

Ensayos

Medwave 2017 Nov-Dic;17(9):7105 doi: 10.5867/medwave.2017.09.7105

¿Tiene el médico el deber moral de trabajar en el sector público de salud? Consideraciones éticas sobre las obligaciones sociales del médico

Do doctors have a moral duty to work in the public health sector? Ethical considerations regarding the social obligations of medicine

Autores: Bernardo Aguilera Dreyse[1,2], Gonzalo López Gaete[1]

Filiación:

[1] Centro de Bioética, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

[2] Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

E-mail: baquilera@udd.cl

Citación: Aguilera Dreyse B, López Gaete G. Do doctors have a moral duty to work in the public health sector? Ethical considerations regarding the social obligations of medicine. *Medwave* 2017 Nov-Dic;17(9):7105 doi: 10.5867/medwave.2017.09.7105

Fecha de envío: 12/10/2017

Fecha de aceptación: 20/11/2017

Fecha de publicación: 22/12/2017

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por tres pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave: social obligations, medical virtues, public sector, health resources, professional ethics

Resumen

El presente artículo discute si los médicos tienen obligaciones sociales, y si de éstas se puede desprender un deber moral de trabajar en el sector público de salud. La discusión se sitúa en el marco del sistema de salud chileno en tanto presenta una desigual distribución de médicos en desmedro del sector público de salud, lo cual confiere especial relevancia al tema en cuestión. Tras evaluar argumentos procedentes de distintas teorías éticas y de la evidencia empírica, se concluye que el médico tiene obligaciones sociales en relación con una repartición justa de los recursos sanitarios, y que la excelencia profesional debiera incorporar el cultivo de virtudes orientadas a una mayor justicia social. Asimismo, se plantea que el deber moral de trabajar en el sector público de salud se sitúa en un plano de obligaciones prima facie que admiten excepciones y la posibilidad de conflicto con otras obligaciones profesionales.

Abstract

This article discusses whether physicians have social obligations and whether these obligations imply a moral duty to work in the public sector. The article focuses on the context of the Chilean health system, which has an unequal distribution of physicians to the detriment of the public sector, thus making the issue a particularly pressing one. After addressing arguments from different ethical theories and some empirical evidence, the article concludes that the physician has some social obligations in relation to a fair distribution of health resources, and that professional excellence should incorporate cultivating virtues related to social justice. In addition, it is argued that the moral duty to work in the public sector can be placed in the context of prima facie obligations which admit exceptions and allow the possibility of conflict with other professional obligations.

Introducción al debate y su extrapolación al contexto de Chile

En un comentario reciente publicado en el influyente *British Medical Journal*, titulado "La práctica privada no es ética— y los médicos debiesen abandonarla" [1], el cardiólogo inglés John Dean ha incitado al debate sobre un tema incómodo pero importante para la reflexión acerca de la profesión médica y su rol social. Desde su punto de vista, la medicina privada es poco ética debido a que se organiza en función del dinero y no desde las necesidades de los pacientes ni de la sociedad. En el presente artículo, evaluamos los argumentos de Dean y su aplicabilidad en el contexto chileno. Su finalidad es examinar si los médicos tienen obligaciones que hagan éticamente cuestionable que desarrollen su labor en el sector privado, y si de esto se puede desprender un deber moral de trabajar en el sector público de salud.

Es importante señalar que el mencionado comentario se enmarca bajo el contexto del sistema de salud inglés que, al igual que el de otros países desarrollados, presenta altos niveles de desempeño respecto a calidad de atención, acceso, eficiencia y equidad [2]. En cambio, el sistema público de salud chileno (representado por el Fondo Nacional de Salud), pese a tener una amplia cobertura, presenta pobres indicadores de equidad. En este aspecto es particularmente llamativa la desigual distribución de médicos entre los sectores público y privado de salud. Teniendo Chile una proporción de médicos relativamente baja en relación con otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la disponibilidad de médicos especialistas en el sector público es de un 46,6% [3]. Esta situación genera desigualdad por cuanto el sector público abarca aproximadamente al 80% de la población y concentra a aquellos con mayor necesidad de atención médica (más pobres, adultos mayores y mujeres en edad fértil) [4],[5].

