Localizador web
Artículo 52.247

El malestar del médico ante algunas aplicaciones del control de costes: ¿es una muestra de inmadurez ética?

M.A. García Pérez y M.C. Fernández Rodríguez

Introducción

Es abundante la bibliografía sobre la evaluación económica aplicada a la sanidad[1-10], en la que se insiste en la limitación de recursos como contexto en el que se ha de desenvolver la atención sanitaria. Por ello, se ha desarrollado una serie de herramientas cuyo objetivo sería la contención del gasto y la priorización de aquellas actividades con mayor eficiencia social, en la línea de maximizar, para un determinado nivel de financiación, la atención que se presta a los ciudadanos. Todo este proceso se encuentra en muchas ocasiones con la resistencia del médico, motivada por su incomodidad ante lo que algunas de esas medidas significan de limitación del beneficio que puede aportar a cada paciente individual.

Este malestar es entendido de forma un tanto simplista en algunas fuentes, atribuyéndolo a la incapacidad del médico para pasar de la efectividad clínica a la eficiencia social; ello implicaría una cierta inmadurez de la ética profesional, a la que se reclama que incluya consideraciones sobre el bien común, y no sólo sobre el bien del paciente individual[1]; también se habla de que se trataría de una simple resistencia al cambio. Dado el papel fundamental que el médico tiene en la asignación de los recursos[2], comprender un poco más su malestar puede llevar a una mejor toma de decisiones en el campo de la contención de costes. Para ello, nos ha parecido oportuno que, tras recordar algunos conceptos básicos de economía aplicada a la salud y proponer un ejemplo concreto para afrontar el problema, hagamos una reflexión desde los principios de la bioética encaminada a conocer un poco mejor el conflicto que vive el profesional con respecto a las medidas que buscan maximizar la eficiencia social, y extraigamos algunas conclusiones de este proceso.

Médicos de Familia. Fundación CESM. Madrid. España.

Correspondencia:
Miguel Ángel García Pérez.
Fundación CESM.
Galileo, 69, 4.º.
28015 Madrid. España.
Correo electrónico: mangel@cesm.org

Manuscrito recibido el 26 de febrero de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 4 de marzo de 2002.

Palabras clave: Atención primaria. Bioética. Eficiencia. Autonomía. Justicia. Control de costes.

La evaluación económica

Como ya hemos referido previamente, debemos partir del axioma de la limitación de los recursos disponibles para cualquier actividad humana, entre ellas la sanitaria[3], como una realidad que nos viene dada, y que va a condicionar nuestra actividad diaria. Por ello, se afirma que la eficiencia ha de ser una marca de identidad de la virtud médica, aunque siempre a través de la efectividad[4], de forma que podamos obtener el máximo beneficio social.

El análisis económico aplicado a la evaluación de los servicios sanitarios pretende comparar el beneficio obtenido por una intervención sanitaria con los posibles beneficios que hubieran resultado de aplicar los mismos recursos a otro tipo de intervención, sea ésta sanitaria o no sanitaria[5], ya que la sociedad (o el financiador correspondiente) puede preferir otro tipo de beneficios. De esta forma, se podrán priorizar, con criterios racionales, las distintas intervenciones a llevar a cabo.

Para ello, la evaluación económica dispone de una serie de herramientas que pretenden medir el beneficio obtenido en función de los recursos invertidos: análisis de coste-beneficio[6] (en el que el beneficio se calcula en unidades monetarias), análisis de coste-efectividad[7] (en unidades que miden direc-

LECTURA RÁPIDA

Introducción

Se ha desarrollado una serie de herramientas cuyo objetivo sería la contención del gasto y la priorización de aquellas actividades con mayor eficiencia social para un determinado nivel de financiación, la atención que se presta a los ciudadanos.

Este proceso se encuentra en muchas ocasiones con la resistencia del médico, motivada por su incomodidad ante lo que algunas de esas medidas significan de limitación del beneficio que puede aportar a cada paciente individual.

Dado el papel fundamental que el médico tiene en la asignación de los recursos, comprender un poco más su malestar puede llevar a una mejor toma de decisiones en el campo de la contención de costes.

LECTURA RÁPIDA

La evaluación económica

Debemos partir del axioma de la limitación de los recursos disponibles para cualquier actividad humana, entre ellas la sanitaria, como una realidad que nos viene dada, y que va a condicionar nuestra actividad diaria.

