y política ha sido defendida y mercadeada por autores como David Osborne, según expuesta en su obra *Reinventing Government*. Dicha megatendencia no solo se observa en las sociedades típicas de las grandes potencias. En pequeñas naciones, como es el caso de Puerto Rico, se ensayan las implicaciones sociales y políticas de esa ideología. Desde el 1993 Puerto Rico se ha involucrado en una ambiciosa agenda de privatizaciones cuyas consecuencias sindicales, laborales y éticas comienzan a perfilarse.

Las reformas puertorriqueñas. Puerto Rico, inserto en la estructura económica y política estadounidense, ha sido visitado por el fantasma de que hablamos al principio.

El Dr. Pedro Rosselló, gobernador de Puerto Rico y firme defensor de la anexión de PR como estado de los EU, ha impulsado un abarcador programa de reformas del estado con el apoyo de ambas cámaras legislativas, controladas por el Partido Nuevo Progresista — organización política que promueve la anexión. Muchos de los servicios que estaban en manos del estado han sido privatizados. La mayoría de las privatizaciones han sido bien vistas por la mayoría de los ciudadanos debido a la patente ineficiencia, burocracia y politización partidista que han plagado los servicios que presta el estado puertorriqueño. Ciertamente la ineficiencia, el costo exagerado de ciertos servicios y empresas estatales, justificaban sobradamente la búsqueda y adopción de modelos alternos — aunque la privatización no es la única opción disponible.

En el espectro de servicios y empresas privatizadas, la decisión que más debate público ha generado lo constituye la venta de la Compañía Telefónica de Puerto Rico y la privatización de los servicios de salud para la población médico-indigente. Las imágenes dramáticas de brutalidad policíaca que se observaron, cuando las fuerzas de seguridad intentaron reprimir las actividades de protesta de los obreros de las comunicaciones, viajaron por el mundo através de la televisión, la prensa escrita y la Internet. Todavía, la ciudadanía del país no se ha repuesto del trauma social que produjo la violencia desatada a propósito de tal privatización. El debate continúa en torno a la venta de la Telefónica, sobre todo, por el temor a la pérdida de empleos y la pérdida de los beneficios legítimamente acumulados para la jubilación por parte de los trabajadores — temores que comienzan a confirmarse en algunos casos.

Pero ciertamente, la decisión del partido político en el poder, que va a la médula del compromiso de justicia social que había caracterizado al estado político puertorriqueño, tiene que ver con la privatización del sistema de salud pública. Lo que el que ciudadano medio no ha captado es que la reforma de los servicios de salud se ha implantado en el contexto de unos supuestos político-económicos más amplios que los que

*Catedrático y Director del Instituto de Estudios Humanísticos y Bioética "Eugenio María de Hostos" Recinto de Ciencias Médicas Universidad de Puerto Rico

ordinariamente se ventean en el debate público. La filosofía política y económica del Dr. Pedro Roselló se corresponde con la ideología neoliberal promovida en los EU por el sector conservador del Partido Republicano de esa nación. La versión puertorriqueña de la política neoliberal, a su vez, se apoya, en varios supuestos básicos, a saber: 1) que se debe achicar el tamaño de la estructura del gobierno para garantizar un uso más eficiente y efectivo de los recursos del Estado, derivados de las aportaciones que hacen los ciudadanos y las corporaciones al fisco; 2) en el caso de Puerto Rico, se alega que el servicio público (que en una época gozaba de gran estima) se había deteriorado por el hecho de haberse politizado y como consecuencia de ello, habíase convertido en una estructura ineficiente y muy costosa; 3) el gobierno no tiene que involucrarse en la prestación de todos los servicios que promueven el bien común; 4) muchos de los servicios que presta el Estado pueden ser mejor atendidos por el sector privado.

Sobre la base de esas premisas (y de otras no articuladas públicamente) se ha decidido que el Estado debe renunciar a ofrecer servicios de salud y se ha delegado esa función al sector privado. Pareja con la decisión de privatizar los servicios sanitarios, se ha adoptado un modelo de cuidado dirigido (traducción de frase del inglés “managed care”, que en ocasiones se ha traducido como cuidado coordinado o manejado) según el cual los ciudadanos tendrán acceso controlado a los servicios de salud incluidos en la cubierta básica de servicios establecida por el Departamento de Salud y negociada mediante subasta con las compañías de seguros y planes médicos. En ese contexto, las organizaciones privadas de cuidado dirigido (OCD) se responsabilizarán de prestar los servicios acordados en la subasta emitida por el gobierno.

