

Globethics Repository



El acceso a la tecnología biomédica [Access to biomedical technology]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository.
More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy
of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Pinto Saraiva, Ana Maria
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-17 04:37:48
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/238100

El acceso a la tecnología biomédica: perspectiva bioética de los enfermeros portugueses

Ana Maria Pinto Saraiva

Resumen

Atualmente las sociedades industrializadas se caracterizan por la disminución de la tasa de natalidad, población envejecida y aumento de enfermedades crónicas y degenerativas. Anualmente se constata un incremento en los costes del área de la salud, atendiendo a problemas de financiación. Se apunta a la evaluación tecnológica en salud y a la implementación de criterios de gestión de recursos como las opciones para resolver este problema. Nuestros objetivos fueron identificar y analizar los principios éticos y los factores relacionados con la política de salud, que pueden limitar o no la decisión de acceder a la tecnología biomédica, realizando para ello un *survey*. Concluimos que los enfermeros consideran que se debe realizar una evaluación tecnológica en salud y del mismo modo una evaluación de los resultados obtenidos de su aplicación. Se deben garantizar tanto la universalidad en el acceso como la igualdad de oportunidades. El acceso a la tecnología debe ser decidido por los profesionales fundamentando el paternalismo y el racionamiento implícito. Objetan la práctica de la distanasia.

Palabras-clave: Tecnología biomédica. Asignación de recursos. Equidad. Paternalismo.

Resumo

Acesso à tecnologia biomédica: perspectiva bioética dos enfermeiros portugueses

Atualmente, as sociedades industrializadas são caracterizadas pela diminuição da taxa de natalidade, envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas e degenerativas. Verifica-se incremento nos gastos do setor saúde, colocando problemas de financiamento. Conceitos como avaliação tecnológica em saúde e implementação de critérios de alocação de recursos são apontados como hipóteses de resolução desse problema. Com os objetivos de identificar e analisar os princípios éticos e os fatores relacionados com a política de saúde, que podem limitar ou não a decisão de acesso à tecnologia biomédica, foi realizado um *survey*. Concluímos que os enfermeiros consideram que deve ser realizada avaliação tecnológica em saúde, bem como uma avaliação dos resultados decorrentes de sua utilização. A universalidade no acesso e a igualdade de oportunidades devem ser garantidas. O acesso à tecnologia deve ser decidido pelos profissionais fundamentando o paternalismo e o racionamento implícito. Refutam a prática da distanásia.

Palavras-chave: Tecnologia biomédica. Alocação de recursos. Equidade. Paternalismo.

Abstract

Access to biomedical technology: bioethics perspective of Portuguese nurse's

Nowadays, industrialized societies are characterized by the lower birth rate, increase in ageing population and increase in chronic and degenerative diseases. An increase in health care expenditures is seen, observing financing issues. Concepts such as health care sector technological assessment and the implementation of criteria for resource allocation are seen as possibilities for solving this problem. Aiming at identifying and addressing the ethic principals and other factors related to health care policy, that might or not limit the decision to have access to biomedical technology and for this purpose, a survey was done. We concluded that nurses consider that health technology assessment should be carried out, and so should an evaluation of the results arising from their use. The universality of access and equality of opportunities must be guaranteed. Access to technology should be decided by the professional, justifying the paternalism and implicit rationing. They refute the practice of dysthanasia.

Key words: Biomedical technology. Resource Allocation. Equity. Paternalism.

Doctoranda jferreiraana@sapo.pt – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Correspondencia

Rua de Camões, 292, 4505-078. Argoncilhe, Portugal.

Declara no haber conflicto de interés.

El avance en el conocimiento científico y tecnológico ha marcado las sociedades más desarrolladas, repercutiendo en los más diversos niveles (cultural, social, económico, financiero, político) y en diferentes áreas, entre las cuales la de la salud. Concomitantemente, esas mismas sociedades, fruto del progreso de la civilización, presentan características con reflejos a corto y largo plazo, a saber: la disminución de la tasa de natalidad, el aumento de la esperanza del promedio de vida, el envejecimiento poblacional y el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas. La industria y las empresas, a través de la publicidad, intentan vender el mito de la longevidad, salud perfecta, cuerpo perfecto y eterna juventud, potenciando el fenómeno de la *disease mongering* definido como *la mercantilización de la enfermedad que amplía las fronteras de las enfermedades y hace crecer el Mercado para todos los que venden tratamientos* ¹.

Este fenómeno surge de la facilidad con que en los días de hoy se crean necesidades en las poblaciones, llevándolas a consumir recursos que muchas veces no son necesarios o no son los más indicados. Asociando todos esos factores, tenemos suficientes componentes para que los gastos en el sector de la salud aumenten exponencialmente, lo que también se potencia por el desperdicio y por los errores de gestión. Este panorama ocurre en una época de crisis global que no alcanza solo Europa y Portugal en particular, sino también otros países. Así, el acceso a los cuidados de salud con base en una justa distribución de recursos, igualdad de oportunidades y manteniendo estándares de garantía de calidad en el atendimento puede ser colocado en causa, sin desconsiderar la vertiente del financiamiento del sistema de salud, determinante en todo este proceso.

La justicia distributiva como principio ético supone equidad en la asignación de recursos. Sin embargo, la operacionalización de este principio es difícil, basta para el efecto considerar las diferentes corrientes filosóficas que se les asocia y que presentan diferentes propuestas para interpretar el concepto de justicia. La teoría libertaria defendida por Nozick o Engelhardt prioriza al bien individual; Bentham y Mill, mentores del utilitarismo, defienden la utilidad efectivamente demostrada; Rawls, basado en el concepto de “contrato social”, defiende la igualdad de oportunidades; Callahan destaca el bien común y Daniels aplicó al área de la salud la doctrina rawlsiana en el sentido de defender una asignación de recursos con base en una igualdad de oportunidades. No ha sido fácil establecer criterios para garantizar

el principio aristotélico de “tratar igual a los iguales y desigual los desiguales”, asegurando la práctica de una equidad horizontal y una vertical.

