

COLABORACIONES

Sobre el racionamiento de la atención médica

Antonio Pardo

Departamento de Bioética, Universidad de Navarra

La prensa ha difundido las medidas de racionamiento que algunos organismos sanitarios (hospitales, compañías de seguros) o el propio sistema de Seguridad Social han emanado para controlar gastos. Estas medidas intentan paliar los problemas económicos que la Medicina está notando ya desde hace algunas décadas. La única manera de casar una atención sanitaria cara y unos recursos limitados consiste en privar a algunas personas de los progresos técnicos de la Medicina, por razones exclusivamente económicas. Así, se ha sabido de directivas que prohíben la diálisis, el trasplante renal o ciertos tipos de cirugía a personas de edad avanzada, o cuidados intensivos a prematuros de muy bajo peso.

Pragmatismo económico y ética de los conflictos de intereses

Desde el punto de vista económico, las autoridades sanitarias tienen motivos sobrados para instaurar medidas de racionamiento. El coste de la atención médica es mayor cada día, y los enfermos exigen cada día más, mientras que los recursos, provenientes de los impuestos o de las cuotas de los trabaja-

dores, no alcanzan para cubrir esos gastos. Hay que racionar.

Este pragmatismo del estado de bienestar en quiebra ha sido justificado recientemente por la ética secular americana. Según la argumentación que se ha esgrimido, el médico, como técnico, tiene el patrimonio del conocimiento científico, y debe proponer al enfermo que atiende el procedimiento que considera más beneficioso para él. A su vez, el enfermo decidiría autónomamente si seguir lo que le aconseja su médico o buscar otra vía de acción, según su estilo de vida. Por último, el Estado se ocuparía del mantenimiento de la justicia social, asignando los recursos disponibles: debería financiar las actuaciones médicas claramente indicadas, prohibiría las no indicadas, y dejaría a la iniciativa privada el amplio terreno intermedio de cuestiones ni claramente indicadas ni claramente contraindicadas (1). Esta argumentación legitimaría, desde el punto de vista teórico, las medidas de racionamiento de las autoridades sanitarias.

Sin embargo, este modo de considerar la atención médica y las relaciones sociales contiene algunos aspectos débiles. Concretamente, el enfoque que hemos descrito es exclusivamente social y se limita a considerar como único objetivo una armonía política construida a base de intereses en conflicto. No cabe duda de que, en la sociedad actual, los conflictos de intereses son frecuentes, y que, para vivir en común, hay que buscar su armoniza-

ción. Pero establecer el sistema de conseguirlo (sistemas democráticos de toma de decisiones, en este caso sobre la asignación de recursos) no da una respuesta verdaderamente ética a las cuestiones: sólo consigue la convivencia posible. La pregunta sobre la conducta médica éticamente correcta ante la escasez de recursos queda abierta.

Los intereses del médico

El médico no tiene solamente intereses técnicos. Todo buen médico se da cuenta de que, con su quehacer y consejos, está colaborando al modo de vida de su paciente. Normalmente, se suele referir que el médico tiene como objetivo la salud (2). Pero, al referirse a la salud como objetivo de la acción médica, no debe entenderse, como suele suceder actualmente, que la salud en un estado de integridad orgánica (3) o de bienestar (4), independiente de otras consideraciones. Si esto fuera así, especialmente si la salud fuera integridad orgánica, efectivamente la acción del médico sería una acción anónima, con un objetivo "fisiológico": la atención médica debería perseguir restaurar la integridad alterada del organismo de los pacientes. Y los intereses médicos serían algo desconectado del estilo de vida del paciente y de las cuestiones económicas.

Sin embargo, la salud no es integridad orgánica ni bienestar (aunque se relacione con ambas). Una persona sana se caracteriza porque su organismo le permite desarrollar sus actividades diarias. Por tanto, lo que sea la salud en cada persona depende de la actividad normal de ésta desarrolla (5). La salud se debe definir, pues, en relación con el estilo de vida personal: podríamos decir que salud es el hábito corporal que permite vivir la vida

típicamente humana (que es distinta para cada persona) (6).

Por esta razón, el médico, al tratar a su enfermo, no puede hacer abstracción de sus actividades diarias, y debe enfocar el consejo de tratamiento según considere conveniente después del diálogo con el paciente (7). Éste no es un enemigo potencial, con intereses extraños a los suyos, sino que los problemas del enfermo son su preocupación profesional (8); precisamente por defenderlos y conseguir una atención más adecuada, muchas veces los médicos han emprendido campañas de denuncia social (9), incomprensibles si sólo miraran un interés particular.

