

Publicación autorizada

Rev. méd. Chile v.130 n.2 Santiago feb. 2002

## Asignación de recursos en salud en Chile. Consideraciones éticas en la toma de decisión

*Ethical considerations about decision making in health care resource allocation in Chile*

Paula Bedregal G, Viviana Leal C<sup>1</sup>, Manuel Lavados M, Montserrat Lafuente G, Fernando Chomali G<sup>2</sup>, Jorge Ardiles N<sup>3</sup>, Javiera Martínez S<sup>4</sup>, Marie-Charlotte Boeussau G.

Correspondencia a: Dra. Paula Bedregal G. Marcoleta 352. Santiago - Chile. FAX: 562-6331840.  
E-mail: [pbedrega@med.puc.cl](mailto:pbedrega@med.puc.cl)

**Background:** The inclusion of ethical aspects in the world health care reform is currently being discussed. **Aim:** To analyze the ethical component of health care decision making in Chile. **Material and methods:** A qualitative analysis of interviews with 4 health service directors, 4 public hospital directors and 1 sub director. Inquiries to 16 public hospital ethics committees, about importance of ethical components in decision making, role of ethics committees in financial issues and the feasibility of incorporation explicit ethical considerations in decision making. **Results:** There is an absence of explicit ethical criteria in decision making. There is little participation of directors in these issues and lack of information. Although ethical aspects are considered relevant, they are not taken into account. Ethics committees are mostly dedicated to evaluate research protocols. The community is not mentioned as a relevant actor in decision making about resource allocation. **Conclusions:** Health service directors and all health care personnel should be trained in bioethics. These aspects should be incorporated to their daily work (Rev Méd Chile 2002; 130: 181-190).  
(**Key-words:** Health care quality, access, and evaluation; Health resources; Health services accessibility)

Recibido el 24 de julio, 2001. Aceptado en versión corregida el 5 de noviembre, 2001.  
Departamento de Salud Pública Escuela de Medicina, Centro de Bioética y  
Escuela de Administración, Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Ministerio de Salud, Unidad de Bioética.  
Financiado por Dirección de Investigación  
Pontificia Universidad Católica de Chile (DIPUC) N°99-II/01CSS  
<sup>1</sup> Enfermera Universitaria. Magíster en Bioética  
<sup>2</sup> Presbítero, Ingeniero Civil, Magíster en Bioética  
<sup>3</sup> PhD en Administración. P. Universidad Católica de Chile  
<sup>4</sup> Estudiante de Medicina.

El sorprendente avance tecnológico y el envejecimiento paulatino de la población han producido un aumento en la demanda por mayor asistencia sanitaria. Estos factores han determinado el incremento en el gasto en salud de la mayoría de los países<sup>1</sup>. Sin embargo, se ha constado que tanto el nivel de salud como acceso a servicios de salud no es equitativo<sup>2</sup>. Estas diferencias han motivado el estudio de las políticas públicas<sup>3</sup> y han generado aportes para el diseño de las reformas sociales. Es así como se han definido los valores y objetivos que mueven estos procesos en los países.

Al revisar las reformas en salud en diversas naciones se observa convergencia entre los valores sustentados y los objetivos<sup>4</sup>. Estos son: equidad en el acceso a la salud, protección económica, eficiencia macroeconómica y microeconómica, libertad de elección para los usuarios, autonomía para los proveedores y uso del enfoque epidemiológico. Justicia y equidad<sup>5</sup>, son los criterios usados frecuentemente, cuyos significados varían entre distintas políticas y programas<sup>6,7</sup>.

La disparidad entre el enunciado político y la práctica, plantea la interrogante acerca del componente ético en la toma de decisiones sobre la asignación de recursos en el sector salud<sup>8</sup>. En este debate, es evidente que la racionalización de la atención de salud es inevitable y que la participación de proveedores públicos y privados, y de los usuarios/pacientes es imprescindible para aclarar los principios y alcances de las decisiones tomadas<sup>4</sup>.