Las sociedades difieren en el modelo de financiamiento de sus sistemas de salud, así, en las sociedades que cuentan con un servicio nacional de salud de financiamiento público, la escasez de recursos determina que la “necesidad” sea la base para la su facilitación. Tal situación contrasta con lo de las sociedades en que la capacidad del ciudadano para pagar es el factor que determina el acceso a los recursos, como ocurre en Estados Unidos de América (EE.UU) ². Esas diferentes bases de acceso consideradas solo se justifican porque en el mercado de la salud no existe precio para regular la oferta y la demanda, agravado por el fenómeno de la demanda inducida por la oferta, surgiendo así la necesidad de priorizar y/o racionar porque la *demande de cuidados de salud no condicionada por el valor enfrenta una oferta de cuidados de salud condicionada por consideraciones de costos. Bajo estas condiciones la demanda por los servicios de salud suplantaré siempre su oferta* ³. En este ámbito, podemos definir priorización de los cuidados como *elecciones jerarquizadas entre alternativas de cuidados disponibles, dentro de los límites de recursos del sistema* ⁴, y racionamiento como *una política implícita o explícita que restringe medidas específicas de cuidados de salud, fundamentada por el hecho de que los costos son prohibitivos para el sistema de salud y la sociedad* ⁴.

Diversos teóricos indican varios aspectos como forma de resolver el problema de la distribución de los recursos. Conceptos como evaluación tecnológica biomédica y priorización/racionamiento de cuidados con base en variados criterios son hipótesis de resolución, a la vez que se pretende garantizar equidad al acceso y eficiencia en los resultados. De modo general, la problemática del racionamiento se puede considerar en tres vertientes: lo que racionar, quien decide el racionamiento y como racionar. Lo que priorizar debe depender de una evaluación tecnológica, la cual puede involucrar diversos métodos, como por ejemplo el recolección de datos primarios, métodos integrativos o de síntesis, análisis económica ^{5,6}, medicina basada en evidencia y la elaboración de guidelines ^{7,9}.

¿Quién decide la priorización? ¿El público, los políticos, los profesionales de salud, los gestores, los enfermos? ¿Qué factores deben considerarse? ¿Edad, calidad de vida, diagnóstico, pronóstico o el papel social del individuo? Generalmente se toman en cuenta dos tipos de racionamiento: el implícito y

el explícito. El racionamiento implícito es un proceso cerrado, poco transparente, discriminatorio, ubicado a nivel de los prestadores y evaluando caso a caso. El racionamiento explícito es un proceso abierto a la sociedad, más transparente y ubicado a nivel de los gobernantes¹⁰⁻¹³.

Callahan considera que el racionamiento se debe realizar fuera del ámbito médico y de los enfermos, basado en criterios transparentes y resultantes de deliberación democrática: *El punto-clave es que las decisiones de racionamiento deben ser tomadas a nivel político y no caso a caso*¹⁴. Otros autores consideran aún que el racionamiento explícito, al ubicarse a nivel de los gobernantes, no debe limitar la libertad del ejercicio de la medicina y debe respetar la heterogeneidad de quien necesita acceder a los recursos^{10,13}. Generalmente en los sistemas de salud públicos la decisión de acceso a los recursos recurre a criterios implícitos¹⁰. La literatura registra que los profesionales de salud también prefieren el modo implícito de racionamiento, en lugar del explícito¹⁵⁻¹⁷.

Sabik y Lie¹⁸ publicaron un estudio sobre la experiencia del racionamiento explícito en siete países (Noruega, Suecia, Israel, Holanda, Dinamarca, Nueva Zelanda, Reino Unido) y en el Estado de Oregón (EE.UU). En la práctica, el estudio demostró que todos los sistemas de salud enfrentan problemas de justicia y eficiencia en establecer prioridades para asignación de recursos. Diversos estudios han sido realizados con el fin de determinar quien debe decidir el racionamiento y como racionar los recursos, destacándose algunas conclusiones:

- 1) El público quiere participar en el proceso de decisión, pero solo con papel consultivo y no decisivo^{2,19};
- 2) Se delega a los médicos el proceso de decisión^{2,19-21};
- 3) La edad es factor fundamental a considerarse en el proceso de decisión^{22,23}, ya sea al tener como base el argumento “justa temporada” (*fair innings*)^{24,25} o al considerarse en conjunto con otras determinantes como calidad de vida, diagnóstico y pronóstico^{20,21,26};
- 4) Quien tiene enfermedades resultantes de hábitos de vida poco saludables, no se debe priorizar²¹;
- 5) Jóvenes que trabajan se puede priorizar^{20,21};
- 6) Ancianos dementes, institucionalizados, no se debe priorizar²⁷.

Método

Considerando el tema subyacente a este trabajo de investigación – los fundamentos bioéticos (en este trabajo representados por los principios éticos y política de salud) que deben estar en la base de acceso a la tecnología biomédica –, se hace fundamental especificar y delimitar el estudio, identificando el problema. Así, con base en la investigación realizada se considera que la priorización de los cuidados (los cuales, a su vez, encierran la problemática del acceso a la tecnología biomédica) debe ser efectuada y se pueden adoptar diversos aspectos para su implementación.