La adopción del modelo de cuidado dirigido parte además de las premisas implícitas siguientes: 1) las necesidades de servicios de salud son infinitas pero los recursos disponibles siempre serán limitados; 2) el modelo privado de cuidado dirigido es organizacionalmente más efectivo que el Estado y que la iniciativa y responsabilidad de los ciudadanos para controlar los gastos en servicios de salud.

El secreto operacional del modelo de cuidado dirigido para alegadamente contener el crecimiento de los costos en salud, estriba en la disposición adoptada al efecto de que todo ciudadano cubierto por el plan del gobierno, será atendido en primer lugar por médicos primarios. De hecho, se espera que el médico primario se convierta para todos los efectos prácticos, en el manejador de casos de cada paciente bajo su jurisdicción. Si, por ejemplo, el diagnóstico que realiza el médico primario, refleja condiciones que requieran servicios especializados, el

modelo de cuidado dirigido establece que sólo el médico primario podrá referir los pacientes para la atención del especialista en cuestión. El modelo de cuidado dirigido supone, entre otros controles, que el médico primario no deberá incurrir en el uso de métodos diagnósticos muy costosos (como pudiera ser una toma de imagen de resonancia magnética, una tomografía computadorizada, o ultrasonido, por ejemplo) a no ser que reciba una autorización expresa de los funcionarios administrativos de la OCD responsable del plan que cubre al paciente — y dicho funcionario no tiene que ser necesariamente un profesional médico.

Las organizaciones de cuidado dirigido que compitan para las subastas del Gobierno pueden ser corporaciones sin fines de lucro o corporaciones con fines de lucro. El hecho es, no obstante, que la mayoría de las compañías que licitan son organizaciones con fines de lucro. Pero sean con fines de lucro o no, se espera que las OCDs funcionen como negocios rentables y aspiran, naturalmente, a obtener el máximo beneficio económico posible de su inversión. Es decir, se pretende optimizar el uso de los recursos económicos asignados y evitar el uso negligente de los servicios de salud. Para los patronos de las corporaciones de negocios que han negociado planes médicos para sus trabajadores (en EU por lo menos), se alega, que les resulta muy atractivo conseguir servicios de salud más baratos en un ambiente donde hay mucha competencia entre corporaciones de cuidado dirigido.

Prima facie, un modelo que sea eficiente en el racionamiento de servicios de salud y en la contención de costos, goza de aceptación inmediata entre la gerencia comercial y política en vista de la espiral inflacionaria que en las últimas décadas reflejan las estadísticas en torno a los renglones de gastos en salud, tanto en los Estados Unidos como en Puerto Rico. Sin embargo, el modelo de cuidado dirigido, tal y como se practica en la sociedad estadounidense y puertorriqueña hasta la fecha, está expuesto a serios señalamientos y limitaciones de tipo bioético. Entre otras dificultades, cabe señalar que es muy difícil precisar si la decisión de racionar o limitar prestaciones sanitarias por parte del médico primario, está éticamente justificada en todos los casos.

Implicaciones bioéticas. Una primera implicación bioética es que dicho modelo limita la autonomía del ciudadano para tomar decisiones en torno a sus cuidados de salud, en el sentido de que dicho ciudadano no tiene la opción de libre selección de médicos (excepto la libertad que tiene para elegir su médico primario en la región que reside, dentro del grupo de médicos primarios que ha contratado la OCD responsable de la región geográfica). Por otro lado el énfasis desmedido en la contención de

costos puede inducir al médico y a los administradores de las corporaciones a negar servicios clínicos necesarios — y a veces, otros servicios contingentes pero igualmente urgentes como pudiera ser el uso de un helicóptero como ambulancia aérea.