Chile, país de desarrollo medio<sup>9</sup>, dispone de alta tecnología en salud, pero el acceso está restringido por razones geográficas, económicas, entre otras<sup>10</sup>. También se discute sobre el grado de deshumanización de la práctica sanitaria en nuestro medio. Producto de esta discusión surgen los Comités de Ética de los hospitales y Servicios de Salud. Su objetivo es resguardar la finalidad de las profesiones de la salud: el servicio a la persona enferma, el respeto hacia su dignidad y autonomía, y el cuidado de su humanidad<sup>11</sup>. Hoy los comités tienen un nuevo desafío: garantizar el uso apropiado de la tecnología sanitaria, a través de una toma de decisiones informada y acordada.

El propósito de este estudio es contribuir al diagnóstico nacional<sup>12</sup> sobre las necesidades de formación en ética, y en particular respecto de aspectos de asignación de recursos en salud. Nuestro objetivo general fue analizar la pertinencia de desarrollar el componente ético en los procesos de toma de decisión relacionados con asignación de recursos en salud, tomando en cuenta los distintos niveles de decisión.

Nuestros objetivos específicos fueron:

1. Describir cuales son los criterios considerados en los procesos de decisión actuales desde el punto de vista ético.
2. Conocer la importancia dada por las autoridades de salud y los comités de ética hospitalaria a los aspectos de asignación y uso de recursos, y sus implicaciones éticas.
3. Conocer el papel de los comités de ética en la asesoría de las autoridades en aspectos de asignación de recursos en salud.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

El enfoque metodológico utilizado fue cualitativo. Este enfoque busca y privilegia entender los significados de la experiencia, acciones y eventos, desde el punto de vista de los participantes, investigadores en el contexto en que naturalmente ocurren<sup>13,14</sup>. Su propósito no es generalizar

resultados sino comprender procesos y experiencias.

Los objetivos del proyecto se delinearón a partir de conversaciones con informantes claves. Los informantes claves fueron: el Jefe de la División de Salud de las Personas en el Ministerio de Salud de Chile, el Director de un Hospital Público de la Región Metropolitana, médicos clínicos en Unidades de Cuidado Intensivo, profesores universitarios (medicina, economía y ciencias políticas).

El estudio se separó en dos etapas: A y B.

*Etapas A.* Se realizaron entrevistas en profundidad a personajes claves del sistema de salud chileno. La muestra consistió en 6 Directores de Servicios de Salud de la Región Metropolitana y 5 directores de hospitales de alta complejidad del sector público de cada servicio. Los primeros son los encargados de liderar la negociación presupuestaria anual para todos los establecimientos del sector público del área asignada y realizan la transferencia presupuestaria a los establecimientos. Los directores de hospitales son los encargados de dar buen uso a los recursos disponibles para su establecimiento, y son responsables de elaborar el presupuesto anual.

Se elaboró una pauta para las entrevistas. Estas fueron fijadas *a priori* por teléfono explicando los objetivos del estudio. Se les envió por fax una carta tipo que incluía el propósito, los objetivos de la investigación, la metodología y las áreas de la conversación a los directivos que lo solicitaron, para su consentimiento. A cada uno de los entrevistados se les ofreció enviar una copia de los resultados.

Las entrevistas fueron realizadas por 4 miembros del equipo investigador, con experiencia en entrevistas. Estas fueron transcritas a partir de notas tomadas por los investigadores. Los datos se ordenaron por áreas de interés realizándose un análisis del contenido. Este fue realizado de manera separada por cada entrevistador y luego sancionado por el resto del equipo. Las áreas claves se observan en la [Tabla 1](#). En cada área se codificaron términos y expresiones de interés, vinculados a los conceptos en estudio.

**Tabla 1. Casos clínicos presentados a comités de ética**

Caso	Situación	Decisión Comité
1	Paciente de 67 años sin previsión ni red de apoyo social, con antecedentes de Diabetes Mellitus mal controlada. Ingresó a la urgencia en sopor profundo con diagnóstico de insuficiencia renal terminal.	Recomienda no dializar
2	Paciente de 19 años en muerte cerebral. Los padres solicitan realizar todas las medidas terapéuticas posibles.	Recomienda aceptar la solicitud de los padres
3	Paciente de 59 años en hemodiálisis hace 7 años en buenas condiciones. Evoluciona con un accidente vascular encefálico que deja secuelas, demencia progresiva y bronconeumonía bilateral. Su esposa solicita no realizar nada por él.	Recomienda continuar con las hemodiálisis

*Etapa B.* El universo consistió en los comités de ética de hospitales públicos tipo I y II chilenos. Estos hospitales debieran contar con comités de ética para el análisis de problemas que afecten la licitud del acto médico.