Teniendo en cuenta que, la tecnología biomédica es factor de gasto y que Portugal no tiene una cultura de evaluación tecnológica biomédica, existen pocos estudios relativos a este tema adaptados a la realidad portuguesa. La inquietud acerca del tema que alentó este trabajo surgió de una enfermera y, por ello, el estudio se dirigió a este público-objeto, formulándose el problema de la siguiente manera: “¿Cómo los enfermeros consideran el acceso a la tecnología biomédica desde el punto de vista bioético?”. Se pretendió alcanzar los siguientes objetivos:

- identificar los principios éticos y los factores relacionados con la política de salud, que pueden limitar o no la decisión de acceso a la tecnología biomédica;
- analizar los factores (relacionados con la política de salud o con los principios éticos) que van a estar en la base de las percepciones referidas.

Este estudio pretende saber la opinión de los enfermeros, para en la práctica contribuir con una sensibilización en estas materias, una participación social más crítica, desarrollando paralelamente el conocimiento en el ámbito de las ciencias sociales. Con base en el referencial teórico y en la problemática enunciada se formularon las siguientes cuestiones de orientación, que incluyen las variables en estudio:

- ¿por el hecho de una tecnología estar disponible se debe usarla en todos los enfermos a los cuales tienen indicación?
- ¿con relación al enfermo, será que el diagnóstico, pronóstico, edad y calidad de vida se puede determinar el acceso a la tecnología?
- ¿el éxito no previsible de la intervención debe ser criterio para decisión?
- ¿el análisis económico de la tecnología debe ser criterio para decisión?

- ¿para decidir será importante considerar los intereses de la institución, de la sociedad, de los profesionales, de los políticos o de la industria?
- ¿la voluntad del enfermo y/o de la familia debe ser criterio para la decisión?
- ¿si no debe ser usada en todos los enfermos, quién debe decidir la selección?
- ¿todos deben continuar teniendo acceso a todos los cuidados de salud?
- ¿será que los ciudadanos que no valoran su salud deben acceder a la tecnología en equidad de oportunidades?
- ¿el pago de los cuidados de salud debe mantenerse en los modelos actuales o ser cambiado?
- ¿la utilización de la tecnología debe estar dependiente de *guidelines* y de la medicina basada en evidencia?
- ¿debe haber algún tipo de evaluación previa de esa tecnología?
- ¿con relación a los enfermeros, será que el sexo, la edad, el estado civil, las habilitaciones académicas y profesionales, las funciones que desempeñan, el tiempo de ejercicio profesional y el perfil religioso influyen su posicionamiento?
- ¿el bien individual y el bien común influyen la decisión de acceso a la tecnología?

En lo que se refiere a las opciones metodológicas tomadas, y considerando los procedimientos técnicos adoptados, los objetivos, la forma de enfoque del problema y su naturaleza, el estudio realizado es del tipo descriptivo-exploratorio, cuali- cuantitativo, porque simultáneamente queremos comprender la opinión de los enfermeros (vertiente cualitativa) y la relación establecida entre las variables consideradas en el estudio (vertiente cuantitativa). Se ha puesto la recolección a disposición en línea a través del sitio de la Orden de los Enfermeros, encontrándose inscritos 64.535 enfermeros en el momento.

El muestreo es del tipo no probabilístico por conveniencia, constituida por 506 enfermeros. Este tipo de muestreo es más fácil de obtenerse, pero limita la generalización de los resultados pues no hay garantía de la representatividad de la población-objetivo. Los datos fueron recogidos utilizándose una encuesta de opinión (donde se hicieron afirmaciones en lugar de preguntas), con base en escala de Likert. La escala se constituía por una puntuación de 1 (en desacuerdo completamente) a 10 (de acuerdo completamente). Las afirmaciones se han agrupado considerando dos principales dimensio-

nes: la “política de salud” y los “principios éticos”. En todas las afirmaciones posibles consideramos la bivalencia entre el “poder” y el “deber”, con base en la cuestión si “todo lo que se puede hacer, se debe hacer”.

Así, en la primera dimensión designada por “política de salud”, atendemos a aspectos como: quien debe decidir el acceso a la tecnología (profesionales, políticos, ciudadanos, instituciones, industria); como debe ser decidido el acceso (con base en la edad, diagnóstico, pronóstico, calidad de vida, *estatus* social, intereses de los intervinientes); a qué acceder, considerando métodos de evaluación tecnológica, resultados resultantes de la utilización, mantenimiento o no del financiamiento del sistema de salud vigente y la universalidad en el acceso. En la segunda dimensión, relativa a los “principios éticos”, consideramos: la eutanasia; la distanasia y futilidad terapéutica; la ortotanasia; el postergar de la muerte; la beneficencia y la no maleficencia; el paternalismo médico, la autonomía del enfermo *versus* familia, la justicia distributiva y el conflicto del bien individual *versus* el bien común.

El tratamiento estadístico de los datos fue realizado por el programa SPSS 17,0. En el procesamiento y análisis de los datos obtenidos se utilizó la estadística descriptiva para caracterizar el muestreo. El análisis factorial exploratoria fue aplicado para identificar las variables latentes. La consistencia interna de los factores fue evaluada por el alfa de Cronbach.

El análisis fue complementado por técnicas no paramétricas: test de Mann-Whitney, test de Wilcoxon, test de Kruskal-Wallis. También se usó el coeficiente de correlación de Spearman en las medidas de asociación para variables ordinales.

Resultados

En lo que respecta a la caracterización del muestreo, se han obtenido los siguientes resultados:

- mayoritariamente femenina, en la orden del 79,4%;
- más de 50% de los enfermeros del muestreo presentan edades comprendidas entre los 22 y los 37 años, lo que refleja la existencia de equipos jóvenes;
- la mayoría de los enfermeros está casada y es católica;
- la mayoría de los enfermeros está vinculada al ejercicio práctico de la profesión (86,8%) y los res-

tantes 13,2% desarrollan actividades en el área de gestión;

- con formación post-base (especializaciones, post-gradados, maestrías) encontramos 43,3% de los enfermeros, y los restantes 56,7% tienen solamente la formación base;
- El tiempo de ejercicio profesional presenta el promedio de 11 años;
- relativamente al área de actividad, el 50,6% de los enfermeros pertenecen al área quirúrgica y de cuidados intensivos, seguida por los enfermeros del área médica, con el 23,9%.

