

# BIOÉTICA Y JUSTICIA SANITARIA:

**Eficiencia vs Equidad: ¿un dilema insoluble?  
¿es posible mantener un equilibrio entre la equidad y la eficiencia que permita la práctica de la justicia en el acceso y la distribución de los servicios de salud, en el actual modelo de seguridad social colombiano?**

*“La ética es una estética de la existencia que defiende y promueve relaciones de autonomía, responsabilidad y libertad y a la vez de autorregulación de sentimientos, deseos y placeres propios”*  
Michel Foucault

**Dr. José Humberto Duque Z**  
**Medellín 10 de noviembre de 2001**

## INTRODUCCIÓN

En el dilema planteado en el título de este trabajo, la primera contradicción que salta a la vista es la crisis de confianza, componente sustancial de la relación médico-paciente, contradicción considerada por los bioeticistas como la más grave en el actual sistema de seguridad social en salud de Colombia. Confianza que en el modelo hipocrático impone en el médico la obligación fundamental de lealtad al paciente y no a otros, aunque los otros tengan un legítimo interés en los recursos que se invierten en el paciente.

En el modelo de aseguramiento hoy vigente, ha entrado en crisis la confianza como el valor más genuino que asegura y posibilita la intimidad del encuentro médico-paciente, poniéndose en entredicho la eficacia y la adhesión misma de los tratamientos frente al acoso, por otra parte, de una medicina a la defensiva. Todo esto ocurre porque la diada eficiencia/equidad en la asignación de los recursos escasos cuestiona las posibilidades de la autonomía médica, generándose así un dilema álgido, difícil de plantear y más difícil aún de resolver particularmente si se tiene en cuenta que la salud ha dejado de ser una cuestión privada para convertirse en un problema público y por tanto político. La resolución de este conflicto de una manera éticamente correcta supone el mayor desafío para los profesionales de la salud, las instituciones en las que ellos actúan y asimismo para el conjunto de la sociedad.

El tema de la justicia sanitaria constituye así uno de los capítulos más vivos, urgentes y polémicos en la bioética contemporánea. Para Beauchamp<sup>1</sup> justicia es la responsabilidad de las personas, estados y sociedades de dar trato igual, equitativo y apropiado a los demás, a la luz de lo que se debe a las personas o es de su pertenencia.

---

<sup>1</sup> BEAUCHAMP, Tom L. y James F Childress. *Principios de ética médica*. Editorial Masson, Barcelona, 1998, pags: 312

Al interior de las reformas a los servicios de salud impulsadas desde 1970 se encuentran los siguientes presupuestos, formulados desde una racionalidad de corte utilitarista, como se explicará en detalle más adelante:

1. La racionalidad económica es indispensable en la racionalidad ética. En consecuencia, el gasto sanitario debe efectuarse según las leyes de la racionalidad económica, todo lo demás se considera despilfarro, inequidad y atraso
2. Cuando decreció el PIB en los países desarrollados, simultáneamente se detectó la dificultad para contener los crecientes gastos en salud y se acusa a los médicos de gestión irracional de los recursos sanitarios. Se descubrió pues que los gastos en salud crecen para entonces más rápidamente que la riqueza total de un país.
3. En consecuencia salta la pregunta ineludible: ¿todo gasto en salud está éticamente justificado y puede por ende ser exigible en justicia? ¿El derecho a la salud y a la asistencia sanitaria han de ser cubiertos en toda su inagotable extensión o hay límites de exigencia, transpasados los cuales ya nada puede exigirse en justicia? ¿cuáles son esos límites y quién y cómo pueden determinarlos? ¿qué responsabilidad nueva le toca en todo esto al médico?

Tom L. Beauchamp resume estos conflictos mediante un listado de contradicciones que considera expresan las dificultades para compatibilizar equidad y eficiencia:

“Buscamos proporcionar la mejor atención sanitaria para todos los ciudadanos, mientras que promovemos el interés público a través de programas de contención de costo. Promovemos el ideal del acceso igual a la asistencia sanitaria para todo el mundo, incluyendo el cuidado para los indigentes, mientras que mantenemos un ambiente competitivo de libre mercado. Estas metas deseables de asistencia superior, igualdad de acceso, libertad de elección y eficiencia social son difícilmente compatibles en un sistema social. Las diferentes concepciones de la sociedad subyacen a ellas y una meta probablemente dificulta la otra. No obstante, varias teorías de la justicia intentan o bien lograr un equilibrio entre las metas sociales en pugna, o bien eliminar algunos objetivos sociales mientras se conservan otros”<sup>2</sup>

## **1. LOS DILEMAS**

### **1.1.. Intereses básicos en conflicto: el bien común frente al bien individual en la asignación de los recursos escasos**

Ya desde 1690 John Locke expresa que son derechos primarios el derecho a la vida, a la salud, a la libertad y a la propiedad. Pero para que estos derechos puedan convertirse en bien común es preciso efectuar un contrato o pacto

---

<sup>2</sup> BEAUCHAMP, Tom L. y James F Childress. Principios de ética biomédica. Editorial Masson, Barcelona 1998, pag: 319-320

social cuyo objetivo sea la justicia o bien común. En esta visión los servicios de salud hacen parte de la justicia pero como parte de la distribución de la riqueza. Implícitamente se encuentra en este pensador el embrión del debate contemporáneo sobre el que se precisa un pacto social: ¿qué se debe privilegiar: las necesidades individuales o las necesidades del colectivo en la prestación de los servicios de salud? Este dilema aparece en el escenario de las tres últimas décadas del siglo XX cuando se le exige al médico enfrentar el dilema de atender simultáneamente las necesidades del paciente y de la comunidad al obligársele a involucrar en sus decisiones clínicas la racionalidad económica, es el parangón entre justicia conmutativa y justicia distributiva instalado por fuerza del sistema en un mismo agente de responsabilidad: el médico.

