

Costes de la medicina: problemas éticos

Francisco Baigorri

Doctor en Medicina, Especialista en Medicina Intensiva, y Máster en Bioética y Derecho por la UB

El editorial de la revista de la Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques catalana de febrero de 2001¹ empezaba así: “No es una casualidad ni tampoco una moda que en los últimos años un amplio número de países de nuestro entorno socioeconómico y sanitario haya introducido la necesidad de priorización o racionamiento...”, y continuaba: “La necesidad de racionar o priorizar refleja el simple hecho económico de que la demanda de servicios excede a la oferta y la combinación de cambios demográficos, de expectativas crecientes y los avances médicos y tecnológicos no hacen más que acentuar la diferencia entre la necesidad expresada (demanda) de asistencia sanitaria y lo que se puede proporcionar a través de un sistema sanitario público”.

Ciertamente, el problema a que hace referencia este editorial no es una casualidad ni una moda. Podríamos situar el arranque del mismo, como el de la bioética, con los cambios tecnológicos y sociales de las décadas de los sesenta y los setenta. Como consecuencia del progreso científico y técnico, del desarrollo de sistemas basados en la solidaridad y la ayuda mutua, además del desarrollo económico y cultural acompañante, se produjo una gran mejoría de las condiciones de vida y la higiene y, por tanto, de la salud. Sin embargo, esto llevó a un crecimiento de los costes sanitarios, enfrentados, como antes se citaba, a la aparición de las nuevas tecnologías, a las expectativas cada vez mayores de la población y al envejecimiento de la misma. Esto, junto a la gran crisis económica de los setenta que puso final a la ilusión del desarrollo económico ininterrumpido, ha producido una creciente crítica de las políticas del Estado del Bienestar en las democracias occidentales^{2,3}. En este entorno, se plantea a los ciudadanos un gran número de cuestiones en cuanto a la protección efectiva de la salud, en un marco legal que es lo suficientemente ambiguo como para desembocar en situaciones efectivas notablemente distintas, en función de las decisiones que se continúe tomando en cuanto a la asignación de recursos en sanidad y las medidas de control social que se ejerzan.

El tema del crecimiento del gasto sanitario no trata tanto de valores absolutos sino de que el crecimiento de los costes sanitarios es superior al del crecimiento de la riqueza de

los países. Así, en España, entre 1975 y 1991, el gasto nacional en sanidad pasó del 4,9% del PIB al 7,1%. La media en la Unión Europea pasó del 6,4 al 7,6% y en Estados Unidos del 8,2 al 13,5%. Esta situación hizo que la mayoría de los Estados de nuestro entorno occidental reaccionaran buscando una reducción de ese gasto. En Estados Unidos se planteó de forma que fuera fundamentalmente el mercado, sin necesidad de una reforma regulada impuesta por el gobierno, el que lo consiguiera⁴. Esto provocó cambios sustanciales en el personal y en las organizaciones que proveen los servicios sanitarios. En Europa, con la misma intención, los sistemas públicos de los países con políticas neoliberales introdujeron lo que se ha dado en llamar la nueva gestión pública, con la separación del financiamiento y la provisión de los servicios. Fenómeno que también se dio en Cataluña, muy tempranamente, con la creación del *Servei Català de la Salut* tras la aprobación de la *Llei d'ordenació sanitària de Catalunya* en 1990^{5,6}.

En este entorno la relación entre profesionales sanitarios y pacientes se ha transformado progresivamente en un triángulo en el que la sociedad está siempre presente. No hay que olvidar que los médicos asignamos el 70% de los recursos sanitarios con nuestras decisiones, diagnósticas y terapéuticas, realizadas en condiciones de incertidumbre. Por esto, la evolución de la práctica de la medicina incluye más que nunca la incorporación del concepto de coste de oportunidad de las actuaciones, el creciente fundamento en la evidencia y la orientación hacia las utilidades relevantes, las del usuario⁷.

Ciertamente, la eficiencia es absolutamente exigible cuando hablamos de recursos públicos. No hay que esperar a observar insuficiencia para exigir maximizar la cantidad y calidad de los servicios comprados con un presupuesto dado⁸. Pero no sería razonable esperar que la mejora de la eficiencia, por sí sola, cubriera el *gap* entre las necesidades y lo que permite la financiación actual. Incluso cabe que esa mejora continua sea fuente de mayor gasto como resultado de la mayor calidad de los servicios y mayor demanda de los mismos.

Si es así, entonces, la pregunta evidente es por qué no poner más dinero⁹. Es verdad que no existe un estándar pre-determinado. Además, el gasto sanitario es un motor econó-

mico de primera magnitud. Sin embargo, el incremento de la financiación pública a través de un aumento de los impuestos no puede ser ilimitado, a riesgo de comprometer la competitividad y secundariamente aún más la financiación, motivo de las limitaciones que impone la pertenencia a la Unión Europea. Igualmente, desviar recursos públicos a la sanidad podría comprometer otros servicios públicos y, de nuevo, también empeorar la situación.

Por otro lado, si el aumento del gasto se consiguiera mediante el aumento de la financiación privada podría comprometer la equidad. Por ello, si se quiere mantener el acceso a los servicios según necesidad y no según capacidad, la importancia del gasto privado debería mantenerse a un nivel que no empeore los actuales niveles de equidad⁹.

En definitiva, las medidas de aumento de eficiencia y la mejor distribución de los recursos no parece que puedan ser capaces, por sí solas, de sostener indefinidamente los tres principios que reflejan los valores de nuestra sociedad con respecto a la sanidad¹⁰: de todo, bueno y para todos. Y en nuestro entorno parece que estaríamos más dispuestos a sacrificar el alcance de la cobertura que la equidad de la misma. Estamos, pues, hablando de priorización (o, más claro, de "racionamiento") y, hoy día, la discusión no estaría tanto en si hay que limitar o no las prestaciones sino en los criterios a utilizar para no lesionar el principio de justicia.