Considerando que las afirmaciones (o ítems) que constituían la encuesta eran en número elevado y representaban opiniones, se ha recurrido al análisis factorial, de manera a determinar las variables latentes (o factores) subyacentes en cada dimensión. En la primera dimensión, designada por “política de salud”, de las 36 afirmaciones consideradas tres fueron excluidas por no tener peso estadístico y 33 fueron agrupadas en seis factores:

- 1) Evaluación tecnológica – la elección del término resulta del hecho de subyacente a la agrupación de las variables si encuentran aspectos relacionados con la evaluación tecnológica biomédica;
- 2) Sobrevida del enfermo – esta designación surgió porque el diagnóstico, el pronóstico y la calidad de vida pueden sugerir la posibilidad de previsión de la supervivencia del enfermo y contribuir para decidir el acceso a la tecnología en la perspectiva de política de salud;
- 3) Como racionar el acceso a la tecnología – esta terminología resulta del hecho de las variables agrupadas poder ser usadas como criterio de racionamiento en el acceso a la tecnología en una perspectiva de política de salud;
- 4) Universalidad en el acceso – este término vinculase a aspectos relacionados con el financiamiento de los cuidados de salud y con la garantía de acceso de todos los ciudadanos;
- 5) Resultados de la utilización tecnológica – la opción por este término está relacionada con las variables agrupadas que nos dirigen a aspectos relativos a la utilización de la tecnología y, en particular, los resultados resultantes de ahí;
- 6) Quien decide el acceso – esta designación está relacionada con los intereses que algunos intervinientes en el proceso de acceso a la tecnología puedan presentar bajo una perspectiva de política de salud.

En la segunda dimensión, relativa a los “principios éticos”, de las 20 afirmaciones consideradas dos se excluyeron por no tener peso estadístico y 18 fueron agrupadas en seis factores:

- 1) Distanasia – la elección de este término resulta del hecho de subyacente a la agrupación de las variables si encuentran aspectos relacionados con la obstinación terapéutica y consecuentemente el fomento de la distanasia resultante del uso de la tecnología;
- 2) Justicia distributiva – “qué dar”, esta designación surgió porque la junción de las variables direcciona para los recursos que deben ser o no dados a todos o solo a algunos;
- 3) Autonomía en el acceso – esta terminología resulta del hecho de las variables agrupadas estar relacionadas con el ejercicio de la autonomía en el acceso a la tecnología, sin indicación del uso de esa misma tecnología;
- 4) Justicia distributiva – “quién decide”, este término se vincula con aspectos relacionados con la decisión de acceso a la tecnología en una perspectiva de justicia y considerando algunos de los intervinientes en el proceso;
- 5) Paternalismo/beneficencia – la opción por este término está relacionada con las variables agrupadas que direccionan para aspectos relativos a la toma de decisión por parte de los profesionales teniendo como base lo que consideran ser lo mejor para el enfermo;
- 6) Bien común/bien individual – esta designación resulta de haberse agrupado los dos ítems referentes al bien individual y al bien común, en una vertiente de priorización.

La prueba de Mann-Whitney consideró el valor de p para dos muestras independientes, ante los valores del promedio y de la desviación estándar de los factores y las siguientes variables: sexo, estado civil, formación base y post base, tener o no religión, ejercer en el área de la gestión o en la práctica de cuidados. El teste de Wilcoxon consideró el valor de p para dos muestras emparejadas, ante los valores del promedio y de la desviación estándar de la diferencia entre el “poder” y el “deber” en las afirmaciones relativas al “diagnóstico”, “pronóstico”, “calidad de vida” y “opinión del profesional”. La prueba de Kruskal-Wallis consideró el valor de p para seis muestras independientes, ante los valores del promedio y de la desviación estándar de los factores y las áreas de actividad donde los enfermeros ejercen el trabajo: hospitalización médica, hospitalización quirúrgica, cuidados intensivos/intermedios, urgencia, bloque

operatorio y otros). También se usó el coeficiente de correlación de Spearman en las medidas de asociación para variables ordinales (correlacionó los 12 factores obtenidos entre sí y los factores con las variables edad y tiempo de ejercicio profesional).

Todas las variables demográficas como el sexo, edad, estado civil, habilitaciones académicas/profesionales, funciones actuales, tiempo de ejercicio profesional y área de actividad demostraron influencia en el estudio, a la excepción de la religión.

Discusión

La evaluación tecnológica biomédica fue factor transversal, con peso estadístico en todas las vertientes analizadas; los enfermeros acuerdan que se la realice, lo que corrobora la importancia que la literatura le atribuye. Tener en consideración los resultados de la utilización tecnológica también ha sido un factor estadísticamente significativo en la mayoría de los aspectos considerados, por lo que en conjunto con la evaluación tecnológica pueden validar las decisiones que en política de la salud se tomen acerca de qué tecnología utilizar.

La necesidad de fundamentar las decisiones en materia de tecnología a proporcionar debe ser una preocupación política en la actualidad. Barros dice que *la innovación tecnológica permanente coloca el reto, también él constante, de saber cuándo debe ser adoptada y utilizada... De ahí la necesidad de una evaluación criteriosa de la adopción de esas nuevas tecnologías y de la decisión de su utilización en cada caso particular*²⁸.

