

# **Consideraciones bioéticas en relación a la solicitud de exámenes complementarios de alto costo en el sistema público**

## **Introducción**

La distribución de recursos en forma equitativa entre las personas que los necesitan constituye uno de los problemas que la bioética enfrenta en el contexto diario, lo que se ha agravado en el contexto sanitario actual. En relación a este tema, hay escasa literatura a nivel nacional e internacional, cuantía que se ha visto aumentada a nivel internacional tras pandemia debido a la problemática bioética que gira en torno a la asignación de recursos escasos. Para ejemplificar lo anterior, en la búsqueda en PubMed (Ethics [MeSH]) AND + Laboratory [MeSH] muestra un aumento desde 660 publicaciones en 2015 hasta llegar a un máximo de 7100 publicaciones por año en 2018, manteniéndose posteriormente cercano a los 3000.

En este trabajo, se pretende analizar desde una mirada bioética, la solicitud de exámenes complementarios por parte del médico tratante.

## **Contexto del sistema de salud chileno**

Para contextualizar la realidad de los seguros de salud en Chile se debe explicitar que se trata de un sistema de salud dual, en que los principales seguros son el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las ISAPRES. El primero, al ser un seguro solidario por excelencia, comparte el riesgo entre la población asegurada, así como el aporte por cada asegurado, dadas las diversas rentas y el porcentaje fijo a descontar de cada uno. Asimismo, también existe un copago que es proporcional a la segmentación que realiza el seguro según renta (letras C y D) Al término del año 2019 la cantidad de asegurados y aseguradas al FONASA fue un 78% de la población nacional (1).

En Chile no existen regulaciones comunes como afiliación abierta, catálogo general estandarizados de beneficios y ajuste general de riesgos (2). Todo lo ya expuesto acarrea grandes gastos de bolsillo según corresponda y una carga económica que el mercado, ya imperfecto, debe intentar compensar.

Por una parte, la proporción del gasto en salud correspondiente a gasto de bolsillo resulta un indicador importante de tener en consideración al momento de evaluar el desempeño de los sistemas de salud (3).

De acuerdo a la Cuenta Pública del Ministerio de Salud en el 2020, se estimó que el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud ascendería a un 31% en dicho año y en este porcentaje está incluido el copago de exámenes complementarios en los pacientes.

Por otro lado, en los últimos años se ha evidenciado un cambio en la canasta de salud; esto es, en el tipo de prestaciones y servicios demandados. Se observa un aumento, por ejemplo, en exámenes de mayor complejidad, los que a su vez tienden a ser de precios más elevados (Clínicas de Chile 2018).

## **Calidad en la atención médica**

La orientación y las normas en atención médica deben estar basadas en evidencia médica sólida y tienen que tomar en cuenta las consideraciones éticas (4).

Deming propone definir la calidad “en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio” (5). La idea básica es la misma: quién compra o demanda el servicio lo hace en función de unas necesidades y expectativas que son las que van a determinar si lo que recibe es o no de calidad.

La competencia profesional o *calidad científico-técnica* de la atención es la dimensión central y menos discutible de la calidad. Hace referencia a la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existente para abordar los problemas de salud, es decir, para producir salud y satisfacción en los usuarios.

*Eficiencia* se define en términos de la relación entre coste y producto es decir, un máximo de efectividad o unidades de producto, dado un determinado coste, o un mínimo coste dadas unas determinadas exigencias de efectividad o unidades de producto. Por supuesto, se asume que una mayor eficiencia se asocia a una mayor calidad (6). Por otra parte, la *adecuación (appropriateness)* es otra de las dimensiones mencionadas con frecuencia, pero de la que no existe una definición operativa uniforme. En la lista de la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), la adecuación es entendido como sinónimo de correcto, conveniente o necesario para el problema concreto que se presenta. Éste es un concepto que parece muy difícil de separar, a la hora de ser medido, del concepto de calidad científico-técnica o competencia profesional. Un tanto diferente es la definición de dimensiones de OMS (2006), en la que la adecuación de competencia técnica y recursos para las necesidades de salud, queda incluido en la dimensión de accesibilidad (7).

Para concluir la idea, si partimos de la base de recursos limitados y necesidades ilimitadas, los países instrumentan procedimientos de priorización, los cuales no siempre son los más adecuados.

