

MEDICINA, ECONOMÍA, ÉTICA Y EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD. ¿UN CHOQUE DE CULTURAS?

Alan WILLIAMS (*)

1. El ejercicio de la medicina siempre ha planteado dilemas éticos. Desde un punto de vista histórico, la mayoría de ellos tratan de establecer reglas de conducta que eviten que el poderoso e informado médico se aproveche del débil, vulnerable e ignorante paciente. Esto supone un código ético que obligue al médico a decir la verdad, a respetar la autonomía del paciente y a proceder de una manera justa con él. El código de conducta centra su atención en la relación médico-paciente, considerada como la piedra angular del ejercicio de la medicina, y en la importancia de crear una relación de confianza entre ambos. También se espera del médico que use sus conocimientos para preservar la vida, aliviar el sufrimiento y no causar daño.

2. Pronto nos damos cuenta de que a menudo estas reglas apuntan en direcciones diferentes. ¿Debe preservarse la vida sin tener en cuenta su calidad, incluso cuando el paciente ya no quiere vivir? ¿Cómo se debe proceder cuando aliviar el sufrimiento de alguien es probable que le acortemos la vida? Y si el tratamiento supone un riesgo significativo de causar un daño, ¿ese riesgo impide utilizarlo, o es posible comparar el daño potencial con el beneficio potencial y decidir en consecuencia? ¿Y quién debe tomar esa decisión? ¿El médico con experiencia o el paciente asustado? ¿Significa esto último que para respetar la autonomía del paciente habrá

que contarle toda la verdad y dejar que asuma la responsabilidad sobre la decisión y sus posibles consecuencias? En el caso en el que decirle la verdad aumente su ansiedad y angustia, ¿tiene el médico justificación ética para tratar de evitarlo asumiendo discretamente la responsabilidad y tomando las decisiones necesarias? ¿Y qué significa tratar con justicia a los pacientes? ¿Quiere decir que hay que tratar casos clínicamente idénticos del mismo modo, sin tener en cuenta las circunstancias particulares de cada paciente? ¿O debería recibir trato de preferencia el paciente que pierde dinero porque no puede ir a trabajar a causa de su enfermedad sobre otro que tiene un empleo en el que la misma enfermedad tiene un menor impacto? ¿Y se debe ingresar en el hospital a la abuela cuando lo que a ella le gustaría es quedarse con su nuera, aunque la nuera está agobiada y, en aras de su matrimonio y del bienestar de sus niños, quiere que la abuela se marche? ¿Qué interés debe pesar más, el de la abuela o el de la nuera?

3. Enumero estos frecuentes dilemas para demostrar que la resolución de estas cuestiones éticas es algo inherente al propio ejercicio de la medicina, y que estas cuestiones no tienen nada que ver con la economía. Surgen porque la medicina tiene muchos objetivos diferentes que no pueden ser perseguidos sin tener en cuenta los demás, lo que supone la necesidad de llegar a un

compromiso entre ellos. Diferentes médicos, aplicando el mismo código ético, pueden llegar a conclusiones diferentes en circunstancias parecidas. Por ello, puede que exista una divergencia considerable entre la actuación práctica de dos médicos igualmente bien informados sobre la ciencia de la medicina, e igualmente concienzudos. Para ello hace falta tan sólo que ponderen de manera diferente los principios de la ética médica.

4. Pero introduzcamos algunos factores que compliquen la solución. Ser médico es un modo de ganarse la vida que merece mucho respeto. Algunos médicos son en realidad pequeños empresarios que alquilan locales, contratan una plantilla y compran equipamiento y productos consumibles con el fin de obtener un beneficio lo suficientemente grande para alcanzar ellos mismos, y sus familias, un nivel de vida que sea una compensación adecuada por los años de estudio mal pagados y por la pesada responsabilidad que soportan. ¿Afectará esto de alguna forma a su conducta como médicos? Sería muy sorprendente que no fuera así.