Al correlacionar los 12 factores entre sí de acuerdo con el coeficiente de Spearman obtuvimos la opinión de los enfermeros sobre la situación en análisis. Los enfermeros no están de acuerdo con que el uso de la tecnología fomente la distanacia. Al evaluar la tecnología y al considerar sus resultados es esperado que no se pretenda la distanacia, no solo por el sufrimiento que causa al enfermo, pero también por la utilización desnecesaria de recursos, sin beneficios y con costos elevados a diferentes niveles (personales, familiares, sociales, económicos).

Conviene, sin embargo, acordar que la tecnología, por sí misma, no puede ser responsabilizada por la práctica de la distanacia, puesto que depende del buen o mal uso que le dan. Lo que se espera es que los profesionales, cuando la utilizan, sirvan a los mejores intereses del enfermo con base en los principios de la beneficencia y no maleficencia, evaluando los resultados que obtienen con su utilización y

saber parar cuando eso se demuestra indicado, eso es, el tratamiento revelarse fútil.

Como señala Pessini: *La vida humana es un bien fundamental, pero no un valor absoluto. Esta tradición busca rescatar la dignidad humana que integra la muerte en la vida. La negación de la muerte abre las puertas para la obstinación terapéutica. Existe una fuerte conciencia de límite de inversiones terapéuticas. De ahí nacen la sabiduría y la necesidad de discernimiento de cuales sean las inversiones terapéuticas que no honran la dignidad del ser humano*²⁹.

Los enfermeros acuerdan con la decisión de acceso a la tecnología con base en indicadores de la supervivencia del enfermo, tales como el diagnóstico, el pronóstico y la calidad de vida, pero refutan que situaciones de enfermedades crónicas, enfermedades raras, fase terminal, determinadas patologías o la edad sirvan de justificativa para limitar esa misma decisión. Cuando los enfermeros desacuerdan con las situaciones referidas limitan el acceso a la tecnología probablemente imaginan una forma de discriminación.

Esa discriminación puede resultar del hecho de que esos individuos no sean productivos, sean consumidores de recursos escasos y costosos y poder ser considerados como un "peso" para la sociedad. Pero, si asociamos esos criterios a aspectos como el diagnóstico, pronóstico y calidad de vida, aceptos por los enfermeros, a lo mejor ya no se los consideren discriminatorios, pero se espera que configuren una decisión justificada en los principios éticos y en el respeto por la dignidad humana.

En la fundamentación teórica, la edad del enfermo es indicada como criterio importante para racionar el acceso a la tecnología. Autores como Daniels y Callahan consideran que la edad es factor individual, que debe pesar desde el punto de vista social. Disminuir la muerte en edades jóvenes y no prolongar la vida de los ancianos, sino aliviar el sufrimiento, son conceptos que atienden al bien común, teniendo la atención como bien individual.

Hans Jonas también defiende que los ancianos deben dar lugar a los nuevos, porque si suprimiéramos la muerte suprimiríamos también la procreación: *En este empezar una y otra vez, que solo se puede lograr a través del cambio de una y otra vez acabar, podría muy bien radicar la esperanza de la humanidad, su mecanismo de defensa para no caer en el tedio y en la rutina, su oportunidad de preservar la espontaneidad de la vida*³⁰.

De acuerdo con Jonas, la existencia de un mundo de ancianos, sin juventud, solo llevaría a la

acumulación de experiencia prolongada, no permitiría el privilegio de contemplar el mundo por primera vez, deslumbrarse ante el desconocido, tener la curiosidad propia de los niños y, de esa manera, tornar posible que el conocimiento progrese en una búsqueda permanente, en una sed constante de querer saber cada vez más, como si nunca tuviéramos superado la fase del “¿por qué?”.

Igualmente, Maynard y Williams²³, con el argumento del “*fair innings*”, justifican el racionamiento con base en la edad. Nos parece, ante lo expuesto, que la prolongación de la vejez no debe ser objetivo a alcanzarse, sino la realidad confrontarnos con el opuesto, pues el promedio de tiempo de vida aumenta, el número de nacimientos disminuye, crece el número de ancianos en la sociedad, intensificando el problema de las enfermedades crónicas y degenerativas. Los enfermeros están en desacuerdo de que la edad sea factor determinante para acceder a la tecnología, pero nos parece que tal factor, al ser asociado a las enfermedades raras, enfermedades crónicas, patologías y fase terminal como que no deban ser limitativas en la decisión de acceso, solo está salvaguardando la igualdad de oportunidades y la posibilidad de combinar con otros factores para, en conjunto, decidir sobre el acceso a la tecnología.

Otro planteo pretendía averiguar si el acceso a la tecnología debe depender de los intereses de las instituciones, de los profesionales, de la industria promotora o de los políticos. Los enfermeros están de acuerdo con esa perspectiva. Igualmente discuerdan que, bajo el punto de vista de justicia distributiva, puedan ser los ciudadanos, los gestores de las instituciones o los políticos quienes decidan lo qué dar y a quién dar en materia de salud. Sin embargo, están de acuerdo que para tener acceso a la tecnología la opinión del profesional sea considerada, tomando como base el mejor para el enfermo. En ese posicionamiento encontramos la validación del ejercicio del paternalismo, reforzando la responsabilidad de las decisiones en materia de salud que daren a cargo de los profesionales.

Los enfermeros están de acuerdo con la universalidad en el acceso a la tecnología, la cual también debe considerar los resultados de su utilización y la opinión del profesional con base en lo que sea mejor al paciente. En materia de justicia distributiva, los encuestados acordaron de manera un poco marcada con lo de dar todo a todos. Esto puede resultar del hecho de no existir opinión formada entre esa clase profesional cuanto a lo que sea la justa distribución de los recursos, sobre lo que se debe dar y a quien es necesario dar.

