



ARTÍCULO ESPECIAL

Enseñanza de ética en la distribución de los recursos y la protección de la salud para una atención equitativa y segura



Valle Coronado-Vázquez^{a,b} y Juan Gómez-Salgado^{b,c,*}

^a Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, Zaragoza, España

^b Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva, Huelva, España

^c Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador

Recibido el 27 de noviembre de 2017; aceptado el 1 de enero de 2018

Disponible en Internet el 12 de abril de 2018

PALABRAS CLAVE

Bioética;
Enseñanza;
Distribución de
recursos;
Ciencias de la Salud

KEYWORDS

Bioethics;
Teaching;
Health resources
allocation;
Health Sciences

Resumen Algunas de las transformaciones más relevantes sufridas por las Ciencias de la Salud en el pasado siglo han estado en relación con el entorno donde se ha practicado la asistencia. De realizarse en el ámbito privado y con un ejercicio centrado en la relación profesional-paciente, ha pasado a la práctica en equipos multidisciplinares y organizaciones complejas, con un importante desarrollo de las tecnologías sanitarias, lo que ha contribuido al encarecimiento de la atención sanitaria en un contexto donde los recursos son limitados. En esta situación los profesionales sanitarios deben dirigir sus actuaciones a preservar el bien de terceros haciendo un uso racional y justo de los recursos (principio de justicia). El objetivo de este trabajo es determinar las competencias que los estudiantes de Ciencias de la Salud deben adquirir sobre la distribución justa de los recursos sanitarios. Señalar que en los estudiantes de Ciencias de la Salud la adquisición de estas competencias debe comenzar en el pregrado, con los conocimientos sobre las formas de la distribución de los recursos y la protección de la salud para una atención sanitaria equitativa, segura y costo-efectiva.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Teaching of ethics in the allocation of resources and health protection for a fair and safe healthcare

Abstract Some of the most relevant transformations suffered by the Health Sciences in the last century have been in relation with the environment where healthcare has been practiced. It was realized in the private area, with an exercise focused on the relation professional - patient,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgsalgad@gmail.com (J. Gómez-Salgado).

and currently turned to practice in multidisciplinary teams and complex organizations, with an important development of the sanitary technologies, which in his set has contributed to the increasing of healthcare costs in a context where the resources are limited. In this situation the healthcare professionals must direct their actions to preserve the good of third parties doing a rational and fair use of the resources (principle of justice). The aim of this study is to determine the competencies that health students should acquire regarding resource allocation in a fair manner. In health science students the acquisition of these competencies must begin in the undergraduate, with knowledge on the ways of distributing resources and the protection of health for equitable, safe and cost-effective health care.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Competencias en ética de la distribución de los recursos en salud

La enseñanza de la bioética, al igual que otros saberes médicos, está orientada a la adquisición de competencias, las cuales surgen de procesos de aprendizaje que integran los conocimientos y las habilidades para llevar a cabo una tarea¹.

En la ética de la distribución de los recursos esta tarea parte de la premisa que niega la gestión como un quehacer exclusivamente gerencial, y considera que los médicos y el resto de los profesionales sanitarios son también gestores de recursos en su práctica clínica diaria. Esta forma de gestión puede ir desde la elección entre diferentes tratamientos y la decisión de realizar determinadas pruebas diagnósticas hasta la gestión del tiempo de consulta, entre otros.

La adquisición de las competencias para hacer una gestión ética de los recursos que todo profesional sanitario tiene a su alcance pasa, en primer lugar, por reconocer el derecho a la salud como parte de la justicia social, entender que la eficiencia en las organizaciones sanitarias es un instrumento para alcanzar la justicia distributiva² y practicar una medicina efectiva y de calidad (tabla 1).

El derecho a la protección de la salud y la justicia distributiva

El concepto de justicia ha ido cambiando a lo largo de la historia. En la Grecia clásica se identificó con lo «correcto» y lo «bueno»³, aunque no es posible establecer una definición unívoca del término.

Para el pensamiento liberal lo justo es aquello que puede adquirirse mediante los bienes derivados del trabajo o por la donación de terceros. De esta forma, se entiende que la atención sanitaria justa es aquella que está sujeta a las leyes del mercado. Lo justo es dar asistencia a quien puede pagarla.