Los profesionales sanitarios, a su vez, pierden gran parte de su autonomía profesional pues su juicio clínico con frecuencia estará supeditado a la autorización de los burócratas de las OCDs, quienes deben ser consultados cuando se trata de decisiones que impliquen costos que se consideren elevados. El cuidado dirigido obliga al médico primario a añadir el juicio contable de costos al lado del juicio diagnóstico y clínico — y en muchos casos, el factor costo pudiera convertirse en el criterio primario de viabilidad de un servicio urgente o del plan de tratamiento mismo. Aunque el modelo de cuidado dirigido no es, desde un punto de vista conceptual, necesariamente contrario a la ética, su fase de implantación operacional no ha impedido la ocurrencia de varios casos sonados, tanto en los EU y PR, los cuales nos alertan en torno al riesgo ético inminente que se abre cuando el costo, y no el cuidado necesario, se convierte en la preocupación y parámetro para autorizar servicios de cuidados de salud. Un riesgo evidente es que la dignidad humana del paciente se subordine al precio que tenga atender su dignidad.

Visto desde la realidad político-electoral, no hay dudas de que las reformas hechas por el Dr. Pedro Roselló han sido un éxito político. El “poder de la salud” (frase-consigna utilizada en la campaña política) ha sido traducido a un aumento del voto favorable al partido gobernante, el cual obtuvo mucho apoyo en las clases sociales más necesitadas, que son precisamente los ciudadanos médico-indigentes — y quienes aún constituyen la mayoría de los votantes puertorriqueños. Por otro lado, especulando desde una perspectiva más liviana, no hay dudas que la tarea de gobernar se torna más placentera pues al desaparecer muchas agencias públicas, y entre ellas, la casi totalidad del Departamento de Salud y sus miles de empleados, los políticos se quitan de encima las molestias que le producen las huelgas bastante frecuentes en el sector público de servicios. De ahora en adelante, se puede pensar que los problemas laborales y cualquier violación a las normas éticas, será un problema del sector empresarial privado y de los grupos e individuos profesionales privados y no serán escándalos adjudicables al sector público (es decir, se privatizan también los escándalos y los problemas).

Ante las críticas del establecimiento médico puertorriqueño, los propulsores de la reforma de los servicios de salud alegan que esta es una iniciativa dirigida hacia el beneficio de los pacientes y no ha sido pensada para el beneficio necesario de los profesionales de la salud.

Es un hecho evidente que los controles establecidos por la reforma van en detrimento de las atribuciones logradas por la profesión médica y otras profesiones — amén de las implicaciones sindicales y laborales. Por ejemplo, al igual que en el caso de las especialidades y sub-especialidades médicas, no hay un horizonte claro en el cual se justifique la necesidad de incluir los servicios de muchas de las profesiones conocidas como “profesiones aliadas” de la salud (fisioterapia, terapia ocupacional, educadores en salud comunitaria, salubristas públicos en general, terapistas respiratorios, etc.) Es probable que algunas de esas profesiones desaparezcan — o que sencillamente se frene su desarrollo — ya sea porque se entienda que no son costo-beneficiosas, o sencillamente, por razones de contención de gastos. La razón para pensar en lo anterior se basa en el hecho de que la reforma del sistema público de salud está enfocada en la profesión y figura del médico y en el rol de las corporaciones emergentes de cuidado dirigido. Se puede decir que es una reforma médico-primario-centrada. La figura del médico primario se convierte en lo que en inglés se ha llamado “gate keeper” (realmente, una especie de cancerbero del sistema) y *de facto*, el médico primario funciona como un aliado de los intereses corporativos de generar un mayor margen de beneficios para los accionistas de las corporaciones. Este señalamiento no será aceptado por nadie de los personeros del sistema, pero es un hecho contable elemental que a menor el gasto, mayores beneficios económicos se generan para los profesionales primarios y para las corporaciones. Esa realidad, sumada a las restricciones impuestas a la autonomía y discreción profesional, con el objetivo de contener los costos, ha enajenado a gran parte de los profesionales de la salud — especialmente a la clase médica.

Así las cosas, es probable que el estado puertorriqueño se haya aliviado de la obligación de tener que administrar una estructura ineficiente, y que a todas luces necesitaba reformas urgentes. Pero quizás convenga preguntar si está en el mejor interés de una sociedad democrática el hecho de que al estado se le incapacite para cumplir con su misión ética de proveer servicios básicos de salud — que es una manera de honrar su misión de justicia social. Los defensores de las reformas responderán que precisamente por un sentido de justicia han tenido que recurrir a esta modalidad neoliberal privatizadora del cuidado dirigido — y en un primer momento hubo que creerles. Pero una vez que comienzan a asomar las prácticas antiéticas de estos modelos privatizados, legítimamente cabe preguntar si esos incidentes son casos aislados, si son excepciones a la regla, o si por el contrario son las consecuencias lógicas de haber adoptado premisas económicas y la lógica

de negocios para promover el bien común a través de servicios de salud.