5. Citemos un ejemplo fácil: a los médicos les cuesta dinero mantener la capacidad de su consulta para el reconocimiento y tratamiento de sus pacientes, pero no les cuesta el tiempo de estos últimos. Es de suponer, por tanto, que los médicos se organicen de tal forma que puedan utilizar sin interrupción los recursos que les cuestan dinero, y que utilicen sin ese condicionante los que les resulten gratuitos. En consecuencia, los pacientes tienen que esperar en la consulta a ser atendidos por los médicos y enfermeras, mientras que médicos y enfermeras no tienen que esperar a los pacientes. Sin embargo, el tiempo de los pacientes

también es valioso. Mi dentista me pide que vaya a verle cada seis meses aunque no les pase nada a mis dientes. Si me niego tres veces a acudir amenaza con borrarne de su lista. Acudir supone gastos de transporte y al menos una hora de mi tiempo para una revisión de diez minutos, en la que normalmente no encuentra nada. Supongamos que tuviera que pagarme 20 dólares por hora de mi tiempo y tuviera que hacerse cargo de mis gastos de transporte cada vez que me pida que acuda a una cita. ¿Continuaría su entusiasmo por las visitas periódicas cada seis meses?

6. Desde un planteamiento más estratégico, es bien conocido que la forma en que se paga a los médicos tiene un efecto considerable sobre su modo de trabajar. Si se les paga un sueldo que no depende del número de consultas que han hecho al mes, se comportarán de modo diferente que si se les paga según el número de consultas despachadas. Es decir, el sistema de pago puede ser un incentivo poderoso para que cambien su modo de trabajar. ¿Es poco ética esa reacción? Lo sería si los médicos deliberadamente hicieran cosas que perjudicasen a sus pacientes para ganar más dinero. Pero, como ya he indicado, comparar el riesgo con el beneficio de sus actuaciones es algo que los médicos hacen todos los días. Diferentes médicos llegarán a conclusiones diferentes al hacer esa comparación, incluso si no existen incentivos financieros para decidir a favor de uno u otro tratamiento. Por lo tanto, es probable que observemos en esta zona gris el agrupamiento de las decisiones en un extremo del abanico de posibilidades en vez de en el otro, pero todas dentro de la zona que convencionalmente se considera de acuerdo con la ética.

7. Estos incentivos financieros no son peculiares del Servicio Nacional de Salud, es más, se manifiestan de una manera mucho más patente en un sistema de medicina privado o semiprivado que en uno público, por lo que no tiene sentido creer que los médicos se ven ahora obligados por primera vez a pensar sobre cuánto dinero ganan, en vez de pensar solamente en qué es lo mejor para sus pacientes. Los médicos siempre han sido muy conscientes de la necesidad de emplear del modo más rentable un recurso clave, su propio tiempo. Hay muchos modos de emplearlo incompatibles entre sí, y hay que compararlos para decidir cuál es más rentable. Uno es el tiempo pasado con el paciente que está siendo atendido, pero hay que pensar también en los que están en la sala de espera o tienen una cita para otro día. Otro es el tiempo empleado en la enseñanza, o en prácticas, o en una reunión de gestión del hospital a la que hay que asistir, o en tomar notas y analizar los resultados de una investigación, o en el nombramiento de un miembro nuevo de la plantilla, o en recoger del colegio a los niños, o en escribir cartas o hacer llamadas por teléfono. El médico está sometido a una presión constante para decidir cuál es el modo más rentable de utilizar un recurso escaso, su propio tiempo, y si no sería mejor contratar a alguien para que se haga cargo de alguna de estas tareas. El médico, como empresario gerente de su consulta, tiene que considerar el coste y el beneficio de cada empleo determinado de su tiempo, y escoger la combinación de actividades que produzca un mayor beneficio dados los recursos limitados de que dispone. Aunque no se dé cuenta de ello, se trata de un problema económico, que hay que resolver aplicando principios económicos bien conoci-

dos que han sido aplicados durante décadas, mucho antes de que existiera un Servicio Nacional de Salud.