En el igualitarismo la justicia se concibe como igualdad de derechos. Lo justo sería dar tratamientos iguales para las mismas necesidades. Aunque igualar estados de salud no es posible, al menos se debe tender a igualar oportunidades dando más a aquellos que parten de peores condiciones.

Para el utilitarismo la justicia se basa en la obtención del mayor beneficio para la mayoría. En salud el mayor beneficio se consigue en los más sanos y capacitados, así que los discapacitados, los afectados por enfermedades raras y otras minorías quedarían excluidos de la asistencia sanitaria.

La distribución de los bienes primarios según el criterio del *maximin* de Rawls, entre los que se encontraría la asistencia sanitaria, debe hacerse de forma imparcial aunque asumiendo cierto grado de desigualdad si con ello se mejora a los más desfavorecidos.

Modelos de financiación de los sistemas sanitarios

La salud es un derecho humano fundamental con fuertes determinantes sociales⁴. La consideración del derecho a la salud como un bien de justicia social ha dado lugar a la creación de los sistemas de salud públicos, diseñados para dar una cobertura sanitaria a toda la población.

En Europa se han desarrollado 2 modelos de prestaciones sociales con diferente financiación que han servido de base para el desarrollo de los actuales sistemas de salud. El primero fue el creado en Alemania en 1883 por Otto von Bismarck (modelo Bismarck), siendo el primer país del mundo en adoptar un programa de seguros para la vejez. En este la financiación llegaba por las aportaciones de los empresarios y los trabajadores, y en un pequeño porcentaje por impuestos.

El modelo Beveridge, desarrollado en Gran Bretaña a partir del informe elaborado por W. Beveridge en 1942, incluía un plan de seguros sociales para la cobertura de las jubilaciones y la asistencia en la enfermedad. Dio lugar a un Sistema Nacional de Salud universal, basado en el principio redistributivo, en su mayor parte gratuito, y financiado por impuestos con carácter progresivo. Es el modelo seguido por el Reino Unido y España entre otros países de la Unión Europea⁵.

Lejos de estos en sus planteamientos y con un claro corte liberal se encuentra el sistema sanitario de Estados Unidos, basado fundamentalmente en una sanidad privada con solo 2 programas federales –el Medicare y el Medicaid–, una cobertura parcial y costes elevados. (tabla 2).

Tabla 1 Competencias en ética de la distribución de los recursos en salud

Competencias	Conocimientos	Habilidades
Identifica la aplicación del principio de justicia en la gestión de los recursos	- El derecho a la protección de la salud - Modelos de financiación de los servicios de salud - Equidad en la distribución de los recursos en salud	Sabe argumentar sobre la necesidad de la equidad en la distribución de los recursos
Valora la gestión eficiente y equitativa	- Concepto de eficiencia - Características de la gestión clínica	Participa en la gestión clínica
Reconoce la efectividad y la calidad como vías para alcanzar la eficiencia	- Concepto de efectividad clínica - Profesionalismo y gestión de recursos	Elimina las prácticas clínicas ineficientes e innecesarias

Tabla 2 Características de los modelos de financiación sanitaria

Sistemas de salud en países de la UE	Asistencia sanitaria en EE. UU.
- Modelo social- Públicos- Eficientes- Más equitativos	- Modelo liberal- Privados- Coste elevado- Cuestiona la equidad

Equidad en la distribución de los recursos en salud

La aplicación del principio de justicia en la distribución de los recursos sanitarios puede hacerse fundamentalmente en 3 niveles: el político, las instituciones y los profesionales (tabla 3).

Los recursos fijados para la asistencia sanitaria se distribuyen en base a decisiones políticas, y su asignación depende del modelo de justicia elegido.

El sentido que se le ha dado con frecuencia a la equidad en salud ha sido el de «igual acceso para igual necesidad» o «igual utilización para igual necesidad»⁶ lo que implica una correspondencia entre «equidad» e «igualdad». Pero la equidad es también el «trato desigual a los desiguales» cuyo objetivo es reducir las diferencias en salud.

El Estado social es el garante de la equidad en salud, no entendida exclusivamente como distribución de los recursos sino también como la posibilidad de lograr una buena salud, lo que abarcaría aspectos como las condiciones laborales y sociales o los estilos de vida⁷.

