

Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Dr. Ambrosio Grillo
Portuondo" Santiago de Cuba

ÉTICA MÉDICA Y ECONOMÍA DE LA SALUD

Nilia Escobar Yénder,¹ Coralía Fernández Ramírez,² y Pedro Hidalgo Prado³ y Denys Luque Borja⁴

RESUMEN: Se ofrece una panorámica donde se considera la incursión de los aspectos bioéticos en la creciente complejidad y perfeccionamiento de nuevos métodos de gestión sanitaria, en correspondencia con la vertiginosa aceleración del desarrollo científico-técnico y económico del mundo actual, pues constituye actualmente un reto para todos los países, introducir una cultura de eficiencia en este sentido. En la práctica médica, a menudo los principios éticos de beneficencia, no-maleficencia, decir la verdad al paciente, autonomía y justicia entran en conflicto y resolverlos resulta fundamental para la medicina y la administración de los servicios de salud, en lo cual está además involucrada la responsabilidad social.

Descriptores DeCS: **ECONOMIA DE LA SALUD; ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD; ETICA MEDICA.**

Los principales problemas de la organización de los servicios de Salud en América Latina pueden resumirse en los siguientes puntos: limitada cobertura, insuficientes medios para cubrir las demandas sanitarias de la población en términos de accesibilidad, integralidad y calidad, así como asignación y uso inadecuados y poco equitativos de los recursos, que derivan en grandes desperdicios. Sin embargo, en las Américas se conoce del ingente esfuerzo que realiza nuestro gobierno revoluciona-

rio en este sentido, no sólo en cuanto a distribuir la salud para todos, sino en maximizar su aspecto cualitativo, tanto dentro, como fuera del país.^{1,2}

El papel de la economía de la salud no es gastar menos en ello, sino gastar mejor, es decir, obtener los mayores beneficios sociales con menores costos.

La economía de la salud, como ciencia, trata de ofrecer el mayor grado de bienestar posible a partir de los recursos disponibles y éste es un objetivo ético, por cuanto se infie-

¹ Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesora Auxiliar del ISCM-SC. Vicedirectora Facultativa y Jefa del Departamento de Epidemiología Clínica del Hospital Provincial «Dr. Ambrosio Grillo»

² Estomatóloga. Especialista de I Grado en Administración de Salud. Profesora Asistente de Estomatología Infantil. Jefa del Departamento Provincial de Estomatología de Santiago de Cuba.

³ Licenciado en Economía. Vicedirector Económico del Sectorial Provincial de Salud de Santiago de Cuba.

⁴ Licenciada en Economía. Especialista de Costo del Departamento de Contabilidad del Sectorial Provincial de Salud de Santiago de Cuba.

re que es ético ser eficiente. Los profesionales de la salud desempeñan un relevante y doble papel: ser guardianes del uso de los recursos de nuestro sector y, por otro lado, lograr que los pacientes reciban una atención integral y calificada.^{3,4}

El médico debe saber utilizar con rigor la tecnología, tener buen juicio y decidir apropiadamente, porque así lo exige su posición moral, su ética profesional. Cuanto más sólidos y profundos sean sus conocimientos de la rama médica que ejerce y mayor su destreza para ponerla en función, más fácil le será actuar competentemente sobre bases más firmes.

Hablar de tecnología en cualquier actividad humana representa, en términos generales, hablar de evolución, progreso, transformación positiva, superación; y el propósito ha de ser que ésta se aplique con precisión, oportunidad y eficiencia a toda persona, grupo humano o población que lo necesite y para lo cual constituya, consecuentemente, un beneficio.

Podemos aceptar que se hace un conveniente empleo de la tecnología cuando en la prevención primaria, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de uno o más pacientes se usan los recursos en forma racional, oportuna y por el tiempo y en las condiciones requeridas, de modo que siempre tendremos que considerar la universalidad de nuestro sistema de salud, su asequibilidad y base comunitaria.

La ética, la economía y la medicina pueden ayudarnos a comprender y resolver los conflictos de interés que pudieran surgir entre médicos, pacientes y sociedad en cuanto a la aplicación de procedimientos clínicos.¹⁻⁵

La libertad clínica

Cuando un paciente acude a una institución de salud en busca de asistencia, corresponde al médico adoptar medidas que suponen un gasto sanitario, razón por la cual se impone cuestionarnos:

- ¿Es exclusivamente na determinación el médico prescribir un tratamiento?