De igual modo, la cuestión pecuniaria no es ajena al ejercicio cotidiano de la Medicina. El médico, a la hora de recomendar un tratamiento, toma en cuenta también el costo económico de lo que propone (10). En los tratamientos crónicos, es fundamental considerar el coste anual, que muchas veces es el factor decisivo para inclinarse por una opción u otra. Imaginar que el médico y el paciente, tras solucionar el conflicto de intereses entre la visión técnica pura del médico y la visión autónoma pura del paciente, deben enfrentarse con el interés económico, que defiende el Estado, tiene poco de realista. Ahora bien, aunque la solución de la bioética americana no sea realista, el problema sigue siendo muy real: no existe el presupuesto que los enfermos y sus médicos quisieran muchas veces. ¿Cómo solucionarlo?

La escasez, estado natural de la humanidad

De alguna manera, esta pregunta está suponiendo que se trata de un problema que tiene solución. Se está suponiendo, dentro de

un esquema ilustrado de la vida humana, que el dominio técnico que el hombre ejerce sobre la naturaleza debe poder solucionar todos los problemas y producir un estado de abundancia (11). Esto es admisible, pero sólo en parte.

Puede que los problemas o los deseos humanos, considerados individualmente, tengan solución. Pero, como el funcionamiento actual de la sociedad tiende a elevar el nivel de los deseos del hombre, todo hace pensar que esos deseos siempre crecientes nunca llegarán a estar satisfechos: cuando lo estén, ya habrán crecido de nuevo hasta niveles inalcanzables por la técnica y la economía del momento, y su satisfacción siempre quedará relegada para un futuro utópico. Desde el punto de vista de la satisfacción de los deseos y necesidades, el estado de la humanidad siempre ha sido la escasez, y la técnica y el modo de vida ilustrado son incapaces de cambiar este componente fundamental de la vida humana.

Por un momento, en los comienzos de la época antibiótica, se comenzó a pensar que, desde el punto de vista médico, ya había llegado ese ansiado estado futuro de deseos satisfechos, que aún los ideales de salud y bienestar. Actualmente, a pesar de los avances técnicos o quizá a causa de ellos, ese futuro de salud-bienestar para todos parece cada día más inalcanzable. Deseamos demasiado, y la economía no está en condiciones de satisfacer tantos deseos y tan caros. Aunque habría que considerar también otros factores que encarecen la Medicina o como el aumento de exigencias sanitarias, podemos ver que la economía, del mismo modo que limita todos los aspectos de la vida humana, es también un limitante de la atención médica.

Ética de la indicación médica

El médico está obligado a trabajar siempre en una economía de escasez. Nunca tendrá suficiente dinero para ejecutar todo lo que técnicamente sería factible. Aparecen y continuarán apareciendo nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se podrán ir generalizando poco a poco, pero que nunca se aplicarán a todos los enfermos que se podrían beneficiar de ese avance. Como esta situación es inevitable, no tiene sentido reclamar, con afán de protesta, mayores recursos para lo que es, sin remedio, un pozo sin fondo. Aunque siempre habrá políticas sanitarias, con la consiguiente prioridad de unos objetivos de salud sobre otros, sólo una asignación de recursos injusta debe provocar verdaderas protestas (12). Y el médico debe contar con el factor económico para tomar sus decisiones médicas (13).

El médico, al tratar a un paciente cualquiera, tiene en cuenta sus peculiaridades vitales y, dependiendo de cuáles sean éstas, enfoca el tratamiento de un modo u otro. Del mismo modo, el médico, al tratar a su paciente, debe tener en cuenta el entorno económico en que se mueve: sería poco razonable que planteara al paciente recursos terapéuticos que no están a su alcance, o que el sistema sanitario no puede poner a su disposición.

Quizá la situación en que la escasez de medios se plantea más agudamente es en la Medicina de guerra. En un hospital de campaña, donde los suministros llegan tarde y mal, o son insuficientes para las avalanchas de heridos que se reciben, no tiene sentido protestar por una escasa dotación (14). El médico tiene que intentar hacer lo más que pueda con los medios disponibles. Esto implica dejar morir a ciertos enfermos para los

que el estado del arte tiene un tratamiento ... que no se puede aplicar por falta de tiempo o de medios. En esas situaciones extremas, el médico se hace plenamente consciente de la necesidad de estirar recursos limitados para que alcancen al mayor número de pacientes.