Organizaciones sanitarias: eficiencia y gestión clínica

Las empresas sanitarias públicas tienen como objetivo prestar una atención sanitaria efectiva y de calidad, pero también hacer una gestión de los recursos donde la eficiencia sea compatible con la equidad⁸.

Eficiencia consiste en hacer un uso óptimo de los recursos, para lo cual se debe tener en cuenta el balance entre los costes de determinados programas o intervenciones y los beneficios que se obtienen de ellos. Esta consideración es un deber derivado del principio de justicia e implica hacer un análisis del coste-oportunidad, es decir, considerar aquello que se deja de hacer al elegir una determinada opción. Pero

este sistema de preferencias que plantea la eficiencia debe tener en cuenta la equidad para ser moralmente válido⁹.

Son varios los modelos de gestión que provienen de la empresa privada y que necesitarían ser adaptados a la empresa pública.

Uno de ellos es la «gestión clínica» que surge a partir del «Clinical Governance» introducido en el National Health Service en 1998.

En su origen la gestión clínica va indisolublemente unida a la calidad, la responsabilidad y la excelencia. Una definición de gestión clínica podría ser: «el buen gobierno sanitario que se desarrolla fomentando el profesionalismo, reforzando el papel de las unidades asistenciales y del trabajo por procesos, para mejorar los resultados en salud de pacientes y población en el contexto de los recursos asignados»¹⁰.

Al hablar de calidad de la asistencia hay que pensar en sus dimensiones y su estrecha relación con la ética. Estas son¹¹:

- La efectividad, referida al impacto de una intervención en términos de mejora real de la salud. Estaría orientada por el principio de beneficencia.
- La eficiencia, entendida como uso adecuado de los recursos, cuya dimensión ética estaría en relación con el principio de justicia.
- La calidad científico-técnica de los profesionales y la seguridad en la asistencia sanitaria como parte del principio de no maleficencia.
- La satisfacción del paciente con el servicio prestado, que tendría como dimensión ética el principio de autonomía.

Organizaciones excelentes y calidad de la asistencia van a ser los componentes de la ética de las organizaciones sanitarias, que surge en 1995 a partir de los criterios incluidos en el manual de acreditación de la JCHO¹².

Las nuevas formas de gestión deben incluir como un elemento esencial la comunicación fluida y transparente entre

Tabla 3 Gestión de los recursos en los distintos niveles

Nivel	Gestión de recursos
Político	Inversión presupuestaria, evaluación de costes, cartera básica de servicios
Organizaciones sanitarias	Nuevas formas de gestión, reducción de ineficiencias, evaluación de tecnologías sanitarias y nuevos fármacos, análisis de resultados
Profesionales	Establecimiento de prioridades con criterios clínicos (efectividad clínica), disminución de la variabilidad (protocolos), evaluación de los resultados de la asistencia

Tabla 4 Implicaciones del «nuevo profesionalismo» para la enseñanza en Ciencias de la Salud

Compromiso con los pacientes	- Mantener las competencias a lo largo del tiempo - Aprendizaje continuo
Compromiso con otros profesionales	- Ofrecer cuidados de calidad, adquiriendo una cultura de trabajo en equipo para disminuir los errores y aumentar la calidad de los cuidados
Compromiso con la sociedad	- Distribución justa de los recursos, considerando en la práctica clínica los criterios de coste-efectividad, eficiencia y equidad

Adaptada de Infante Campos¹³.

Tabla 5 Asistencia sanitaria y distribución de recursos: marco legal y deontológico en España

Marco legal	- Artículo 43 de la Constitución Española, 1978. Derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos - Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (art. 3 y 12). Equidad como principio general. Acceso en situación de igualdad a las prestaciones sanitarias - Ley 14/2003 de cohesión y calidad del SNS. Garantizar la equidad, la calidad y la participación social - Plan de Calidad 2006 para el SNS
Marco deontológico	- Art. 7.2 «El médico ...debe velar por la calidad y eficiencia de su práctica.» - Art. 7.4 «El médico ...está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición.» - Art. 21 «Las exploraciones complementarias no deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada y abusiva. La medicina defensiva es contraria a la ética médica.» - Art. 23.4 «Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión de recursos actuarán siempre guiados por el bien colectivo y la equidad.»

gestores, profesionales sanitarios y pacientes, y conjugar eficiencia con equidad.

