

# *Atención integral de la salud como cuestión ética*

Autor: Dr. José Ramón Acosta Sariago

Médico Especialista de 2º Grado en Salud Pública,

Profesor Titular de la Universidad Médica de La Habana. Maestro en Bioética.

## ***Resumen***

Las necesidades en salud son infinitas, y cualquiera sea el monto de los recursos dispuestos por una sociedad para tratar de satisfacerlas, éste será inevitablemente escaso. Entonces, la interpretación que se haga de lo justo en este campo constituye una cuestión moral de primer orden en el proceso de determinación del objetivo y destino de los esfuerzos sociales, así como en la evaluación de la eficiencia y eficacia de los resultados obtenidos.

**Palabras clave:** atención integral/salud, calidad, justicia, medicina sostenible.

## ***Abstract***

Health needs are countless and any amount of resources available by a society trying to satisfy them will be inevitably scarce. Therefore, making an interpretation of what is fair in this field is a moral priority in the process of determination of the objective and destination of social efforts, as well as in the evaluation of the efficiency and effectiveness of the results achieved.

**KEY WORDS:** comprehensive care/health, quality, justice, sustainable medicine.

## ***La crisis del modelo paternalista de la atención de la salud***

Durante la segunda mitad del siglo XX las tecnologías médicas alcanzaron un alto poder resolutivo, pero al mismo tiempo invasivo del cuerpo y la privacidad de las personas. Los servicios médicos se hicieron más costosos, tanto para los Estados que los ofrecían como prestación gratuita o compensada en parte por sus ciudadanos, como para los pacientes que en el contexto de una economía capitalista liberal debían acudir a aseguradoras privadas o asumir la totalidad de los costos. Por esas razones se recrudecieron las demandas en cuanto a una mayor participación ciudadana en el proceso de decisión de las situaciones de salud que les afectaban, así como de las políticas públicas referentes a la asignación y uso de recursos para la salud. Así las cosas, el modelo paternalista de la ética médica tradicional muy centrado en las relaciones interindividuales a todas luces requirió ser reevaluado.

El desarrollo de las tecnologías médicas avanzadas de probables consecuencias indeseables a largo plazo y elevados costos, también potenciaron el interés público por el ejercicio del principio de autonomía como salvaguarda de los derechos individuales. La promoción efectiva de los derechos y responsabilidades de los pacientes es un elemento que puede regularse a través de la observancia de códigos deontológicos. Sin embargo, la mayor parte de los conflictos de valores morales de las relaciones sanitarias contemporáneas, como revelan investigaciones provenientes de contextos muy diferentes, se vinculan con los procesos comunicativos y la ignorancia por parte de los profesionales de la salud de los sistemas de valores predominantes, por lo que se constituye en deber de justicia a nivel microsocial ofrecer lo que el usuario requiere y espera desde el punto de vista informativo y afectivo, como componente consustancial a cualquier consideración seria de la calidad de la atención de salud y el bienestar de la población.

Vale afirmar que ya nadie niega, al menos formalmente, que es imprescindible en materia de prestaciones médicas considerar el reflejo en los individuos y grupos humanos concretos de los procesos psicológicos y sociales propios de una determinada cultura y sus valoraciones acerca del bienestar, la felicidad, la salud y la vida. Por tanto la calidad de los servicios de salud trasciende la disponibilidad de los recursos materiales y la competencia científico-técnica de

los recursos humanos, incluso de la organización institucional, para adentrarse en el terreno de los procesos comunicativos presentes en las relaciones sanitarias.

Todas estas nuevas propuestas teóricas y metodológicas ampliaron el horizonte ético en cuanto a la consideración y solución de los problemas y conflictos de valores morales relacionados con la salud y la vida desde el estrecho marco interindividual característico de la ética médica tradicional hacia uno más abarcador que incluye a la sociedad y el medio ambiente en general. La ruptura con el viejo paradigma paternalista fue ya irreversible.

