

La utilización de los recursos destinados a la prestación y mantenimiento de la salud

Augusto León C

El enjuiciamiento moderno de los problemas de salud ya no puede hacerse desde la vertiente de la ética tradicional, sino desde la perspectiva más amplia de la bioética. A la bioética concierne no sólo las investigaciones realizadas en el campo de la medicina, sino también en el campo de la biología y en general de todas las disciplinas interesadas en el estudio del ser humano. Esto implica la asociación, para el adecuado análisis de tan múltiples aspectos, de personas con formación académica en medicina, biología, genética, leyes, filosofía, economía y restantes ciencias sociales (1).

Es creciente la exigencia, a nivel mundial, de la distribución equitativa de los recursos en materia de salud. El mejoramiento de la salud es un problema político y social, competencia de la bioética, y que "debe empezar por la aceptación de la función social de la salud, exigiendo que la tecnología sanitaria se desarrolle y aplique en armonía con esa función social" (2).

¿Justicia o injusticia social?

¿Es justo nuestro sistema de asignación de los recursos disponibles en materia de salud? Justo parece ser el término utilizado para calificar lo que prácticamente todos aprobaríamos, especialmente cuando encaramos un problema de justicia social.

Las siguientes afirmaciones parecen ser inobje-
tables:

- Es injusta e inadecuada la distribución, entre nosotros, de los recursos destinados a la salud de la población.
- La utilización de la moderna tecnología médica es muy costosa y todo hace prever su constante incremento.
- Las diferencias en cuanto a la capacidad para pagar explican las variantes en la calidad de la atención obtenida.
- Las realidades económicas asociadas al elevado coste de la atención médica plantean un reto de orden ético a la profesión médica, a los gobernantes

y a la sociedad entera. Ya no es posible para los médicos, tomar decisiones trascendentales sin tomar en cuenta si es o no adecuada la distribución de los recursos que les permitirían llevar a cabo las mismas.

- Constituye una paradoja la generalmente limitada capacidad de respuesta del enfermo ante ilimitadas posibilidades diagnósticas y terapéuticas de la medicina contemporánea.

- Ante la desproporción entre las demandas en el campo de la salud y la disponibilidad de los recursos para satisfacer esas demandas es imposible desvirtuar la creencia generalizada de que el derecho a la salud, como derecho humano, carece de validez. La distribución de los recursos destinados por el Estado para la prestación de servicios médicos torna en burla la afirmación de que el logro de la salud es un "derecho" y no un privilegio, cuando la realidad es tan diferente: el logro de tal "derecho" depende en la práctica de un "privilegio": la capacidad para pagar (3).

- La mayoría de los médicos se preocupan por satisfacer con rigor las exigencias éticas ante el enfermo considerado individualmente, pero a muchos escapan los complejos problemas sociales asociados a la enfermedad. Por ello hallo justificada la inclusión que hiciera en la "Declaración de Principios" del Código de Deontología Médica (Capítulo Primero del Título I) de la siguiente oración comprendida entre los principios que hemos calificado de inmanentes por ser inseparables de la esencia misma de la medicina (4): **"Los ideales de la profesión médica exigen que la responsabilidad del médico se extienda no sólo al individuo, sino a toda la comunidad. Por ello, aparte de su responsabilidad individual en el cuidado del paciente, debe cumplir la responsabilidad social de promover la salud de la comunidad"**.

Los cánones de la moralidad médica

La "contención de los costes" es la preocupación fundamental de los planificadores y legisladores en el campo de la salud, lo cual les conduce a solicitar

la ayuda de los economistas. Ayuda valiosa, sólo que los “cánones de la moralidad médica” trascienden los “cánones de la economía en medicina” (5).

Los “cánones de la economía en medicina” propuestos por los economistas pueden entrar en conflicto en numerosas circunstancias con los principios éticos de la profesión médica.