Las cuestiones relativas al financiamiento de los servicios de salud con posibilidad de mantener o cambiar el modo de financiamiento no fueron evaluadas porque no tuvieron peso estadístico. Podemos especular que esto resulta del hecho de que los enfermeros no consideraron haber pensado en otro tipo de financiamiento, o bien pensaron en el asunto, pero no lograron tener opinión concreta sobre qué cambiar.

Igualmente, no tuvo peso estadístico la posibilidad del ciudadano que no valora su salud no poder acceder a la tecnología en igualdad de oportunidades. Posiblemente las opiniones se dispersaron entre los que consideraban que la responsabilidad personal debía pesar en la decisión de acceso a los cuidados de salud pagados con el dinero público y los que consideraban que, tomando como base la libertad de decisión individual, tal actitud no debe ser limitadora de acceso a los cuidados.

En relación a la cuestión de la voluntad del enfermo y/o familia ser considerada para la decisión, los enfermeros entienden que cuando no hay indicación no debe haber acceso, aunque el tratamiento sea pagado por el paciente. Tal posición parece dejar clara la prevalencia de los principios de la beneficencia y no maleficencia sobre el de la autonomía, evitando la ocurrencia de la futilidad o desperdicio, aunque estos ocurran como consecuencia del ejercicio de la autonomía del enfermo o de la voluntad de la familia. Demuestra, también, que los enfermeros consideran que tomar como parámetro únicamente la voluntad de la familia siempre se considera decisión complicada, pues no se debe olvidar que puede no exentarse de conflicto de intereses. El acceso a la tecnología, cuando esta no tiene indicación y sobre todo en situaciones de tratamiento, puede camuflar la necesidad de prolongar la vida del enfermo para preservar intereses de terceros.

Cuando los enfermeros discuerdan que el enfermo o la familia paguen por el acceso a la tecnología cuando no hay indicación, solo están considerando la perspectiva del usuario, pero si ponderamos el mercado de la salud y la perspectiva del proveedor, es legítimo que consuman productos si así lo prefieren. El principal objetivo de las empresas es tener ganancias, cualquier que sea su sector de negocio – u el de la salud no es distinto. La publicidad a productos farmacéuticos, dispositivos médicos y medios de diagnóstico son ejemplo de eso, así como el fenómeno de la “mercantilización de la enfermedad” (*disease mongering*). Nos parece que los enfermeros no están despiertos para esta vertiente del consumo que puede existir en el mercado de la salud.

Este hecho es importante pues los profesionales de salud son agentes educadores, pudiendo aconsejar los ciudadanos acerca de qué los favorece o no relativamente al qué se les fornece por las empresas, eso es, desde que ellos propios no tengan conflictos de interés en la adquisición de esos productos, o enfrenten situaciones de práctica de la medicina defensiva o presión de terceros.

El factor “bien común/ bien individual” pretendía indicar cuál sería la perspectiva de los enfermeros acerca del bien más valorado para acceder a la tecnología biomédica, con el objetivo de la justa distribución de los recursos. Aunque de manera muy poco marcada, los enfermeros acordaron con el bien individual y discordaron del bien común. Este hecho nos remete hacia una política do primado del ser humano, pues no se puede olvidar que es *la persona singular o individual que es portadora del sentido ético de su existencia... las finalidades de la comunidad política y del estado son otras que no las de existencia ética singular y personal*³¹. Así, en el caso de conflicto entre la finalidad política y la finalidad ética personal, es esta que debe predominar, pues no son las personas que sirven la política, pero la política es que debe servir a las personas.

Como dice Renaud³⁰, esa situación no significa que el Estado no pueda exigir sacrificios a las personas en vista el bien común entendido como bien individual, pero en la práctica va a representar un sacrificio consentido por los propios ciudadanos, para provecho de otros y con base en una decisión política. Arbitrar ese dilema entre bien individual y bien común no es tarea fácil, es un papel que puede ser asumido por los varios intervinientes ya referidos, como los políticos, ciudadanos, industria promotora de la tecnología en salud, profesionales de salud, instituciones de salud, enfermos y gestores.

Considerando el panorama de crisis económica que Europa pasa, y en particular Portugal, la discordancia de los enfermeros relativamente al consumo desnecesario de recursos y el dilema entre bien individual y común refleja una preocupación ética de equidad y futilidad, dado que los costos individuales se reflejan obligatoriamente en el colectivo, debiendo, por ello, ponderarse las decisiones para garantizar una justa asignación de recursos.

Todavía según el mismo autor, *en muchos casos el bien de las personas es una otra forma de ‘bien común’, en el sentido de un bien compartido por un grupo de personas consideradas aislada-mente. En numerosos casos, el bien común – o bien de la institución – se encuentra en conflicto con el bien social o bien de las personas, no con el bien de*

*una persona, sino con el bien de varias o de todas las personas consideradas individualmente. La vida económica presenta muchos casos de este estilo*³².

Conciliar los dos mencionados bienes no siempre es posible, por lo que se espera que las decisiones que se han de tomar en ese sentido consagren el respeto incondicional por el ser humano, ya sea de forma directa o indirecta, pero teniendo en cuenta que probablemente algún “precio” deberá pagarse, esto es, entre dos males elegir el mal menor, como aconseja Aristóteles.

Los aspectos relativos a la tecnología biomédica a menudo suscitan la duda si todo lo que podemos hacer efectivamente debemos hacerlo. Se intentó abordar esa cuestión en este trabajo en relación a variables que podían influir en la evaluación de los profesionales de salud, tales como: edad del enfermo, diagnóstico, pronóstico, calidad de vida y opinión del profesional con base en lo que es mejor para el enfermo. Relativamente a la edad, el “puede” fue eliminado en el pre-test, considerando los enfermeros que la edad del enfermo no debe ser determinante para el acceso a la tecnología. De acuerdo con la prueba de Wilcoxon, la calidad de vida y la opinión del profesional “pueden” y “deben” ser determinantes. El diagnóstico y el pronóstico “pueden” pero no “deben” ser determinantes. Analizando esos posicionamientos, el deber como poder para actuar de acuerdo con la conciencia ética está explícito en las respuestas, porque en las situaciones en que el poder es reconocido para ser practicado es prevenido por el “deber” asociado.