Podría afirmarse que hasta 1970 predominó en el mundo el concepto de la salud como bien meritorio que los Estados debían proteger especialmente en los más desprotegidos y vulnerables. Ante el cambio de paradigma, Diego Gracia<sup>3</sup> manifiesta que las preguntas que se hacen a diario los políticos, los administradores, economistas, médicos y público en general, podrían expresarse de la siguiente manera:

- ¿Cuándo debe considerarse justo o injusto un servicio de salud?
- ¿Qué recursos es preciso asignarle para cumplir con el deber de justicia?
- ¿Cómo proceder cuando los recursos disponibles son menores que los teóricamente necesarios?
- ¿Cómo distribuir justamente los recursos insuficientes?
- El problema de la justicia distributiva podría, en resumen, plantearse de la siguiente forma: “Dada una sociedad en la cual se produzcan y distribuyan ciertos bienes y servicios y no existan sin embargo los suficientes para cumplir las necesidades y los deseos de todos, ¿sobre qué base o en virtud de qué principios se producirán y distribuirán con justicia esos bienes y servicios?”<sup>4</sup>

Quedan otras preguntas en este mismo asunto que no se alcanzarán a debatir en esta exposición. Bien conocido se tiene por la opinión pública ilustrada el alcance y avance del fenómeno de la corrupción estatal que en el financiamiento del sector de la salud se expresa o bien como elusión, como evasión, como insuficiencia de controles y como contrataciones plagadas de favoritismos. Por eso el problema no es que gastemos mucho o poco en salud sino que existe un problema estructural de poder que impide que los recursos se gasten adecuadamente contribuyendo a una equitativa redistribución del ingreso, tal como lo expresa Ramón Abel Castaño Y, cuando además afirma que: “Se podría argumentar que si los recursos destinados a la salud se libran de la ineficiencia propia del sector público o de la corrupción rampante en ciertas economías, tal vez no habría necesidad de racionalizar puesto que

---

<sup>3</sup> GRACIA, Diego. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Editorial El Buho, Bogotá, 1ª edición, 1998, pag: 151

<sup>4</sup> NORMAN Bowen- *Justicia distributiva*, PROLAM, S.R.L. Buenos Aires, Argentina, 1972

se salvarían importantes sumas de dinero que se dedicarían a la atención en salud”.<sup>5</sup>

## **1.2. Conflicto de intereses: interés secundario sobre interés primario en el prestador. El managed care como respuesta a este conflicto.**

Este conflicto ocurre cuando el médico se beneficia económicamente por las decisiones que toma a favor del paciente, sin asumir el riesgo financiero y sin preocuparse por lo que pase con este asunto. Este fenómeno ha sido duramente cuestionado por economistas y planificadores quienes como alternativa han propuesto el modelo de la medicina gerenciada, también conocida como *managed care*.

En Cátedra Abierta de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, el Dr. Eduardo Cano Gaviria expresa que la medicina gerenciada o gestionada surge en las décadas de los años 60 y 70 impulsada por los abusos del modelo médico tecnocrático y deshumanizado inspirado en los avances bio-moleculares que a su vez condujo a abusos de alto costo tales como: “alto porcentaje de cirugías innecesarias, alta concentración de exámenes, procedimientos y contratos innecesarios, todo lo cual llevó a un incremento acelerado de la medicalización, al deterioro de la calidad de la atención, a un alto porcentaje de iatrogenia y de muertes innecesarias y produjo costos altísimos en la atención médica”<sup>6</sup>

Como resultado del anterior fenómeno se impone el modelo de medicina gerenciada en la cual se establece un desplazamiento a los proveedores de la atención, del poder y del riesgo financiero “con el pago por capitación, y la integración de la relación institución-paciente y médico-paciente en un contexto burocrático, monetarizado y comercializado”<sup>7</sup>. En estas condiciones, señala también el Dr. Cano, “el personal de salud debe asumir una doble función: frente al paciente (fiduciario de los intereses del paciente) y frente a la organización a la cual debe responder por la rentabilidad económica”<sup>8</sup>

Por otra parte, en el modelo de aseguramiento predominante en Colombia, se aprecia que “en un contexto de costos crecientes de las salud y en presencia de aseguradores, es necesario establecer controles al gasto médico que inevitablemente generan conflictos con el modelo tradicional de práctica clínica, basado en la ética hipocrática”<sup>9</sup>, al entrar en contradicción las formas de pago y de contratación como reguladores de la asignación de recursos con la equidad en la distribución de los mismos.