Ya que la provisión de los servicios de salud constituye en la actualidad un problema económico de gran magnitud, se justifica el examen cuidadoso de los recursos disponibles. El punto de vista de los economistas puede condensarse en las 3 observaciones siguientes: 1) Los recursos son escasos en proporción a las necesidades; 2) Los recursos tienen vías alternas de utilización; 3) Las personas tienen diferentes necesidades y asignan diferentes valores a las mismas.

Para los economistas, el problema central consiste en asignar los recursos en forma óptima para satisfacer las necesidades humanas. Algunas de estas necesidades se consideran valores e indefectiblemente todos coinciden en considerar la salud como un valor.

Los economistas muestran competencia en el manejo de los métodos destinados a la “utilización de los recursos”, pero la metodología empleada no les califica para determinar cuáles valores deben predominar en nuestra sociedad.

Las consideraciones de orden económico definen costes, productividad, eficiencia y prioridades, señalan límites y sugieren elecciones; pero esos principios aplicables a cualquier otra actividad no son siempre aplicables en el campo de la salud.

Es evidente que los “cánones de la moralidad médica” se oponen, en ocasiones, a los esquemas acabados de señalar. En las actividades de carácter mercantil las fuerzas que regulan la oferta y la demanda ejercen una influencia recíproca. Pero las distintas reglas de una “buena economía” se violan constantemente en la medicina:

- demanda excesiva procedente de todos los sectores de la sociedad;
- utilización exagerada por determinados grupos;
- expansión tecnológica creciente;
- mala distribución del personal y de los recursos a su disposición;
- duplicación de los servicios con la consiguiente sub-utilización del personal y del equipo médico.

Las prescripciones para aliviar estos “males”,

procedentes de los expertos en economía, lucen precisas:

- limitar los gastos;
- combatir la ineficiencia;
- eliminar la duplicación de servicios;
- distribuir racionalmente los recursos;
- controlar la calidad.

Estas medidas son necesarias y debe procurarse su aplicación, pero en la práctica, y pretendo mostrarlo a continuación, entran en conflicto con la moral tradicional en la prestación de servicios de atención médica.

La justicia social y sus dificultades

Hemos afirmado que no es justa entre nosotros la distribución de los recursos asignados para satisfacer las necesidades en salud de la población. Pero tampoco lo es a escala mundial. La adecuada utilización de esos recursos plantea, con carácter universal, un problema de justicia social.

Los nuevos tratamientos son de elevado coste y sólo aplicables en 2 situaciones: 1) en el paciente con recursos económicos que le permitan disfrutar de tal privilegio. 2) en el “afortunado” seleccionado entre un extenso grupo de pacientes en el seno de la institución donde pueden aplicarse los mismos, pero en escala reducida.

Es distinto el análisis de la situación si se trata de procedimientos de utilidad comprobada (hemodiálisis previa al trasplante renal y el trasplante renal mismo) o de procedimientos considerados exóticos en la actualidad y aún en fase experimental (implante de corazón artificial).

Describo una situación concreta: la angioplastia coronaria(*) exige su realización perentoria. No puede llevarse a cabo en las instituciones desprovistas de personal y de los recursos técnicos apropiados. En cambio existe el personal adiestrado y los sutiles recursos para llevarla a cabo en algunas instituciones privadas. Se realizan foros, simposios y mesas redondas sobre el tema y los médicos aprendemos que debemos orientar a los enfermos de inmediato al lugar donde puedan resolverle el problema.

(*) Incidentalmente, la utilidad real de este procedimiento se halla sometida en la actualidad a un intenso proceso de revisión.

Es este un genuino ejemplo de ética social. Captamos el hecho en toda su magnitud desde la perspectiva humanitaria. ¿Qué hacer?, ¿Exigir al Estado dotar a todos los hospitales y clínicas bajo su dependencia del personal competente y de los recursos para satisfacer con carácter perentorio dicha exigencia?, ¿Y haríamos lo mismo con cada nuevo avance diagnóstico y terapéutico? Equivaldría a llevar a cabo una escalada simultánea con cada nuevo aporte significativo de la ciencia y de la tecnología en el campo de la salud. ¿Puede un Estado soportar esas exigencias?, ¿Y las otras necesidades?

