

Ética y gestión sanitaria



Juan del Llano Señarís y Jesús Millán Núñez-Cortés^a

Fundación Gaspar Casal. Madrid. ^aHospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

La medicina, considerada como una de las profesiones clásicas, goza de una ética singular y específica que viene determinada, fundamentalmente, por la propia naturaleza de la relación humana que se establece entre el médico y el enfermo, y por el hecho de que los contenidos de dicha relación afectan directamente a la biografía biológica del ser humano. Adicionalmente, se debe considerar que las distintas actuaciones e intervenciones se producen sobre la persona enferma, un individuo con plena capacidad de decisión y sujeto de un derecho natural. Todo ello justifica una ética específica, de larga tradición, con unos principios inmutables y reguladora de nuestras actuaciones.

Quizá se pudiera pensar que la «ética médica» (la de la profesión) y la «ética del médico» (la del profesional) son la misma cosa. Pero si tenemos en consideración los diferentes niveles de la gestión sanitaria (desde lo «macro» hasta lo «micro»), hemos de concluir que se pueden encontrar rasgos diferenciales entre lo que es la ética de la profesión y la ética de los profesionales. En un caso pueden ser prevalentes unos principios, mientras que en el otro la actuación ética tiene en mayor consideración otros principios. No obstante, al menos en teoría, la ética de los profesionales debería ser un fiel reflejo de la ética de la profesión, pero si no fuera así sería, posiblemente, por el mismo hecho de que el médico se considera (justamente) sujeto a una ética propia, que debe respetar antes de tener cualquier otra consideración^{1,2}. Sin embargo, y a pesar de lo señalado, es obligado buscar los elementos comunes, sobre todo en el momento actual, en que la actuación de los profesionales, cada vez más, está modulada por elementos externos como la política sanitaria, la búsqueda de la eficiencia, la limitación en los recursos sanitarios o los conocimientos basados en evidencias científicas.

Ética y microgestión sanitaria

Los profesionales de la sanidad, principalmente los médicos, son tradicionalmente grandes defensores de la ética médica. La paradoja es que, con frecuencia el médico considera que estos principios éticos entran en conflicto con aspectos como la planificación sanitaria, la utilización eficiente de los recursos sanitarios, la priorización de actuaciones sobre la base de evidencias, etc. Esto hace que, con cierta asiduidad, se pueda percibir entre los defensores de una ética «individualista» un enfrentamiento entre sus principios éticos y los principios que, de manera lógica, parece que deben regir todo el ejercicio profesional.

Lo que se pretende señalar es que no siempre parece fácil la observancia de los cuatro principios éticos clásicos: no maleficencia, beneficencia y, también, justicia y autonomía. El médico, individualmente, puede optar, quizás errónea-

mente, por atender de manera primordial a los dos primeros principios. Pero sin lugar a dudas cada vez con más frecuencia incorpora en su práctica diaria los otros dos.

En otras ocasiones hemos defendido que la actuación del médico no podría calificarse de ética si no se atiende a ciertas normas que, en última instancia, entran de lleno en la propia naturaleza de los principios citados³. Así, es difícil pensar que se puede considerar ética una actuación que no se adapte a la observancia de las mejores evidencias científicas para la resolución de un problema; o que no se ajuste a los principios de una asistencia de calidad en la atención o en el cuidado prestado. Como tampoco podría ser considerado como ético un ejercicio profesional que no tomara en consideración la eficiencia en la utilización de los (necesariamente limitados) recursos.

Ética y mesogestión sanitaria

Para el responsable de los servicios y de las instituciones sanitarias adquieren especial relevancia conceptos como el de eficacia, efectividad y eficiencia.

La eficacia se valora de una forma experimental, mientras que la efectividad tiene el valor de ser el resultado de la aplicación de una medida en un caso concreto. Se puede definir la eficiencia como el resultado conseguido con una actuación concreta en un caso determinado (efectividad), pero en relación con los recursos que se han consumido para conseguirlos. Así, una medida es eficiente no en sí misma, sino en relación con las demás que tengan una efectividad semejante.