---

<sup>5</sup> CASTAÑO Yepes, Ramón Abel. *Medicina, ética y reformas a la salud: hacia un nuevo contrato social con la profesión médica*. Ediciones Ecoe, Bogotá 2000, pag 135

<sup>6</sup> CANO Gaviria, Eduardo. *¿Qué es la atención médica administrada o Managed Care?* En: Boletín de Catedra Abierta de los Servicios de Salud. Facultad de Medicina Universidad de Antioquia, Abril de 2001, No 21, pag 7

<sup>7</sup> Idem, pag 7

<sup>8</sup> Idem, pag 9

<sup>9</sup> CASTAÑO, Yepes Ramón Abel. *Medicina, Ética y reformas a la salud: hacia un nuevo contrato social con la profesión médica*. Ecoe ediciones, Bogotá, 2000, pag: 152

Por otra parte, Edmund Pellegrino al referirse a los problemas éticos que plantea el modelo de medicina gestionada “*managed care*”, que es el modelo subyacente en el sistema de seguridad social colombiano, expresa que el médico se convierte en un guardián “*gatekeeper*”, controlado y controlador del costo que decide desde el comienzo quien entra, quien accede o no a ciertos tratamientos, qué tratamientos pueden ser efectivos y cómo controlar los costos para el asegurador a quien también ahora el médico debe lealtad. Estas circunstancias colocan al médico en un conflicto moral en relación con su primordial lealtad que es para con el paciente y la atención completa de sus necesidades. Es lo que Pellegrino denomina conflicto moral de lealtades contrapuestas.

Charlesworth al referirse a este mismo asunto del papel del médico general como controlador en un juego de antagonismos morales, expresa que: “Sin duda el médico debe operar dentro de ciertas restricciones económicas o de cualquier otra índole, pero como médico no es asunto suyo actuar como un guardián y controlar el acceso a los recursos sanitarios; existe una confusión en los propósitos y funciones de los profesionales médicos si tienen que trabajar por el bien del paciente que tiene delante, comprometiéndose con la primacía de las necesidades del paciente, a la vez que se exige que actúen como expertos en la contención de costos por parte del sistema sanitario y de la comunidad”<sup>10</sup>

Por otra parte los economistas sostienen que si no se fijan límites y prioridades a la prestación de los servicios de salud puede caerse en un barril sin fondo porque las necesidades siempre serán ilimitadas y los recursos finitos. Particularmente compleja se hace esta perspectiva si se considera que pueden afectarse los recursos que son para otros. Esta situación obliga a plantear la necesidad de una justa distribución de los recursos, para lo cual se requiere de un arreglo racional que establezca prioridades imparciales entre las necesidades que compiten por los recursos escasos.

## **2. ENFOQUES DE JUSTICIA EN SALUD**

En la historia de la cultura y de las ideas políticas se puede desentrañar un cierto orden de racionalidades o ideas fuerza que definen las decisiones sobre el gobierno y la organización de los servicios de salud y la manera de su distribución y entrega entre los asociados a dicha organización social. Esas mismas racionalidades son a su vez expresión filosófica de comportamientos económicos que determinan las relaciones de poder al interior de una sociedad.

Para el tema, objeto del presente estudio, se pueden indentificar cuatro concepciones que sobre la justicia inciden en la configuración y gobierno de los

---

<sup>10</sup> CHARLESWORTH, Max. La bioética en una sociedad liberal. Cambridge University Press, 1996, paG: 148-149

servicios de salud actualmente existentes en las diversas regiones y culturas, a saber:

- 2.1. Concepciones libertarianas o liberales que expresan que la escogencia y distribución justa de los cuidados médicos y de salud solo es posible de lograrse a través de relaciones libres de mercado y a través de beneficencia para los más pobres.
- 2.2. Concepciones utilitaristas que expresan que el énfasis en la distribución de los escasos recursos para la salud debe hacerse sobre la maximización de utilidades. Para esta concepción solo es ético aquello que produzca mayores beneficios a menores costos. Bajo esta perspectiva tienen plena justificación ética los programas de prevención y de salud pública en general, pero no así la atención a los más enfermos y vulnerables que generan alto costo y cuya atención no generaría máximos beneficios a la persona y a la sociedad.
- 2.3. Concepciones contractualistas, proponen la justicia como equidad en la cual las partes contratantes de un proceso social, político, económico o cultural, lleguen a la definición de lo justo en donde todos ponen y todos ganan. (Rawls, Habermans) En este contexto también el Estado cumple un papel minimalista como en la racionalidad liberal ya que disminuye sus aportes y se limita a unas pocas acciones reguladoras y de control.
- 2.4. Concepciones igualitaristas que preconizan igualdad para todos según la necesidad, es decir a cada uno debe dársele según su necesidad y exigírsele según su capacidad. Para esta concepción la justicia distributiva no es adecuada si no da a cada uno según sus necesidades: solo así pueden coincidir la justicia con la igualdad.

El modelo de seguridad social colombiano es una curiosa simbiosis que mezcla en su formulación conceptos del viejo estado de bienestar bismarquiano (estado social de derecho) con el liberalismo económico de corte utilitarista (costo-beneficio) en su implementación. De allí gran parte de sus contradicciones fundamentales que en la práctica entraban el acceso y la equidad, el universalismo y la solidaridad, la eficiencia y la eficacia.