## **Asignación de recursos escasos en el sistema público**

La justicia distributiva en la asignación de recursos escasos se logra evitando la solicitud de exámenes de laboratorio no necesarios para realizar el proceso diagnóstico, evitando así el desperdicio de mano de obra, reactivos, costos y tiempo. En un sistema de salud ideal, debe haber un acceso equitativo a exámenes complementarios para todos los grupos de pacientes, entre otras cosas. El enfoque, por supuesto, variará enormemente entre los países con cobertura sanitaria universal y aquellos en los que la asistencia sanitaria privada es común. O en el caso de Chile, en que la distribución entre ambos tipos de seguros de salud no es homogénea.

Frente a cualquier patología, el imperativo es sopesar la *carga de enfermedad* de la que estamos hablando, ya que no es lo mismo el diagnóstico de un síndrome gripal que el de una neoplasia tratable, dada la naturaleza y magnitud de las

complicaciones que puede tener cada entidad. Por lo tanto, el imperativo moral que se debe tener para destinar recursos no es el mismo.

Al solicitar un examen complementario no imprescindible para el diagnóstico del paciente, cuyo costo para el sistema signifique una cifra elevada o si este costo debe ser solventado por el paciente como gasto de bolsillo, se debe plantear cuidadosamente si con ello no se vulnera el principio de justicia. Por la esencia del sistema de salud dual que hay en Chile, el reparto de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital debe ser equitativo y con la carga monetaria de una intervención no imprescindible para algunos casos, se vulnera dicha equidad. Es imperioso regular la utilización de los medios disponibles de forma que su uso sea justo y por ello, para una justa distribución de recursos sanitarios, se requiere en primer lugar una hipótesis diagnóstica fundamentada, que oriente y dé coherencia a la solicitud (8).

### **¿Justicia o autonomía?**

En su esencia más pura, la salud pública genera tensiones entre la autonomía de los individuos y la necesidad de considerar las perspectivas y necesidades de las comunidades y poblaciones (...) hay una tensión fundamental entre los enfoques utilitaristas que se encarnan en los valores colectivos de la salud pública y un enfoque basado en principios que apoya poderosamente la protección de los individuos (9).

Si entramos a profundizar en la jerarquización propuesta por Diego Gracia, los principios de mayor peso moral, deberes de obligación perfecta, que corresponden a derechos intersubjetivamente reconocidos como tales, de exigencia ético-jurídica, de nivel 1 o de ética de mínimos corresponden a la No maleficencia y Justicia. En contraparte, los principios de menor peso moral, deberes de obligación imperfecta, que corresponden al ámbito de la moralidad, de la excelencia, de nivel 2 o de ética de máximos: Autonomía y Beneficencia (10).

Considerando lo anterior, la justicia puede verse reñida con la autonomía en los casos en que el paciente quien exige dichas intervenciones, aún tenga copago por su parte. Y es el médico quien toma la decisión final, ya que la prescripción de todo examen debe llevar la identificación y firma del profesional solicitante.

### ***Primum non nocere***

Con respecto al principio de no maleficencia, se le honra evitando realizar aquellas intervenciones diagnósticas cuyo resultado no cambiará conducta terapéutica. Herramientas como Medicina Basada en la Evidencia, pueden ser de extrema utilidad para evitar conductas diagnósticas frugales y carentes de sentido. No dañar al paciente también se puede entender como la solicitud de los exámenes complementarios justos y necesarios para poder establecer una unidad diagnóstica sin ir en desmedro de los gastos del paciente.

## **La medicina centrada en el paciente.**

El concepto expuesto dice relación con el hecho de que los médicos se centran en las personas más que en las enfermedades, así como el concepto de la *negociación de la atención* a fin de consensuar las decisiones clínicas con los pacientes. Esto es diametralmente opuesto a la práctica médica centrada en la enfermedad.

El centrarse en el paciente o en la persona es, por tanto, un criterio de calidad asistencial que impide que la medicina sea paternalista, es decir, que los pacientes sean tratados como objetos pasivos en las relaciones terapéuticas.

La prestación de atención centrada en el paciente, le da el poder y derecho a éste último a participar en procesos terapéuticos y preventivos. Algunos autores lo consideran un nuevo principio ético, puesto que al consensuar las decisiones diagnósticas y terapéuticas da acceso a toda la universalidad del enfermo.

## **Judicialización y Medicina a la Defensiva**

El acto médico, jurídicamente hablando, debe atenerse a lo estipulado en la *lex artis*, cual es aquella ley que alude al “conjunto de deberes que el facultativo debe respetar al realizar un acto médico, que están dados por la ciencia médica, y cuya transgresión genera responsabilidad para éste dando origen a los llamados juicios por mal praxis” (Letelier & Muñoz Sepulveda, 2004).