Se afirma que la eficiencia ha de ser una marca de identidad de la virtud médica, aunque siempre a través de la efectividad, de forma que podamos obtener el máximo beneficio social.

La evaluación económica dispone de una serie de herramientas que pretenden medir el beneficio obtenido en función de los recursos invertidos: análisis de coste-beneficio, análisis de coste-efectividad y análisis de coste-utilidad.

Un análisis desde los principios de la bioética

No todas las decisiones técnicamente correctas son éticamente adecuadas. El papel modulador de la ética en la toma decisiones es reconocido de forma amplia, siendo el modelo de los tres principios de beneficencia, autonomía y justicia.

tamente el nivel de salud, o resultados en salud), y análisis de coste-utilidad[8] (en la que tengamos en cuenta las preferencias de las personas y su valoración, para lo que se suele recurrir al concepto de años de vida ajustados en calidad [AVAC]). Sin olvidar las limitaciones de todos estas herramientas, no podemos negar que se trata de una manera de «objetivar» los beneficios que se obtienen de la utilización de los recursos sanitarios.

Es importante interiorizar el concepto de «coste de oportunidad»[2,4]: se trata de tener conciencia de los beneficios que se hubieran podido obtener de aplicar los mismos recursos a otra actividad que se ha dejado de realizar por falta de los mismos. Es un concepto que, en una situación de limitación de los recursos, debe considerarse dentro de la ética médica, y que se refiere a la responsabilidad social de nuestra profesión: no podemos estar malgastando recursos que podrían requerirse para cubrir otras necesidades.

¿Cuál es el problema, entonces? Que la mayor eficiencia social puede entrar en conflicto con el imperativo ético que siente el médico de ofrecer el mayor beneficio posible al paciente concreto[9]. La presentación de un ejemplo concreto puede ayudar a situar adecuadamente este conflicto, el mismo que Eddy[1] utiliza con maestría para desarrollar su tesis: para la realización de radiografías con contrastes yodados, se venían utilizando contrastes hiperosmolares, hasta la aparición de los hipoosmolares, que tenían una menor capacidad de inducir reacciones de hipersensibilidad, pero con un coste muy superior (unas 80 veces más); como ello elevó los costes de las exploraciones radiográficas con contraste, las entidades financiadoras forzaron la elaboración de protocolos en los que sólo se aplicarían los nuevos contrastes a pacientes de riesgo, pudiéndose así utilizar los fondos ahorrados para otros programas (preventivos, etc.), evitando un aumento global de los costes. Vamos a utilizar este ejemplo como prototipo para el análisis que sigue, aunque recomendamos la lectura de la obra de Eddy, dada la interesante controversia que desarrolla entre el gestor y el médico práctico, y que concluye con la acusación de «estrechez de miras» a este último por no considerar en su perspectiva el bien social.

Un análisis desde los principios de la bioética

No todas las decisiones técnicamente correctas son éticamente adecuadas. El papel modulador de la ética en la toma decisiones es reconocido de forma amplia[10], siendo el modelo de los tres principios introducidos por el informe Belmont y desarrollados por Beauchamp y Childress[11] una referencia válida para el análisis ético en el campo de las ciencias de la salud; son los principios de beneficencia, autonomía y justicia. Vamos a aproximarnos al problema planteado desde esta perspectiva.

Principio de beneficencia

El médico, por propia opción (y exigencia[12]) profesional, debe tender a ofrecer al paciente la mejor alternativa disponible, ya sea diagnóstica o terapéutica, en ese momento. Ello implica que debe ser la más efectiva y adecuada en relación con el problema que presenta el paciente; eso es lo que el paciente espera de nosotros[1]. El agente de este principio es el médico. Me parece interesante mencionar el comentario que aparece en la obra de Eddy[1] al respecto de este principio, ya que considera «que el sentido de responsabilidad (del médico) hacia el paciente individual es probablemente la principal barrera para el uso responsable de los recursos sanitarios»; más bien habría que afirmar, por el contrario, que el sentido de responsabilidad del médico hacia el paciente individual es uno de los pilares de una asistencia sanitaria de calidad.

En el caso que nos ocupa no hay duda: el principio de beneficencia, por sí solo, llevaría a ofrecer al paciente el contraste hipoosmolar, menos reactógeno.