Se debe recordar que los modelos bismarquianos de estado de bienestar entraron en crisis en la década de 1970 cuando el mundo capitalista y la cultura occidental presintieron con la crisis del petróleo la escasez de recursos que preconizaban “Los límites del crecimiento” como una posibilidad real y cierta: agotamiento de aguas, de recursos energéticos no renovables, daños ecológicos, que dan nueva relevancia a los postulados maltusianos. En este contexto se empezó a poner en tela de juicio la necesidad y la racionalidad de todas las políticas de bienestar: “¿era la asistencia sanitaria, como se había pretendido durante decenios, un derecho exigible en virtud del principio de justicia?” La polémica se desató inicialmente en los Estados Unidos de Norteamérica, país que nunca había aceptado la necesidad, en virtud del principio de justicia distributiva, de los llamados sistemas nacionales de salud. Así las cosas, John Rawls publica en 1971 “Teoría de la Justicia” donde define a ésta como equidad en la distribución de bienes sociales básicos primarios:

- libertades básicas
- igualdad de oportunidades
- derechos y prerrogativas
- ingresos y riquezas
- condiciones sociales para el respeto a sí mismo y la dignidad

Norman Daniels ha intentado aplicar la teoría de Rawls a la sanidad: “El derecho a la asistencia sanitaria sería un bien primario subsidiario del principio de igualdad de oportunidades propuesto por Rawls, pero: ¿qué son las necesidades de asistencia médica? ¿cuál es su alcance, sus límites? ¿cuáles son los mínimos primarios que corresponden a la justicia distributiva que debe garantizar el Estado?”

Diego Gracia señala que desde la década de los años setenta del siglo XX, ha primado la visión utilitarista para asignar la distribución de los recursos escasos, lo cual se fundamenta en la concepción de justicia del utilitarismo que en expresión de Jeremías Bentham se rige por el principio: “La mayor felicidad del mayor número es la medida de lo justo y de lo injusto, no puede haber otro criterio de justicia distributiva más que éste”. De aquí se desprende que a la asistencia médica se le exija lograr el máximo beneficio con el mínimo costo, es decir optimar la utilidad. Del enfoque utilitarista surgen los siguientes planteamientos:

- La racionalidad económica es indispensable para la racionalidad ética
- Cuando decreció el PIB pudo verse que los gastos sanitarios eran muy difíciles sino imposibles de contener, los gastos de salud crecen más a prisa que la riqueza nacional. Se acusa a médicos de gestión irracional de los recursos.
- El gasto sanitario debe efectuarse según las leyes de la racionalidad económica. Todo lo demás es despilfarro y caos.
- Preguntas: ¿todo gasto en salud está éticamente justificado y es exigible en justicia? ¿El derecho a la salud y a la asistencia sanitaria han de ser cubiertos en toda su inagotable extensión o definitivamente hay límites de exigencia, transpasados los cuales ya nada puede exigirse en justicia? ¿cuáles son esos límites y quién en la sociedad puede determinarlos y con qué criterios?

El difícil acceso a la tecnología reproductiva, a el cuidado intensivo de los recién nacidos, al trasplante renal y al tratamiento del VIH/SIDA, entre otros, ponen de presente las contradicciones del enfoque utilitarista frente a la equidad como valor social.

### **3. ALTERNATIVAS PARA DEFINIR UNA DISTRIBUCIÓN JUSTA DE LOS RECURSOS ESCASOS**

La tríada de falta de recursos suficientes, la presencia de nuevas tecnologías y los costos crecientes en la prestación de los servicios de salud, ha sido un

fenómeno universal frente al cual se han realizado intentos de ordenar los servicios de salud para asegurar la provisión de aquellos realmente más indispensables, a este conjunto de esfuerzos se ha denominado PRIORIZACIÓN, estrategia propuesta como panacea para resolver las contradicciones existentes entre eficiencia y equidad en la prestación de los servicios de salud.

El problema ha radicado entonces en el cómo hacer de la priorización un acto justo en el que se concilie la equidad con la eficiencia en el uso de los escasos recursos. Varias alternativas se han presentado en la última década, en diferentes contextos de países desarrollados a saber:

1. *Catholic Health Association* (CHA) de los Estados Unidos de Norteamérica
2. Harvard Pilgrim Health Care Inc. de Boston
3. Estado de Oregón en USA
4. Experiencia de Suecia
5. Somerset de Inglaterra
6. Osteba en el país vasco de España

A continuación se presentan los aspectos más relevantes de estas propuestas tendientes a lograr la conciliación entre equidad y eficiencia:

**1. La *Catholic Health Association* (CHA) de los Estados Unidos de Norteamérica** en un documento titulado ***Justicia para todos***, acepta la necesidad de una ética de racionamiento de los recursos de salud proponiendo un equilibrio entre principios y consecuencias que conduzcan a “encaminar y dar forma a estrategias éticamente justificables en la distribución de recursos sanitarios limitados, en el ámbito de una población, estado o nación”, para lo cual proponen los siguientes criterios:

1. La necesidad del racionamiento de los recursos sanitarios ha de ser demostrable
2. El racionamiento ha de estar orientado al bien común
3. Un nivel básico de prestación sanitaria debe estar a disposición de todos
4. El racionamiento debe ser para todos
5. El racionamiento debe ser el resultado de un proceso abierto y en el que participen todos
6. La prestación sanitaria de las personas con desventajas, tiene una prioridad ética
7. El racionamiento debe estar libre de toda discriminación injusta
8. Los efectos sociales y económicos del racionamiento de prestación sanitaria deben estar sujetos a control<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> CALDERÓN Legarda, Germán. *La salud como derecho y la posibilidad de una ética de la distribución de los recursos sanitarios*. En: Ministerio de Salud de Colombia, Seminario Internacional Ética y Reforma a la salud. 1ª edición 1999, pags 17-18

**2. En el Harvard Pilgrim Health Care, Inc, de Boston en los Estados Unidos de Norteamérica,** se ha establecido que ante el dilema eficiencia equidad, lo fundamental es preservar la confianza del paciente con el médico y de todos con el sistema del aseguramiento. Para lograrlo han propuesto los Comités de Ética Institucional y el Programa de Ética Institucional. En el Harvard Pilgrim se observó que bajo el modelo de la medicina gestionada, la obligación fiduciaria de los médicos se encuentra en conflicto con la obligación de proteger las necesidades imperiosas de la población. Se entiende por obligación fiduciaria la relación de confianza fundamental del médico con su paciente.

