

## ÉTICA Y DEONTOLOGÍA

### 4

# Ética y responsabilidad en la gestión de los recursos sanitarios

Manuel Marcos Robles<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Médico Especialista en Oftalmología. Doctor en Medicina y Cirugía. Director Clínica Oftalmológica Las Claras. Salamanca.



## OBJETIVOS

1. comprender el papel de la Justicia en la administración de los recursos sanitarios
2. conocer la dimensión de la Responsabilidad profesional
3. analizar el valor de la Bioética en nuestras tareas sanitarias cotidianas.

## JUSTICIA Y RESPONSABILIDAD

La convivencia humana se apoya en responsabilidad y en justicia, conceptos que deben estar presentes en nuestra relación con los demás. La Justicia implica que las partes que son afectadas por ella sean bien tratadas y que quien la imparta actúe con Responsabilidad, legal y moral. Las actuaciones del hombre deben ser justas y beneficiosas para aquellos con los que convive. También los gestores políticos de la medicina y la salud pública deben ser profesionales que trabajen de manera justa y responsable.

La administración de los recursos sanitarios debe tener Justicia. Principios como la no maleficencia y la beneficencia son ya defendidos por Hipócrates. La autonomía del paciente, recogida en las leyes y normas de sanidad vigentes, favorece sus decisiones y mejora su relación con el médico aumentando su confianza.

Con la bioética y los principios de justicia en la base de la gestión sanitaria mejora la Medicina en sus aspectos económico-industrial y de trabajo de equipo que están cambiando la relación médico-paciente. Hoy se asegura el **riesgo de enfermar**, con garantía estatal o de compañías privadas pues tenemos que proteger el bien de la salud.

La medicina hospitalaria es referente científico y técnico y se apoya también en las especialidades que en ocasiones llevan a la pérdida de la visión global de un paciente. La gerencia debe administrar los recursos por prioridades para mejorar la asistencia primaria y orientar los servicios sanitarios en beneficio de los pacientes racionalizando los recursos económicos disponibles. La industria presiona a los profesionales, poniendo a prueba la capacidad financiera de quien paga. Y crisis económicas como la actual de 2020 originada por el coronavirus y por gestiones políticas inadecuadas aportan irracionalidad e ineficiencia para sostener un sistema sanitario adecuado a las necesidades del siglo XXI. Estamos obligados a ajustar gastos y a priorizar el destino de los recursos disponibles frente a una publicidad del consumo de salud que puede llevar a la reducción de prestaciones tanto del sistema nacional de salud como de las empresas privadas de aseguramiento sanitario. En este contexto esperamos que la bioética dé sentido y solución a muchos problemas y que médicos, gestores y demás sanitarios trabajen en común para asegurar la supervivencia del sistema.

Pacientes y médicos se unen a un tercer actor en el ejercicio actual de la Medicina, el asegurador, Estado o compañía de seguros. Este triángulo (individuos-pacientes, sujeto colectivo-decisor político o institucional y proveedores de servicios-centros, compañías de seguros, facultativos) rompe el secular mundo de dos agentes (médico y paciente) y

cambia los roles: quien paga no usa, quien usa no decide, y quien decide (médico) ni usa ni paga (1), y muchas veces cobra muy poco».

Es de Justicia establecer una relación equilibrada entre lo aportado y lo recibido para procurar la viabilidad de las prestaciones sanitarias. De la Responsabilidad de los agentes implicados depende nuestra salud del futuro. La ética nos ayudará a conseguir calidad, equidad y eficiencia sanitaria basando nuestras acciones en la Responsabilidad y la Justicia. Y añadiendo Solidaridad se mantendrá cohesión social para optar bioéticamente por la mejor opción (2).

La Bioética en el ámbito de la medicina tiene cuatro facetas: no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía del paciente-individuo. Los comportamientos éticos se exigen corresponsablemente a todos los protagonistas del sistema sanitario y se debe ser responsable antes que justo (1). Los economistas de la salud deben favorecer el bienestar uniforme para mejorar el bien sanitario repartido como propone Rawls con una norma de universalidad en la que la Justicia favorecerá al mayor número de personas, con un reparto equitativo para estar en lo justo, lo que es conforme a la moral y al derecho (3).

## IGUALDAD Y JUSTICIA APLICADAS EN SANIDAD

El ser humano tiene preferencia en el ámbito de la salud por un comportamiento igualitario desde ambas perspectivas económica y de psicología social. El altruismo se amplía a los distantes no conocidos en una sociedad abierta y globalizada aunque haya casos de colaboración preferente por razón de etnia o de lenguas por ejemplo (4).

En nuestro ámbito europeo consideramos inaceptables la desigualdad y la insolidaridad y ello se hace más patente ante las enfermedades. Vivimos en una sociedad que acepta mal negociar con la salud y los médicos con ejercicio libre hemos vivido en las últimas décadas alejados de reivindicaciones económicas con las compañías de seguros y en el sistema nacional de salud se han conformado con salarios realmente bajos. También la industria farmacéutica y la de tecnología médica están en el punto de mira de los gobiernos y de la sociedad que vigila de cerca los conflictos de intereses económicos de los sanitarios que se relacionan con ellas en sus trabajos de investigación y en sus participaciones en reuniones y congresos científicos (conflictos de interés).