8. Por tanto, ¿qué diferencia supone la existencia de un Servicio Nacional de Salud? La diferencia principal entre una asistencia sanitaria con financiación centralizada financiada con impuestos y un sistema privado, o semiprivado, es que en el sistema público el acceso al servicio médico ya no depende de la voluntad o posibilidad de pagar del paciente (o su asegurador), sino de una cierta noción sobre qué se entiende por «necesidad». Para evitar un complejo debate sobre el significado de «necesidad» en este contexto, diré simplemente que es la capacidad de una persona para utilizar el sistema de asistencia pública sanitaria. La gente no tiene necesidad de algo que no confiere ningún beneficio. Y una persona que a consecuencia de su visita al médico recibe un beneficio grande tiene una necesidad mayor que la que recibe un beneficio pequeño. Pero ¿quién puede juzgar sobre las necesidades de una persona, respecto de lo que puedan ser sus deseos y exigencias? No es posible satisfacer todas las necesidades, de modo que hay que establecer un orden de prioridades, y para ello es necesario un experto desinteresado que lo decida. ¿Y quiénes son los expertos que pueden juzgar sobre los beneficios probables de la asistencia sanitaria? Evidentemente, los médicos. Por lo tanto, el establecer un orden de prioridades aplicable a las necesidades es una cuestión clínica a resolver por los médicos. Como los médicos siempre han tenido que decidir qué casos son los más urgentes que exigen tratamiento inmediato, y cuáles pueden esperar algún tiempo, ya tienen suficiente práctica en esta penosa tarea.

9. Pero esta responsabilidad adicional crea un nuevo dilema ético para los médicos. Tienen que decidir simultáneamente sobre:

¿Qué es lo mejor que puedo hacer por este paciente ignorando cuáles pueden ser las consecuencias para los demás pacientes?; y, a la luz de lo que estos últimos necesitan, ¿qué es lo que debo hacer por el primero?

La primera parte de la decisión sobre el tratamiento a seguir se refiere a su calidad clínica, sin tener en cuenta su coste; y la segunda, a su relación coste-efectividad. Muchos médicos se quejan de que la segunda parte, en realidad, no forma parte de la ética médica, que, en su opinión, les obliga a hacer todo lo que puedan por cada paciente sin tomar en consideración su coste. Pero uno de los principios de la ética médica que mencioné al principio de este ensayo es la obligación de tratar de un modo justo a todos y cada uno de los pacientes. No tener en cuenta el coste de tus acciones quiere decir que no te importa el sacrificio que suponen para los demás pacientes. En un mundo de recursos limitados, el coste de tratar a un paciente supone emplear recursos que podrían haber sido empleados en otro paciente, cuya salud empeorará al verse privado de ellos. Por eso, se impone la necesidad de establecer un orden de prioridades para asegurar que lo que se deja de hacer produce menos beneficios que lo que se lleva a cabo. Es éste el significado de la relación coste-efectividad.

10. Pero establecer un orden de prioridades, según las necesidades, en favor de la sociedad en su conjunto supone que se exija a los médicos que sean más responsables ante el público por sus acciones y políticas. Junto a los

pacientes, los colegas y las familias de los médicos, hay ahora otro grupo involucrado en la decisión: el contribuyente que paga impuestos o sus representantes. En consecuencia, tomar una decisión equilibrada se hace más complicado. Por una parte, el médico tiene que mantener rentable su consulta, y por otra, actuar lo mejor que pueda en beneficio de sus pacientes, simultaneando un orden de prioridades y una utilización de recursos que sea aceptable para el contribuyente que paga los impuestos. No es una tarea envidiable.

11. Por desgracia, esta tarea se ha hecho más difícil a causa de la resistencia de los representantes de los contribuyentes (los políticos profesionales) a jugarse el tipo asumiendo la responsabilidad de establecer un orden de prioridad entre necesidades. Es más, a veces casi llegan a pretender que no es necesario establecer tal orden de prioridades, afirmando que todas las necesidades clínicas tienen que ser atendidas. Pero esa afirmación, poco honesta, ignora convenientemente el hecho de que esas «necesidades determinadas clínicamente» son el resultado de la aplicación de un orden de prioridades cuya determinación se ha puesto en manos de los médicos, y respecto al cual se lavan las manos como Poncio Pilatos. Pero como los médicos disponen de presupuestos limitados, y existen tratamientos mucho más beneficiosos que los que los médicos pueden aplicar con los recursos limitados de que disponen, esta afirmación es evidentemente falsa. El mundo no es plano, sino esférico. Y no sirve de nada que los que están en una posición de responsabilidad afirmen que desde donde ellos están el mundo parece plano.