Los profesionales: efectividad clínica y gestión de recursos

Una forma de llegar a la eficiencia es a través de la efectividad clínica y la calidad¹⁴. Si la mayoría de los gastos en salud se originan en las decisiones de los clínicos, estos tienen una responsabilidad en la distribución de los recursos en cuanto que pueden evitar las prácticas ineficaces, inefectivas e inseguras tal como establece la Asociación Médica Mundial¹⁵.

La relación de los médicos con otros profesionales en el entramado de las Organizaciones Sanitarias, y con la sociedad en general, ha dado lugar a la aparición del llamado «nuevo profesionalismo»¹³, surgido a comienzos del siglo xx,

que introduce la consideración de la salud como un bien público y que implica un nuevo acuerdo entre profesionales, gestores y pacientes (tabla 4).

Equidad en salud: marco deontológico y legal

Como dicta el Código de Deontología Médica en el artículo 1, «la Deontología Médica es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico»¹⁶.

Como código de conducta es una exigencia moral para los profesionales, lo que no les exime de sus obligaciones jurídicas. De hecho, muchas de las normas recogidas en el código de deontología también son normas legales. Esta coincidencia se expresa en lo referente a la equidad en el uso de los recursos (tabla 5).

Conclusiones

En la actualidad es necesario considerar los factores socioeconómicos en las decisiones clínicas como parte de la justificación moral de las mismas.

La búsqueda del mayor beneficio para el paciente junto con el respeto a su autonomía se debe conjugar con la distribución justa de unos recursos escasos.

En los estudiantes de Ciencias de la Salud la adquisición de las competencias para llevar a cabo esta tarea debe comenzar en el pregrado, con los conocimientos sobre las formas de la distribución de los recursos y la protección de la salud para una atención sanitaria equitativa, segura y costo-efectiva.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Carreras i Barnés J. Guía para la evaluación de competencias en medicina. Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya; 2009. Disponible en: http://www.aqu.cat/doc/doc_71595240_1.pdf
2. Conill Sancho J. Eficiencia y justicia en la empresa sanitaria. *Veritas*. 2006;1:209-22.
3. Gracia D. Fundamentos de bioética. 2.ª ed. Madrid: Triacastela; 2007. p. 626.
4. Pan American Health Organization. [website]. Washington: Declaración de Alma-Ata. 2012. [citado 4 Ene 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518
5. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Los sistemas sanitarios en los países de la UE: características e indicadores de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. p. 99 [citado 4 Ene 2017]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf
6. Gimeno JA, Repullo JR, Rubio S. Economía de la salud: Fundamentos. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2006. p. 324.
7. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11:302-9 [citado 20 Mar 2017]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500005&lng=en
8. Couceiro A. Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos. *Anales Sis San Navarra*. 2006;29 Suppl 3 [citado 2 Abr 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272006006600007&lng=es
9. Puyol González A. Ética y racionalidad de la contribución financiera del usuario de la sanidad pública. En: Puig-Junoy J, coordinador. La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Fundación Rafael Campalans. Informes FRC 1. 2007. p. 39-56. [citado 2 Abr 2017]. Disponible en: <http://84.89.132.1/~puig/publicacions/Any2007/informesfrc1.PDF>
10. Repullo Labrador JR. Gestión clínica: modelo, instrumentos y experiencia [internet]. Madrid: Organización Médica Colegial; 2014 [citado 20 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/ABSTRACT%203%20MESA.pdf>
11. Villegas Perinán M, Rosa Díaz IM. La calidad asistencial: concepto y medida. Dirección y organización. 2003;29 [citado 4 Ene 2017]. Disponible en: <http://w.revistadyo.com/index.php/dyo/article/viewArticle/142>
12. Simón P, editor. Ética de las organizaciones sanitarias. Madrid: Editorial Triacastela; 2005. p. 224.
13. Infante Campos A. Nuevo profesionalismo, educación médica y sistemas de salud. *Ciência saúde coletiva*. 2011;16 [citado 4 Ene 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600011&lng=en
14. Ortún V, Rodríguez F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin*. 1989;95:385-8.
15. Asociación Médica Mundial. Manual de Ética Médica. Francia: Asociación Médica Mundial; 2015. p. 134.
16. Organización Médica Colegial. [website]. Ética y Deontología. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España: Madrid. 2016. [citado 20 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.cgcom.es/deontologia>