- ¿Existe o debe existir alguna limitación en la oferta terapéutica a un paciente en función de los recursos existentes?
- ¿Es ética o no la decisión unilateral del médico para indicar un tratamiento?
- ¿Es acaso la libertad clínica en nuestro medio un derecho de los médicos o un mito?

La libertad clínica era el derecho de los médicos –al que algunos le conferían un carácter divino– para hacer cualquier cosa que en su opinión fuera lo mejor para sus pacientes; para otros representaba un mito que impedía el verdadero avance. *John Hampton*, eminente profesor de Cardiología, señaló en 1983 que la libertad clínica "había fallecido y nadie lamentaba su deceso".

También se habla del "fantasma de la libertad clínica", acerca de lo cual afirmó sir *Raymond Heffenberg*, Presidente del Royal College of Physicians: «No existe tal cosa como libertad clínica, nunca ha existido. Y en cuanto a ésa, la absoluta libertad de tomar decisiones clínicas sin tener en cuenta las preferencias o deseos del paciente, no sería apoyada». No obstante, cabe citar el comentario de un internista del Instituto Mejicano de Seguro Social, quien plantea que la propedéutica tradicional y los actuales medios auxiliares de diagnóstico son recursos complementarios, y que depender sólo de los avances tecnológicos condiciona un sentimiento de incapacidad cuando no se puede disponer de esos recursos, y favorece la pérdida de una disciplina intelectual, una destreza psicomotora eficiente, una habilidad, una oportunidad de conducta humana médico-enfermo, una escuela de pensamiento, una capacidad específicamente médica y finalmente, el respeto por una profesión que es la que justamente da sentido a toda la tecnología auxiliar del diagnóstico.

"¿Qué pensar entonces en relación con el alegado conflicto entre economía de la

salud y libertad clínica?

Hace tiempo que los profesionales de la salud han comenzado a preocuparse por los recursos y los costos de resultados de salud o satisfacción del paciente; y en la medida en que los recursos sean optimizados devotamente para servir a los intereses de los pacientes, los médicos encontrarán que es maximizada su propia libertad clínica".

Por tanto, ¿podría inferirse que la economía de la salud realmente impide la libertad médica?, o mejor aún: "¿Que la economía de la salud no es el final de la libertad clínica, pero la demanda de mayor responsabilidad en el uso de los recursos es una más amplia y quizás más adecuada, limitación de su campo de acción?"^{4,6,7}

Salud, justicia y bioética

Cuando se habla de libertad, verdad o amor, la gente entiende el significado de estos términos por sentido común; sin embargo, no ocurre igual con el de justicia, pues incluso en la época de *Aristóteles* sugería más una idea de ambigüedad que de claridad.

Algunas veces se refiere a la totalidad de la vida moral (al hombre justo), pero otras se interpreta de forma más limitada como sinónimo de lo que es lícito. En el marco de la atención a la salud, la justicia consiste generalmente en lo que los filósofos denominan "justicia distributiva" (distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad).^{4,8-10}

Justicia es el nombre de la nueva filosofía de la salud que propone la bioética. La bioética constituye el resultado de la sociedad del bienestar posindustrial y la expansión de los "derechos humanos de la tercera generación" (hacia la paz, el desa-

rrollo, el medioambiente, el respeto al patrimonio común de la humanidad), que marcan la transición del estado de derecho al de justicia.

La bioética estudia, en forma interdisciplinaria, los problemas creados a tenor del proceso científico-técnico en los campos médico y biológico, tanto a nivel microsociedad como macrosociedad y su repercusión en la sociedad y sus sistemas sociales.

Los principios éticos en la práctica (beneficencia, no-maleficencia, autonomía, decir la verdad al paciente y justicia) pueden resumirse en 3: beneficencia, autonomía y justicia. Según la beneficencia (que incluye los 2 primeros), los beneficios derivados de la aplicación de una tecnología o procedimiento deben ser superiores a sus riesgos, ya que así no habrá conflicto en términos éticos. Aquí decide el médico, que es quien conoce el balance entre riesgo y beneficio.

El principio de autonomía (abarca ésta y el de decir la verdad al paciente) indica que hay que respetar la decisión del enfermo en cuanto a cantidad y tipo de tratamiento aplicado. Aquí, aunque en teoría el que decide es el paciente al no tener los conocimientos suficientes, en la práctica es el médico (o su influencia) quien desempeña el papel rector.

El tercer principio es el de justicia, según el cual una actuación no puede considerarse ética si no resulta equitativa, es decir, si no está disponible para todos aquellos que lo necesiten. Aquí, teóricamente, decidiría el político o el responsable de la asignación de recursos, pero en realidad lo hace el médico.

