

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

# Aspectos éticos de una asignación equitativa de recursos en salud

Profesor Michel Deutilleux  
Consejero Nacional del Orden de Médicos  
Delegado frente a los asuntos europeos e internacionales

1. En los sistemas de salud contemporáneos la equidad de acceso a la atención (la equidad en la asignación de recursos) constituye un objetivo mayor para la sociedad y las organizaciones, así como la más difícil de las exigencias por satisfacer.
2. Actualmente, el compromiso de los médicos en garantizar equidad de acceso a los cuidados es —de manera general— muy modesta. Veremos algunas causas y consecuencias de esta situación.
3. Junto con otras evoluciones, la regionalización de los sistemas de salud debe ofrecer a los médicos la oportunidad de desarrollar su responsabilidad colectiva y su participación en vista de garantizar equidad de acceso a la atención.
4. Los médicos no pueden implicarse realmente y de manera duradera en la co-gestión de un sistema de cuidados que seguiría siendo fundamentalmente no equitativo. La búsqueda de equidad debe tener, para los médicos, el carácter de exigencia deontológica.

## 1. Equidad de acceso

La difusión de técnicas ya no constituye la principal dificultad en la definición de un sistema de cuidados eficiente (Ejemplos: imagenología, bioquímica). Hoy en día la Medicina parte más de una problemática de terapéutica que de una problemática de diagnóstico.

La adquisición y la actualización de los conocimientos y de las competencias profesionales constituyen objetivos más fácilmente alcanzables que por el pasado.

Es la garantía del acceso a la atención que plantea los problemas más difíciles:

- La equidad en la asignación de recursos supone un financiamiento que se fundamente sobre una lógica (re)distributiva y no sobre una lógica donde predomina el modelo de seguro, la dificultad no es solamente definir el volumen de gastos, sino también el modo de obtención de los recursos;
- Es muy difícil trazar la necesaria línea entre los cuidados que serán garantizados para todos por la colectividad a través del ejercicio de la solidaridad nacional y los cuidados que no lo estarán;

- Garantizar el acceso a cuidados no es suficiente para garantizar que los que los necesitan accederán realmente a ellos: los obstáculos en el acceso a los cuidados no son solamente de orden económico.

## 2. Compromiso de los médicos

Actualmente, el compromiso de los médicos en garantizar equidad de acceso a los cuidados es — de manera general— muy modesta. ¿Cuáles son las causas y consecuencias de esta situación?

- La tradición hipocrática (común a todas las medicinas de tipo occidental), como la cultura judeo-cristiana, hace del acto médico una relación desarrollada a partir de un modo muy individualizado (cf. "coloquio singular", "contrato de cuidados entre el enfermo y el médico"...).

Según este modelo, el ejercicio de la Medicina consiste, primero para el médico, en hacerse cargo de (responsabilizarse por) una persona la cual confía en ese médico.

- Existe un énfasis en el individuo que solicita atención, pero falta interés hacia la dimensión colectiva y societal del ejercicio médico.
- A lo largo del período reciente se nota una (legítima) reticencia de los médicos en endosar las consecuencias colectivas (económicas principalmente) de sus decisiones.
- Se crea un abismo, siempre más profundo, entre la percepción de las responsabilidades individuales (los deberes hacia el paciente) y la de las responsabilidades colectivas (los deberes hacia la sociedad).
- En definitiva, el cuerpo médico está, en general, poco motivado por las cuestiones de desigualdad en cuanto al acceso a los cuidados y se ha implicado poco, como profesión organizada, en la búsqueda de soluciones.
- Por otra parte, la sociedad —que ha renunciado prácticamente (casi/más o menos) en hacer de las prestaciones médicas un mercado como el de los otros servicios o bienes de consumo— espera de los médicos que se involucren más activamente en la regulación del sistema de salud, considerando que los médicos serían los principales ordenadores de gastos.

## 3. La regionalización

Con otras evoluciones, la regionalización de los sistemas de atención debería ofrecer a los médicos la oportunidad de desarrollar su responsabilidad colectiva y su participación en la garantía de equidad de acceso a la atención.

- Ejemplos de evoluciones: conocimientos epidemiológicos más finos, desarrollo de la Medicina basada en evidencia (*evidence based medicine*), desarrollo de seguro de

calidad, facilidad de acceso a la información y a bases de datos, ejercicio en redes de cuidados coordinados, regionalización de los sistemas de cuidados.

- Conviene distinguir entre descentralización y regionalización:

la descentralización es primero una desconcentración administrativa, una reorganización interna que no modifica fundamentalmente la gestión del sistema de cuidados;

la regionalización implica la participación de nuevos actores (incluyendo los pacientes), con nuevas responsabilidades (incluyendo la determinación de prioridades de salud en función de la realidad local): es el concepto de democracia sanitaria.

- En el proceso de regionalización se privilegia la definición de necesidades (que son distintas funciones de la región) y las modalidades para satisfacerlas. Es entonces una concepción de gestión de los sistemas de salud que toca de muy cerca el ejercicio médico, su eficacia y su eficiencia.
- La regionalización constituye tal vez el único medio realista para desarrollar en los médicos una mejor percepción y la aceptación de una responsabilidad colectiva, responsabilidad distinta del ejercicio (rechazado) de una responsabilidad administrativa.
- Ahora bien, la falta de cultura de salud pública de los médicos y su reticencia a ejercer una responsabilidad colectiva puede constituir un importante freno al desarrollo armonioso y equitativo de los sistemas de salud.

#### **4. Los médicos no pueden implicarse realmente y de manera duradera en la cogestión de un sistema de cuidados que seguiría siendo inequitativo. La búsqueda de equidad debe constituir para los médicos una exigencia deontológica**

La distribución inequitativa de recursos es la peor amenaza en contra de nuestros sistemas de salud. El crecimiento económico no basta por sí solo para resolver este problema.

De todas maneras, cualquiera sea el rol del sector privado en la oferta de atención (establecimientos sanitarios privados, ejercicio médico liberal) y en el financiamiento (mutuales y seguros), la garantía de acceso a una atención de buena calidad y la definición de la "canasta básica de cuidados" accesibles a todos son responsabilidad de la autoridad pública que expresa así las opciones de la sociedad.

La profesión médica, consciente de las exigencias deontológicas colectivas a las cuales debe someterse, no puede aceptar pasivamente que perduren inequidades en la asignación de recursos y en el acceso a la atención, inequidades de las cuales dependerían la salud y la esperanza de vida de la gente. Sin embargo, las decisiones pertenecen a los responsables políticos y si es necesario al legislador.

Actualmente, los códigos de deontología de la mayoría de los países apenas mencionan las responsabilidades colectivas de los médicos y siguen privilegiando la relación individual paciente/médico.

Sin embargo, la deontología médica moderna debe dar relevancia a los deberes relacionados con la dimensión colectiva de la responsabilidad médica: esta evolución está dibujándose. Puede tener consecuencias importantes en términos de concepción y de gestión de los sistemas de salud.