Ahora bien, la adopción del modelo de cuidado dirigido como política pública puede evaluarse desde varias perspectivas. Una de ellas es la perspectiva bioética que ya hemos insinuado en los párrafos anteriores. Los creadores del modelo de cuidado dirigido pueden argumentar que el cuidado dirigido es una traducción concreta y de capitalismo innovador que responde al principio bioético de la justicia distributiva. Es decir, en vista de la escasez de los recursos disponibles, y como resultado de los costos crecientes de los servicios sanitarios, la sociedad debe adoptar modos efectivos, moralmente sustentables, de distribuir de manera equitativa los recursos destinados a mantener los niveles adecuados de la salud de la población. Toda vez que, de facto, la sociedad capitalista ha concebido la salud como un bien privado y no como un derecho humano, y toda vez que las profesiones sanitarias se ejercen privadamente como parte de la libertad de empresa individual, parece ser perfectamente coherente que en tales sociedades se elija una forma de negocios que responda a criterios de eficiencia y efectividad. La distribución de los recursos sanitarios responderá, por lo tanto, a una concepción política y económicamente coherente de lo que se entiende por justicia distributiva en ese contexto libre-empresarial.

Argumentan los que así piensan, que la libre empresa en el sector de la salud es una actividad legal, por lo tanto el cuidado dirigido privatizado es moralmente legítimo. Arguyen, *mutatis mutandi*, que la legalidad de las reformas le confieren legitimidad moral. Ahora bien, sostener que la legalidad de la reforma le confiere legitimación moral es una argumentación un tanto problemática, pues con frecuencia ocurre que mucho de lo que pasa por legal nos resulta moralmente inaceptable. Si el modelo de cuidado dirigido tiene ventajas y desventajas, desde una perspectiva de la justicia distributiva es de esperarse que las cargas y beneficios del sistema se distribuyan por igual entre hombres, mujeres y niños. Se espera entonces que la adopción de ese modelo de organización aumente la posibilidad de tener acceso a servicios de alta calidad para todos los cubiertos por esa organización del cuidado — independientemente del origen socio-económico de los usuarios del sistema. Si es cierto lo que se dice, en el sentido de que anteriormente los sectores sociales médico-indigentes no tenían accesibilidad a servicios sanitarios de alta calidad, hay que demostrar convincentemente que la cubierta básica aprobada de servicios es lo que todo ciudadano — independientemente de su clase social — necesita para lograr el ideal de una vida buena y digna.

Para afirmar que el modelo de cuidado dirigido es un

modelo defendible de justicia distributiva a través de los servicios de salud, y que tiene legitimidad desde el punto de vista ético, hay que esperar que se satisfaga adecuadamente no solo los criterios de eficiencia de negocios, sino que más importante aun, se deben satisfacer los criterios éticos siguientes:

- a) Todas las personas tienen igual acceso a servicios de calidad superior;
- b) La persona del paciente percibe que su autonomía personal es respetada; eso quiere decir que ella participa en la construcción del plan de servicios de seguimiento y tratamiento; que su autonomía se potencia porque se le informa acerca de todas las opciones de servicios de salud aplicables a su caso y disponibles, es decir, (no se le oculta información, no hay “gag clauses”, o cláusulas de mordaza para los médicos);
- c) En el modelo de cuidado dirigido las decisiones se toman siempre tomando en consideración el mejor interés de la persona como paciente y el bienestar de la totalidad de los usuarios del plan. Esto implica que la OCD manifiesta un esfuerzo creíble de armonizar los requerimientos del bien común del total de sus asociados y las del bien individual.
- d) La última aseveración del apartado anterior significa que el principio de beneficencia del proveedor no está secuestrado por consideraciones presupuestarias externamente controladas, y que la corporación de cuidado dirigido autoriza las prestaciones sanitarias a base de la necesidad real del paciente y no exclusivamente sobre la base de cuánto cuesta brindarle los servicios necesarios para el bienestar del paciente. En otras palabras, no hay disminución en las opciones diagnósticas y terapéuticas disponibles para que el médico promueva el bienestar de sus pacientes. (No obstante, sabemos que la experiencia reciente en los Estados Unidos y Puerto Rico, confirma la posibilidad de casos dramáticos de decisiones basadas, aparentemente, más en consideraciones de costos que en razones de necesidad. Esos casos pueden atribuirse a la inexperiencia de algunos funcionarios; a la incapacidad intelectual para tomar decisiones acertadas; a la aplicación mecánica de políticas corporativas de contención de costos, o peor aún, hay que atribuir las a una total insensibilidad e incapacidad para el juicio moral por parte de los que toman las decisiones — o por todas las razones anteriores).
- e) Una organización de cuidado dirigido actúa