### ***La cuestión de la justicia y la calidad en la atención integral de la salud***

Un aspecto ya esbozado en los párrafos anteriores pero que requiere de mayor profundización es el de la relación entre justicia social y calidad de la atención de salud. Lo que se considere como justo constituye una cuestión moral de primer orden en el proceso de determinación de objetivos y esfuerzos sociales para la atención integral de la salud, así como en la evaluación de la eficiencia y eficacia de los resultados obtenidos. La indagación realizada a mediados de la pasada década a la población del estado norteamericano de Oregón sobre el destino de los fondos públicos dedicados a prestaciones de salud, demostró las diferencias marcadas que pueden existir entre el criterio técnico-profesional y el de los usuarios acerca de las prioridades en materia de asignación de recursos.

En el contexto contemporáneo se está manifestando una contradicción evidente del discurso, aún socialdemócrata de muchos académicos occidentales, inspirado en la justicia vista como equidad al estilo de Rawls, al que apelan todavía algunos políticos de las llamadas democracias representativas, y la dureza de la realidad impuesta por el neoliberalismo. Las reformas económicas que se aplicaron en la mayor parte de América Latina a fines del siglo XX fueron consecuentes con estos principios que tienden a minimizar el papel del Estado en cualquier actividad productiva o de servicios. La cuestión de la atención integral de la salud no puede considerarse al margen del resto de los procesos sociales concomitantes. Cada vez los

mínimos decentes de la asistencia sanitaria previstos en la concepción socialdemócrata, ahora en el contexto neoliberal, son más mínimos y han dejado de ser decentes, si alguna vez lo fueron. La aplicación mecánica de los criterios de eficiencia a la gestión de salud ha viciado la imprescindible consideración moral en el análisis de la relación costo beneficio del momento teleológico que constituye la distribución y utilización óptima de recursos escasos. Si la economía de la gestión de salud es esencial para cumplir con el principio de justicia, el utilitarismo duro atenta contra la integridad y la dignidad humanas.

La actual preocupación por la calidad y eficiencia de la gestión de salud, si bien no es un fenómeno nuevo, en los últimos años ha adquirido un cariz particular en la medida en que se han incorporado cada vez con más fuerza criterios económicos como parte de los indicadores que sirvan a la evaluación de los resultados de la misma, favoreciendo la instauración de un nuevo modelo de gerencia sanitaria que rebasa el sector privado y se extiende también al público, el cual en gran medida ha estado signado por el producto más acabado de la tercera reforma organizativa de los servicios de salud en Estados Unidos de América, el "managed care", o medicina gerenciada.

La estructura de la situación de salud en el mundo indica que las necesidades objetivas más perentorias de la población tienen su solución en el nivel primario de atención y no en los hospitales. La privatización galopante de los servicios reincorpora las prestaciones de salud —donde de alguna manera y grado se habían socializado— a los mecanismos del mercado como lo fue en el capitalismo liberal, pero ahora con un cariz corporativo, lo cual conlleva un interés marcado por las actividades más rentables que son las curativas, consumidoras de complicados y costosos medios diagnósticos y terapéuticos, especialmente aquellas que requieren de un régimen estacionario porque incluyen las ganancias adicionales provenientes de la "hotelería hospitalaria", en detrimento de las acciones de prevención y promoción de salud que restarían potenciales clientes en un sistema médico empresarial.

La virtual desaparición de la atención primaria de salud en los países de economía neoliberal disminuye substancialmente las acciones de promoción y prevención, rompe la continuidad de la atención del paciente crónico, y debilita

las posibilidades de la rehabilitación. Por tanto, este desconocimiento consciente de la evidencia científica claramente conceptualizada desde la Conferencia de Alma-Atá (1978) limita la eficacia ya que se recargan servicios secundarios y terciarios con cuestiones que oportunamente pudieron ser resueltas en el nivel primario, se recibe un paciente con un mayor deterioro, con menor educación sanitaria y se dispone de escasas posibilidades de conocer a más corto tiempo la dinámica familiar y comunitaria que puede estar ocurriendo en un caso concreto. Actuar a sabiendas escudándose en la falacia de que el libre mercado en la época de las transnacionales a la larga traerá el desarrollo económico, mejorará las oportunidades, y que es un sacrificio necesario someter a las generaciones actuales al desamparo; más que una conducta irresponsable raya en la maleficencia.