Otra particularidad del caso chileno es que el sector privado ofrece incentivos entre los que se cuentan mejores ingresos, infraestructura y condiciones favorables para el desarrollo profesional. Sin lugar a dudas esto explica, al menos en parte, la migración de médicos al sector privado, que se estima en un 50% a los dos años de haber finalizado su formación como especialista [6]. Si bien en sociedades de orientación liberal como la nuestra, el médico posee el derecho a elegir libremente el lugar donde desempeñarse profesionalmente. Esto no exime de responsabilidad ética a la decisión de trabajar en un sistema de salud u otro. Consideramos que dada la realidad del sistema de salud chileno, resulta especialmente relevante reflexionar sobre esta decisión y sus implicancias.

En búsqueda del bien interno de la profesión médica

El principal argumento de Dean apunta a cuestionar la asociación de la medicina con los negocios, por cuanto incentivaría al médico a privilegiar las ganancias por sobre la salud de sus pacientes. Este argumento adquiere sentido bajo el planteamiento de que la medicina, como toda

actividad, se orienta hacia un bien interno que define su identidad y estándar de excelencia [7]. Este bien interno ha sido, desde los tiempos de Hipócrates, restablecer la salud y aliviar el dolor del paciente. El argumento sostiene, entonces, que cuando el médico comienza a buscar bienes externos tales como el dinero, el prestigio profesional o la fama, corrompe su actividad profesional al punto de olvidar el sentido de su profesión y dejar de ser un buen médico, con la subsecuente pérdida de legitimidad social [8].

Resulta interesante notar que, si el bien interno de la medicina se formula en torno a virtudes propias de la relación médico-paciente, la práctica privada podría ser vista como compatible e incluso más favorable para la realización profesional. Sería este el caso de médicos que pese a orientar su atención a segmentos de la población con mayores recursos y menor necesidad, tratan a sus pacientes con genuino interés y altos estándares de calidad [9]. Esto nos conduce a preguntarnos si el bien interno de la medicina se limita a procurar el bienestar del paciente o si, además, incluye un compromiso social más amplio, orientado al bien general de la población.

Aunque existe consenso en reconocer que el bien interno de la medicina se orienta principalmente hacia el paciente, autores como Pellegrino y Thomasma [10], incorporan virtudes con orientación social tales como justicia, compasión y desprendimiento altruista. En este sentido, dice Pellegrino, "para el médico virtuoso que aspira a la excelencia en la vida moral, el conocimiento médico, sin embargo, no es de su propiedad. Éste es conservado y administrado en función de quienes lo necesitan y no tan sólo para aquellos que pueden pagar" [10]. Estas ideas encuentran eco en el proyecto interdisciplinario "Los fines de la medicina" del prestigioso Hastings Center, cuyo documento advierte que "los riesgos del mercado incluyen la introducción de una serie de valores económicos ajenos a la medicina, cuyos fines inherentes han sido históricamente filantrópicos y altruistas, no comerciales" [11].

Otras declaraciones conjuntas de organizaciones y agrupaciones de médicos han mostrado un compromiso más explícito con la justicia social en salud. Por ejemplo, el año 2002 la iniciativa internacional "Proyecto para el profesionalismo médico" emitió un documento que establece entre los tres principios fundamentales de la profesión un "principio de justicia social", que exige al médico participar activamente en la promoción de un sistema de salud más justo y equitativo [12]. Aún con mayor énfasis, el Manual de Ética de la Asociación Médica Mundial plantea la necesidad de una perspectiva más social en la asignación de recursos, dentro de la cual "el médico no sólo es responsable de sus propios pacientes, sino que en cierta medida de los demás también" [13]. Es importante destacar que estos documentos pueden considerarse vinculantes para los facultativos chilenos, ya que han sido incorporados como apéndices en la última edición del Código de Ética del Colegio Médico de Chile [14].