Se diseñó una encuesta autoadministrada que consta de tres partes: Antecedentes del comité, preguntas generales y 3 casos clínicos que implican un proceso de toma de decisiones clínicas ([Tabla 1](#)). El instrumento fue elaborado por el grupo de investigadores y probado con profesionales de la salud. La encuesta fue enviada con una carta de explicación del proyecto y uso de la información, por conductos regulares, y apoyada por la Subsecretaría del Ministerio de Salud de Chile a todos los hospitales públicos tipo I y II del país durante junio y julio de 2000. Los resultados se trasladaron a una planilla de cálculo usando el software Excel®. Para las preguntas abiertas se elaboraron categorías. Se realizó un análisis estadístico descriptivo en aquellas variables que lo permitían.

## RESULTADOS

*Etapa A.* Se entrevistó a 4 Directores de Servicio de Salud, a 4 Directores de Hospitales y 1 subdirector médico. Este estudio coincidió con la fecha de cambio de autoridades de gobierno y sanitarias del país. Esto implicó que dos servicios con nuevos directores no pudieron ser entrevistados. Todos los entrevistados eran médicos con más de 15 años de ejercicio profesional y con experiencia en el cargo de más de 2 años, excepto en un hospital de la Región Metropolitana, que tenía menos de 1 año de marcha a la fecha de la entrevista.

*¿Cómo se comprende a la ética?* Los directivos valoraron la ética. La mayoría percibía la necesidad de discutir al respecto. Sin embargo, existía la concepción que la ética está desligada de su práctica cotidiana. Algunos mencionaron que: "La ética es demasiado etérea" "*El tema es desconocido, es como un mundo aparte...*"

En el discurso destacó la gran variedad de impresiones y conceptos que los directivos asociaron con bioética: capacitación, comités de ética hospitalarios, investigación, negligencia médica y mala práctica, transferencia de información, pautas y normas, resoluciones, profesionales, universidades. Sólo un directivo lo mencionó asociado a planificación estratégica de su servicio. Estas menciones dicen de las funciones o situaciones en que aspectos éticos estarían presentes y que podrían ser objetos de proyectos futuros. Dos directivos con capacitación previa en bioética, propusieron incluir la discusión sobre ética social y no sólo sobre ética médica.

Es interesante destacar dos opiniones distintas respecto de la ética. El primero planteó la importancia de la discusión en los médicos como grupo profesional, y la necesidad de interpelar a valores más que a hechos científicos para cambiar las actitudes y conductas de este grupo: "*La reflexión ética interpela al mundo médico, no así temas como calidad que no han logrado verdaderamente penetrar al ámbito médico*".

El segundo actor destacó la evidencia científica y su valoración ética: "*Hoy en día la discusión es una necesidad, uno de nuestros compromisos éticos es usar adecuadamente los recursos, además de dar terapia a los pacientes... para esto hay que definir sobre evidencias científicas cuanto es lo mínimo que debemos tener...*"

*Estructuras funcionales de bioética:* Pese a que la norma lo sugiere, ningún Servicio de los estudiados tenía implementado un comité de ética en el Servicio de Salud. Los directivos mencionaron la

existencia de comités en los hospitales de mayor complejidad los que tendrían diversas atribuciones, pero especialmente se dedicarían a evaluar protocolos de investigación. Este papel es el que demandaría mayor tiempo. Pocos comités realizaban análisis de casos clínicos. De acuerdo a uno de los directivos, los comités de ética, en la práctica no funcionaban. La mayoría de sus miembros serían designados o ratificados por los directores de hospitales, y no hay horas asignadas para esta función. Ninguno de los entrevistados participaba regularmente de los comités de ética. En general delegaban su función en otros profesionales o colegas. Sólo asisten en caso de situaciones extremas.

Consultados sobre la participación de los comités en aspectos clínicos-administrativos, señalaron que no es un papel que les competa, aunque a veces hay discusión al respecto. La gerencia de gestión y finanzas se identificó como la encargada de evaluar aspectos de decisión financiera.

