

ÉTICA Y POLÍTICA SANITARIA

En los últimos años es fácil constatar en la literatura, cada vez con mayor frecuencia, el uso de los términos ética médica y bioética, en relación con las ciencias de la salud. No se trata por otra parte de una cuestión nueva. La ética ha sido desde siempre un factor fundamental en la toma de decisiones en el campo de la salud. Sin embargo, estos términos se utilizan con una cierta confusión¹.

Sin ánimo de iniciar una polémica terminológica, polémica en general tediosa y estéril, y con el único propósito de ilustrar este artículo, puede decirse que hay tres contextos en donde se plantea un debate ético en las ciencias de la salud.

El primero es el más tradicional y el que se ha venido a llamar la ética médica. Se refiere a los valores por los que se rige la conducta del médico como profesional.

El segundo es el denominado por algunos bioética: Se refiere a los problemas éticos planteados por los avances tecnológicos, problemas que son, o bien completamente nuevos, o por lo menos tienen aspectos que no se habían planteado hasta que la tecnología ha hecho posible situaciones que hasta ahora pertenecían, si acaso, al campo de la ciencia ficción.

Por último, hay también una ética de la política sanitaria y que trata de los problemas éticos que derivan de la financiación, organización y prestación de servicios sanitarios. Me referiré a cada uno de ellos para extenderme algo más en la ética de la política sanitaria*.

La ética médica

Es el aspecto más tradicional y los principios en los que se basa vienen ya recogidos en parte en el juramento hi-

pocrático y en los códigos deontológicos. La conducta del médico debe anteponer los intereses del paciente, preservar la confidencialidad de la información médica, merecerse la confianza del paciente, tanto en el aspecto científico como ético, respetando su derecho a conocer siempre la verdad sobre sus dolencias y la autonomía de sus decisiones (del paciente). El conflicto ético surge cuando alguno de estos principios chocan entre sí, y lo hacen a menudo, o con otro principio ético como es la ética de la colectividad a la que me referiré más adelante. El médico es quien resuelve estos conflictos en su interpretación de la importancia relativa de cada principio. Así, por ejemplo, decide en el conflicto entre decir la verdad de manera que no vaya contra los intereses del paciente y no aumente su sufrimiento o bien ocultársela. No cabe duda de que es difícil que el médico en esta situación no adopte una actitud paternalista.

Bioética

Las ciencias médicas avanzan rápidamente, planteando unos problemas éticos muy difíciles de resolver por la sociedad, cuyas costumbres, hábitos y creencias tienen un desarrollo más lento que los avances científicos. Me refiero a cuestiones tales como la reproducción artificial, la ingeniería genética, la eutanasia o la propia investigación médica. Para debatir estos problemas se han creado los comités de ética de ámbito nacional.

En Europa, la CE ha creado un comité de bioética que debate estos problemas e intenta llegar a recomendaciones respecto a la práctica de las nuevas tecnologías que sean comunes a todos los países. Es especialmente relevante la

creación de comités de ética en la mayoría de los países occidentales, que tienen como función principal evaluar éticamente cualquier proyecto de investigación médica.

Ética y política sanitaria

En el campo de la política sanitaria las consideraciones éticas se apoyan en tres valores que nuestra sociedad considera básicos: equidad, libertad y eficiencia.

El análisis de la política sanitaria a partir de estos valores puede hacerse de muchos modos, desde los modelos de financiación hasta los detalles más concretos de cada prestación sanitaria. En aras de simplificar, y aun a riesgo de parecer esquemático, me centraré en la decisión más relevante en política sanitaria: la asignación de recursos como ejemplo paradigmático.

Es evidente que para asignar recursos con el objetivo de mantener y mejorar la salud, hay que ponerse de acuerdo con lo que se entiende por salud. En este contexto no se utiliza salud en su sentido amplio porque, visto así, cualquier bien social produce salud y la asignación de recursos entre los distintos bienes pierde entonces relevancia. A los efectos de este artículo baste señalar que la salud no se puede hacer equivalente a asistencia sanitaria porque la salud depende de muchos otros factores y, por otra parte, la asistencia sanitaria tiene otro valor además de mantener y reparar la salud, como es el que proporciona seguridad.

Las decisiones para asignar recursos en el campo de la salud se toman por la sociedad a nivel agregado, y por los médicos en la asignación individual.

La primera decisión que debe tomar y toma la sociedad es la cantidad de

* El término bioética es para algunos autores, especialmente norteamericanos, la ética que se refiere a la biología y a las ciencias de la salud en general y, por tanto, aplicable a todos los anteriores.

recursos que se asignan a prestaciones sanitarias frente a otros fines, como son mejorar el medio ambiente o el estilo de vida. Desde el punto de vista de la eficiencia, uno de los valores en los que se funda la ética, la decisión que ha tomado nuestra sociedad es poco razonable. Así se invierte más del 90 % de los recursos en prestaciones sanitarias cuando probablemente éstas influyen en el estado de salud en menos de un 10 %. Si la decisión la referimos a recursos dentro del sector, es decir, a las prestaciones sanitarias, la ineficiencia persiste, pues se dedica más del 95 % al tratamiento de los ya enfermos y muy poco en prevención, cuando es evidente que es mucho más eficiente invertir en prevención que en tratamiento.