Futilidad y economía

Si la tarea del médico, durante el ejercicio ordinario, está sujeta, entre otros condicionantes, a la escasez de medios, la Medicina está obligada a plantearse que, en ciertos casos, por razones económicas, no debe prestar una determinada atención a los pacientes. Intentar prestarla equivaldría a desviar recursos que podrían beneficiar a muchas más personas con atenciones eficaces, baratas y quizá elementales. El médico debe elegir el empleo de sus recursos que permita beneficiar al mayor número de pacientes. Esto implica, indudablemente, dejar con un tratamiento insuficiente a otros. Es muy duro para el médico actuar así, y también para el paciente tener que aceptar la enfermedad o el fin de la vida "sólo" por escasez de recursos. Pero es lo más correcto desde el punto de vista ético. Y es lo único que se puede hacer si realmente los recursos son limitados. Este principio vige plenamente en la práctica de la Medicina de urgencias (15), pero es aplicable, *mutatis mutandis*, a la práctica cotidiana cuando el factor costo se hace especialmente relevante.

Así, ante un enfermo terminal que sufre una parada cardíaca, la actitud razonable consistirá, casi siempre, en no intentar su reanimación, ya que estudios serios han demostrado que el episodio se repetirá antes de una semana, sin posibilidad de recuperarle. Si se trata de un paciente hospitalizado, en

esos días consumirá inútilmente una gran cantidad de recursos, que podrían haber beneficiado a otros pacientes. En suma: hay actividades médicas fútiles por el dispendio económico que implican. Los resultados que obtienen son desproporcionados con los medios empleados.

Fundamentación científica

Sin embargo, las decisiones médicas de negación de ciertos tipos de cuidados por futilidad económica (o escasez de recursos) no pueden ser arbitrarias. Antes de decidir, existe la obligación de investigar y obtener datos fiables acerca del coste y efectividad de ciertas medidas diagnósticas o terapéuticas. Aunque la experiencia del médico es un buen punto de partida para iniciar esta investigación, sería errado fiarse de primeras impresiones. Así, por citar una anécdota, si ante un paciente de 67 años, con leucemia crónica, que acude por urgencias con neumonía aguda, el médico pensara que ya ha llevado una vida larga y satisfactoria, y que intentar el tratamiento sería un dispendio inútil, se encontraría con que esos enfermos, tras el tratamiento de la neumonía, suelen vivir algunos años más y en buenas condiciones.

En este sentido, no es correcto dar criterios rígidos: no prestar, sólo por razones de edad, cuidados intensivos a neonatos de prematuridad extrema, o denegar ciertos tipos de cirugía a enfermos de más de cierta edad. Deben tomarse en consideración otros elementos (estado general, enfermedades concomitantes, etc.). Actuar rígidamente puede ser un error médico, que debe evitarse mediante el estudio y la investigación de la efectividad y costo de las medidas médicas según los diversos tipos de enfermos.

Los razonamientos sobre el coste de la atención médica no tienen excesiva relación con el hecho de que el paciente se lo pague de su bolsillo o que lo pague el erario público. De alguna manera, aunque el enfermo disponga de recursos, no es dueño absoluto de ellos, y el médico no puede colaborar con sus tecnologías a un dispendio innecesario, porque pueden ser necesarias para otros pacientes: no somos propietarios exclusivos de nuestros bienes, que tienen una hipoteca social (16). Su empleo está sujeto a consideraciones de utilidad social e indicación médica y, en principio, no se deben emplear recursos desproporcionados en cuestiones de salud mientras existan a nuestro alrededor personas que no pueden recibir cuidados básicos por dificultades económicas.

De todos modos, se trata de decisiones médicas difíciles. No sólo por la dureza de sus términos, sino también por la dificultad que supone ponderar cada caso particular. Puede que un estudio científico correcto haya mostrado que, en tales y cuales circunstancias, intentar ciertos tratamientos es un modo inaceptable de tirar el dinero. Pero, ¿es ese exactamente el caso actual? Dado el margen estadístico de todo estudio científico, ¿no sería útil y proporcionado en este caso lo que generalmente no lo es? Esta duda no se puede resolver desde el punto de vista teórico: queda a la prudencia profesional decidir lo más indicado.

No discriminar

Además de considerar el factor económico, el médico tiene otros deberes: concretamente, tiene rigurosamente prohibido discriminar entre sus pacientes, hasta el extremo de que, en Medicina de guerra, no debe

mostrar especiales preferencias por los heridos de un bando u otro. Lo mismo cabría decir de la raza, sexo, religión o edad: ninguno de estos factores debe ser razón para que un paciente no reciba de su médico la atención de que sea capaz (17).