Algunos directivos señalaron que, por el tipo de decisiones propias de los establecimientos, los comités deberían ser de la institución y no externos. Expresaron su resistencia a "tribunales" externos, los que se veían como una amenaza.

Dado que la ética se entiende como un tema horizontal, sugirieron capacitar a los profesionales y técnicos que trabajan en los Servicios, respetando los diversos equipos. Propusieron elaborar documentos de trabajo en diversas áreas (clínica, inversión, gestión) que contenga referentes éticos explícitos. También sugirieron contar con apoyo bibliográfico (bibliotecas virtuales o registros de procedencia). Algunos directivos apuntaron a que una capacitación en esta área debería ser funcional a la organización, debería capacitar a agentes multiplicadores y debería contar con contenidos de calidad de la atención. La mayoría estimó que los tomadores de decisiones debieran ser los sujetos primarios de una capacitación que incorpore elementos éticos.

*La asignación de recursos en salud hacia los Servicios de Salud: criterios, problemas.* Los entrevistados señalaron que el criterio imperante para la asignación de recursos es el histórico. La reducción de presupuestos es un fenómeno del día a día, acentuado por la crisis económica. Esto se resolvía mediante mayor endeudamiento, reducción de gastos extraordinarios en recursos humanos y reducción del gasto en farmacia. Señalaron que los más afectados en situación de crisis son los afiliados al sistema institucional del Fondo Nacional de Servicio de Salud, ya que se reducían los fondos para una adecuada provisión de servicios. Esto a juicio de varios entrevistados, ha llevado a un endeudamiento no manejable. Los entrevistados reiteraron las dificultades en manejar una deuda que no se asume en el proceso presupuestario. Algunos se preguntaron: "*¿Cuál es el límite de endeudamiento posible sin que impacte también al sistema económico en su conjunto?*" La administración de estos recursos va por la vía de manejar las urgencias. En esta situación de desmedro, los directivos reiteraron la necesidad de motivar a los médicos clínicos para el buen uso de los recursos.

Otra queja expresada es sobre la falta de transparencia respecto del tope presupuestario: "*Es necesario que me digan con claridad cuánta es la plata que tengo y mi tope. El resto me dedico a buscarlo*". "*Los compromisos de gestión son muy limitantes, necesitamos más libertad y capacidad fiscalizadora propia*". "*Para que el Ministerio de Salud fiscalice apropiadamente debe ser con claridad, con indicadores que yo los conozca antes. Yo puedo modificar los procesos y hacer gestión de procesos*".

Otra fuente de ingreso de recursos para los servicios sería el presupuesto de inversiones. A juicio de los directivos, es en esta área donde más se ha avanzado al establecer criterios a priori. Los criterios usados para asignar recursos eran: magnitud del problema a resolver, grado de éxito a alcanzar con la nueva técnica, la existencia de recursos humanos para que lo usen y la existencia de recursos humanos para mantener la inversión.

La mayoría de los entrevistados señalaron su interés en colaborar con el proceso de asignación de recursos. Plantearon la urgencia de determinar cual es la eficiencia y eficacia posible de obtener con los recursos disponibles. Ellos creen que eso no ha sido establecido, y que es posible hacerlo. La mayoría reclamó mayor información sobre como se asigna el presupuesto, quién negocia y con qué criterios.

Se sugirió estimar los presupuestos no sólo a corto plazo, sino a mediano y largo plazo, ya que habría inversiones e intervenciones que requieren ser evaluadas su efectividad a plazos mayores que un año. Es así como sin tener garantía de continuidad en el financiamiento no se realizan. La mayoría reclamó por sistemas de información apropiados para medir impacto, eficiencia y calidad, y no sólo mirar aspectos financieros.

**Tabla 2. Problemas éticos en la macroasignación**

Problema	Valores del Sistema en juego
Administración de la pobreza, cuáles son los límites	Justicia, equidad, dignidad, solidaridad
Endeudamiento sin límites	Equidad con otros sectores sociales
Brechas tecnológicas	Dignidad de las personas, equidad
Existe limitación a la producción por temor a incrementar los gastos	Eficiencia, eficacia
Incentivos perversos que sólo van a la producción y no a los resultados	Eficiencia, eficacia, efectividad.
Cómo establecer una sana relación entre economía, medicina y el paciente	Dignidad, justicia, eficiencia

[Tabla 2](#) muestra los problemas éticos expresados por los entrevistados.