Hay una razón técnica: desconocimiento del mecanismo de muchas enfermedades, de modo que no se sabe cómo prevenirlas, pero sobre todo intervienen una serie de valores, que constituyen buena parte de la ética social, que explican el mecanismo de esta decisión.

Por ejemplo, no tiene el mismo valor una vida conocida que una vida estadística. Cuando un individuo está enfermo es perfectamente identificable, se puede mantener el mito de que la vida tiene un valor infinito^{2,4} y se emplean todos los recursos posibles*. Las vidas que se salvan con medidas de prevención son de individuos desconocidos, son vidas estadísticas y, por tanto, se les asigna mucho menos valor.

Las medidas preventivas tienen mucho que ver con el estilo de vida (fumar, beber, ejercicio, dieta...). Sin embargo, el estilo de vida es algo que compete a la libertad de los individuos. Puesto que la libertad es uno de los valores en los que se basa la ética, es dudosamente ético imponer a los individuos determinados estilos de vida. Sin embargo, esta libertad entra en conflicto con la equidad, porque se puede argu-

mentar que no es justo que toda la sociedad pague por unos individuos que voluntariamente escogen un estilo de vida poco saludable. En este conflicto tiende a prevalecer la libertad del individuo, no sin generar tensiones que distan mucho de estar resueltas.

Pero, además, la eficiencia no es más que uno de los valores en los que se basa la ética. Hay medidas muy eficientes que son éticamente inaceptables. Así, por ejemplo, tratar a los ancianos es poco eficiente, pero no hacerlo es éticamente inaceptable.

Gran parte de las decisiones en asignación de recursos las toma el médico con cada paciente individualmente considerado. El médico se rige según su código ético, por lo que puede interpretar que anteponer los intereses del paciente significa emplear todos los recursos necesarios para que viva, independientemente del coste. Esta actitud implica serios problemas éticos^{5,6}.

En primer lugar hay que distinguir entre lo que es la vida y lo que es la calidad de vida. Cuando el mantener la vida tiene mucho coste, no sólo económico sino también de dolor y limitación, la vida pierde valor. El valor de la vida no es infinito.

En segundo lugar, independientemente del coste del tratamiento, es poco eficiente.

Por último, tratar independientemente del coste del tratamiento es poco equitativo porque, al emplear muchos recursos en unos enfermos, se detraen de los demás.

El médico se ha preocupado más por buscar la calidad en sus intervenciones que por su eficacia y eficiencia. Pero el médico como profesional y como ciudadano tiene responsabilidades con la sociedad y con los demás enfermos.

Un argumento habitual que da el médico que asigna recursos independientemente del coste es que este tipo de decisiones no le competen. Como en

cualquier caso ya las está tomando por el solo hecho de asignar recursos a tal o cual enfermo, la diferencia está en que las decisiones las toma irracionalmente.

No quiero terminar sin hacer mención al clásico (para los filósofos) problema ético en la asignación de recursos escasos: en el caso de tener que escoger entre dos o más individuos para una determinada tecnología de la que depende su vida (p.e. trasplante de corazón,...) ¿Con qué criterios se discrimina entre individuos?^{7,8}

Una vez se tiene en cuenta todos los candidatos que se puedan beneficiar de la tecnología en cuestión, lo único que parece razonable, y que mejor expresa los valores en los que se basa la ética, es la elección al azar.

Cualquier consideración sobre el valor social, económico o político de los individuos para decidir sobre su vida ocasiona serios problemas éticos.

Octavi Quintana Trías

Ministerio de Sanidad y Consumo

Bibliografía

1. Bankowski Z. Ethics and Health. *World Health* 1989; April: 2-6.
2. Fuchs V. *Who shall live?* New York: Basic Book Inc, 1983.
3. Hall W. Disease cost and the allocation of health resources. *Bioethics* 1987; 1 (3): 211-25.
4. Richardson Z. The accountant as triage master: an economist perspective on voluntary euthanasia and the value of life debate. *Bioethics* 1987; 1 (3): 226-40.
5. Williams A. The end of clinical freedom. *Br Med J* 1988; 297: 1183-1260.
6. Grunberg F, Williams JR. Ethical responsibilities of physician in the allocation of health resources. *Ann R Coll Physicians Surg Can* 1988; 21: 311-15.
7. Barber R. Public policy and the allocation of scarce medical resources. *J Philosophy* 1987; 84: 655-63.
8. Branson R. The scope of bioethics. En: Ramsey O (dir): *Ethics and health policy*. New York: Oxford University Press, 1982.

* El valor de la vida de una persona es una cuestión clásica entre los economistas de la salud. Éste no es el lugar para detallar las distintas teorías; baste con decir que tanto la conducta de la sociedad como la de los individuos indican que el valor de la vida de una persona no es infinito.