Principio de autonomía

El paciente debe ser informado adecuadamente de todo aquello que afecte al cuidado de su salud, para que pueda realizar una elección libre sobre la misma. Ello implica proporcionarle información sobre las distintas alternativas diagnósticas o terapéuticas existentes. El principio de autonomía entronca con el derecho a la libertad personal, consagrado en todos los regímenes liberales. El protagonista de este principio es el paciente, pero requiere la corresponsabilidad del pro-

fesional, a quien le compete el deber de la información, según la legislación vigente en nuestro ámbito[13,14].

Aplicándolo a nuestro ejemplo, este principio por sí solo nos obligaría a informar al paciente de las ventajas e inconvenientes de las distintas alternativas, incluyendo lo referente al coste, para que realice la decisión que considere más adecuada con sus principios y posibilidades; la información completa debería incluir también las restricciones presupuestarias que pudieran condicionar la decisión a tomar (aunque a esto nos referiremos más adelante). En caso de no haber condicionantes económicos, lo esperable es que el paciente elija la opción más segura.

Principio de justicia

Todo paciente debe ser tratado en las mismas condiciones, y debe existir la posibilidad de establecer un tratamiento igual para todos los pacientes potenciales que se encuentren en situaciones similares. Es un principio que surge de la realidad social de la persona, y que pretende garantizar el «derecho al más amplio sistema de libertades básicas igualitarias, compatible con un sistema similar de libertades para todos»[15]; es decir, la libertad es un derecho fundamental que sólo puede limitarse en la medida que interfiera con unas condiciones de igual libertad para el resto de la sociedad. Este principio recoge la perspectiva de la sociedad, así como la del financiador del servicio sanitario cuando éste represente intereses colectivos.

De esta forma, en un contexto de limitación de recursos, podría requerirse la elaboración de criterios restrictivos para ofertar determinadas medidas diagnósticas o terapéuticas ante dos tipos de situaciones:

– Escasez del recurso en sí: órganos para trasplante, vacunas de enfermedades raras...
– Escasez de recursos financieros: habría que valorar mediante criterios de eficiencia social qué medidas diagnósticas o terapéuticas se van a aplicar y a qué pacientes determinados (grupos de riesgo, etc.), y así establecer protocolos de actuación.

En la situación de limitación de recursos en que nos encontramos, y atendiendo a la aplicación del principio de justicia, quedaría justificada la utilización de contrastes hipoosmolares sólo para los pacientes con mayor riesgo en caso de reacción anafiláctica, y se utilizarían, para los pacientes de bajo riesgo, los antiguos contrastes hiperosmolares.

Discusión

Nos encontramos, pues, en un caso prototípico de conflicto entre principios, que podríamos resolver desde dos perspectivas: una principialista, en cuyo caso se asume generalmente que debe ser el principio de justicia el que ostente la primacía[16] (orden lexicográfico de los principios); otro utilitarista, en el que la valoración vendría dada por la comparación de las consecuencias de la aplicación prioritaria de cada principio, en la búsqueda del mayor beneficio posible para la mayoría; sería necesario para ello la aplicación de criterios de coste-utilidad, que también acabarían dando la prioridad a la perspectiva social. Es decir, la decisión correcta sería la tomada con criterios de restricción del uso de los contrastes hipoosmolares, primando el principio de justicia a costa de los otros dos principios, de beneficencia y autonomía; y el malestar del médico partiría de su incapacidad ética para entender la situación correctamente.

¿Así de sencillo? ¿La solución es primar el principio de justicia a costa de los principios de beneficencia y autonomía? ¿No se podría hacer, más bien, primando el principio de justicia en diálogo con los otros dos?

La realidad del acto clínico es lo suficientemente compleja como para aproximarse a él utilizando los tres principios como entidades separadas. Todo en el acto clínico es relación (entre el médico, el paciente y, según los casos, el financiador), y los principios bioéticos que priman la perspectiva de cada parte también han de observarse de forma relacionada; aunque después se establezcan criterios de primacía, que faciliten la toma de decisiones en caso de conflicto. Por ejemplo, en el caso de una relación privada entre médico y paciente, los principios de beneficencia y autonomía han de entrar en diálogo, y la mejor solución técnica puede no convenir al paciente, y reorientarse la relación clínica en búsqueda de otras soluciones adecuadas a la

LECTURA RÁPIDA

Principio de beneficencia
El médico, por propia opción profesional, debe tender a ofrecer al paciente la mejor alternativa disponible, ya sea diagnóstica o terapéutica.