Pero de los tres conceptos quizá el de efectividad y, subsiguientemente, el de eficiencia son el auténtico caballo de batalla del gestor en su servicio o en su institución. La efectividad porque, en el fondo, se desconoce mucho acerca de cuál sea en la mayoría de las actuaciones diarias. No se dispone de gran información sobre la efectividad de muchas medidas. No ocurre así con la eficacia de tales medidas que, gracias a los estudios de evaluación diagnóstica o terapéutica (ensayos clínicos), es bien conocida en la mayoría de los casos.

Por otra parte, a los responsables les preocupa cómo se puede incorporar el concepto de eficiencia a la toma de decisiones clínicas. Hay que incorporar una ética de la eficiencia⁴. Y es preciso hacerlo por dos razones: para obtener un resultado concreto al menor coste y para asegurar que con los recursos disponibles se obtienen los mejores resultados posibles. Es lo que se ha venido a denominar eficiencia en la producción (de resultados) y eficiencia distributiva (o en la asignación de recursos).

De la mano de estos conceptos aparece el de equidad. Para cualquier responsable forma parte de sus objetivos conseguir que cualquier persona tenga la misma probabilidad de acceder a los mismos servicios, siempre que se encuentren en las mismas circunstancias. Pero como es notorio, en la propia definición se introducen tantas variables, y de una naturaleza tan distinta, que siempre se mantiene un elevado grado de incertidumbre acerca de si «nuestras decisiones son equitativas»⁵.

Correspondencia: Dr. J. del Llano Señarís.
Fundación Gaspar Casal.
General Díaz Porlier, 78, 8.º A. 28006 Madrid.
Correo electrónico: fgcasal@terra.es

Recibido el 24-7-2001; aceptado para su publicación el 25-9-2001.

Precisamente esta complejidad de análisis ha condicionado distintos conceptos de equidad que, siquiera parcialmente, sirvan de referencia para guiarnos en nuestras actuaciones. Pondremos algunos ejemplos a continuación.

Puede considerarse equitativo establecer unos estándares asistenciales a los que toda la población tenga derecho. La diferente disponibilidad puede condicionar el establecimiento de estándares mínimos para todos, que deban ser garantizados; o estándares de acuerdo con las circunstancias particulares (técnicas diagnósticas o terapéuticas basadas en evidencias, por ejemplo).

Otro criterio podría ser la así llamada equidad en el acceso a los servicios sanitarios. Según esto, a todos los pacientes les debe suponer el mismo esfuerzo y coste acceder a un mismo servicio. Aquí, la planificación que facilite la consecución de este objetivo a las personas con mayores dificultades forma parte de la actividad del gestor.

Se puede señalar otras formas de entender la equidad. Por ejemplo, igualdad ante unos recursos necesarios. En otras palabras, los recursos estarán en función de las necesidades y no distribuidas equitativamente de una forma previa. En este caso se puede señalar que lo importante es alcanzar una igualdad en términos de salud (otra forma de entender la equidad), lo que siempre puede resultar particularmente difícil.

En un sistema en el que los servicios sanitarios puedan ser financiados y costeados de forma privada, la igualdad a la hora de acceder a ellos debe ser garantizada, aunque paralelamente no esté salvaguardada la igualdad en la financiación dedicada a la salud individual. Y éste es un tema tan controvertido que sólo enunciarlo trasciende la ética y alcanza la política sanitaria.

En suma, el gestor de servicios e instituciones sanitarias trabaja diariamente intentando, desde el punto de vista ético, hacer prevalecer los principios de efectividad en las medidas y actuaciones, y muy específicamente el de eficiencia para garantizarse, así, una posibilidad de establecer equitativamente la prestación de los servicios de los que es responsable.

Ética y macrogestión sanitaria

Lo más destacable, desde una consideración ética, es constatar la tensión eficiencia-equidad en este nivel de intervención sanitaria.

La preocupación por mejorar la eficiencia de los servicios de salud ha sido una constante en los debates sanitarios de, al menos, las últimas tres décadas. Sin embargo, sorprende la escasa atención que se presta a los aspectos éticos en las decisiones, explícitas e implícitas, que los decisores (políticos) toman con el telón de fondo de recursos finitos ante demandas y expectativas insaciables, conciliables con el corto plazo, con la presión electoral y con la consecución de dosis aceptables de satisfacción de los servicios sanitarios disponibles por parte de la ciudadanía.