Los recursos destinados a satisfacer las diferentes necesidades de la población son limitados en todos los países y tienen que distribuirse con flexibilidad en las diversas áreas.

¿Hasta qué nivel las inversiones del presupuesto destinadas a la salud podrán competir con las destinadas a la alimentación, educación, vivienda, transporte y defensa?

¿Es justo que se invierta en la construcción, a veces desahogada, con auxilio estatal -como ocurre en alguna región del país- de hoteles y apartamentos de lujo, cuando grandes sectores de la población carecen de vivienda y sufren de desnutrición?

¿Cuánto destinar a la atención de los enfermos mentales y cuánto, simultáneamente, para combatir el desempleo? El enfermo mental exige más en el campo de la salud que el desempleado, pero este último aduce que su contribución social le debe conferir prioridades.

¿Cuáles son las distinciones para servir a los fines de la justicia que permitan sentar bases para la distribución racional de los recursos sociales?

En lo referente al presupuesto destinado a la salud:

¿Cuánto destinar a la investigación biomédica básica y cuánto para el tratamiento de las enfermedades?

¿Cuánto para la prevención y cuánto para la curación de las enfermedades?

¿Debe utilizarse el presupuesto en mayor proporción para remediar las afecciones comunes susceptibles de recuperación y que atacan a la mayoría de la población o en el tratamiento de afecciones graves de menor incidencia y con menores posibilidades de recuperación?

¿A quién aplicar los costosos procedimientos de

orden vital cuando el grupo de enfermos excede la capacidad de ayuda por parte de la institución? ¿La respuesta residiría acaso en considerar la utilidad social de la persona u ocurrir al azar sobre la base del sentimiento de igualdad ante la muerte? ¿Y a quién corresponde tomar la decisión? ¿Al grupo de médicos tratantes? ¿A los comités institucionales de revisión ética? ¿Y cuáles criterios satisfarían a estos comités?

Son ejemplos, entre muchos otros, destinados a mostrar que los cánones de la moralidad médica no siempre pueden seguir los esquemas rígidos de los cánones de la economía en medicina y que, en última instancia, nos enfrentamos a complejos problemas de elemental justicia social.

Vicios

Señalo a continuación hechos íntimamente vinculados con la utilización de los recursos destinados a la promoción y mantenimiento de la salud. Los límites impuestos para la extensión de esta publicación sólo permiten un análisis somero de las siguientes situaciones.

1) Los hospitales consumen la mayor parte del presupuesto destinado al sector salud. Es, además, inadecuada la selección de los enfermos que requieren hospitalización, exceptuando las situaciones agudas o de emergencia. No se ha hecho práctica rutinaria entre nosotros la realización de exámenes diagnósticos preoperatorios con carácter ambulatorio.

Es obvia la necesidad de reforzar la asistencia de "primera línea", insistiendo en la prestación de asistencia médica preventiva y curativa en la colectividad mediante la aplicación, por personal de asistencia primaria de salud, de los conocimientos epidemiológicos relativos a los grupos más expuestos.

Para los expertos en planificación de la salud el 80% de los problemas de la población los resuelven los médicos generales en el "nivel primario" de atención médica (servicios ambulatorios) y sólo el 20% necesita la intervención de especialistas en los niveles "secundario" (consultas especializadas) y "terciario" (servicios de hospitalización).

2) La excesiva especialización eleva el coste del acto médico. Es natural que el aumento tan acelerado del conocimiento médico conduzca al fenómeno inevitable aunque necesario de la especialización. Pero es un hecho evidente que la competencia del

médico, individualmente, para la prestación de servicios a la comunidad en general, para el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones comunes, se restringe en proporción al conocimiento especializado. Las afecciones comunes, las que padece la mayoría de la población, no son del dominio del especialista (3) .