*La asignación de recursos en los hospitales:* criterios, problemas. Los criterios utilizados para la microasignación de recursos al interior de los hospitales eran, en orden de prioridad: la probabilidad de éxito (vida/recuperación) atribuida a la intervención a financiar, el beneficio esperado en calidad de vida, la edad (a menor edad, mayor privilegio), la voluntad del paciente y finalmente la voluntad de los familiares. Estos criterios, a juicio de los entrevistados, no estaban explícitos, salvo en algunas unidades clínicas como en los intensivos. Se señaló que el equipo tratante maneja en "armonía" estos criterios. Sólo uno de los entrevistados señaló la utilidad del concepto de medios proporcionados, el que se usaría en la atención de pacientes. El criterio económico se mencionó con relación a que una intervención "podría beneficiar más a otro paciente". Se señaló también que estos criterios "son violentados por el ingreso desde otros hospitales o clínicas, de pacientes, que fueron seleccionados con criterios distintos a los nuestros, y no nos queda más alternativa que aceptarlos".

Frente a reducción presupuestaria una de las estrategias más utilizadas era la reducción del uso de horas extraordinarias. También se reducía la compra de fármacos e insumos según prioridad, y el mantenimiento de edificios y equipos. Otro hospital reducía la compra de servicios que no dispone, traspasando el costo a los usuarios del sistema.

En los hospitales la prioridad financiera se situaba: 1) En el hacerse cargo del cuidado del paciente (la aceptación de ingreso de un paciente). Esta decisión es tomada por el equipo médico o jefe de servicio clínico. 2) En los recursos a utilizar en cada caso. La decisión final es de la dirección del hospital y del equipo administrativo.

A juicio de los directivos, esta situación generaría problemas. Ya que los criterios y valores (prioridades) no son comunes para ambos grupos. Esta dificultad se resolvería a través de implementar centros de costos e indicadores de producción y calidad, que permita que los jefes de servicios y

clínicos "*estén motivados para manejar sus recursos disponibles, y consideren su experiencia clínica y conocimientos*".

Sólo uno de los entrevistados mencionó la importancia de la medicina basada en evidencia, como un incentivo para el trabajo y la actualización técnica. El problema, a su juicio, ha sido la motivación de los jefes de servicios y la importancia que le atribuyen los clínicos a aspectos económicos/financieros de sus decisiones: "*Lo ideal es que los clínicos evalúen su función y rendimiento. Y ellos mismos reasignen sus presupuestos*". "*Sabemos que aumentar la producción implica aumentar los gastos, pero los clínicos no tienen claros cuáles son los puntos críticos sobre los que hay que actuar*".

A juicio de uno de los directivos, el que los clínicos asuman estas funciones o tomen conciencia del impacto pasa por mejorar las condiciones de trabajo. Para esto sería necesario establecer confianza y credibilidad. También "*...es clave las buenas comunicaciones y un sistema de información que genere lo que necesitamos*".

Del mismo modo se señaló la necesidad de establecer, al interior de los grupos clínicos, criterios frente a situaciones habituales y conocer los resultados de sus acciones, comparando con otros servicios.

*Participación de la comunidad en la toma de decisiones.* La mitad de los entrevistados no mencionó a la comunidad como un actor relevante en la toma de decisiones en asignación de recursos en el sector salud. Otros mencionaron que en lo conceptual, parecería deseable pero que "*depende del nivel sociocultural y educacional de las personas*." Otros hospitales y servicios señalaron experiencias exitosas con la comunidad. Estos señalaron la importancia de la comunidad "*interna*" (trabajadores de la salud) y la comunidad externa. Identificaron a los Comités de desarrollo comunal como entidades con las cuales se ha trabajado con buenos resultados. Otros grupos de importancia mencionados fueron los voluntarios y las asociaciones de amigos de los hospitales, los que aportarían recursos y permitirían conocer las necesidades de los usuarios.