El propósito del Programa Ético Institucional en Harvard Pilgrim se ha definido así: “Apoyar, aumentar y mejorar la relación de confianza entre el médico y el paciente”, para lo cual se fortalece la capacidad institucional de actuación del hospital como líder ético en el ámbito completo de sus actividades clínicas y administrativas.

Sobre los logros de esta iniciativa, Carlos Neu, miembro del Grupo Ético Consultivo del Harvard Pilgrim, expresa que: “Para mí es muy claro que uno puede seguir siendo un médico que atiende a sus pacientes con la misma obligación fiduciaria de ayer. Sin embargo, el médico y todos los clínicos de hoy y del futuro, tienen que entender que con recursos limitados hay que practicar una medicina que sea efectiva en función de sus costos. El cambio tan drástico en el campo de los servicios de salud ha contribuido a la pérdida de la confianza.”<sup>12</sup>

Tres son los principios fundamentales del Programa de Ética Institucional que desde 1996 implementa el Harvard Pilgrim en concordancia con su propósito:

1. “Nos comprometemos a definir criterios claros y exhaustivos para el ejercicio de la medicina de la más alta calidad para bien de nuestros pacientes
2. Nos comprometemos a examinar el impacto del modelo de nuestra práctica médica tanto individual como colectiva, con el fin de mejorar la calidad de los servicios médicos y la experiencia que los pacientes tienen con nosotros. También encontraremos un equilibrio entre la atención al individuo y la atención de la población, dentro de un marco de recursos finitos, con el fin de manejar en forma constructiva la tensión creada por la necesidad de integrar los intereses fiduciarios con los intereses del bienestar colectivo
3. Nos comprometemos a comunicarnos en forma clara y franca con nuestros pacientes, sobre temas tales como la relación entre los recursos médicos y nuestras decisiones con respecto a la atención médica; explicaremos nuestras decisiones y los invitaremos y educaremos para que participen como socios de este proceso.”<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> NEU Carlos. El médico frente al nuevo modelo de financiación de la salud. En: Ministerio de Salud de Colombia. Seminario Internacional Ética y Reforma a la Salud. 1ª edición, 1999, pag: 51

<sup>13</sup> NEU Carlos y Raiola Lisa. *Understanding the Ethical Principles of the Practice: A proposal from the QEC/CDC for the Health Centres División.* Documento sin publicar, 1996.

**3. La experiencia de Oregon en Estados Unidos de Norteamérica, (1989-1992)**, fundamentó la priorización de servicios vitales a través de una consulta a la comunidad la cual se llevó a cabo en 1987 y se realizó teniendo como criterio el costo-efectividad mediante un apareamiento de afecciones y tratamientos los cuales se sometieron a juicio de expertos representativos de la comunidad y a conceptos de calidad de vida definidos a través de encuestas a la misma comunidad.

La consulta a la comunidad se inició cuando se les pidió a los ciudadanos que decidiesen si querían que se extendieran los servicios básicos primarios a 3000 personas con incapacidades, frente a la continuación de un programa de transplante de órganos. La comunidad decidió entonces suspender el programa de transplante y garantizarle la atención a los 3000 discapacitados.

La experiencia de Oregon sugiere que sea la consulta a la comunidad la que determine la priorización que debe existir en los gastos en salud, teniendo como referente el análisis de coste-efectividad y calidad de vida. A este modelo se le cuestiona la legitimidad de su concepto de comunidad y de la validez y representatividad de la consulta a través de expertos y de encuestas ya que se considera que estos mecanismos son insuficientes y muy limitados para concretar los deseos y percepciones de "la comunidad", la cual en este tipo de estudios suele considerarse como algo vago y deletéreo.

Para determinar la efectividad se definieron tipo y cantidad de servicios necesarios para cada enfermedad mediante panel de expertos representativos de la comunidad, y para definir la calidad se realizaron entrevistas igualmente representativas de todos los estamentos comunitarios mediante una escala de evaluación de calidad de vida, denominada *Quality of Well Being Scale*, la cual está compuesta por tres dimensiones relacionadas con el funcionamiento de la persona a saber: movilidad, actividad física, actividad social, además de 23 síntomas. Se busca así definir como prioritarios aquellos tratamientos que produzcan máxima cantidad de salud por el menor coste.

Mediante la escala de calidad de vida se pretendía a la vez medir el valor que la sociedad de Oregon otorgaba a la prevención de la muerte, a los modos de incapacidad funcional, al alivio del dolor, a la depresión, a los defectos visuales y a otras 17 categorías de servicios sanitarios clasificadas así: condiciones fatales agudas en las que el tratamiento evita la muerte (apendicectomía por ejemplo), cuidados a la maternidad, cuidados preventivos de los niños (inmunizaciones), condiciones fatales graves donde el tratamiento evita la muerte sin una recuperación total (accidente cerebro-vascular), y condiciones crónicas fatales en las que el tratamiento alarga el periodo de vida y hasta cierto punto mejora la calidad de la misma (diabetes).