3) También es un hecho de fácil comprobación la duplicidad de los servicios especializados. No es ético propiciar este tipo de competencia. En estas circunstancias es menor la utilización individual de los equipos, la subutilización eleva el coste del médico, la calidad del servicio prestado disminuye. Hay evidencias de que la mortalidad en centros dedicados a la cirugía cardiovascular es mayor en las unidades de poca utilización y menor en los grandes centros quirúrgicos que despliegan gran actividad (6) .

4) La dispersión de los servicios es práctica habitual entre nosotros. La ética de una “buena economía” exige que las facilidades del hospital no funcionen aisladamente sino que se integran con el resto de los servicios de la comunidad. Debe existir una verdadera integración de las distintas áreas del sector salud. “Ya que el objeto de la misión de los profesionales de la salud es uno -el hombre- debemos conocernos, apreciar la misión de cada uno y educarnos mutuamente y producir un cuadro armónico de servicio a ese hombre” (7).

5) El ejercicio multidisciplinario exige con carácter perentorio la asignación de funciones y la delimitación de responsabilidades. En extenso trabajo incorporado a la Ponencia Oficial de la Federación Médica en su XLII Reunión efectuada en San Cristóbal en setiembre de 1987 (7), demostramos las relaciones entre el incremento del coste del acto médico y la ausencia de pautas de cumplimiento obligatorio en el seno de las instituciones hospitalarias públicas y privadas. Urge definir cuánta responsabilidad es atribuible al hospital y cuánta a los profesionales que ejercen en la misma; la responsabilidad conjunta o solidaria y la responsabilidad individual en las situaciones de actividad pluriprofesional y, finalmente, evitar las impresiones existentes en lo que concierne a la “delegación de funciones” en el ejercicio del acto médico. La elaboración de estas pautas sería responsabilidad del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en colaboración con la Asociación Venezolana del Hospitales, la Federación Médica Venezolana y la Asociación de Facultades (Escuelas) de Medicina.

6) En las actuaciones de nuestros médicos priva la mentalidad “curativa” sobre la mentalidad “preventiva”. Durante el VII Seminario Nacional de Educación Médica realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia en 1987 se trató el tema “Aspectos Cuantitativos Cualitativos de la Formación del Médico en Venezuela” (8). Entre las conclusiones cabe destacar la siguiente: “El aspecto cualitativo constituye un problema importante al comparar la formación orientada hacia una medicina curativa y especializada de segundo y tercer nivel predominantemente, en oposición al desconocimiento de las necesidades reales implicadas en el concepto de atención primaria de la salud”.

7) La utilización indiscriminada de la moderna tecnología constituye, en última instancia, un problema de pésima educación médica. Mahler (2) expresa la creencia de que “si pudiéramos convencer a los sectores científicos de la medicina que el deseo desordenado de una mayor tecnología suele frenar la tendencia de la justicia social en conseguir el máximo grado posible de bienestar físico, mental y social para todos, encausarían sus energías intelectuales y morales hacia el intento de crear tecnologías más fundamentales para los principales problemas sanitarios de la sociedad y solventar los crecientes problemas planteados por el conflicto entre las innovaciones técnicas y la capacidad de la sociedad para sufragarlas”.

En otra ocasión desarrollamos la tesis de que (9): “La utilización indiscriminada de las nuevas tecnologías contribuye a la incesante escalada del coste de la medicina. Los costes iniciales y el mantenimiento de los equipos son elevados, se requiere para su manejo un personal especialmente calificado y las innovaciones conducen a su pronta obsolescencia.

El usuario, lógicamente, no sólo experimenta el beneficio de tales refinamientos sino también el impacto desagradable de las mayores exigencias monetarias. Y en no pocas ocasiones sospecha el uso indiscriminado de tales técnicas para sufragar lo más pronto tan cuantiosa inversión.

Debemos discernir la utilización que hacemos no sólo de la nueva tecnología sino también de los procedimientos tradicionales empleados para el diagnóstico de las afecciones comunes. La adecuada educación médica en el período formativo preliminar, durante la etapa de residencia y ulteriormente mediante los programas de educación médica continuada contribuirán a que el médico ejerza un

juicio clínico selectivo”.