A pesar de que la reforma neoliberal de la atención de salud ha sido recurrente en hacer casi sinónimos eficiencia y calidad, no debemos caer en el error de anatemizar el concepto y su posible reinterpretación. Si la eficiencia se aborda desde el principio utilitarista de generalidad, implicaría obtener el mayor beneficio, para el mayor número de personas con el menor costo posible, y esto abre el paso a una concepción economicista que somete toda actividad asistencial a la obtención de óptimos resultados en la reducción de costos para el sector público y ganancias en el privado; aberrante falacia originada por la medicina gerenciada.

En economía se considera que una vez obtenido el nivel óptimo de eficiencia, el aumento del empleo de recursos va en detrimento de ésta porque aumenta los costos de producción. Si se aplica esto miméticamente a la práctica de salud, un esquema de tratamiento que la evidencia científica ha probado como eficaz para una determinada indicación, en un caso concreto puede resultar económicamente ineficiente si traspasa los límites esperados de costos. Este ejemplo nos muestra que en el caso de la atención de salud, la eficiencia económica puede entrar en controversia con la eficacia, entendida esta como la capacidad de lograr objetivos, y con la calidad. Estas consideraciones nos conducen al aserto de que la eficiencia no es necesariamente sinónimo de calidad, sino un componente más de esta, y en algunas ocasiones contradictoria con una conducta humanista consustancial a la atención integral de la salud. Sin embargo, la eficiencia tiene contenido ético en tanto deber de

justicia, porque el empleo racional de los recursos en materia de salud es una obligación para con el bien común y los derechos individuales.

"Es evidente —plantea Diego Gracia— que todos tenemos la obligación de optimizar los recursos, sacando de ellos el máximo beneficio posible. Se trata de una obligación de justicia, dado que los recursos son siempre y por definición, limitados. No optimizar los recursos supone beneficiar a unos en perjuicio de otros."

El neoliberalismo ni siquiera cumple con el principio utilitarista de generalidad de Bentham del "mayor beneficio para el mayor número posible", tal parece travestirse en la antinomia del "mayor beneficio para el menor número posible". El utilitarismo bioético, por elemental sentido humanista es un utilitarismo suave, inclinado a aceptar el principio de universalidad de Kant. Sea sustentado en el principio de universalidad kantiano o el marxista de igualdad, en las condiciones actuales, los retos que enfrenta la humanidad en materia de salud rebasan con mucho la tradicional organización sanitaria, encontrarán solución a través de la participación de la población en las decisiones e implementación de políticas sanitarias, y sólo serán efectivas si el Estado asume un papel activo en la movilización y asignación de recursos humanos y financieros, así como en el apoyo técnico y profesional necesario.

Adoptar el principio de universalidad o el de igualdad implica reconocer la responsabilidad colectiva con la problemática de salud de todos y cada uno de los miembros de la comunidad y por tanto, el papel del Estado en la garantía de la asistencia médica, únicamente así, la búsqueda de la eficiencia redundaría en el bien común y en la calidad de la asistencia sanitaria. Se podrá objetar que este noble propósito tendría el límite objetivo de la disponibilidad de recursos, y es cierto que existe un límite impuesto por el nivel del desarrollo material y científico-técnico de la sociedad. Sin embargo, importantes autores se inclinan por privilegiar la justicia sobre la ficticia libertad de elección.

"Una medicina sostenible no sería capaz de ofrecer lo último en innovación tecnológica o la mejor calidad posible de cuidado de la salud. Su progreso médico sería más lento que en el pasado, menos orientado tecnológicamente y tendría diferentes me-tas, tales como la de la población más que de la salud individual", con esto afirma Daniel Callahan que la sustentabilidad de la salud

parte de la promoción y la prevención y no de la aplicación de complejas tecnologías.