#### **4. La experiencia de Suecia 1993**

Suecia, en cambio, optó por definir criterios y principios éticos como guía para el proceso de priorización en la asignación de los recursos para la salud, tales criterios fueron formulados así:

- Dignidad humana: la cual exige se reconozcan los mismos derechos para todos
- Necesidad y solidaridad: los recursos se deben dirigir primero allí donde hay más necesidad y a grupos humanos que no pueden ejercer sus derechos, tales como ancianos, dementes, niños, discapacitados.
- Costo-efectividad: obligación moral de buscar relación razonable entre costo-efectividad. La efectividad se mide en términos de mejora en salud y/o en calidad de vida.

Los suecos definen pautas para aplicar los anteriores criterios, así:

- Una necesidad mayor tiene preferencia sobre una necesidad menor
- Necesidades de calidad de vida tienen tanta importancia como las necesidades de salud
- La idea de prioridad mayor se refiere a cualquier aspecto del tratamiento, del diagnóstico, del cuidado de la enfermedad, de la prevención y aún del autocuidado
- Los niños y los discapacitados tienen la prioridad mayor
- Tratamientos o intervenciones que no aporten ningún beneficio deben ser proscritas

Como resultado de estos planteamientos se estableció un orden de prioridad con cinco grupos dentro de los cuales el primero y el más importante está constituido por "El cuidado de enfermedades agudas que ponen en peligro la vida, y que si no se tratan conducirán a la incapacidad permanente o a la muerte prematura, el tratamiento de enfermedades crónicas graves, los cuidados paliativos de pacientes terminales, el cuidado de personas con una autonomía restringida"<sup>14</sup>

## **5. La experiencia de Somerset (Inglaterra 1993)**

La priorización pensada y realizada en Somerset se basó en la incorporación de la opinión de la población y sus valores en el proceso de toma de decisiones sobre la asignación de recursos para la salud.

El método elegido para consultar al público consiste en la utilización de 8 grupos focales que se reúnen tres veces al año, en la composición de estos grupos se pretende integrar alta y significativa representación de la comunidad afectada.

Los temas discutidos se basan en casos reales de interés particular por ejemplo la prioridad de los ancianos en las listas de espera, la menor prioridad

---

<sup>14</sup> CASADO, María. Materiales de Bioética y Derecho. Cedecs editorial, Barcelona, 1996, pag: 183

de los fumadores para un segundo by-pass coronario, el no reconocimiento a lesiones osteomusculares de deportes de alto riesgo.

## **6. La experiencia del País Vasco (Osteba)**

En España se promulgó el proyecto del Real Decreto sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias aprobado por el Consejo de Ministros el 20 de enero de 1995. A pesar de que algunos consideran que éste fue un intento fallido de priorización, vale la pena mencionarlo y discutirlo porque presenta otros enfoques de interés.

Se establecieron en dicho decreto cinco categorías de prestaciones sanitarias:

- Asistencia primaria
- Asistencia especializada
- Prestaciones farmacéuticas
- Prestaciones complementarias
- Servicios de información y documentación sanitaria.

A su vez se definieron dos principios para excluir servicios del paquete básico de beneficios que se ofrece a toda la población:

- Cuando no existe suficiente evidencia científica sobre la seguridad de determinado procedimiento, éste no se incluye en los planes de beneficios
- Cuando no esté suficientemente comprobada la contribución de real eficacia en la prevención, tratamiento, curación de enfermedad, conservación o mejora de esperanza de vida, autovalimiento o disminución del dolor y el sufrimiento.

Además se excluyen tratamientos exorbitantes como cambio de sexo, psicoanálisis, mejoras cosméticas.

En ese mismo decreto de 1995 se crearon las Agencias de Evaluación Tecnológica para determinar la seguridad, eficacia, coste de una tecnología médica y compararla con alternativas existentes antes de incorporar dicha tecnología en el plan de beneficios. De estas agencias las más activas en España son la de Osteba (país Vasco), la de Barcelona y la del Instituto de Salud Carlos III de Madrid.

Mención especial merece el modelo de priorización de Osteba propuesto por el Dpto de Sanidad del Gobierno Vasco. En esta agencia de evaluación tecnológica se tienen formulados siete criterios que se ponderan de 1 a 5 para cada tecnología sanitaria por un grupo de expertos que trabaja con técnicas de consenso.

- Prevalencia de la enfermedad
- Coste de su tratamiento
- Variación en las tasas de uso

- Carga de la enfermedad para el paciente
- Potencial de los resultados para cambiar el estado de salud
- Potencial de los resultados para cambiar los costos
- Potencial de los resultados para cambiar aspectos éticos, legales, sociales.