Las recientes observaciones acerca de esta materia emitidas por el editor de ILADIBA (10) justifican su transcripción:

“Ya que los recursos económicos que la sociedad asigna a la salud son finitos, se impone hacer una juiciosa apreciación de esos recursos estableciendo un evidente rango de prioridades.

Es importante que a medida que avanza la tecnología no caigamos en el sofisma de que lo “último” por ser lo “nuevo” es lo “mejor”.

No hay razón para reemplazar toda imagen de resonancia magnética por tomografía de emisión de positrones, ni toda tomografía computarizada por imagen de resonancia magnética o toda placa simple de tórax por tomografía computarizada.

Un avance tecnológico debe emplearse solamente cuando su beneficio supere al precedente en término de los costes que implique”.

8) Para la solución de estos problemas es imprescindible la participación de nuestras escuelas de Medicina, por corresponder a las mismas la formación de profesionales capacitados con tal fin. Desgraciadamente, hasta el momento, ha privado en nuestras escuelas de Medicina el criterio de “producir” médicos en exceso de las necesidades del país y la dedicación de sus mayores esfuerzos en la formación de especialistas, desestimando la formación de médicos generales. La siguiente información es suficientemente descriptiva (11):

“La población estimada actual de Venezuela es algo mayor de 18 millones. Para el año 2000 se espera alcance la cifra de 24 715 000 habitantes.

Las escuelas de Medicina del país (ocho en total) gradúan 2 000 médicos anualmente, estimándose que para el año 2 000 se habrán incorporado 30 000 nuevos médicos, elevando el total de los mismos a 50 000, agravando como es de esperar las situaciones calificadas de desempleo y subempleo médico. La relación médico/paciente para ese momento será de 1:500.

El número de médicos tiende a crecer a la tasa interanual de 6,7% mientras que la población lo hace a la tasa de 3%.

La excesiva producción de médicos conducirá inexorablemente, en el lapso de pocos años, a la proletarización de la profesión médica; la cual, en escala mundial, ha engendrado dos fenómenos irreversibles a la par que repugnantes: la transformación de la medicina, de profesión noble y

altruista, a vulgar negocio y al incremento de conductas licenciosas, con evidente monospresio por las normas más elementales de moral profesional.

CONCLUSIONES

En forma inevitable la prestación de servicios de salud ya no es materia que concierne sólo a los profesionales de la medicina y a las instituciones médicas estatales y privadas. Es algo que también atañe a la responsabilidad de la comunidad. No hay país que pueda permitirse el lujo de proporcionar a cada ciudadano todas las modalidades posibles de tecnología médica, ni ello sería forzosamente bueno para la salud del individuo ni de la sociedad: “por el contrario y prescindiendo de los posibles efectos secundarios adversos y de las enfermedades iatrogénicas, ese proceder haría que la gente dependiese demasiado de una aristotecnocracia médica” (2).

Las decisiones acerca de la organización de los servicios médicos y el control de prioridades y costes se traslada progresivamente al campo político.

Sólo cuando los profesionales de la medicina se decidan a tomar el papel que les concierne en cuanto a las decisiones destinadas al manejo de los recursos médicos, podrán comprender la magnitud del impacto ético de tal decisión.

Las nuevas situaciones derivadas del abrumador desarrollo de la ciencia y la tecnología exigen al médico la toma de nuevas decisiones sobre la base del análisis del coste de la atención médica y del valor relativo de las medidas preventivas y curativas.

El análisis objetivo que conduzca a la toma de decisiones constituye un reto a la integridad de la profesión médica, ya que ésta no podrá ignorar la estimación de los factores que influyen en el status del médico y en sus ingresos económicos.

¿Cómo distribuir los recursos (hombres, habilidades, tecnología) en todos los niveles? ¿Debe dejarse esta materia al libre “juego del mercado” mediante el uso del cálculo utilitario o mediante la referencia directa al principio de justicia social que proclama el derecho a la salud igual para todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica, clase social, recursos económicos o servicios prestados a la comunidad?