Las demás pruebas estadísticas realizadas permitieron complementar el análisis del estudio. La religión proferida por los enfermeros no demostró influenciar el estudio. Pese la bibliografía no referir nada sobre este aspecto, el mismo no podía ser olvidado porque la religión teóricamente integra la interioridad del individuo e, incluso para los que no tienen religión, queda la espiritualidad presente en todos los seres humanos. La edad y el tiempo de ejercicio profesional influyeron el estudio. Consideramos que el tiempo y el acumulo de experiencias vividas pueden condicionar la visión del problema en análisis. El sexo demostró influenciar igualmente el estudio, lo que puede ser debido a las diferencias biológicas y genéticas inherentes, y a otros factores extrínsecos como la educación, el papel social, la cultura y la formación, los cuales podrán conducir la diferentes formas de ver el mismo problema.

La influencia del estado civil en la perspectiva de los enfermeros sobre el acceso a la tecnología puede relacionarse con el pensar a dos o pensar individual-

mente. Dependiendo de la relación de acercamiento que se tiene con alguien en el ámbito de los afectos, el análisis de las situaciones va a influenciarse por las opiniones de ese otro, que al ejercer el contrapunto dialéctico puede establecer la diferencia. Los niveles de formación (base o post-base), las funciones que desempeñan (área de la gestión o práctica de los cuidados) y áreas de actividad donde las ejercen también demostraron influir el estudio. Una vez más la experiencia, la formación y los conocimientos obtenidos con la formación o con la propia experiencia pueden condicionar el análisis de las situaciones.

Consideraciones finales

Podemos comprobar que los enfermeros consideraron que la universalidad en el acceso a los cuidados de salud, la garantía de la igualdad de oportunidades y la no discriminación de enfermos son aspectos fundamentales a atender en la decisión de acceso a la tecnología y en un contexto de política de salud. Este posicionamiento se ajusta en los pilares que fundamentan el servicio nacional de salud portugués. La discriminación de los enfermos puede ser una forma de racionamiento explícito, pero los enfermeros, pese al argumento de la edad, estilo de vida u otros, no lo aceptaron, agregado al hecho de ser anticonstitucional en Portugal.

Un otro pilar igualmente importante es el de la gratuidad de esos servicios, y este aspecto presentemente está en riesgo por los gastos que son generados y por la dificultad de financiamiento que el país está pasando. Ante esa problemática, los enfermeros no demostraron opinión formada acerca el financiamiento que se debe adoptar y si se debe cambiar. Paralelamente, la política de acceso a los cuidados ha sido “dar todo a todos” y los enfermeros, a pesar del posicionamiento poco marcado, consideran que ese debe mantenerse. Tal situación puede reflejar una despreocupación porque como todo es facultado sin haber necesidad de limitar, torna más fácil prestar los cuidados pues quien debe decidir acerca de lo qué hacer no tiene limitaciones. Si hubiera límites les obligaba en cierta medida a fundamentar las decisiones tomadas, justificando los consumos resultantes y responsabilizando los que toman las decisiones por la relación consumo *versus* resultados obtenidos.

El rango de edad de los encuestados es joven, en su práctica nunca conocieron otra realidad y, no solo a nivel de formación profesional sino en términos de ciudadanía, nunca se sensibilizaron a las

cuestiones relacionadas con el financiamiento de los varios sectores del país. Este hecho es importante, pues los enfermeros son prestadores de cuidados, pero también consumidores de recursos. Si en esta dualidad no consiguen tener ideas definidas acerca de lo que dar, a quién dar, cómo dar y cuál la mejor forma de financiamiento, esa dificultad se agudiza con la gran parte de los ciudadanos, dificultando la toma de decisión en un contexto ético, pero que también se presume democrático a través de la opinión pública.

Bajo el punto de vista de principios éticos, el ejercicio de la autonomía del enfermo no está garantizado aunque quiera pagar tratamientos desnecesarios. Por una parte, prevalece el paternalismo, siendo la beneficencia y no maleficencia evaluadas según la visión del profesional con base en lo que considera mejor para el enfermo. Por otra, también está clara la prevención de la futilidad y de la distanacia, aunque él mismo lo pretenda. El hecho del bien individual tener prioridad acerca del bien común sigue las líneas orientadoras de la política portuguesa y del financiamiento en vigor.

Continuamente se proporciona mucha tecnología, de la cual los enfermeros son usuarios y no son llamados a participar para opinar sobre la relevancia de su adquisición. Los enfermeros constituyen un grupo profesional organizado, con saber propio, pero también complementar e interdependiente, por lo que debería ser incrementada su participación en comisiones o grupos multidisciplinarios, nombrados, para evaluar la nueva tecnología biomédica a proveerse en el mercado.

Cuando una nueva tecnología llega al mercado, una importante cuestión es qué aportes en la salud realmente comprende y qué análisis económico se realizó para justificar ser financiada por el dinero público, teniendo en cuenta la capacidad económica del país. Teniendo eso en cuenta, es esencial la existencia, en el ámbito de cada país, de entidades que realicen esas evaluaciones. Dichas entidades deben estar acreditadas y constituidas por *expertos* con conocimientos técnicos y científicos, sin connotaciones políticas y sin conflictos de interés. Sería igualmente importante compartir los resultados con las organizaciones internacionales que desde hace varios años desarrollaron ese tipo de actividad, permitiendo un beneficio mutuo con el fin de maximizar los resultados obtenidos. Sin embargo, no basta la existencia de ese tipo de entidades, se hace imprescindible implementar mecanismos de control efectivo y la responsabilidad legal, relativamente a las directrices que se puedan emanar de ahí.