La cuestión cambia si alguno de estos factores está asociado a una muy escasa utilidad de la atención médica, y al consiguiente despilfarro económico. Es lo que puede suceder con la edad: en ciertas enfermedades, la edad avanzada es criterio de muy mal pronóstico y, por tanto, de probable desperdicio de recursos. Ante ese paciente anciano, el médico no debe recomendar una intervención radical, porque sabe que será inútil.

Este comportamiento, aunque parezca discriminación, es buen quehacer médico, que reconoce la inutilidad de la técnica en ciertas situaciones, y concede el lugar adecuado a la muerte. Si no lo hiciera así, el resultado sería paradójicamente deshumanizador. Una Medicina que lo intenta todo cuando el intento es vano, consigue que los enfermos piensen que, para morir "llenos de tubos", resulta preferible una muerte compasiva, la eutanasia. En suma: el buen médico debe desaconsejar ciertas actuaciones, porque sabe que, además de ineficaces y potencialmente degradantes, son económicamente desproporcionadas con su posible utilidad.

Paradójicamente, esta proporción o desproporción varía con el tipo de paciente: merece la pena buscar una pequeña expectativa de supervivencia en una madre de familia joven con hijos pequeños (con su consentimiento previo, como es lógico) aunque su coste sea alto, mientras que esa misma expectativa de curación probablemente no merecería la pena en el caso de un anciano (también

con su consentimiento), que ya no tiene especiales obligaciones ni responsabilidades en la vida, y que reconoce llegado el fin de sus días: se abre el fecundísimo campo de los cuidados paliativos, que toda Medicina bien practicada tiene que ofrecer a sus pacientes, y que proporcionará unos días finales con las mínimas molestias posibles. Así, la Medicina se emplea con distinta intensidad en los distintos enfermos, sin que esto suponga discriminación.

Como se puede ver, esto es completamente distinto de un criterio rígido, emanado de la autoridad sanitaria, que obliga a no actuar en ciertos casos, aunque al médico le parezca que, en ese caso concreto, sí habría merecido la pena intentar una actuación cara pero quizá resolutive.

Otras consideraciones

A este buen quehacer médico, que considera también los aspectos económicos de su actuación ante el enfermo concreto, deben sumarse otras consideraciones complementarias. Concretamente, mirar la peseta ante el paciente concreto sería bastante descaro si, mientras se escatiman recursos en las decisiones médicas, se tira el dinero por otra parte. La vida hospitalaria está llena de tristes ejemplos: se incluye en un formulario un medicamento que es caro y no aporta novedades sobre los ya existentes; se adquiere un nuevo aparato que se pasa meses o años sin desembalar, o que no era realmente necesario (nunca se realizó un estudio serio de necesidades y posibles modos de cubrirlas); y un largo etcétera, que cualquier médico en ejercicio podría engrosar sin esfuerzo.

Existe, en suma, obligación de gestionar del mejor modo posible los recursos económi-

cos disponibles, no sólo cuando se atiende al enfermo, sino también cuando se toman decisiones de otro tipo (las adquisiciones de equipo, etc.). Para esto, resulta imprescindible que los médicos llenen la laguna de su formación económica; sólo con conocimientos suficientes de economía estarán en condiciones de que el entusiasmo por una nueva tecnología recién salida al mercado no oculte su utilidad real y su costo.

Además, los médicos tienen la responsabilidad de no hacer aumentar la demanda social de tecnología punta. Porque resulta frecuente que, al aparecer una nueva técnica en el mercado, los médicos expliquen sus ventajas en una entrevista periodística. Los pacientes de las dos semanas siguientes pedirán que les apliquen esa nueva técnica tan prometedora. Así, el médico, al alabar las novedades, compromete su independencia profesional, pues crea expectativas infundadas en la población (18): al divulgar, debe matizar, y pedir a los entrevistadores el texto final que se va a publicar, para corregirlo en lo que sea necesario, de modo que no colabore a la dinámica de deseos insatisfechos, escasez de recursos y conflictos de intereses a que nos tiene acostumbrados la época actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diego Gracia. *Conciencia del gasto en el médico. Dilemas éticos en la elección terapéutica*. Ponencia presentada al Simposio de Ética en Farmacología y Farmacia. Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo Asesor de Sanidad, Madrid, 23-25 de mayo de 1994. La aportación del prof. Gracia puede ser algo distinta, ya que no fue posible acceder al texto original. Además, aparte del razonamiento expuesto que, a nuestro entender, contiene aspectos criticables, su contribución a este congreso contiene otras reflexiones -especialmente sobre los valores- que nos parecen plenamente válidas.