Principio de autonomía
El paciente debe ser informado adecuadamente de todo aquello que afecte al cuidado de su salud, para que pueda realizar una elección libre sobre la misma. Ello implica proporcionarle información sobre las distintas alternativas diagnósticas o terapéuticas existentes.

Principio de justicia
Todo paciente debe ser tratado en las mismas condiciones, y debe existir la posibilidad de establecer un tratamiento igual para todos los pacientes potenciales que se encuentren en situaciones similares.

Es un principio que surge de la realidad social de la persona, y que pretende garantizar el «derecho al más amplio sistema de libertades básicas igualitarias, compatible con un sistema similar de libertades para todos».

LECTURA RÁPIDA

Discusión

En un caso prototípico de conflicto entre principios podríamos resolver desde dos perspectivas: una principialista, en cuyo caso se asume generalmente que debe ser el principio de justicia el que ostente la primacía, y otro utilitarista, en el que la valoración vendría dada por la comparación de las consecuencias de la aplicación prioritaria de cada principio.

¿La solución es primar el principio de justicia a costa de los principios de beneficencia y autonomía? ¿No se podría hacer, más bien, primando el principio de justicia en diálogo con los otros dos?

Todo en el acto clínico es relación (entre el médico, el paciente y, según los casos, el financiador), y los principios bioéticos que priman la perspectiva de cada parte también han de observarse de forma relacionada.

situación creada. En relación con el problema propuesto, el paciente puede pensar que no merece la pena el gasto extra que supone el contraste hipoosmolar para el escaso beneficio adicional que aporta, y pactar con el médico el uso del contraste hiperosmolar, asumiendo ese aumento de riesgo. No se produciría ningún malestar en el profesional, más allá del hecho de reconocer (por su propia madurez humana) las limitaciones económicas que se imponen en las situaciones concretas. Ha primado el principio de autonomía, pero en diálogo con el de beneficencia se ha llegado a una solución positiva.

En el caso de un financiador externo tenemos un tercer elemento en relación, que implica en el caso de la sanidad pública española al Estado; el diálogo debe producirse en este caso entre los tres principios: justicia, beneficencia y autonomía. Como ya hemos analizado anteriormente, es clara la prioridad de la consideración de la justicia social en este caso, y el financiador puede tomar la decisión, tras un análisis de coste-efectividad o coste-utilidad, de establecer un protocolo que posibilite la aplicación de contrastes hipoosmolares sólo a los pacientes de riesgo, que son los que más pueden beneficiarse, y ahorrar recursos en el caso de los pacientes de bajo riesgo. Pero ello no implica que dejemos de considerar los otros dos principios: se debe seguir proporcionando al paciente un beneficio (el mayor posible según los recursos disponibles, y esto es perfectamente aceptable), y el paciente debe estar en condiciones de tomar la decisión adecuada en función de una información suficiente para ello; es decir, debe ser informado de que, debido a las limitaciones presupuestarias, no se le ofrece la mejor solución técnicamente posible. Así, él podrá tomar la decisión, por ejemplo, de buscar otras vías para acceder al contraste hipoosmolar si así lo considera adecuado. Éste es el elemento que hoy está olvidado en este tipo de decisiones, y que habría que recuperar si de verdad valoramos la importancia del derecho a la decisión autónoma por parte del paciente.

Todo esto tiene importantes implicaciones:

– La necesidad de tiempo como recurso básico para la relación médico-paciente, cada vez más complicada con respeto a los derechos de este último: se requerirá más tiempo de la dedicación del médico para proporcionar una suficiente explicación de las consideraciones que encierran algunas decisiones técnicas.

– La necesidad de formación ética del profesional y del gestor, para que no se olviden las implicaciones éticas concretas de cualquier decisión.

– Cada parte asume su responsabilidad. No es el médico quien tiene que cargar con responsabilidades no estrictamente sanitarias, que se toman a otros niveles; la limitación de recursos no responde sólo a realidades estructurales (número limitado de hígados para trasplante, riqueza nacional, etc.), sino también a decisiones políticas (políticas económica y sanitaria, muy respetables, pero de las que han de hacerse responsables quienes las determinan). Si el primer responsable de la calidad y la eficiencia de la atención que presta es el médico, igualmente es quien toma las decisiones de gestión quien debe aparecer como responsable de las mismas.

– Refuerzo positivo de la autonomía del paciente y de su papel como ciudadano ya que, al conocer más en profundidad los condicionantes de la asistencia sanitaria, puede ejercer más responsablemente sus derechos democráticos.