éticamente cuando está corporativamente comprometida con el principio ético de no maleficencia (es decir, bajo ninguna circunstancia se puede hacer daño al paciente). Operacionalmente, esto significa que, por ejemplo, cuando haya necesidad de utilizar un helicóptero para transportar y salvar la vida a una joven mujer víctima de convulsiones, el médico no tiene que esperar por la autorización de un oficial administrativo de la OCD. Esto significa también que la corporación de cuidado dirigido, por razón de evitar daños a la madre y su criatura, no permitirá, ni ordenará a los hospitales que, en un plazo menor de 48 horas, se den de alta a madres parturientas y a sus criaturas. Los funcionarios de una corporación de cuidado dirigido que sólo basan decisiones como las anteriores en criterios de costos, no sólo desvalorizan la dignidad del paciente como persona sino que aumenta considerablemente la posibilidad de hacerle daño a los usuarios del plan.

Quizás seamos demasiado ingenuos al pedir que las corporaciones económicas incorporen la sensibilidad ética como parte de sus análisis estratégicos. Recuérdese que sólo a los profesionales de la salud se les exige un juramento ético para ejercer su profesión. Las corporaciones no tienen un juramento hipocrático como parte de su historia y de su razón de ser. De hecho, las organizaciones económicas en el sector empresarial capitalista no surgen como resultado de reclamos de justicia. Han sido imperativos de producción y de la oportunidad del lucro en el marco de ideologías específicas, lo que ha permitido el desarrollo de un sistema sofisticado de explotación de los recursos naturales y del trabajo humano. Los problemas de desigualdad social creados por el sistema económico en la historia, han dado ocasión para refinar la reflexión ética, sobre todo, en lo relativo al concepto de la justicia distributiva en una sociedad democrática.

El principio de justicia distributiva y la reforma de servicios de salud. Como sabemos, hay concepciones variadas en torno a lo que se considera una sociedad justa en la distribución de sus recursos. El concepto justicia significa cosas muy distintas para muchas personas. Puede significar una de las siguientes proposiciones: a) darle más a los que más aportan a la sociedad; b) darle lo mismo a todos los ciudadanos; c) darle más a los mejores ciudadanos de la comunidad y d) darle más a los que más necesitan.

Personalmente me inclino por aquella versión de la justicia que dice que se debe dar más al que más necesita.

Esta versión me parece que expresa mejor los valores humanistas de solidaridad humana y de compasión por el semejante. Por otro lado, es más consona con los ideales de igual dignidad humana que el pensamiento democrático ha elaborado a lo largo de la historia y que rechaza todo discrimen por razones de raza, credo o nivel socio económico. No debemos olvidar que uno de los postulados éticos más avanzados del pensamiento occidental es aquél que estipula que nunca debemos tratar a una persona como un medio para conseguir fines ulteriores. En el escenario de servicios clínicos esto significa que los pacientes que pertenecen a sectores sociales vulnerables, no deben ser vistos como una oportunidad estratégica para enriquecer a la corporaciones privadas que mercadean servicios de salud.

Si adoptáramos como éticamente superior esa última versión de la justicia, ¿será cierto que en el modelo de cuidado dirigido adoptado para los médicos indigentes puertorriqueños, se da más al que más necesita, o por el contrario, en comparación con otras clases sociales, no es un hecho que se ofrece menos a sus suscriptores, — aun concediendo la posibilidad de que lo ofrecido ahora sea de calidad superior a lo que se recibía antes?. Quizás sea cierto que el servicio que ahora reciben sea superior en calidad al que recibían antes. Pero no es con el *antes* con lo que hay que contrastar lo que reciben ahora sino con lo que *ahora* reciben las clases medias y las clases pudientes. La justicia, en su acepción holística, no permite legitimar el hecho de que si todos los ciudadanos tienen la misma dignidad humana, que se estructure un servicio de salud a base de las desigualdades sociales que aún persisten. Se argumenta con frecuencia que el modelo de cuidado dirigido tiene la ventaja de que hace mejor uso de los recursos humanos profesionales, pues limita el acceso arbitrario de los pacientes a profesionales especializados cuyos honorarios y costos, en general son más elevados. El señalamiento ético sigue siendo el mismo: se limita el acceso arbitrario en el caso de los pobres pero parecería que no hay límites al acceso arbitrario entre los acomodados.