En la equidad, para que prevalezca la garantía individual de las necesidades básicas de salud de toda la población, se hace necesaria la intervención pública en el mercado sanitario. Sin embargo, por un lado, la atención del Estado, con la correlación de fuerzas políticas, grupos de presión o colectivos en situación de privilegio existentes, no suele conseguir introducir políticas racionalizadoras sustentadas en certezas de efectividad. Por otro lado, sí es capaz de asegurar actuaciones de obligado cumplimiento que eliminen comportamientos aprovechados que faciliten, por criterios de

eficiencia, la cobertura de unos niveles mínimos de aseguramiento sanitario.

Durante muchos años han prevalecido los principios de comportamiento bioético sustentados en el plano individual; es decir, fundamentados en principios como el de beneficencia y no maleficencia, que son los que prevalecen en la práctica clínica, ya que se recalcan haciendo explícitos y cuantificables los beneficios y los riesgos de las intervenciones médicas. También en el principio de autonomía, pues se solicita al paciente que participe en las decisiones que le conciernen. Hay pensamientos muy arraigados como «la salud no tiene precio», «hacer todo lo que haga falta», que forman parte de nuestra cultura y tradición más ancestral. El colectivo médico ha ejercido, qué duda cabe, y sigue ejerciendo, quizá en menor intensidad, una importante influencia sobre los «políticos sanitarios».

Sin embargo, cada vez se toman más en consideración otros principios de la práctica ética, especialmente el de la justicia y el de la autonomía. Éstos están sustentados en el plano social, donde el beneficio social y las elecciones o preferencias de los pacientes van ganando terreno. En algunos casos es a expensas de consideraciones de justicia y equidad, lo que viene generando una rica polémica entre médicos y economistas.

Los cambios socioeconómicos y la realidad presupuestaria y financiera no son ajenos a todo lo expuesto anteriormente. Desde hace ya algunos años han surgido con un papel cada vez más decisivo los gestores sanitarios, que están en medio y a quienes toca, por un lado, lidiar por arriba con los políticos que les han nombrado y a los que muestran lealtad, fidelidad y tienden a seguir sus instrucciones, básicamente dirigidas a contener los ritmos de crecimiento del gasto sanitario; y por abajo, tienen que llevarse bien con los médicos, ya que son los actores principales del escenario sanitario, responsables directos de las tres cuartas partes del gasto, soberanos en sus decisiones y reacios, en general, a seguir las instrucciones de alguien que no sea un igual.

Finalmente, apuntar la consideración de que el paciente-usuario, que cada vez será menos usuario y más cliente, empiece a desempeñar un papel más decisivo e influya en las decisiones más difíciles, las relacionadas con la racionalización en el uso de los cuidados sanitarios, por lo que «... viene siendo hora de coger el toro por los cuernos y 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 las soluciones de dichas tensiones», en palabras del profesor Williams⁶.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pellegrino ED, Caplan A, Gold SD. Doctors ethics, morals and manuals. *Ann Intern Med* 1998;128:569-71.
2. American College of Physicians. Ethics manual (4.ª ed.). *Ann Intern Med* 1998;128:576-94.
3. Millán J. La ética de la gestión asistencial. En: Amor JR, Ferrando I, Ruiz J, editores. *Ética y gestión sanitaria*. Madrid: Publicaciones Universidad Pontificia de Comillas. Serie V: Documentos de trabajo, 31, 2000; p. 59-70.
4. Gracia D. Ética de la eficiencia. En: Amor JR, Ferrando I, Ruiz J, editores. *Ética y gestión sanitaria*. Madrid: Publicaciones Universidad Pontificia de Comillas. Serie V: Documentos de trabajo, 31, 2000; p. 43-54.
5. Del Llano J. La asignación de recursos sanitarios: eficiencia y equidad. En: Hidalgo Vega A, Corugedo de las Cuevas I, Del Llano Señarís J, editores. *Economía de la salud*. Madrid: Pirámide, 2000; p. 37-64.
6. Williams A. Medicina, economía, ética y el Servicio Nacional de Salud. ¿Un choque de culturas? *Papeles de Economía Española* 1998;76: 228-31.