12. En una sociedad democrática, cuyo funcionamiento efi-

caz depende de la publicidad de las decisiones políticas, de la responsabilidad de los políticos y de una ciudadanía bien informada, hay que hacer un esfuerzo sistemático para que los contribuyentes sean conscientes de la naturaleza de los dilemas que hay que afrontar, de las opciones disponibles y sus probables consecuencias, y de ciertas consideraciones sobre los principios en que se fundan las políticas a seguir. Hay cuestiones estratégicas importantes que hay que plantear francamente y sin tapujos. ¿Quieren ustedes que el lugar en que viven no tenga ninguna incidencia sobre los tratamientos disponibles o, por el contrario, quieren que haya una cierta discrecionalidad para ajustarse a las circunstancias locales? No es posible tener ambas cosas. ¿Quieren ustedes reducir la desigualdad en el estado de salud de la gente a lo largo de su vida, o quieren que no exista discriminación según la edad? No es posible tener ambas cosas. ¿Quieren dar prioridad absoluta a los casos de vida o muerte, o prefieren que se empleen más recursos para aliviar el dolor y las incapacidades físicas? No es posible tener ambas cosas. Etcétera.

13. La televisión es el medio más eficaz para entrar en los hogares y presentar estas cuestiones gráficamente y de modo equilibrado. Pero aunque ya hay un número pequeño (pero cada vez mayor) de realizadores de programas dispuestos a intentar este ejercicio de educación cívica, la opción más atractiva es una operación de tipo *shock*/horror/conspiración/escándalo que termine exigiendo que se destituya al señor A o al señor B, culpables del desaguisado. Pero, como hemos dicho repetidamente, esto no es un drama de buenos y malos, sino una serie de di-

lemas en los que prácticamente todos los actores pueden afirmar legítimamente que están comportándose ética y responsablemente.

14. Algunos sostienen que, a falta de consenso, es mejor no hablar de ello y dejar que estos temas se solucionen en privado por gente concienzuda y bien informada. Y la gente cree que esas personas concienzudas y bien informadas son, sin duda alguna, los médicos, no los políticos. Lo que hace que me cueste mucho aceptar esta salida, aparentemente fácil, es el hecho de que el interés del médico como proveedor de asistencia sanitaria puede predominar a menudo

sobre su función de representante de los intereses de los pacientes, y que es imposible que actúe como fiel representante de los ciudadanos contribuyentes, porque los intereses de estos últimos son más a largo plazo e imparciales que los de los pacientes actuales. Es más, yo observo un creciente resentimiento en la profesión médica porque, en su calidad de soldados de infantería en el frente de batalla, se ven obligados a improvisar un plan táctico con los recursos que el cuartel general les suministra, pero sin que se les diga con claridad cuáles son los objetivos estratégicos a perseguir y las reglas del combate. En esa situación, el papel del soldado de in-

fantería no es nada envidiable. ¿No sería mejor coger el toro por los cuernos e intentar que la sociedad participe en un debate responsable sobre cómo decidir el orden de prioridades en la asistencia sanitaria, sobre las tensiones entre el potencial de la medicina moderna y el hecho innegable de que sólo se dispone de recursos limitados, y sobre los principios éticos que deberían determinar la solución de dichas tensiones? A mí me parece que ésta es la única manera responsable y constructiva de proceder.

NOTA

(*) «Medicine, economics and ethics and the National Health Service. A clash of cultures?». Traducción de Ricardo Cortes.

Resumen

A menudo hace falta sacrificar criterios de eficiencia en favor de la equidad, y viceversa, cuando se establecen prioridades para los recursos en asistencia sanitaria. El artículo explora los principios éticos que rodean la práctica de la medicina y de las decisiones económicas, y cómo interaccionan en la cultura de los profesionales sanitarios en los Sistemas Nacionales de Salud. El autor aboga en favor de la apertura de un debate social acerca de los principios sobre los que se ha de basar un orden de prioridades explícito en cuanto a los recursos en sanidad, a efectos de guiar las tensiones existentes entre los beneficios potenciales de los tratamientos curativos y paliativos que la moderna medicina ofrece y las limitaciones económicas existentes en el nivel de recursos disponible.

Palabras clave: equidad, establecimiento de prioridades en asistencia sanitaria, ética y servicios sanitarios públicos.

Abstract

Many different equity criteria may need to be traded off against efficiency when prioritizing health care. This paper explores the nature of the ethical principles involved in Economics and Medicine and how may they clash in the National Health Service professionals' culture. The author advocates for the opening of a public debate on the ethical principles for an explicit priority setting in health care, in order to guide the present tensions between the potential of modern medicine and the existing resource constraints.

Key words: equity, priority-setting in health care, ethics and public health services.

JEL classification: I18, D63, K29.