El médico y la práctica privada

Otro argumento esgrimido por Dean sugiere que el desarrollo del sector privado de salud perjudica al sector público, debido al desvío de valiosos recursos hacia el privado. Esta idea puede extrapolarse al contexto chileno, donde como hemos visto existe una desproporcionada concentración de especialistas médicos en el sector privado. Sin embargo, se podría replicar que el argumento es poco convincente por cuanto presume, sin justificación, una valoración del sistema público por sobre el privado de salud. Después de todo, la migración de médicos al sector privado no tendría por qué ser negativa *per se*, cabiendo la posibilidad de que la privatización de los servicios sanitarios tenga resultados favorables para la población general, como según algunos sería el caso tras la privatización de otros servicios públicos en Chile [15]. De hecho, tras el proceso de liberalización económica iniciado en Chile en la década de los ochenta, importantes indicadores de salud (por ejemplo: la expectativa de vida, la mortalidad materna y la mortalidad infantil), se han mantenido en buenos niveles si se comparan con países con similar producto interno bruto [16].

Sin embargo, más que el resultado de procesos de privatización, estos indicadores se explicarían por los altos niveles de cobertura y robustez del sector público, así como a mejoras en otros determinantes sociales de la salud [17],[18]. Puede decirse que la visión dominante en la literatura apunta a que la privatización de los sistemas de salud en Chile ha resultado en una ineficiente y poco equitativa distribución de recursos sanitarios [19],[20],[21]. Desde un punto de vista global, de acuerdo con dos revisiones sistemáticas recientes, no se cuenta con evidencia para avalar que el sector privado de salud sea más eficiente en el empleo de recursos económicos o que obtenga mejores resultados sanitarios que el sector público [22],[23]. Si bien la salud privada suele asociarse con mejoras en el acceso y la calidad del servicio, esto acontece en sectores de la población con mayores ingresos y en desmedro de la población más necesitada [17],[24]. De hecho, los usuarios del Fondo Nacional de Salud reportan una mayor desprotección e insatisfacción con el sistema de salud que sus contrapartes del sistema privado [25].

En suma, la evidencia no permite sustentar la tesis de que la expansión de la salud privada haya producido beneficios globales sobre la salud de la población. ¿Se deriva de esta afirmación que es poco ético trabajar en el sector privado? Es posible evitar esta consecuencia si se plantea que la responsabilidad de repartir de manera justa las prestaciones sanitarias no recae sobre los médicos individuales, sino que corresponde a quienes administran los sistemas de salud. Esta idea es compatible con la función que Rawls asignaba a las instituciones sociales para la distribución de los derechos y deberes fundamentales de los individuos [26]. Sin embargo, resulta cuestionable situar la virtud de la justicia en un plano puramente institucional, por cuanto son los mismos individuos quienes dotan de justicia a las instituciones [27]. Por lo demás, si se tiene evidencia de que las instituciones no están asegurando ciertos requerimientos mínimos de justicia,

recaería sobre los individuos la responsabilidad de reestructurar las instituciones de modo que ejecuten adecuadamente su función [28].

Ahora bien, es posible además plantear que las obligaciones sociales de los médicos son mayores que las exigibles a los demás miembros de la sociedad, por cuanto el concepto de profesión supone la adopción de obligaciones hacia los demás que superan las que posee cualquier individuo en virtud de su participación en un entramado social [29]. Asimismo, a diferencia de las obligaciones que asumen otros miembros de la sociedad, como por ejemplo el compromiso de pagar una deuda a un particular, las obligaciones propias de las profesiones de la salud son inherentes a su posición exclusiva de profesional experto y proveedor de servicios de primera necesidad para la comunidad de la que forma parte. Es esta comunidad la que entrega al médico el rol fiduciario de proveer estos servicios, el cual supone un mayor grado de compromiso que el que tienen otras actividades [30].

Conclusiones

A modo de síntesis podemos decir, que si bien el deber primario del médico se dirige a buscar la mayor satisfacción de las necesidades del paciente, también es importante que asuma compromisos y responsabilidades relacionadas con una eficiente y justa administración de los servicios sanitarios en la población, siendo el médico una parte indispensable de dichos servicios.