Donabedian[17], al considerar ya en 1988 las tres posibles respuestas del médico ante las presiones recibidas en función de la eficiencia social (oposición frontal, colaboración sin informar al paciente, o asunción de los criterios de bien común pero con información plena al paciente), se inclinaba por esta última con el fin, precisamente, de fomentar la autonomía y la responsabilidad ciudadana del paciente y de salvaguardar el compromiso irrenunciable del médico con el paciente individual.

Conclusiones

El malestar del médico, al que nos hemos referido al principio de esta exposición, no hace sino revelar las contradicciones a que se ve sometido en la práctica clínica. Profundizar en ese malestar nos ha llevado al análisis de esas contradicciones y a ahondar en la ética de la práctica clínica.

La premisa de la limitación de los recursos financieros pertenece al ámbito de lo so-

ciopolítico, y tiene que ver con decisiones que se escapan a la propia relación médico-paciente. Los niveles de gestión correspondientes deben habilitar los medios necesarios para que los pacientes conozcan las restricciones a la eficacia clínica que las limitaciones económicas imponen para no violar el principio de autonomía, y así hacer al ciudadano protagonista de las decisiones sobre su propia salud. Si no se le posibilita el tiempo para ello, el profesional no puede ser considerado responsable de las posibles lagunas de información que puedan surgir en este ámbito.

Agradecimientos

Deseamos agradecer la lectura atenta del manuscrito, así como su aliento para continuar con el desarrollo de esta reflexión, a Antonio Molina Siguero, Joaquín Pérez Argüelles, Andrés Castillejo Álvarez y Margarita Hernández Ramírez.

Bibliografía

1. Eddy DM. Clinical decission making. From theory to practice. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 1996. [Nota: se trata de una recopilación de artículos del autor que fueron apareciendo en la revista Journal of the American Medical Association en los primeros años noventa.]
2. Ortún Rubio V. La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. Barcelona: La llar del Llibre, 1990.
3. Ortún Rubio V, Pinto Prades JL, Puig Junoy J. ABC en evaluación económica: El establecimiento de prioridades. Aten Primaria 2001;27:673-6.
4. Ortún Rubio V, Pinto Prades JL, Puig Junoy J. ABC en evaluación económica: la economía de la salud y su aplicación a la evaluación. Aten Primaria 2001;27:62-4.
5. Puig Junoy J, Ortún Rubio V, Pinto Prades JL. ABC en evaluación económica: los costes en la evaluación económica de las tecnologías sanitarias. Aten Primaria 2001;27:186-9.
6. Puig Junoy J, Pinto Prades JL, Ortún Rubio V. ABC en evaluación económica: el análisis coste-beneficio en sanidad. Aten Primaria 2001;27:422-7.
7. Pinto Prades JL, Ortún Rubio V, Puig Junoy J. ABC en evaluación económica: el análisis coste-efectividad en sanidad. Aten Primaria 2001;27:275-8.
8. Pinto Prades JL, Puig Junoy J, Ortún Rubio V. ABC en evaluación económica: análisis coste-utilidad. Aten Primaria 2001;27: 569-73.
9. Medical professionalism in the new millenium: a physician charter. Ann Intern Med 2002;136:243-6.
10. Altisent Trota R, Martín Espíldora MN, Serrat Moré D. Ética y medicina de familia. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt Brace España S.A., 1999.
11. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics, 4ª ed. Nueva York: Oxford University Press, 1994.
12. Martín Moreno S. Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. Med Clin (Barc) 2001;116:299-306.
13. Ley 14/1986, General de Sanidad, artículo 10, apartados 5, 6 y 7. Boletín Oficial del Estado 102, de 29 de abril de 1986; 15.210.
14. Ley 12/2001, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, artículo 27.4. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid 306, de 26 de diciembre de 2001; 18.
15. Rawls J. A theory of justice. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1971.
16. Gracia Guillén D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991.
17. Donabedian A. Quality and cost: choices and responsabilities. Inquiry 1988;25:90-9.

LECTURA RÁPIDA

Conclusiones

- El malestar del médico no hace sino revelar las contradicciones a que se ve sometido en la práctica clínica.
- Los niveles de gestión correspondientes deben habilitar los medios necesarios para que los pacientes conozcan las restricciones a la eficacia clínica que las limitaciones económicas imponen para no violar el principio de autonomía, y así hacer al ciudadano protagonista de las decisiones sobre su propia salud.