La cuestión es que estas prioridades deberían ser establecidas explícitamente. En la mente de todos está el recurso de las listas de espera como muestra de mecanismos indirectos de racionamiento que ya se están aplicando^{8,11}. Más aún, el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, que determina el nivel sanitario-asistencial garantizado al ciudadano por el sistema público de salud, supone ya un reconocimiento de la idea de que no hay recursos ilimitados que puedan asignarse al sector sanitario. De hecho, este catálogo de derechos supuso una de las primeras aplicaciones (parciales) de las recomendaciones del informe de la comisión parlamentaria creada en 1990 para el estudio y mejora de nuestro sistema de salud (el informe Abril). Si bien el RD de 1995 supuso una aplicación "a la baja" de estas recomendaciones¹², un aspecto muy importante del mismo es ya el establecimiento de pautas para la incorporación de nuevas prestaciones al paquete básico.

Sin embargo, el debate sigue reducido aún al entorno técnico en nuestro país y, probablemente de forma consecuente, más centrado aún en los aspectos de contención de costes, reorganización de la gestión y mejoras de la eficiencia que en la priorización explícita de sectores médicos, grupos de pacientes y tratamientos y/o servicios¹². En un sistema sanitario público la única alternativa a la priorización implícita es la delimitación de prestaciones mediante procesos de participación social (es la lógica de la legitimidad democrática)^{13,14}. No se trata de ignorar la importante contribución de políticos y expertos en estas decisiones sino de reconocer que no son decisiones exclusivamente técnicas. Al contrario, la contribución de los valores esenciales de los ciudadanos es primordial. Las dificultades para conseguir esta contribución son muchas, incluyendo un escepticismo generalizado entre los ciudadanos de nuestro país a la hora de pensar en la par-

ticipación activa directa, es decir, de compartir en algún grado la toma de decisiones con los profesionales y los gestores de los servicios públicos de salud¹⁵. A este respecto, las experiencias en nuestro entorno son ya considerables¹⁶⁻²⁵ y demuestran que es posible conciliar las consideraciones de valor con la necesidad de contar⁸.

Bibliografía

1. Editorial. Entre raons i emocions. Informatiu AATM 2001; Febrero (21):1-2.
2. Capella JR. Poder y derecho en Babel. En: Capella JR, editor. Fruta prohibida. Una aproximación histórico-teórica al estudio del derecho y del estado. Madrid: Trotta, 1997.
3. Gray J. Falso amanecer. Los engaños del capitalismo global. Estado y sociedad. Barcelona: Paidós, 2000.
4. Rubenfeld GD. Workforce and organizational change in critical care: lessons from managed care. Crit Care Alert 1999;7:45-8.
5. Martínez J. Convergència i Unió. Annals de Medicina 1999; 82:233-5.
6. Gallego R. Tipus d'agències i estructures pressupostàries: anàlisi de la separació entre comprador i proveïdor en l'administració sanitària catalana. Breus AATM 2000 (Juny 2000).
7. Ortún V. Gestión sanitaria y calidad. Rev Calidad Asistencial 1999;14:688-92.
8. Calsamiglia X. Ética y gestión sanitaria: un ensayo sobre la necesidad de contar. Papeles de Economía Española 1998;76: 232-43.
9. Puig-Junoy J. ¿Son suficientes los impuestos para financiar el Sistema Nacional de Salud? Gac Sanit 2000;14:261-3.
10. Weale A. Rationing health care. BMJ 1998;316:410.
11. Cabases JM. Situación sanitaria actual en España: la financiación. En: Gafo J, editor. El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1999; p. 17-40.
12. Herdman M, Badia X, Quintana O, Mompó C, Ribas S. The public debate on priority-setting in Spain. Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya.
13. Saba RP. Participación ciudadana, democracia deliberativa y políticas públicas. Perspectivas Bioéticas 1999;4:140-9.
14. Soriano RL. Ciudadanos pasivos y participación ciudadana. Sistema 1999;150:115-28.
15. Participació ciutadana en la provisió de serveis de salut. Servei Català de la Salut, 1999.
16. Abelson J, Lomas J, Eyles J, Birch S, Veentstra G. Does the community want devolved authority? Results of deliberative polling in Ontario. CMAJ 1995;153:403-12.
17. Bowie C, Richardson A, Sykes W. Consulting the public about health service priorities. BMJ 1995;311:1155-8.
18. Campbell AV. Defining core health services: The New Zealand experience. Bioethics 1995;9:252-8.
19. Swedish Parliamentary Priorities Commission. Priorities in health care. Ethics, economy, implementation. Stockholm: The Ministry of Health and Social Affairs, 1995.

20. Bowling A. Health care rationing: the public's debate. *BMJ* 1996;312:670-4.
21. Badia X. Bioética y asignación de recursos. En: Casado M, editor. *Materiales de bioética y derecho*. Barcelona: Cedecs, 1996.
22. Stronks K, Strijbis AM, Wendte JF, Gunning-Schepers LJ. Who should decide? Qualitative analysis of panel data from public, patients, healthcare professionals, and insurers on priorities in health care. *BMJ* 1997;315:92-6.
23. Couceiro A. El problema ético de la asignación de recursos sanitarios. En: Gafo J, editor. *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1999; p. 135-51.
24. Kothari A. Solociting public preferences for health care priorities: A critical review of methodologies. Hamilton: McMaster University, 1999.
25. Dolan P, Cookson R, Ferguson B. Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. *BMJ* 1999;318:916-9.