La manera de conjugar estas dos responsabilidades es materia de controversia [31]. No obstante, es preferible evitar la delegación de este tipo de decisiones a profesionales que no poseen la competencia técnica ni comparten los intereses de la medicina [32]. Como destaca Weinstein [33], la comunidad médica debiera participar de acciones colectivas de acuerdo social, tendientes a definir metas comunes respecto de la gestión y limitación de los recursos. Estos acuerdos pueden traducirse en políticas y guías clínicas que permitan que los médicos ejerzan de forma responsable su rol como agentes y defensores de los pacientes.

Aun cuando sea posible afirmar que el bien interno de la medicina puede florecer tanto en un servicio público como en uno privado, el desempeño profesional exclusivo en el sector privado arriesga desvincular al médico de las obligaciones sociales inherentes a su profesión. Entre ellas se incluyen el velar por una adecuada distribución de las horas de atención médica de acuerdo con las necesidades de la comunidad.

En todo caso, estas obligaciones no suponen normas estrictas sino orientaciones éticas que debemos balancear frente a otras obligaciones, de modo análogo a como sucede con los principios *prima facie* de la ética médica [34]. En este sentido, existe cierto margen para reconocer que los médicos del sector privado pueden generar espacios para el desarrollo de sus obligaciones sociales a través de, por ejemplo, instancias gremiales de auto-regulación del

ejercicio profesional o contribuyendo a la formación de futuros médicos.

Finalmente, dado que el carácter social de la profesión médica es susceptible de enseñanza y asimilación a través de la experiencia, nos sumamos a otros llamados por incorporar a la formación de los futuros médicos contenidos y prácticas que permiten el desarrollo de virtudes sociales y de responsabilidad profesional extendida a la sociedad en su conjunto [35],[36],[37]

Notas

Agradecimientos

Los autores agradecen los comentarios de Carmen Astete, Juan Pablo Beca y Julio Carmona.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable o a la dirección editorial de la *Revista*.