**Etapa B.** Dieciséis de 56 potenciales comités de ética contestaron. Este número representa en la práctica la totalidad de comités funcionando en el país<sup>12</sup>. El número de miembros promedio de los comités, es de 8 (rango entre 3 y 12 personas). El 76% son médicos y enfermeras. En el grupo de otros profesionales destaca la presencia de tecnólogos médicos, matronas, clero, administrativos, representantes de la comunidad, psicólogos y odontólogos. Llama la atención la constitución diversa de los 16 comités, existiendo uno que cuentan sólo con médicos y otro que no cuenta con ninguno. El 47% de los comités cuenta con un abogado. Ocho comités tienen una antigüedad de 3 y más años, 6 de los cuales funcionan hace más de 5 años. Los comités de mayor antigüedad son los que están conformados por mayor diversidad de profesionales. La modalidad más frecuente de constitución del comité es por designación de la autoridad ([Tabla 3](#)).

**Tabla 3. Modalidad de constitución de los comités de ética hospitalaria**

Modalidad	Hospitales n	Total %
Designación por autoridad	6	42,9
Función del cargo	1	7,1
Propuesta por pares	2	14,3
Función del cargo y designación por la autoridad	2	14,3
Propuesta por pares y designación por la autoridad	1	7,1
Iniciativa personal y designación por la autoridad	2	14,3
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

*Toma de decisiones en asignación de recursos.* Para los comités, la modalidad más conveniente para evaluar los aspectos éticos involucrados en la asignación de recursos, era mediante la elaboración de pautas para la toma de decisiones ([Tabla 4](#)). Respecto a los criterios de inclusión de los pacientes en lista de espera, en el caso de implementar una nueva tecnología de alto costo, el criterio de "probabilidad de éxito" es el que más se mencionó y era la primera preferencia para la mayoría, mientras que la voluntad de los familiares concentró menores preferencias ([Tabla 5](#)). Llama la atención que aquellos comités de ética de mayor antigüedad ponderaron más el criterio "probabilidad de éxito". Por otra parte, calidad de vida y edad se mencionaron en los primeros lugares por los comités más jóvenes. El 93% de los comités utiliza el concepto de medios proporcionados en el cuidado de pacientes terminales.



**Tabla 4. Modalidad más conveniente para evaluar aspectos éticos para la asignación de recursos según comités de ética hospitalarios**

Modalidad	Comités n (total=14)	Total de comités %
Elaboración de pautas para la toma de decisiones	9	65,3
Asesoría de comité de ética del Servicio de Salud	8	57,1
Asesoría de comité de ética de hospitales	8	57,1
Asesoría de comité de ética del nivel central	5	35,7

**Tabla 5. Criterios de inclusión de pacientes en lista de espera por orden de preferencia según comités de ética hospitalarios**

Criterios	1 <sup>ra</sup>	2 <sup>da</sup>	3 <sup>ra</sup>	4 <sup>ta</sup>	5 <sup>ta</sup>	6 <sup>ta</sup>
Probabilidad de éxito	8	3	3	0	0	0
Beneficio esperado en calidad de vida	3	4	5	2	0	0
Beneficio esperado en esperanza de vida	0	4	4	6	0	0
Edad	0	1	1	5	3	4
Voluntad del paciente	3	2	1	1	6	1
Voluntad de familiares	0	0	0	0	5	9
Total de comités	14	14	14	14	14	14

*Opiniones respecto de los casos clínicos*

*Caso clínico 1.* La mayoría (56,3%) de los comités se mostró en desacuerdo con la recomendación del caso. Los aspectos éticos relevantes destacados fueron: beneficencia, justicia, equidad, el derecho a la vida / la salud (Tabla 6). Además se plantearon preguntas respecto de "muerte v/s aspectos económicos" (21%), la proporcionalidad del tratamiento 19%, y la escasa probabilidad de éxito (12,5%). Al preguntar qué otra información habría solicitado para tomar la decisión destacaron: la posibilidad de encontrar una red de apoyo social alternativa (informal y formal), la magnitud del daño de otros parénquimas, la disponibilidad de diálisis, la autonomía previa y deseos del paciente. Trece de 16 comités otorgaron relevancia al aspecto económico para la decisión.