Y si ésta es una perspectiva desde la ética, con una perspectiva desde la economía nos preguntaríamos: ¿Qué es la Economía? Según *Samuelson*, "es el estudio de cómo las personas y la sociedad eligen, con el uso del dinero o sin él, emplear los escasos recursos productivos que podrían tener usos alternativos para producir bienes y dis-

tribuirlos para su consumo, ahora o en el futuro, entre personas y grupos en la sociedad. La economía analiza los costos y beneficios de alternativas para mejorar los patrones de uso de los recursos".⁹⁻¹⁴

El financiamiento de la salud es ahora el meollo de la política sanitaria, y ésta, a su vez, un aspecto muy significativo de la política en general, después de la crisis del estado "benefactor".

En lo concerniente a la calidad de vida es incluso difícil de definir. Según *Willens* (1982): "La base fundamental de la calidad de vida implica el funcionamiento continuo entre el sujeto y su entorno. Supone la evaluación de áreas tan complejas como la interacción con el medio, la sensación de bienestar, de ser capaz de realizar normalmente actividades sociales, de desarrollo personal, disfrute del ocio y provisión económica. La calidad de vida es, por tanto, un concepto multidimensional y difícilmente medible".^{4,15-17}

Ética, economía y medicina

La peculiaridad de la salud como bien social hace de su atención la piedra de toque de la justicia en términos de "mínimos morales", es decir, una política de salud que concilia la racionalización económica con la de la ética, los criterios entológicos o de equidad con el "derecho de la asistencia médica".

En definitiva, salud es la justicia que separamos administrar y, por ende, ni la ética

debe ignorar a la economía ni viceversa. Aquella sin ésta es vacía, ésta sin aquella es ciega.

Ética económica o economía moral sería la propuesta para el diálogo ya insoslayable entre la economía y la ética médica en el marco de la política sanitaria.

Las cuestiones de justicia, eficiencia y equidad en la atención de la salud no deben ser exclusivamente relevantes para el personal sanitario que trabaja en el nivel social de la macroasignación de recursos, sino también para el médico de cabecera en la microasignación de éstos, pues la realidad socioeconómica del costo de la salud no se encuentra al margen de la toma de decisiones clínicas.

No obstante, la ética y la economía no son la panacea para resolver los problemas de los sistemas de salud, pero bien entendidas pueden orientar y ayudar a clasificar el uso apropiado de los recursos, no sólo sin contradicciones mutuas, sino de forma complementaria.^{4,18-30}

Y terminamos con un fragmento de la Dra. *Josefina Toledo Benedict* en su obra "La ciencia y la técnica en José Martí", que dice:

"Sólo una formación económico-social superior, humana y equitativa es capaz de traducir los adelantos de la Ciencia y la Técnica en beneficio material y espiritual de toda la sociedad -no de una parte de ella- y de luchar consecuentemente por la paz como meta natural del hombre. Y en esa escalada de amor, las fuerzas progresistas de la humanidad otorgarán anuencia definitiva a la pregunta -afirmación de José Martí: ¿Para qué, si no para poner paz entre los hombres, han de ser los adelantos de la Ciencia?."

SUMMARY: A general view about the role of bioethical aspects in the growing complexity and perfection of new methods for the sanitary management, is presented, in correspondence with the enormous acceleration of the economic and scientific technical development of the current world, because at present, the introduction of an efficiency culture in this sense, is a challenge for all the countries. In the medical practice, very often, the etnical principles of charity, non-maleficence,

tell the truth to patients, autonomy and justice come into conflict, and the task of finding a solution for them is essential for medicine , and the health services administration where the social responsibility is involved too.