Por otra parte, las condiciones de inequidad e injusticia, que se expresan en marcadas desigualdades sociales no pueden ser obviadas cuando se analiza el objetivo que deben perseguir las políticas de salud.

"Los resultados sanitarios poblacionales —expresa Arboleda Flores— se alejan de la salud individual como el foco más importante, para centrarse en los temas de determinantes sociales que implican que las personas no se enferman al azar, sino que sucumben ante todo aquello que los ata a sus circunstancias particulares. Las determinantes sociales de la salud indican que el pobre, el inculto, el privado de los derechos civiles, el habitante de los barrios marginales, el que no tiene poder, todos ellos son más propensos a enfermar y morir que los más afortunados."

Por último, otro elemento esgrimido en las consideraciones actuales sobre la calidad de la atención integral de salud es la cuestión del respeto de los valores de todos los actores inmersos en las relaciones sanitarias, y por tanto al principio de autonomía. Afirma James Drane que: "La autonomía individual unida al capitalismo de libre mercado crea una visión que transforma la atención sanitaria en algo que cada persona costea de su propio bolsillo. Bajo esta visión nadie, sin embargo, está obligado a pagar por alguien más. La igualdad en efecto, especialmente el acceso igualitario a la atención sanitaria, desaparece".

## ***Conclusión***

Estas reflexiones conducen a concluir que la tendencia más extendida actualmente es considerar que lo justo en materia de la atención integral de la salud es el bienestar de todos y no sólo el de una parte de la población, incluso aunque hipotéticamente, esa parte fuera la mayoría. Sin embargo, lamentablemente hay una abismal brecha entre el discurso académico y la práctica política de los grandes centros de poder mundial, aun hoy unipolar.



## **Bibliografía**

1. Laine, Christine et al. Elementos importantes para la atención del paciente ambulatorio: Una comparación de opiniones de pacientes y médicos. *Annals of Internal Medicine*, 1996; 125 (8): 640-645
2. Acosta, José. Transculturación e identidad en la perspectiva cubana de la Bioética, Tesis para optar por el Grado de Magíster en Bioética, Universidad de Chile, Santiago de Chile, 1998.
3. García, Rolando; Quiñones, Alina. Disimilitudes en las actitudes y conductas de los cubanos frente a los factores de riesgo para la salud, En: Iñiguez, Luisa, Pérez, Omar Everleny (Compiladores). *Heterogeneidad social en la Cuba actual*, Primera Edición. La Habana, Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos. Universidad de La Habana, 2005: 195-222.
4. Acosta, José. Justicia sanitaria y calidad de la atención de salud en los albores del Tercer Milenio En: Martínez, Jesús (Compilador). *Temas de filosofía, sociedad y economía*, Primera edición, Ediciones Luminaria, Sancti Spíritus, 2004: 111-125.
5. López, Cándido. Eficacia, eficiencia y equidad en salud. Editorial. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2004; 30 (4): 293-4.
6. Gracia, Diego. *Ética de la eficiencia*. En: *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Ética y vida 4*, 1ª Edición, Editorial Búho, Santafé de Bogotá, 1998: 180.
7. Callahan, Daniel. La inevitable tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes, En: Lolas, Fernando (Editor) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*, Serie de Publicaciones 2000, Programa Regional de Bioética, División de Recursos Humanos OPS-OMS, Santiago de Chile, 2000: 99.
8. Arboleda-Flores, Julio. Equidad y asignación de recursos: Donde la ética y la justicia social se interceptan, En: Lolas, Fernando (Editor). *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*, Serie de Publicaciones 2000, Programa Regional de Bioética, División de Recursos Humanos OPS-OMS, Santiago de Chile, 2000: 63.
9. Drane, James. El desafío de la equidad. Una perspectiva. En: Lolas, Fernando (Editor) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*, Serie de Publicaciones 2000, Programa Regional de Bioética, División de Recursos Humanos OPS-OMS, Santiago de Chile, 2000: 83.