**Tabla 6. Fundamentos de los comités de ética respecto de su opinión en caso 1**

Muy de acuerdo y de acuerdo	Muy en desacuerdo y desacuerdo
Escasa red de apoyo (3) Mala adherencia a terapia, efectividad baja (2) Tratamiento desproporcionado (1) Edad avanzada (1)	No es un enfermo terminal (1) Diálisis es la terapia (1) Medida es proporcionada (4) Existen redes de apoyo alternativas (3)

(\*) Número de comités.

*Caso clínico 2.* Sesenta y nueve por ciento de los comités estuvieron en contra de la decisión tomada en el caso. No hubo ninguna respuesta "Muy de acuerdo". El fundamento a su opinión se centró en lo desproporcionado de la medida respecto de las condiciones del paciente (11/16) (Tabla 7). Los aspectos éticos expresados por los comités fueron: calidad de vida (56%), principio de autonomía (12,5%), y de justicia (44%). Sólo un comité señaló que no habría ningún problema ético. Diez comités de ética solicitarían conocer la decisión de los padres respecto de la donación de órganos (5/16). En este caso la mayoría no consideró el factor económico relevante (68%).

**Tabla 7. Fundamentos de los comités de ética respecto de su opinión en caso 2**

De acuerdo	Muy en desacuerdo y en desacuerdo
Primacía del deseo de los padres (3) Evitar querrelas legales (1) No abandonar conducta médica por temores legales (1)	Medida desproporcionada (4) Muerte cerebral objetivada (4) No abandonar conducta médica por temores legales (2) Técnicamente decisión inapropiada (1)

*Caso clínico 3.* Sesenta y tres por ciento de los comités estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo con la decisión tomada (Tabla 8). Los aspectos éticos mencionados por los comités fueron: el derecho a la vida (43,8%), beneficios en calidad de vida (37,5%), proporcionalidad del tratamiento (12,5%). La información adicional solicitada por los comités se relaciona con aspectos técnicos, acceso a diálisis (5/16), voluntad anterior del paciente (3/16) y condición económica familiar (2/16). Pese a que la mayoría solicitó información del aspecto económico, sólo 8 comités le asignaron importancia.

**Tabla 8. Fundamentos de los comités de ética respecto de su opinión en caso 3**

Muy de acuerdo y de acuerdo	Muy en desacuerdo y desacuerdo
Hay tratamiento, no es un paciente terminal. Hay problemas con la familia (8) Paciente sin riesgo (1) Argumentos no relevantes (1)	Existe tratamiento pero puede que sea desproporcionado (2) No se puede tomar decisión como equipo (1) Autonomía de la familia frente a paciente incompetente (1) Condición del paciente (terminal y con demencia) (2)

## DISCUSIÓN

La civilización occidental se encuentra en un profundo proceso de cambios en lo económico, tecnológico, ambiental, político y moral. Una de las discusiones, es el cambio del papel del Estado en materias sociales. Esto ha generado polémica, en particular en países europeos, entre la noción de responsabilidad individual y solidaridad<sup>15,16</sup>.

Rodwin<sup>17</sup> ha planteado que las consideraciones económicas son cada vez más importantes en la relación médico-paciente, lo que ha postergado su rol fiduciario. Este autor señala que es necesario desarrollar macro estructuras éticas, que resguarden los ideales de la relación médico-paciente. Por otro lado Haavi<sup>18</sup>, aprueba la vinculación entre economías y medicina. Esta autora plantea que la medicina se ha enriquecido al incorporar un horizonte macrosocial. Sugiere que el médico no sólo debe considerar aspectos clínicos sino económicos, lo que lo transforma en un verdadero "servidor social". De este modo debe plantearse abiertamente la necesidad de conjugar los factores económicos con los resultados del conocimiento científico y la práctica clínica. Lo que implica concordar criterios y procedimientos.

Pese a las limitaciones propias del abordaje metodológico usado<sup>14</sup>, este estudio muestra que la ética aun no ha sido introducida explícitamente en aspectos cotidianos de los servicios. Las sugerencias reducen el papel de los comités de ética y más bien proponen incorporar la temática en todos los niveles (clínicos y de gerencia). En ese sentido la capacitación en aspectos éticos de la salud debiera situarse en los directivos y paulatinamente en todo el personal que labora en las instituciones. La estrategia podría ser capacitar en ética a los miembros de los grupos naturales de trabajo.