El criterio considerado más importante fue la variación de las tasas de uso y el menos valorado, los costos. De conformidad con estos criterios surgieron 12 grupos de prioridad dentro de los cuales el primero es la atención sanitaria al enfermo terminal y el segundo la utilización de antibióticos en la atención primaria.<sup>15</sup>

Finalmente, tal como lo afirma Beauchamp: “para determinar las prioridades entre las necesidades médicas, los políticos deberían examinar varias enfermedades en términos de factores tales como su contagiosidad, frecuencia, coste, dolor y sufrimiento asociados, e impacto en la longevidad y en la calidad de vida. Podría estar justificado, por ejemplo, concentrarse menos en enfermedades eminentemente mortales, como algunas formas de cáncer, y más en enfermedades generales discapacitantes, como la artritis.”<sup>16</sup>

#### 4. PROPUESTAS

Como se expresaba al comienzo, las reformas a los servicios de salud, motivadas por la necesidad de controlar sus costos exponencialmente crecientes ante los avances de la tecnología y las infinitas necesidades de las comunidades, han planteado el dilema eficiencia equidad y puesto en entredicho la confianza primordial que debe existir al interior de la relación médico paciente, colocando de paso en jaque la soberanía profesional de los médicos ya que en esa misma relación se hace propicio el acceso de los pacientes a los beneficios de la tecno-ciencia, circunstancia que le endilga al médico su papel de inductor del gasto. Nadie desconoce hoy el papel del médico como intermediario a través del cual se tramita el acceso o el no acceso a los recursos de la atención en salud. Pellegrino acota que “son varias las maneras de ejercer el papel de ahorrador del gasto: unas son moralmente obligatorias, otras son moralmente dudosas y, otras, moralmente objetables”.<sup>17</sup>

El reto ahora es diseñar alternativas que posibiliten, como lo expresa Ramón Abel Castaño, un nuevo contrato social con la profesión médica. Contrato que permita generar un equilibrio adecuado entre los intereses de las organizaciones de aseguramiento, entidades hospitalarias, la autonomía de los médicos, los derechos de los pacientes y el uso racional de los escasos recursos de atención con los que cuenta la sociedad.

<sup>15</sup> CASADO, María. Materiales de Bioética y Derecho. Cedecs editorial, Barcelona, 1996, pag 192.

<sup>16</sup> BEAUCHAMP, Tom L y James F. Childress. Principios de ética biomédica. Ediciones Masson, Barcelona 1999, pag 349

<sup>17</sup> TORRALBA I ROSELLÓ, Francesc. Filosofía de la Medicina: en torno a la obra de E.D. Pellegrino. Ediciones Fundación Mapfre Medicina, Barcelona 2001, pag 219

Un nuevo contrato social con la profesión médica que permita construir relaciones vinculantes, solidarias y basadas en la confianza recíproca, (más allá del plano declamatorio y circunstancial) habrá de fortalecer una bioética menos abstracta y más comprometida con la realidad de la gente, una bioética que reclama día tras día gozar de los privilegios que supone la “calidad de vida”, un trato más digno tanto a los pacientes como a los médicos y demás profesionales de la salud.

Un nuevo contrato social con la profesión médica que haga posible consensos amplios alrededor de los valores, principios y propósitos que orientan el sistema de seguridad social en salud, que haga posible un rediseño de mecanismos amables y diáfanos que le permitan a los diversos actores del sistema hacer explícitos sus intereses y defenderlos.

Consensos que a su vez establezcan criterios de priorización de los contenidos de los planes de atención, que definan dentro de lo posible estándares clínicos racionales de atención médica y sobre todo que incentiven la cultura del consentimiento informado.

El modelo propuesto por la *Catholic Health Association* (CHA) de los Estados Unidos de Norteamérica, por el Harvard Pilgrim Health Care Inc de Boston y los esfuerzos de priorización de Suecia, Osteba y Obregón pueden ser un camino importante para lograr el cometido de un nuevo contrato social con la profesión médica que haga posible el equilibrio entre eficiencia y equidad.

Pellegrino señala que en los nuevos modelos de actuación ética del médico no se debe omitir por ningún motivo su responsabilidad moral frente al uso racional de los recursos científicos, tecnológicos y financieros que están presentes en sus decisiones de cara al paciente. Expresa Pellegrino que: “El médico no debe tener libertad para practicar una medicina de *cheque en blanco*, pero tampoco debe ser instrumento de intereses económicos personales, de sociedades médicas o de aseguradores...el médico tiene una función de guardián de recursos a la que está moralmente obligado y por la que debe practicar una medicina racional. Ello significa que debe utilizar y ordenar las pruebas y los tratamientos de manera adecuada y prudente. No debemos olvidar que la medicina más económica sigue siendo una buena medicina. Realmente se tiene la obligación de proporcionar y ofrecer sólo aquello que tiene una buena base científica y resulta efectivo. Esta es la función moral ineludible de guardián de recursos inserta en lo que supone ser un médico hoy”<sup>18</sup>

## 5. CONCLUSIONES

De esta trabajo se desprende, tal como la afirma Beauchamp, que: “La justicia en el acceso a la atención sanitaria depende de la forma como se respeten las

---

<sup>18</sup> TORRALBA I ROSELLÓ, Francesc. Filosofía de la Medicina: en torno a la obra de E.D. Pellegrino. Ediciones Fundación Mapfre Medicina. Barcelon, 2001, pag:220

reglas de oportunidad justa, lo cual en un esquema de seguros, acarrea, a cambio, riesgos financieros<sup>19</sup> que son precisamente los que trata de controlar el negocio del aseguramiento. De la manera como se enfrenten estos riesgos financieros podrá propiciarse la aplicación de la equidad o de la inequidad en la distribución y asignación de los recursos a la atención priorizada de los diferentes planes de salud. Es aquí donde cabe la pregunta: ¿debe el Estado estar implicado en la distribución de tales recursos en lugar de dejar estos asuntos a la mano invisible del mercado? Si el Estado no interviene: ¿Cómo garantizar la protección colectiva y la oportunidad justa en la atención a las necesidades de la salud, entendida esta como bien meritorio?