Otra ventaja — en sentido extramoral — que se alega a favor del modelo de cuidado dirigido es que permite la organización de prácticas grupales de médicos y de otros profesionales, lo que facilita un enfoque en equipo multidisciplinario de la condición de los pacientes. No obstante, el hecho de que los médicos deban solicitar autorización previa para realizar diagnósticos o administrar tratamientos costosos (aunque necesarios), limita la autonomía del profesional y puede crearle una situación embarazosa ante los pacientes. La comunidad de pacientes podría desconfiar de los profesionales si observaran que la lealtad primaria del proveedor está

seriamente comprometida y condicionada por la intervención de oficiales administrativos externos a la relación médico-paciente. Como se puede inferir, la relación fiduciaria, tan esencial en la relación profesional-paciente, se puede tornar en una de tipo adversativa. Por otro lado, el hecho de que las poblaciones socialmente más vulnerables serán los usuarios típicos de esta modalidad, permite suponer un estado de mayor indefensión. Veamos.

Es un hecho que la mujer, los ciudadanos envejecientes y otras poblaciones socialmente vulnerables son los usuarios más frecuentes de los servicios de salud que brinda una organización privada de cuidados dirigidos. Como se sabe, la mujer no sólo utiliza los servicios de salud como paciente, sino que se presenta como madre acompañando a sus hijos. Esta presencia conspicua de la mujer en los escenarios de servicios sanitarios, la expone más frecuentemente a las ventajas y desventajas del cuidado dirigido. Si resulta que la mujer, los ancianos y otros sectores sociales más vulnerables son los usuarios típicos del modelo de cuidado dirigido, es muy probable que el margen de brechas éticas se amplíe, en vistas de que la autonomía personal de estos usuarios está limitada por razones de educación y por prácticas tradicionales de socialización paternalista. La asimetría de poder entre estas poblaciones de pacientes y las empresas privadas a las que han sido asignadas, le resta capacidad de regateo, toda vez que estas corporaciones son anónimas y muy impersonales en su relación con el público.

A la luz de lo anterior, la sociedad civil debe estar alerta para evitar que el paternalismo médico tradicional, contra el cual había luchado la ciudadanía educada en sociedades democráticas, sea sustituido por lo que llamaremos el paternalismo burocrático privatizado. Literalmente, ese nuevo paternalismo significa que funcionarios anónimos dirigen desde sus oficinas los planes y las decisiones sobre la salud de grandes poblaciones de paciente. Este hecho deja muy poco margen para la autodeterminación del paciente y para el ejercicio del consentimiento informado — uno de los grandes logros de la potenciación ética de los pacientes en el siglo XX.

El hecho de que la reforma de salud a base del modelo privatizado de cuidado dirigido se haya implantado mediante legislación al efecto, permitiría argumentar que cumple con el requisito de la legalidad que típicamente regula el comportamiento de las organizaciones sociales. Luego, establecer límites a los gastos en servicios sanitarios parece cumplir con el criterio legal de legitimidad. Sin embargo, como dijimos antes, no siempre se puede afirmar que por el hecho de que una práctica sea legal, es por ello una práctica moral. Por muchos siglos era perfectamente legal tener esclavos, y hasta hace muy