Los profesionales del área de la salud deberían ser sensibilizados a esta temática del acceso a la tecnología biomédica. La promoción de discusiones abiertas sobre esos asuntos deberían ser ponderadas y los respectivos Organismos profesionales deberían tener un papel más activo en asumir esta responsabilidad. Igualmente, los programas a nivel de enseñanza básica y de post-grado de los cursos vinculados a la salud deberían incluir o reforzar temáticas relacionadas con esa problemática.

No sabemos si será posible continuar a “dar todo a todos”, pero también no es ese el paradigma de la justicia distributiva. Aristóteles defiende que la

justicia trata igual a los iguales y desigual a los desiguales, por lo que la justa distribución de los bienes respeta el principio de la proporción. Tal vez sea fundamental repensar lo que dar, a quién dar y cómo dar, así como se debe o no cambiar los modelos de financiamiento del servicio nacional de salud portugués. Cuando Kant afirma que el hombre no es un medio para el uso de cualquier voluntad, sino un fin en sí mismo, define el límite donde acaba el poder y empieza el deber, eso es, cuando nuevas políticas de salud puedan llegar a ser implementadas hay que hacerlo en el respeto por la dignidad humana y solidaridad entre las personas.

Referencias

1. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PLOS Med.* 2006;3(4):e191. doi:10.1371/journal.pmed.0030191
2. Pinho MM, Veiga P. Racionamento dos cuidados de saúde e a participação da sociedade: revisão do debate. *Rev Port Sau Pub.* 2010;28(2):119-26.
3. Pinho MM. Fórum: racionamento dos cuidados de saúde: introdução. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(3):687-9.
4. Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(3):696-701.
5. Szczepura A, Kankaanpää J, editores. *Assessment of health care technologies: case studies, key concepts and strategic issues.* England: John Wiley & Sons; 1996.
6. Goodman C. HTA 101: introduction to health technology assessment. [Internet]. Bethesda: National Library of Medicine; 2004 (acesso 14 fev. 2011). Disponível: <http://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/hta101.pdf>
7. Leys M. Health care policy: qualitative evidence and health technology assessment. *Health Policy.* 2003;65(3):217-26.
8. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ.* 1995;310:1.122-6.
9. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996;312:71.
10. Pinho MM. Racionamento dos cuidados de saúde: problemática inerente. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(3):690-5.
11. Holm S. "Socialized medicine", resource allocation and two-tiered health care: the Danish experience. *J Med Philos.* 1995;20(6):631-7.
12. Mechanic D. Dilemmas in rationing health care services: the case for implicit rationing. *BMJ.* 1995;310:1.655-9.
13. Tragakes E, Vienonen M. Key issues in rationing and priority setting for health care services. Copenhagen: WHO; 1998.
14. Callahan D. Rationing: theory, politics, and passions. *Hastings Cent Rep.* 2011;41(2):23-7.
15. Strech D, Persad G, Marckmann G, Danis M. Are physicians willing to ration health care? Conflicting findings in a systematic review of survey research. *Health Policy.* 2009;90(2-3):113-24.
16. Evans TW, Nava S, Mata GV, Guidet B, Estenssoro E, Fowler R et al. Critical care rationing: international comparisons. *Chest.* 2011;140(6):1.618-24.
17. Hurst SA, Hull SC, DuVal G, Danis M. Physicians' responses to resource constraints. *Arch Intern Med.* 2005;165(6):639-44.
18. Sabik L, Lie R. Priority setting in health care: lessons from the experience of eight countries. *Int J Equity Health.* 2008;7(4). doi: 10.1186/1475-9276-7-4
19. Botelho A, Pinho MM, Veiga P. Who and how should participate in health care priority setting? Evidence from a portuguese survey. Lisboa: Universidade do Minho; 2011. (Working Paper Series; 43)
20. Mossialos E, King D. Citizens and rationing: analysis of a european survey. *Health Policy.* 1999;49(1-2):75-135.
21. Werntoft E, Edberg AK, Rooke L, Hermerén G, Elmståhl S, Hallberg IR. Older people's views of prioritization in health care: the applicability of an interview study. *J Clin Nurs.* 2005;14(8b):64-74.
22. Daniels N. Justice between adjacent generations: further thoughts. *Journal of Political Philosophy.* 2008;16(4):475-94.
23. Callahan D. Setting limits: medical goals in an aging society with "a response to my critics". Washington: Georgetown University Press; 1995.

24. Maynard A. Rationing health care. *BMJ*. 1996;313(7.071):1.499.
25. Williams A. Rationing health care by age: the case against for. *BMJ*. 1997;314:822. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.314.7083.822>
26. Fleck LM. Just caring: in defence of limited age-based healthcare rationing. *Camb Q Healthc Ethics*. 2010;19(1):27-37.
27. Ryyänen OP, Myllykangas M, Kinnunen J, Halonen P, Takala J. Priorization attitudes among doctors and nurses examined by a scenario method. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16(1):92-9.
28. Fernandes JV, Barros PP, Fernandes AC. Três olhares sobre o futuro da saúde em Portugal. Cascais: Princípiã; 2011. p. 104.
29. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2007. p. 430.
30. Jonas H. El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Editorial Herder; 1995. p. 202.
31. Renaud M. A tensão entre o bem da pessoa e o bem comum. *Cadernos de Bioética*. 1996;11:9-16.
32. Renaud M. Op. cit. p. 15.

Recibido: 12. 9.2013

Revisado: 8.11.2013

Aprobado: 12. 2.2014