En conclusión, para conciliar equidad y eficiencia se hace necesario y urgente que se diseñe y ponga en marcha un nuevo contrato social con la profesión médica bajo las siguientes consideraciones:

- 5.1. Que los consumidores de los servicios de salud cuenten con información relevante sobre:
  - Valores, principios que guían el sistema de prestación de servicios de salud
  - Propósitos que pretende el sistema
  - Contenido de los planes de salud
  - Desempeño de los prestadores de los servicios
  
- 5.2. Que la participación de médicos y usuarios en organismos superiores de decisión en la formulación de planes de salud sea cuanto antes una realidad con el fin de definir y revisar en forma permanente:
  - Los contenidos de los planes de beneficios
  - Los incentivos financieros a los médicos del primer nivel principalmente y las formas de contratación con pagos prospectivos como la capitación
  
- 5.3. Que se establezca una discusión más abierta y más investigación para definir la legitimidad y las razones que existen para tomar decisiones de razonamiento y priorización de recursos. Debe procurarse que estos mecanismos se concreten en escenarios de consenso entre usuarios, médicos, aseguradores y gobierno que preserven la confianza en la relación médico-paciente y de estos con los sistemas de prestación de servicios, a través de alternativas tendientes a balancear:
  - Intereses de las EPS
  - Autonomía médica
  - Derechos de los pacientes
  - Uso racional de los escasos recursos

---

<sup>19</sup> BEAUCHAMP, Tom L y James F. Childress. Principios de ética biomédica. Ediciones Masson, Barcelona 1999, pag 333.

5.4. Del mismo modo en ese consenso definir, revisar y ajustar los planes de beneficios, períodos de carencias, copagos y demás mecanismos de control a:

- Demanda innecesaria sobre el uso racional de los recursos por la vía de la educación
- Fomento real a estrategias de prevención
- Control de la contratación con los prestadores para que no se incentiven inequidades o subcontrataciones de intermediarios que hacen aún más insuficientes los recursos
- Estandarización de prácticas clínicas que eliminen procedimientos innecesarios, inseguros o ineficaces.

En estos dos puntos 5.3 y 5.4. pueden ayudar las experiencias hasta hoy desarrolladas, debidamente evaluadas de Oregon, Suecia, Oseba, Harvard Pilgrim Health Care Inc.

5.5. Fomentar y fortalecer la cultura del consentimiento informado para que el paciente decida según sus expectativas de vida y sus valores éticos y sociales respecto a su percepción de calidad de vida. Consentimiento Informado que a su vez afiance y consolide la confianza y detenga prácticas de medicina a la defensiva, que fortalezca la credibilidad del papel del médico como agente del paciente.

5.6. El proceso de priorización para la asignación de los recursos tiene apenas 10 años de historia, es complejo y no hay todavía un único método consensuado y aceptado universalmente para conseguirlo. Lo importante de rescatar de estas propuestas es la limitación de los costos sin perder ni la calidad, ni la equidad. A su vez este proceso de priorización debe ser abierto a los cambios sociales y tecno-científicos. No obstante queda la pregunta: ¿Cómo incorporar la priorización en la toma de decisiones al interior de la relación médico-paciente?

La ética debe jugar un papel modulador en la asignación de los limitados recursos sanitarios, y por lo tanto será cada vez más importante el desarrollo de las herramientas éticas para cumplir con ese papel. En tal sentido, el autor de este texto se identifica con el pensamiento de Edmund Pellegrino cuando expresa que: “El médico debe hacer honor a su contrato tradicional con su paciente. No puede permitir que los temas sociales más amplios socaven su actitud. El médico que responda éticamente se encontrará por lo tanto cada vez más implicado con los valores éticos sociales e individuales y movido a actuar responsablemente en los dos ámbitos...el médico consciente de hoy tiene la gran necesidad de una ética más amplia que la ética hipocrática que haga frente a su doble responsabilidad con el individuo y la comunidad”.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> PELLEGRINO, Edmund. Humanism and the Physician, Knoxville, University of Tennessee Press, 1979.

Finalmente, equidad y eficiencia en la gestión y uso de los escasos recursos en la prestación de los servicios de salud es un reflejo de la forma como una sociedad se piensa a sí misma, en tal sentido Torralba expresa que: “La manera en que una comunidad se ocupa de los pobres, de los más ancianos y de los más jóvenes, es la medida para saber a qué clase de sociedad aspira. La limitación de prestaciones es un problema hoy porque realmente no hemos sabido afrontar la cuestión de qué clase de sociedad somos, o qué clase de sociedad queremos ser”<sup>21</sup> Este debe ser realmente el punto de partida para abordar el dilema de la equidad y la eficiencia. En una sociedad sana y civilizada, la ética debe guiar a la economía, no la economía a la ética.

JOSÉ HUMBERTO DUQUE ZEA

Licenciado en Filosofía y Letras UPB

Médico Cirujano UdeA

Magíster en Administración en Salud UPJ

Especialista en Alta Gerencia con énfasis en Calidad UdeA

Profesor Asociado de Bioética, Facultad de Medicina UPB

Director General Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín

---

<sup>21</sup> TORRALBA I ROSELLÓ, Francesc. Filosofía de la medicina: en torno a la obra de E.D Pellegrino, ediciones Mapfre Medicina, Barcelona, pag 216