Participamos del criterio de Mahler (2) en cuanto a que una meta de ética social debería ser la prestación de un grado aceptable de asistencia médica

para todos los miembros de la sociedad, antes de pretender la utopía de que todo mundo pueda disponer de asistencia médica especializada, y ello supone, en esencia, la distribución equitativa de los recursos destinados a la promoción y mantenimiento de la salud.

Sobre la base de todo lo anteriormente expuesto es obvio que la organización de las estructuras destinadas a la justa distribución de los recursos destinados a la prestación de salud, exige una organización previa de nuestra disposición mental para aceptar los cambios requeridos.

REFERENCIAS

1. León Cechini A. Bioética. Una nueva disciplina. *Gac Méd Caracas* 1981;89:31-42.
2. Mahler H. Problemas que plantea la abundancia de recursos médicos. *Crónica de la OMS* 1971;31:8-13.
3. León Cechini A. El drama de la medicina. *Gac Méd Caracas* 1988;96:367-369.
4. Código de Deontología Médica. Aprobado durante la LXXVI Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Caracas el 20/3/85.
5. Pellegrino E. Medical morality and medical economics. The conflicts of canons. *Hospital Progress*. August 1978. Catholic Health Association.
6. Scorer G, Wing A. Decisions making in medicine. The practice of its ethics. Londres, Edward Arnold Publishers 1979.
7. León Cechini A, Rago Rodríguez V. Aspectos éticos de la responsabilidad profesional en medicina. Análisis de situaciones concretas. XLII Reunión Ordinaria de la Federación Médica Venezolana. Septiembre 1987.
8. Garrido de Armas T, González Orihuela G, Puchi Ferrer J. Aspectos cuantitativos y cualitativos de la formación de médicos en Venezuela. AVEFAM. Publicación 9. Caracas, Venezuela 1987.
9. León Cechini A. Aspectos éticos del ejercicio privado de la medicina. *Bol Hosp Universitario Caracas* 1982;15:25-35.
10. Salud: educación integral (Editorial) ILADIBA 1987;1:1.
11. León Cechini A. Discurso pronunciado en la sesión solemne de la Academia Nacional de Medicina el 9 de junio de 1988 (toma de posesión de la Presidencia de la misma). *Gac Méd Caracas* 1988;96:585-588.

“La Gaceta Médica de Caracas hace 100 años”

“Hospital de niños

Los niños, menos aptos que los adultos para vencer en la lucha del organismo contra las enfermedades, contribuyen con una elevada cifra a la estadística de la mortalidad. Por eso, en los países cuya población disminuye en vez de aumentar, los higienistas y los gobiernos viven preocupados en solicitud de los medios más adecuados para mejorar la condición de los niños pobres, ya que sus padres por la escasez de recursos, no pueden rodearlos de los cuidados que requiere la primera edad del hombre.

Entre nosotros se ha visto este importante punto de la higiene pública con lamentable indiferencia por parte de los gobiernos. Todas las tentativas en pro de la infancia han tenido su origen en la iniciativa privada. Primero el Dr. Avelado fundó el Asilo de Huérfanos; después el Dr. Ríos estableció la Clínica de Niños Pobres; y últimamente el señor Linares ha

destinado una fuerte suma de dinero para fundar un hospital destinado exclusivamente para niños.

Es muy grato consignar estos hechos que tanto enaltecen a quienes los realizan, porque ellos indican que en medio de todo existen hombres de probidad que piensan en los males de otros, que se duelen de las desgracias de sus semejantes y que tienen una idea exacta del verdadero patriotismo.

El Hospital de Niños, inaugurado el 23 de julio último, satisface hasta donde es posible la necesidad actual de la población de Caracas. Construido según los planos del Ingeniero Dr. Avelado, puede contener cincuenta camas en salones suficientemente aireados por espaciosos patios y anchos corredores. Posee una sala de operaciones y un arsenal quirúrgico completo y al estilo moderno. Una farmacia bien

Continúa en la página 199.