Con el paso del tiempo, y el avance de la medicina, esta relación se ha ido debilitando paulatinamente, produciéndose en esta época una gran crisis de confianza, tanto a nivel nacional como a nivel mundial. Durante los últimos años se ha observado un marcado aumento en las demandas judiciales contra el equipo médico, demandas que muchas veces son infundadas. Así, la creciente judicialización del derecho a la salud genera nuevos desafíos para los sistemas de salud en relación a las prestaciones de alto costo.

La Medicina Defensiva es una práctica asistencial que, en la conducta a aplicarse en un proceso clínico concreto, obedece principalmente al riesgo de que el equipo de salud sea objeto de reclamos en desmedro a la evidencia científica. Consiste en el empleo por parte del médico, de los recursos con el principal fin de evitar ser demandado judicialmente.

Como ya se menciona, el fenómeno de la judicialización de la medicina ya es indisoluble de la Medicina Defensiva, siendo este tipo de medicina la más nociva para el paciente económicamente hablando, y la más rentable para el sistema de salud privado. En el caso del sistema de salud público, evidentemente y dada la escasez de recursos, se transforma en un aumento del valor de cada prestación. Sin embargo, y dado el fenómeno expuesto, los médicos tratarán de ceñirse lo más posible a la *lex artis*, aunque esto sea innecesario.

Además, la Medicina Defensiva genera una alteración indeseada en la *lex artis ad hoc*, la cual si bien es dinámica y por tanto debe ir modificándose de acuerdo con el avance de la ciencia y la tecnología asociada, no corresponde que su variación se efectúe a causa de la práctica de la medicina defensiva, ya que esta incorpora a la prestación elementos extra que pasan a normalizarse sin serlo bajo ningún punto de

vista (11). Este tipo de conductas generan alto impacto no debiendo interpretarse como malas prácticas, sino más bien una consecuencia de un sistema donde los exámenes complementarios son cada vez más requeridos como respaldo.

Si reflexionamos acerca de lo expuesto, la adopción de actuar a la defensiva es una conducta que contribuye al desmantelamiento de la profesión médica que ya se encuentra sometida a la debilitada situación del sistema de salud público, en la cual paulatinamente se cuentan más migraciones de médicos especialistas y subespecialistas al área privada, precisamente por la falta de recursos y la sobreexposición judicial. Y así se sigue con una rueda que no termina, cuyo motor pareciera ser la inequidad, pero también un nuevo sentido de autonomía por parte del paciente, no siempre bien comprendido ni ejercido.

La Medicina Defensiva se contrapone con la Declaración de Ginebra, que exige al médico velar ante todo por la salud del paciente, así como con el Código Internacional de Ética Médica de la Asamblea Médica Mundial, al estipular que: *“el médico debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe consultar o derivar a otro médico calificado en la materia”*. (Como consecuencia, al estar centrada en el profesional, procurando su autodefensa y protección, la Medicina Defensiva pervierte uno de los principios básicos de la medicina clásica, la orientación al paciente.

## **Bibliografía**

- 1.- Informe CDD: Caracterización sociodemográfica y socioeconómica en la población asegurada inscrita. Departamento de Estudios y Estadísticas. FONASA 2020.
- 2.- Torche A. Proyecto Bases para una Reforma del Aseguramiento en Chile. Concurso Políticas Públicas 2013. Centro de Políticas Públicas UC).
- 3.- Castillo-Laborde, C. Villalobos, P. Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. *Revista médica de Chile*, (2013).141(11), 1456-1463.
- 4.- Resolución de la AMM sobre la seguridad del paciente y las normas en la práctica médica, 194ª Sesión del Consejo de la AMM, Bali, Abril 2013.
- 5.- Deming WE. Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Madrid: Diaz de Santos, 1986, cap 6.
- 6.- Saturno-Hernández PJ. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2015.
- 7.- The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final technical report. Geneva: WHO 2009.
- 8.- Birnenbaum, S. J. (2021). Las pruebas de laboratorio en tiempos de pandemia. *Vida y Ética*, 21(2), 223-227.
- 9.- Kahn, J y Mastroianni, A «Public health and bioethics» En Steinbock, *The Oxford handbook of bioethics* OUP, 2007.
- 10.- Gracia, D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Editorial Triacastela, 2008. 605p.

11.- Verdugo A, Impacto económico de la judicialización de la medicina. Proyecto para optar al postítulo de economía y finanzas para abogados. Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile. 2017.