poco en la historia, entre ciertas sociedades cristianas era legal quemar en la hoguera a las brujas y a otros herejes. Hoy tenemos la certeza de que aunque frecuentes y legales, tales prácticas del pasado eran patentemente inmorales. Los ciudadanos de una democracia deben velar porque toda práctica que tenga la impronta de la legalidad cumpla primariamente con los rigores de la legitimidad ética. Los modelos de cuidado dirigido vigentes para pacientes medico-indigentes, sobre todo, los que operan a base del interés del lucro, deben ser auditados desde la perspectiva bioética de manera que a nombre de una pretendida justicia distributiva no se incurra en iniquidades éticas con los grupos socialmente más vulnerables. No es extraño que a nombre de una interpretación estrictamente aritmética de la justicia distributiva, se echen por tierra otras consideraciones morales tales como la compasión y la solidaridad humana. Una mala lectura y comprensión del principio bioético de justicia distributiva podría llevarnos a una situación de equitativa distribución de la injusticia. Obsérvese que casi siempre se dice que los recursos son escasos cuando la distribución se tiene que hacer entre los pobres. Para las clases pudientes y acomodadas no hay recursos escasos. Reiteremos una vez más: una reforma que se implanta para limitar los servicios de salud a los médico-indigentes exclusivamente, es una reforma éticamente indigente. El sesgo social de su premisa la hace sospechosa de salida. De ahí, que la sociedad civil tenga razones legítimas para abrigar reservas respecto a todo modelo que a nombre de la distribución controlada de los gastos en servicios de salud, permite que corporaciones privadas se enriquezcan.

El éxito económico de empresas que capitalizan sobre la base del sufrimiento y desvalimiento humano resulta especialmente sensitivo cuando se trata de los humanos socialmente desventajados. No creo que debamos demonizar innecesariamente al capital ni a la ganancia que lo anima. Sencillamente debemos insistir en que hay zonas de la existencia y trato humano que conviene rescatarlas de la visión reduccionista de la adoración del mercado total que se recoge en el discurso político de nuestra época. A pesar de la innegable necesidad del desarrollo económico de los pueblos, la *mercado* no debe suplantar, ni siquiera desvirtuar los valores humanistas que han sido concebidos para conferir dignidad a la vida de la democracia. La ideología del *mercado total* del neoliberalismo inclina evidentemente hacia una concepción de la justicia distributiva socialmente sesgada. Esta visión, a nombre de una alegada relación de costo-eficiencia, realmente favorece una versión de la *justicia al por mayor*, mucho más barata para los socialmente desventajados. Personalmente sostengo la tesis de que la justicia sanitaria se debe

practicar *al detal*. Los beneficios y sacrificios que haya que enfrentar deben ser absorbidos por todos los ciudadanos y no solamente por un sector de la población. La beneficencia que en principio anima a toda prestación de servicios de salud no debe ser distinta por razón de clase social o condición étnica o étnica. El cuidado dirigido en Puerto Rico y en los EU tiene un apellido: es cuidado dirigido para los pobres.

Finalmente aceptemos que, en algunas sociedades, el cuidado dirigido privatizado ha llegado para quedarse un buen rato — hasta que aparezca un modelo más justo y menos mercantil. Ante esa eventualidad, creo que lo más responsable que debemos hacer los integrantes de la sociedad civil es pedirle cuentas a ese tipo de reforma mientras perdure la misma. Pero no sólo se deben pedir las cuentas contables. Las reformas a base del cuidado dirigido privatizado se deben auditar desde una perspectiva bioética, de manera que se pueda garantizar que, sobre toda otra consideración, tengamos un cuidado éticamente dirigido, humanamente solidario y políticamente decente y ennoblecedor.

Advertencia

Las ideas expresadas en este escrito no reflejan la posición oficial del Recinto de Ciencias Médicas de la

Universidad de Puerto Rico, institución en la cual realizo mis labores académicas de investigación y enseñanza. Ahora bien, la libertad con la que expreso mis puntos de vista, sí representan la libertad de cátedra e investigación consagrada en la Ley y Misión de la Universidad de Puerto Rico.

Bibliografía mínima

1. Donahue JD. The privatization decision: public ends, private means. USA: Basic Books, 1989.
2. King A, Schneider B. La primera revolución global. Hecición Club de Roma. Barcelona, (España): 1992.
3. McKenzie Nancy F. The crisis in healthcare:ethical issues. Meridian Books-Penguin Books, USA, 1990.
4. Naisbitt J, Abudeme P. Megatrends 2000:the new directions for the 1990's. William Morrow and Co, New York, (NY): 1990.
5. Roberts Marc. Your money or your life: the health care crisis explained. Doubleday, New York,1993.
6. Rodwin Marc A. Medicine, money and morals:physicians and conflict of interest. New York: Oxford University Press; 1993.
7. The New York Times. The President's Health Security Plan. New York.Times Book-Random House,1993.
8. Wolf Susan. Health care reform and the future of physicians ethics, Hastings Center Report, New York, Vol. 24, Number 2, March-April, 1994.