2. Cfr., por ejemplo, *Código de Ética y Deontología Médica*, artículo 4.1.

3. Correspondería a una definición fisiologista: salud es la integridad orgánica.

4. Es la conocida definición de la OMS: salud es un estado de perfecto bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad. Es evidente que, como mínimo, esta definición es una utopía.

5. A modo de ejemplo, podríamos decir que una lesión de tobillo que deja una leve inestabilidad articular no supone problemas para un oficinista o un ama de casa, mientras que puede ser un problema serio en un deportista profesional.

6. Cfr. Tomás de Aquino, *S. Th.*, I^a-II^{ae}, q. 50, a. 1, c.

7. En un texto de sus *Leyes* (720 a-c), Platón nos describe detalladamente ese diálogo con el paciente. Este texto se ha interpretado como una preocupación de los médicos de la antigüedad por curar informando previamente (cfr. Laín Entralgo, *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*, 2^a ed., Barcelona, Anthropos, 1987, p. 156). Sin embargo, en este diálogo, antes de informar sobre la enfermedad, el médico se interesa por muchas más cosas ("cambia impresiones con el mismo enfermo, con los amigos y allegados, ..."); este interés por saber se ha interpretado como deseo de conocer las peculiaridades fisiológicas de cada paciente. Aunque esto no se puede excluir, si se lee a Platón sin prejuicios derivados del fisiologismo moderno, se comprende enseguida que este diálogo busca conocer las peculiaridades *humanas* del paciente, como se deduce de su referencia a hablar con los familiares y allegados y de su mención a aprender de los enfermos.

8. Cfr. Gonzalo Herranz, *Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica*, Eunsa, Pamplona 1992, pp. 13-20.

9. Cfr. *ibídem*, p. 15.

10. "Los Colegios deberán siempre ... patrocinar la única política ponderada de contención del gasto médico: la eliminación de todo gasto superfluo": *ibídem*, p. 246.

11. Leo Strauss describe acertadamente el papel de los

deseos de cosas materiales como motor social, que se remonta a Locke. Cf. *Natural Right and History*, Chicago, Chicago University Press, 1953, pp. 234-53. Su filosofía se encuentra con que el estado normal de la humanidad es de escasez (insatisfacción de deseos), y cómo la técnica es incapaz de cambiar este estado de cosas: dentro del paradigma ilustrado, la vida humana es una incesante búsqueda de una satisfacción que nunca llega a cumplirse.

12. Cfr. *Código de Ética y Deontología Médica*, artículo 5.2 y el comentario de G. Herranz, *Comentarios ...*, p. 36.

13. Cfr. *Código ...*, artículo 5.1.

14. Sí debe protestar en circunstancias normales, cuando las limitaciones a una debida calidad de atención médica son subsanables. Cfr. *Código de Ética y Deontología Médica*, artículo 22.1 y comentario correspondiente en Herranz, *Comentarios ...*, p. 100-4.

15. Chulia Campos V. *Concepto. Tipo e incidencia social*. (En: Alvarez Leiva C, Chulia Campos V, Hernando Lorenzo A. *Manual de asistencia sanitaria en las catástrofes*. Madrid, ed. Libro del Año, 1992, 570 pp.) p. 26. En el mismo sentido apuntan las directrices del *triage* en las catástrofes: cfr. Maruenda Paulino A. *Clasificación de las víctimas. Triage. Fichas de evacuación*, (en *id.*), p. 311-2. Cfr. también, en este mismo sentido, Grant HD, Murray RH jr., Bergeron JD. *Emergency care*. 5^a ed. New Jersey, Brady, 1990, 743 pp. (p. 519) y Caroline NL. *Emergency care in the streets*. 4^a ed., 2^a reimp. Boston, Little Brown and Co., 1991, 1005 pp. (p. 405). Desde el punto de vista ético, la acción del médico que deja sin tratamiento a un paciente que podía ser salvado es, más bien, acción de tratar a otro que podía ser salvado más fácilmente, y que tolera que, al ocuparse de ese enfermo, quede otro sin tratar. Su intención no es dejar morir a nadie (mandan las circunstancias adversas), y su acción puede considerarse éticamente correcta.

16. Juan Pablo II, Encíclica *Sollicitudo rei socialis*, n. 42e.

17. Cfr. *Código de Ética y Deontología Médica*, artículo 4.2.

18. Cfr. *Código ...*, artículo 24.2.