En los diversos niveles de toma de decisión estudiados hay ausencia de criterios explícitos para decidir respecto de la asignación de recursos. Se utilizan criterios implícitos que parecen estar en contradicción con los valores que sustenta el Sistema de Salud. La discrepancia entre los actores en criterios de prioridad y las fallas en la comunicación y participación, especialmente de los clínicos, en materias claves para el Sistema, serían factores que contribuyen a ésta contradicción. También es evidente la ausencia de sistemas de información adecuados a sus necesidades.

El bajo número de comités que parecen estar en función en el país, hace plantear dudas sobre si es éste el esquema funcional más apropiado para el análisis ético. Sin embargo, parece imperioso realizar esfuerzos sistemáticos para actualizar y capacitar a los integrantes de comités más jóvenes, y así incentivar el uso de los conceptos en la práctica cotidiana. Es importante reforzar la capacitación en aspectos de justicia, equidad ya que se evidenció discrepancias entre los fundamentos que se relacionan con recursos y la relevancia del criterio económico. Esto puede traducir una dificultad en identificar el ámbito económico/financiero o bien cierto prejuicio en otorgarle importancia.

La información obtenida recalca la necesidad de establecer a futuro alianzas con los directivos para el diseño de estrategias apropiadas de capacitación que involucren aspectos técnicos y éticos simultáneamente. Como Arango señala "Despertar la sensibilidad ética y las habilidades en identificar aspectos éticos de la práctica cotidiana"<sup>19</sup>.

Es un desafío para el país que los profesionales del sector salud comprendan que existe una gran gama de ideas sobre el propósito de la atención sanitaria, sobre el concepto salud y sobre la justicia, y que es deber de ellos asegurar un debate informado y toma de decisiones a conciencia.

## REFERENCIAS

1. World Bank. *World Bank Report*. 1993.
2. World Bank. *Health Nutrition and Population. The human development network*. World Bank Group. Washington 1997.
3. O'Sullivan MJ. Ethics and health planning: implication for education. *Health Policy Educ* 1981; 2: 103-12.
4. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). *Annual Report*. 1996.
5. Mooney G. *Key Issues in Health Economics*. Harvester Wheatsheaf, 1994.
6. Hackler C. Is rationing of health care ethically defensible? *Gesundheitsoeconomica*. 1995. *Austrian Society of Health Economics*.
7. New B. The rationing agenda in the NHS. *BMJ* 1996; 312: 1593-601.  
[ [Medline](#) ]
8. Tealdi JC. Sistemas locales de salud. Racionalidad moral en las decisiones comunitarias. *Bol Oficina Sanit Panam* 1990; 109: 462-73.
9. World Bank. *1998 Report*.
10. Aguilera X, Concha M. *Apuntes para una epidemiología de la desigualdad*. Unidad de estudios, Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile, abril 1998.
11. Ministerio de Salud. Departamento de Asesoría Jurídica. *Norma general técnica N°2 que regula la constitución, atribuciones y funcionamiento de los comités de ética médica de los Servicios de Salud*. DPI técnica N°10. 11 febrero 1994.
12. Boëusseu MC. *Encuesta sobre el funcionamiento de Comités Hospitalarios de Etica del sector público*. Documento Preliminar. Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas. Julio 1999.
13. Smith SE, Pyrch T, Lizardi AO. Participatory action - research for health. *World Health Forum* 1993; 14: 319-24.  
[ [Medline](#) ]
14. Fryer D, Feather NT. Intervention techniques. En: Cassell C, Symon G. Ed. *Qualitative Methods in Organizational Research*. Sage 1997.
15. Rosevallon P. *La nouvelle question sociale. Repenser l'état*. Providence. Seuil, 1995.
16. Donzelot J. L'avenir du social. *Esprit*, mars 1996: 58-81.
17. Rodwin M. *Medicine, Money and Moral: physician's conflicts of interest*. Oxford University Press. 1993 Oxford.
18. Haavi M. *Balancing Act: the new medical ethics of medicine's new economics*. Georgetown

University Press. 1995 Washington.

19. Arango P. Consideraciones sobre las implicaciones de la bioética en la institución universitaria. *Cuadernos de Bioética*; 1999; X(37): 1-9.