Subject headings: **HEALTH ECONOMICS; HEALTH SERVICES ADMINISTRATION; ETHICS, MEDICAL.**

Referencias bibliográficas

1. Poder Popular Provincial. Presupuesto del sector de Salud. Santiago de Cuba, 1991.
2. Torche A. La dimensión económica de la salud (Tema de interés). Bol REDEFS 1995;1(2):5-7.
3. Cortina Greus P, Zurriaga Llorens O. Economía de la salud. En: Medicina preventiva y Salud Pública. 8 ed. Barcelona: Salvat, 1988:1075-85.
4. Arredondo A, Cruz C, Hernández P. México: la formación de recursos humanos en economía de la salud. Educ Med Salud 1991;25(3):254-67.
5. Calero Rey J del. Economía y salud. En: Método epidemiológico y salud de la comunidad. Madrid: Mc Graw-Hill, 1989:389-406.
6. El estado del arte de la economía de la salud [editorial]. Bol REDEFS 1995;1(2):1-4.
7. Gutiérrez Marlote J. Implicación de los profesionales sanitarios en el control de los gastos. Nefrología 1994; 14(Suppl 1):119-33.
8. Mainetti JA. Bioética: una nueva filosofía de la salud. En: Bioética: temas y perspectivas. Washington, DC: OPS, 1990:215-7. (Publicación Científica; No. 527).
9. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. En: Bioética: temas y perspectivas. Washington, DC: OPS, 1990:187-201. (Publicación Científica; No. 527).
10. Drane JF. Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud. [comentarios]. En: Bioética: temas y perspectivas. Washington, DC: OPS, 1990:202-14. (Publicación Científica; No. 527).
11. Sánchez Caro J. Aspectos jurídicos de interés en relación con los trasplantes de órganos. Nefrología 1994;14(Suppl 1):64-9.
12. Botella J. Aspectos éticos y sociales de los trasplantes de órganos. Nefrología 1994;14(Suppl 1):61-3.
13. Lázaro P. Evaluación de las tecnologías alternativas para la insuficiencia renal crónica: eficiencia, equidad. Nefrología 1994; 14(Suppl 1):49-60.
14. Valderrábano F. El tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica en España. Nefrología 1994;14(Suppl 1):27-35.
15. Gálvez González AM, Álvarez Muñiz M. Reflexiones sobre planificación sanitaria. Rev cubana Salud Pub 1992;18(2):115-9.
16. Castellanos PL. Epidemiología y organización de los servicios. Rev Cubana Salud Pública 1992;18(2):133-42.
17. Alonso R. El paciente crónico y su entorno social. Nefrología 1994;14(Suppl 1):24-6.
18. Artells Herrero JJ. Aplicación del análisis costo-beneficio en la planificación de los servicios sanitarios. Eficiencia y equidad en la atención perinatal. En: Naturaleza económica del «bien» atención sanitaria. Barcelona: Toray-Masson, 1989:7-17 (Colección de Planificación y Gestión Sanitaria).
19. Organización Panamericana de la Salud. Principios de Economía y estimación de riesgo-beneficio. Bol of Sanit Panam 1991;111(6):556-7.
20. Grant JP. Estado mundial de la infancia, 1989. Resumen. Rev Cubana Salud Publ 1990;16(1):77-100.
21. Friedman RB, Katt JA. La relación costo-beneficio en la práctica de la medicina interna. Resumed 1993;6(1):31-6.
22. Conde JL. Aspectos económicos y organizativos del tratamiento de la insuficiencia renal crónica permanente. Nefrología 1994;14(Suppl 1):3-9.
23. Temes JL. Costo y calidad en el tratamiento de la insuficiencia renal terminal. Nefrología 1994;14(Suppl 1):10-3.
24. Nieves Cuantos J. Contabilidad: el proceso de cierre, los estados y el costo. La Habana: Editorial Ciencias Sociales, 1986:258-9.
25. Economía para el análisis del sector salud (Resumen de investigación) Bol REDEFS 1995;1(2):8-9.
26. Martín Martín J. Eficiencia, instituciones y organización sanitaria. Una aproximación económica. En: Salud, mercado y estado. Buenos Aires: Asociación de Economía de la Salud (AES), 1994:65-92.

27. Dall'Aglio J. El mercado en el campo de la salud. En: Salud, mercado y estado. Buenos Aires: Asociación de Economía de la Salud (AES), 1994:7-28.
28. González García G. La relación estado-mercado. En: Salud, mercado y estado. Buenos Aires: Asociación de Economía de la Salud (AES), 1994:29-50.
29. Donavedian A, Wheeler JR, Wyszewianski L. Calidad, costo y salud: un modelo integrador. En: Investigaciones sobre Servicios de Salud: una antología. Washington DC: OPS, 1992:809-27. (Publicación Científica; No. 534).
30. Williamson JW. Evaluación del juicio clínico del médico. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington DC: OPS, 1992:374-81 (Publicación Científica; No. 534).

Recibido: 7 de noviembre de 1996. Aprobado: 10 de abril de 1998.

Dra. *Nilia Escobar Yéndez*. General Peraza No. 231 entre 4ta. y 5ta. Reparto Flores, municipio Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, Cuba.