Ese sentimiento social altruista ante la enfermedad favorece el acceso igualitario a la atención sanitaria y a la prevención de enfermedades en un marco de Salud Pública y así se evitan, por injustas, las desigualdades sociales en salud (5). Los gestores de la sanidad de cualquier gobierno tienen que evitar con responsabilidad la desigualdad en el ámbito de los cuidados de la salud. Una acción sanitaria igualitaria puede chocar con la autonomía del individuo en aspectos preventivos de salud con mucha más frecuencia que cuando se trata de atención a personas enfermas. Cuando escribimos esto en el

contexto de la pandemia por la Covid-19 podemos pensar que imponer la vacunación exigirá unos resultados superiores a los riesgos ya que se pretende aplicar a grandes grupos de población. Y se palpa la sensación de que industrias y políticos explotan el temor alimentando reacciones de histeria que pueden reportar grandes beneficios económicos para algunos implicados en la gestión sanitaria.

## EL MÉDICO COMO GESTOR DE LOS RECURSOS SANITARIOS

El médico ejerce su profesión con vocación y una larga historia de estudio y elaboración de códigos de conducta. Desde antiguo nuestra tarea es vigilada por la sociedad que impuso códigos (Hammurabi, Hipócrates) para mejorar nuestra relación con el paciente. Ahora es el código deontológico de la Organización Médica Colegial de España el que acota nuestro ejercicio desde la ética y que fue publicado tras la consulta y deliberación con todos los colegiados. Recoge *actitudes, responsabilidades y compromisos* básicos para el ejercicio de la medicina y profundiza en la ética del médico que tiene capacidad y capacitación para afrontar sus deberes y fines, deontológicos y teleológicos. El análisis bioético señala los múltiples elementos que el médico debe considerar frente al paciente (autonomía, beneficencia, no dañar, justicia, incertidumbre, prudencia, equidad, norma, conflicto, acto). Además, en la actualidad, tenemos que interactuar con asociaciones de pacientes, gestores del sistema nacional de salud y de compañías aseguradoras sanitarias, hospitales privados y con otros colegas de profesión con esas herramientas éticas que obligan a todos y con corresponsabilidad compartida sin detrimento de la responsabilidad individual (1).

Hacer buen uso del sistema y más en tiempos de crisis económica obliga a la formación en gestión y al análisis externo de nuestras decisiones para que sean las más adecuadas para el colectivo aún estando ante un paciente concreto con su enfermedad específica.

En este contexto Paul Ricoeur (6) ha descrito *tres niveles del juicio médico* desde la perspectiva de la bioética. Estos niveles son el *prudencial*, el *deontológico* y el *reflexivo*. El primero se refiere a la relación médico-paciente y se basa en la sabiduría práctica resultante de la enseñanza y el ejercicio. En el segundo nivel, los juicios se formulan en los «códigos deontológicos de la medicina». En el tercer nivel, los juicios de la bioética son de tipo reflexivo e intentan legitimar los juicios prudenciales y deontológicos niveles anteriores. Estos tres niveles del juicio médico llevan a la estructura de un juicio moral con estratos sapiencial, deontológico y teleológico. Desde el nivel sapiencial, se llega al normativo o deontológico (secreto médico, conocimiento de la verdad, consentimiento informado). Las dificultades propias de este nivel deontológico de la ética médica suscitan una reflexión que conduce al nivel teleológico, en el que se considera el bien no moral como prioritario, mientras que las deontológicas parten de lo justo para apreciar el bien que se convierte en moral, distinguiéndose así entre lo justo y lo bueno.

## LA BIOÉTICA DEL VALOR DE LA JUSTICIA EN TIEMPOS DE CRISIS

La bioética nos orienta a la necesidad de no dañar –no maleficencia- en defensa de la seguridad del paciente; la beneficencia obliga a dejar en segundo plano los intereses del médico frente a la primacía de las necesidades y demandas del paciente y de hacer hincapié en el profesionalismo y evitar conflictos de intereses; la autonomía implica limitación a las decisiones del médico por parte de un paciente más informado con nuevas necesidades de salud y, por último, la justicia tiene una clara vertiente reactiva para regular y controlar el despilfarro, penalizar el no aseguramiento y establecer un techo de gasto sanitario que controlará la oferta sanitaria de las industrias de tecnología médica y de farmacología. Así se armonizarán los intereses de Pacientes, Médicos, Sistemas sanitarios e Industria, todos implicados en la investigación científica, el desarrollo tecnológico y la innovación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Andrés V. y Repullo JR. Ética y Responsabilidad en la gestión de Recursos Sanitarios. Unidad didáctica 11 del CURSO EXPERTO en ÉTICA MÉDICA de la Fundación para la Formación de la OMC (FFOMC). 2020
2. Gracia D. Cuestión de principios. En Feito L. Estudios de bioética. Madrid. Dykinson; 1997.
3. Ricoeur, P. Ética y moral, II. La norma moral. En Carlos Gómez (ed.). Doce textos fundamentales de la ética del siglo XX. Madrid: Alianza Editorial. 2005; pp. 246 y ss.
4. Behrnard H. Fishbacher U, Fehr E. Parochial altruism in humans. Nature, 2006, August, 24: 912-915.
5. Whitehead M, Dahlgren G. Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población. Ginebra: OMS-Europa. 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social en: <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/concepDesigual.pdf>.
6. Ricoeur P. Lo justo 2. Los tres niveles del juicio médico. Madrid: Trotta; 2008; p. 183 y ss.

### PREGUNTA TIPO TEST

(pulse en la flecha para comprobar las respuestas)

**Un estilo de práctica clínica que presta mucha atención en no malgastar recursos entraría dentro de la siguiente dimensión de Justicia. Seleccione una:**

- a) Coercitiva
- b) Prudente
- c) Cooperativa
- d) Redistributiva
- e) Ninguna de las anteriores