Financiamiento

Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Referencias

1. Dean J. Private practice is unethical-and doctors should give it up. *BMJ*. 2015 May 5;350:h2299. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
2. Davis K, Stremikis K, Schoen C, Squires D. Mirror, mirror on the wall, 2014 update: how the US health care system compares internationally. *The Commonwealth Fund*. 2014 Jun;16:1-31. | [Link](#) |
3. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud. Santiago, Chile: MINSAL. 2016. | [Link](#) |
4. Herrera T. Challenges facing the finance reform of the health system in Chile. *Medwave*. 2014 May 28;14(4):e5958. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
5. Goyenechea M, Sinclair D. Propuesta para una salud pública gratuita y de calidad. *CIPER Chile*. 03-06-2013. [on line]. | [Link](#) |
6. Albert C, Jara M. Crisis de médicos especialistas en la salud pública: las causas de un tumor de larga data. *CIPER Chile*. 01-09-2015. [on line] | [Link](#) |
7. MacIntyre A. *After virtue: A study in moral theory*. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press; 1981.
8. Cortina A. *Ética de la empresa: claves para una nueva cultura empresarial*. Madrid, España: Editorial Trotta; 1994.
9. Altman K. Patients' right to choose private medicine. *BMJ*. 2015 Jun 2;350:h2810. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
10. Pellegrino E, Thomasma D. *The Virtues in Medical Practice*. New York, USA: Oxford University Press; 1993.
11. The Hastings Center. *Los fines de la medicina (Traducción)*. Barcelona, España: Editorial Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2004.
12. ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter*. *Ann Intern Med*. 2002 Feb 5;136(3):243-6. | [PubMed](#) |
13. 20^a- Manual de ética Médica. Asociación Médica Mundial. 2015. | [Link](#) |
14. Código de Ética del Colegio Médico de Chile. 2013. | [Link](#) |
15. Fisher R, Serra P. Efectos de la privatización de servicios públicos en Chile. *Cono Sur. Serie de Estudios Económicos y Sociales* 2007;2-4. | [Link](#) |
16. Gonzalez R, Requejo JH, Nien JK, Meriardi M, Bustreo F, Betran AP, et al. Tackling health inequities in Chile: maternal, newborn, infant, and child mortality between 1990 and 2004. *Am J Public Health*. 2009 Jul;99(7):1220-6. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
17. Unger JP, De Paepe P, Cantuarias GS, Herrera OA. Chile's neoliberal health reform: an assessment and a critique. *PLoS Med*. 2008 Apr 1;5(4):e79. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
18. Jiménez J, Romero MI. Reducing infant mortality in Chile: success in two phases. *Health Aff (Millwood)*. 2007 Mar-Apr;26(2):458-65. | [PubMed](#) |
19. Goic A. [The Chilean Health Care System: the task ahead]. *Rev Med Chil*. 2015 Jun;143(6):774-86. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
20. Cid C. Problemas y desafíos del seguro de salud en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional. *Temas de la Agenda Pública, Santiago, Chile: Centro de Políticas Públicas PUC*;2011:49. | [Link](#) |
21. Serra, I., Román, O., Orellana, M. Román, A., Correa, J. Chile, indicadores de mortalidad estancados y deteriorados. ¿Consecuencia del modelo de mercado impuesto? Análisis y corrección urgentes, un imperativo ético. *Cuad Méd Soc (Chile)* 2016;56(1 y 2):5-31. | [Link](#) |
22. Wouters OJ, McKee M. Private Financing of Health Care in Times of Economic Crisis: a Review of the Evidence. *Global Policy*. 2017; 8(Suppl 2):23-29. | [CrossRef](#) |
23. Herrera CA, Rada G, Kuhn-Barrientos L, Barrios X. Does ownership matter? An overview of systematic reviews of the performance of private for-profit, private not-for-profit and public healthcare providers. *PLoS One*. 2014 Dec 1;9(12):e93456. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
24. Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Med*. 2012;9(6):e1001244. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
25. Gobierno de Chile, Superintendencia de Salud. Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud, reforma y posicionamiento de la superintendencia de salud. Santiago, Chile: Supersalud; 2015. | [Link](#) |
26. Rawls J. *Teoría de la justicia*. México D. F, México: Fondo de Cultura Económica; 1995.
27. Wiggins, D. Neo-Aristotelian Reflections on Justice. *Mind*. 2004;113(451): 477-512. | [CrossRef](#) |

28. Quong J. "Public Reason", The Stanford Encyclopedia of Philosophy. 2013. | [Link](#) |
29. Hortal Alonso A. Ética general de las profesiones. Bilbao, España: Desclée De Brouwer; 2002.
30. Ozar D. The Social Obligations of Health Care Practitioners. En: Medical Ethics: A Guide for Health Care Professionals, 1987
31. McKneally M, Dickens B, Meslin E, Singer P. Bioethics for clinicians: 13. Resource allocation. Can Med Assoc J. 1997; 157(2): 163-7. | [Link](#) |
32. Ortiz A. Gestión clínica y conflicto de intereses. Acta bioethica 2009;15(2):157-164. | [CrossRef](#) |
33. Weinstein MC. Should physicians be gatekeepers of medical resources? J Med Ethics. 2001 Aug;27(4):268-74. | [PubMed](#) |
34. Beauchamp L, Childress J. Principios de Bioética. Barcelona, España: Ed. Mason SA;1999.
35. Goic A. El fin de la Medicina. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo; 2000.
36. Dharamsi S, Ho A, Spadafora SM, Woollard R. The physician as health advocate: translating the quest for social responsibility into medical education and practice. Acad Med. 2011 Sep;86(9):1108-13. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
37. Boelen.Ch, Woollard R. Consenso Global sobre la Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina. Educ Med 2011; 14(1): 7-14. | [Link](#) |

Correspondencia a:

[1] Centro de Bioética, Universidad del Desarrollo
 Avenida Las Condes 12461, Torre 3, piso 2, oficina 202
 Las Condes, Santiago
 Chile
 CP: 7590943



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.